

Behandling av stoffmisbrukere

– TVERRFAGLIGHET OG ETISKE DILEMMAER

AV IVAR SKEIE

Fastlegesystemet og legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av opiatavhengige stoffmisbrukere vil føre til at fastlegene i årene framover vil få en mer sentral rolle i behandlingen av stoffmisbruk og -misbrukere.¹ Det er viktig at legenes rolle i dette fagfeltet diskuteres, både fordi vi ikke kan velge oss bort fra det, men også fordi det her ligger mange faglige, fagetske og organisatoriske utfordringer. Det ligger også store muligheter her til å utføre viktig og meningsfullt legearbeid overfor en pasientgruppe med særlig stor sykkelighet. Alment Praktiserende Lægers forening (Aplf) presenterte noen synspunkter på en del av disse spørsmålene i fjor², men denne debatten er langt fra ferdig. I det følgende skal jeg drøfte noen fagetske problemstillinger som jeg ser som sentrale i dette fagfeltet, og se dem fra allmennlegens ståsted.

Behandling og omsorg for stoffmisbrukere har tradisjonelt i hovedsak vært organisert utenfor helsetjenesten, og er forankret i sosiallovgivningen. Men det er samtidig brei enighet om at slik behandling må være tverrfaglig, og omfatte både medisinske, miljøterapeutiske og sosiale tiltak. Derfor vil fagfolk med ulik utdanningsbakgrunn og fra ulike behandlingstradisjoner måtte samarbeide med «pasienten/klienten/brukeren» og med hverandre. Allerede den ulike

benevnningen av personen i sentrum indikerer ulike fag- og behandlingstradisjoner. Dette møtet mellom legene og andre behandlere er inspirerende og utviklende, men kan også innebære spenninger og konflikter.

Legens rolle i tverrfaglig samarbeid

I et slikt tverrfaglig samarbeid blir legenes suverene behandlingsansvar utfordret. Tradisjonelt har legene vært tilagt det endelige ansvar for oppstart og avslutning av medisinsk behandling, selv om legen samarbeider med andre fagfolk. Men på dette fagfeltet går gjerne tverrfagligheten lenger. I ansvarsgruppene rundt den enkelte LAR-pasient samarbeider lege, sosialarbeider og gjerne en terapeut fra rusbehandlingstjenesten. Ansvarsgruppene må ta stilling til mange spørsmål som til dels kan være vanskelige og innebære viktige etiske avveininger, og må evt. i siste instans ta stilling til om en person skal utskrives fra LAR ved vesentlige brudd på kontrakten. Dette kan ikke legen avgjøre på egenhånd, og et vedtak om avslutning av behandlingen skal til slutt fattes av regionsenteret for LAR.

Dette tverrfaglige samarbeidet er etter mitt syn helt nødvendig for at en brei rehabilitering av stoffmisbrukeren der substitusjonsbehandling inngår som ett av flere tiltak, skal kunne bli vellykket. Enkelte misbrukere kan nok klare å gjennomføre substitusjonsbehandling uten et større tiltaksapparat rundt, men dette vil heller være unntaket enn regelen. De fleste, og særlig de mest forkomne og «kaotiske», trenger et tverrfaglig oppfølgingsapparat dersom rehabilitering skal ha noen mening ut over å gi dem metadon/buprenorfin som erstatning for heroin. Dessuten mener jeg at legene ikke bør gå inn i substitusjonsbehandling alene uten et tett samarbeid med behandlere i sosialtjenesten og rusmiddelomsorgen. Gjør man det, blir man lett offer for manipulering fra misbrukernes side, og man setter seg i en posisjon der misbrukerens livskaos og krise kan slå over på legen, med svært negative konsekvenser. Det finnes ikke få eksempler på at leger som i utgangspunktet har hatt et vel-

¹ Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen, Ivar Skeie Utposten nr. 1/2003

² Allmennlegens rolle i behandlingen av narkomane – legemiddelassistert rehabilitering, Aplf august 2002 (hefte)

ment, men kanskje noe naivt ønske om å hjelpe misbrukere i en fortvilt livssituasjon, har havnet i bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig forskrivning av narkotika som har virket ødeleggende for begge parter. Sett i dette perspektivet bør vi som leger ikke overdramatisere at noe av vårt suverene behandlingsansvar må begrenses til fordel for tverrfaglige overveieleser og beslutninger. Tvert om, det at ulike fagfolk er inne på arenaen vil heller bety at det er flere støttespillere og færre ensomme, vanskelige valg.

