

Stoffmisbruk(ere)

– en utfordring for fastlegen

Det kan være vanskelig for leger – ikke minst allmennleger – å forholde seg til stoffmisbrukere som pasienter. Men to forhold gjør at de fleste av oss likevel ikke har noe valg, fastlegereformen og det faktum at medikamentell behandling har fått en sentral plass i behandling av stoffmisbruk.

I Norge er det mellom 10 og 15 000 heroinmisbrukere, dessuten noen tusen narkomane som i hovedsak bruker andre stoffer, særlig sentralstimulerende midler. Det er mellom 4 og 5000 allmennleger. Det betyr at i gjennomsnitt vil hver allmennlege ha 2–4 tunge stoffmisbrukere på lista si. Noen har ingen, noen har mange, men de fleste vil ha noen. I fastlegesytemet er det pasienten som velger lege, ikke omvendt. Derfor kan ikke legene velge bort denne pasientgruppa, vi må forholde oss til dem. Det er en betydelig utfordring. Alle allmennleger vet at stoffmisbrukere kan være «en pest og en plage» i en allmennpraksis, alle er vi blitt «lurt», alle har vi mislikt «forhandlinger over reseptblokka», de fleste av oss har skrevet ut medikamenter vi egentlig syntes vi ikke burde ha skrevet ut, og vi har blitt skuffet når misbrukerne ikke har gjort som vi sa de skulle gjøre. For noen har dette ført til at de blankt har avvist misbrukerne fra praksisen. Andre leger har havnet i ødeleggende bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig forskrivning av narkotika. Og de fleste har prøvd å navigere så godt de har kunnet i et vanskelig farvann.

Mest til dem med de største behov

De fleste vil sannsynligvis være enige i at vi som leger skal ha størst fokus på de pasienter som har de største helseproblemer. Og i Norge er de tunge rusmisbrukerne en av de gruppene som har den aller største og mest alvorlige sykkeligheten, og en svær overdødelighet i forhold til de aller fleste andre grupper. Store grupper misbrukere lever mer eller mindre permanent under helsemessige og sosiale forhold som kan sammenlignes med krig og katastrofer, og med muligheten for livstruende sykdom og død som en

daglig trussel. Disse gruppene er størst og kanskje mest forkomne i de større byene, men vi finner misbrukere som lever under slike betingelser i de fleste kommuner i landet. De rammes av ymse alvorlige infeksjoner som følge av sprøytebruk, svekket motstandskraft og underernæring, og de lever i stadig fare for overdoser, skader og kriminalitet. Som gruppe er det udiskutabelt at de tunge rusmisbrukerne hører med blant «dem med de største behov».

Samtidig er det viktig å være klar over at ikke alle stoffmisbrukere er like, og slett ikke alle passer inn i elendighetsbeskrivelsen ovenfor. Mange kan til og med gli inn i en allmennpraksis uten særlig store problemer.

Legenes rolle i behandlingen av stoffmisbruk

Behandlingsansvaret for rusmisbruk er i dag forankret i Sosiallovgivningen, og den kommunale sosialtjenesten er den sentrale og koordinerende aktør på det kommunale plan. Da det moderne stoffmisbruket begynte å bre seg i Norge fra midten av 60-tallet, ble behandlingstiltakene i hovedsak ikke bygd opp innenfor det medisinske systemet. Allmennlegene ble ikke sett på som sentrale aktører her, kanskje heller (delvis med rette) som et «problem» ved at de forskrev vanedannende medikamenter til misbrukerne. Misbruk ble ikke sett på som «sykdom», men heller som et sosialt og moralsk avvik.

HIV/Aids-epidemien førte legene inn på rusfeltet igjen, og utover 90-tallet kom medikamentell behandling ved opiatavhengighet på dagsorden. Fra 1998 ble det bestemt at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av opiatavhengige skulle etableres over hele landet.