Hippokrates kontra «atferdsterapi»

Etter å ha arbeidet med misbrukere som allmennlege gjennom mange år, synes jeg kanskje andre grunnleggende fagspørsmål er vanskeligere og mer kontroversielle. Er det slik at det kan være mer grunnleggende forskjeller i behandlingsfilosofi mellom de ulike faggruppene som samarbeider rundt misbrukerne? Er det en konflikt mellom en «legetisk» medisinsk tradisjon blant leger kontra en «atferdsterapeutisk» tradisjon i rusmiddelomsorgen? Legens etiske forpliktelse er å hjelpe, helbrede hvis mulig, lindre, begrense lidelse, smerte og skade og å gi lindrende hjelp ved alvorlige sykdommer som ikke kan helbredes (palliasjon). En «atferdsterapeutisk» tilnærming legger vekt på «straff/belønning», behandlingskontrakter og konsekvenser av brudd på kontrakter og avtaler som virkemidler for å korrigere uønsket atferd. Et slikt «atferdsterapeutisk» tiltak kan være utskrivning fra behandlingstilbud ved brudd på kontrakt, for eksempel narkotikautslag på urinprøver, selv om det innebærer at pasienten sendes tilbake til et liv i større elendighet. Jeg sier ikke at dette nødvendigvis alltid er galt, men det er etter mitt syn i alle fall etisk problematisk.

«Skadebegrensning» kontra «full rehabilitering»

Innen rusmiddelbehandlingen, og spesielt innen LAR, foregår en debatt om skadebegrensning kontra full rehabilitering. I utgangspunktet har målet for LAR i Norge vært å se på medikamentell substitusjon som et utgangspunkt for en mest mulig helhetlig rehabilitering av misbrukeren. Skikkelig bolig, ordnet økonomi på legalt anskaffede midler, arbeid eller annen organisert virksomhet og bedret psykisk og somatisk helse og et liv uten misbruk av rusmidler har vært målet for den enkelte. Dessuten har man hatt en høy terskel for å komme inn i LAR, mest fordi man i utgangspunktet har ønsket å satse på medikamentfri behandling. «Skadebegrensning» – å gi substitusjonsbehandling for å minske misbrukerens somatiske, psykiske og sosiale problemer uten at «full rehabilitering» er målet, og uten at LAR-pasienten gir avkall på alle andre rusmidler, har ikke vært godtatt etter retningslinjene for LAR. I praksis er nok skillet mellom rehabilitering og skadebegrensning mindre skarpt.



Forfatteren (nr. to f.v.) på ansvarsgruppemøte.

Etter mitt syn bør forholdet mellom skadebegrensning og rehabilitering vurderes ganske nyansert. Skadebegrensning kan være to forskjellige ting (med nyanser i mellom). Der som man velger å gi substitusjon til heroinavhengige uten sosiale hjelpe- og rehabiliteringstiltak – som et billig behandlingsprogram, og med reduksjon av kriminalitet og sjenanse for storsamfunnet, «oss andre», som hovedmålsetting – da er jeg enig i kritikken av «skadebegrensningslinja.» Dette er det som pga. for små ressurser til sosial rehabilitering i betydelig grad nå skjer i Oslo, der LAR-pasienter f. eks. blir boende i hybelhus sammen med aktive misbrukere med liten annen oppfølging. Problemet er imidlertid her ikke at disse pasientene får substitusjonsbehandling, men at den sosiale rehabiliteringen ikke blir prioritert og fulgt opp. Og å ta metadonet eller Subutexen fra disse pasientene bedrer neppe livsbetingelsene deres! Og dersom samfunnet ikke ser seg råd til å satse på rehabilitering for disse LAR-pasientene, er kanskje substitusjon uten sosial rehabilitering bedre enn heroin uten sosial rehabilitering. Dette er et spørsmål om organisering og ressurser, og i siste instans et politisk spørsmål.