Dette har ført legene inn i rusbehandlingen med full tyngde. LAR er organisert noe ulikt i ulike deler av landet, med ulik grad av sentralisering, men i dag får om lag halvparten av de vel 1900 i LAR sitt medikament forskrevet av allmennleger. Alt tyder på at tallet på LAR-pasienter/klienter/brukere vil stige og at allmennlegene vil få en mer og mer sentral plass. Dette gjør det nødvendig med en gjennomtenkning av allmennlegenes rolle i behandlingen av mennesker med rusproblemer.

Kan fastlegen takle alle rusmisbrukere som pasienter?

Det er klart at alle, også alle stoffmisbrukere, har rett til fastlege, og de fleste vil bruke denne retten. Det er samtidig klart at denne gruppa har en svær sykkelighet og derfor et stort behov for legehjelp. Men er det dermed gitt at alle stoffmisbrukere vil kunne få den hjelp de trenger i fastlegesystemet?

Etter mitt syn kan det gjøres mye godt og fornuftig legearbeid for denne gruppa, av fastlegene. Men de mest vanskeligstilte i denne gruppa, de som har vanskeligst for å innordne seg i den minimum av disiplin som kreves for å kunne få hjelp på et allmennlegesenter, og de som er mest ustabile og utagerende, vil det være vanskelig å betjene i fastlegesystemet. Mange har erfaring med at det er svært vanskelig å ha rusa og kranglete misbrukere på venterom sammen med gamle og feberunger. Og en del av de mest utslåtte vil ikke klare å oppsøke legesentrene.

Derfor vil det en del steder være aktuelt med lavterskeltilbud til denne gruppa, bemannet med helsepersonell som kan drive oppsøkende og være døråpnere for disse pasientene i forhold til andre deler av helsevesenet. Dette vil være tilbud à la Feltpleien i Oslo, og lignende modeller prøves nå ut flere steder i landet. Disse lavterskeltilbudene skal ikke være et konkurrerende tilbud til fastlegesystemet, men et supplement for dem som ikke klarer å gjøre seg nytte av det.

Respekt og motrespekt

Samtidig kan det være grunn til å se kritisk på helsevesenets egne holdninger overfor denne pasientgruppa. Det står ikke til å nekte for at det har vært, og fortsatt er mye moralisering og utstøtende holdninger versus stoffmisbrukerne i

helsevesenet. Dette er nok nå i ferd med å snu i stor grad, og mange blir flinkere til å se mennesket og pasienten bak klijseen «stoffmisbruker».

Det er min erfaring etter å ha hatt mange stoffmisbrukere som pasienter gjennom mange år, at de møter deg som lege med respekt, dersom du møter dem som pasienter med respekt. Det er snakk om respekt og motrespekt, og legen må gjerne være den første til å vise respekt. I respekt ligger det å ta dem på alvor, ta deres psykiske og somatiske og sosiale problemer på alvor. De har rett på å bli behandlet for sine sykdommer som andre. Og man må også ta deres misbruk på alvor. Det innebærer at man ofte må si nei til å gi dem det de vil ha, fordi det etter vårt legeskjønn ikke vil være god behandling. Men mange av dem vil respektere det, bare vi er tydelige nok. Tydelighet og trygghet på egne holdninger er viktig for ikke å bli trukket inn i misbrukerens kaos.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) – fastlegens rolle

Allmennlegenes rolle i legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige er omdiskutert. Som nevnt er mange allmennleger allerede med i LAR. Alment Praktiserende Lægers forening (APLF) ga høsten 2002 ut et hefte om dette temaet¹. Her drøftes de utfordringer allmennlegene møter i behandling av narkomane, og særlig i LAR. Det advares mot å legge en for stor del av ansvaret for LAR på allmennlegene, og det understrekes betydningen av at LAR skal være basert på tverrfaglig samarbeid som koordineres av den kommunale sosialtjenesten og behovet for oppbygging av en annenlinjetjeneste med spesialiserte rusklinikker på region- og fylkesnivå. Videre påpekes det spesielle ved at legen i LAR ikke har eneansvar for vurdering av om en

¹ Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering, Alment Praktiserende Lægers forening, august 2002



medikamentell behandling skal startes eller avsluttes, fordi dette blir drøftet i en tverrfaglig ansvarsgruppe og til slutt blir endelig vedtatt i regionsenteret for LAR. Det påpekes at «det likevel er slik at en eventuell utskrivning fra et LAR-opplegg er og blir legens ansvar, på samme måte som ved annen medikamentell behandling». Det understrekes at ingen allmennlege skal kunne tvinges til å forskrive substitusjonsmedisin. Og APLF mener videre at utdeling av substitusjonsmedikamentet og taking av urinprøver under kontroll ikke hører hjemme på et allmennlegekontor.

I store trekk er jeg enig i retningslinjene som settes fram i dokumentet. Men jeg vil likevel understreke hvor viktig det vil være at allmennlegene engasjerer seg i LAR. I motsetning til det som ofte er tilfelle i sosialtjenesten, er allmennlegene gjennomgående svært stabile. LAR innebærer bl.a. en omfattende medikamentell behandling med uavgrenset varighet. Den må styres av en lege, og jeg vil hevde at det i svært mange tilfeller vil være naturlig at legen er en allmennlege. Slik sett skiller substitusjonsbehandling med metadon/buprenorfin seg ikke prinsippielt fra annen viktig medisinsk behandling som insulinbehandling eller antikoagulasjonsbehandling. Og nettopp det langvarige lege-pasientforholdet kan gi en god og trygg ramme rundt behandlingen. De fastlegesentra som har engasjert seg i LAR, har i hovedsak opplevd at det ikke er så mye problemer knyttet til behandlingen. Det går mye greiere enn de hadde fryktet på forhånd og tar mindre tid enn de fryktet. De klare rammene i LAR gjør at mange av vanskelighetene i legens forhold til den narkomane ikke finnes her, bl.a. er det ikke grunnlag for «resept-forhandlinger» fordi det i utgangspunktet er klart for begge parter at det ikke skal skrives ut andre A- eller B-preparater.

Hva kan gjøres på et legesenter?

På vårt legesenter har vi også i fire år tatt urinprøver under kontroll og utlevert metadon, noe altså APLF i sitt hefte

mener ikke hører hjemme på et allmennlegekontor. Vår erfaring tilsier at dette kan være en god løsning i noen tilfeller. Det gir en tetthet i kontakten mellom LAR-brukeren og legen som gir trygghet, motvirker manipulering og gir mulighet til å gjøre godt legearbeid. Vi har hatt minimalt med uakseptabel oppførsel fra LAR-brukernes side, og minimalt med negative reaksjoner fra andre pasienter. Utlevering av substitusjonsmedikament fra legesenteret vil være mest aktuelt under opptrapping og med ustabile brukere, der det er viktig med tett oppfølging. Etter hvert kan utleveringen overføres til apotek. På mange legekontorer er det bygningsmessig vanskelig å få til kontrollerte urinprøver på en diskret og etisk forsvarlig måte, og det vil derfor mange steder være naturlig at sosialtjenesten organiserer et system for urinprøvetaking. Vi har i Gjøvik bygd opp en «1½-linje-tjeneste» i LAR, der ett legesenter har bygd opp spesialkompetanse. Dette senteret har som oppgave å starte, trappe opp og stabilisere nye LAR-pasienter. De av LAR-pasientene som ikke har sin fastlege ved dette senteret, overføres til fastlegen når de er stabilisert på sitt substitusjonsmedikament. Etter vår erfaring bør dette kunne være en brukbar modell for noe større byer som ikke har regionale LAR-sentra.

Konklusjon

Både stoffmisbrukerne og fastlegesystemet er kommet for å bli. Det må vi forholde oss til. Også substitusjonsbehandlingen er etter all sannsynlighet kommet for å bli. Jeg føler meg sikker på at allmennlegene vil komme til å spille en sentral rolle i behandlingen av stoffmisbrukere generelt og i LAR spesielt. Mange vil se på LAR som en viktig og naturlig del av allmennlegens arbeid. Men det er viktig å beholde tverrfagligheten i behandlingen av stoffmisbrukerne, og annenlinjetjenesten på feltet må styrkes. Allmennlegene vil få en mer sentral rolle i førstelinja, og det mener jeg bestemt vil være en styrke.

Ivar Skjeie