Men dersom skadebegrensning er å gi substitusjonsbehandling til misbrukere, som trass i et rimelig støtte- og rehabiliteringsapparat ikke klarer å oppfylle sine tiltaksplaner, men som likevel får et klart bedre liv i LAR, da er jeg tilhenger av skadebegrensning. For meg er det ganske innlysende at en heroinmisbruker som slutter å injisere – og dermed unngår de helsekader som direkte er knyttet til injiseringen, som økt overdoserisiko og infeksjoner – får bedret livskvalitet. Det å frata en slik pasient metadon eller buprenorfin fordi hun innimellom røyker hasj eller tar en pille hun ikke skulle ta, blir for meg absurd og helt feil og uetisk.



Metadon på allmennlegekontoret

Vi må ikke la «det beste bli det godes fiende», det må være mulig å stå på mer enn ett bein, ha flere tanker i hodet samtidig, og alle misbrukere kan ikke behandles etter samme mal og med samme mål for rehabilitering.

«Palliasjon» – kontra «helbredelse»

For mange heroinmisbrukere vil opiattmisbruket være en «uhelbredelig sykdom», i den forstand at de ikke vil kunne klare å oppnå et «normalisert» liv selv om de mottar substitusjonsbehandling og i tillegg får sosialfaglig og miljømessig oppfølging. Men med metadon eller Subutex vil livet kunne bli noe bedre, og helseskadene noe mindre. Og de negative konsekvensene for andre (de nære: familien) og for samfunnet (bl.a. kriminalitet) vil bli noe, kanskje ganske mye mindre. I en slik setting blir substitusjonsbehandling mer å anse som «palliasjon» ved en uhelbredelig sykdom, og det å gi god palliativ behandling er i tråd med de beste medisinske og fagetiske prinsipper. Å straffe pasienter som bryter målene i rehabiliteringsplanen med å ta fra dem substitusjonsmedikamentet, blir for meg i mange tilfeller uetisk. Rett nok finnes det tilfeller der kontraktsbruddene er så grove at utskrivning blir naturlig, for eksempel ved omsetting av metadon og annen narkotika, men da er det mer de sikkerhetsmessige avveininger som gjør det rett med utskrivning. Det samme kan være tilfelle ved massivt sidemisbruk, da er det også de sikkerhetsmessige årsaker som gjør det rett å ta vekk substitusjonsmedikamentet, slik at det ikke skal komme på toppen av et kaotisk misbruk av andre stoffer. I denne sammenhengen er det ikke «straff» som er det sentrale, men å ikke «skade» pasienten med vår behandling, altså i tråd med Hippokrates' imperativ om «aldri å skade pasienten».

«Det generalpreventive hensyn»

Det kan være et problem at omfattende brudd på behandlingskontraktene kan undergrave den generelle respekten for behandlingsprogrammet blant misbrukerne og spesielt LAR-pasientene. Dette kan være et argument for at det kan være rett å skrive noen ut av programmet for å «statuere et eksempel». Jeg er imidlertid skeptisk til å tenke på denne måten. Tendenser til slik utglidning i LAR-programmene

bør takles på andre måter, med tettere oppfølging, innleggelse i institusjon for stabilisering med mer. Utskrivning kan bli aktuelt, men da må det være vurderingen av den enkelte som ligger til grunn og ikke «avskrekkings»-perspektivet.

Det kreves en helhetsvurdering av hva som tjener den enkelte pasient og samfunnet best. Her skiller ikke misbrukerbehandling seg prinsippielt fra behandling av andre sykdommer med samfunnsmedisinske konsekvenser, som allmennfarlige infeksjonssykdommer. Men ideer av typen å «ofre den enkelte, for å redde de mange» virker mer «veterinærmedisinske» enn forankret i en humanistisk medisinsk tradisjon.

«Oss» og «de andre»

Det har vært vanlig å se på stoffmisbrukere som moralske avvikere, og derfor mindreverdige. Men i medisinsk behandling vil de fleste imidlertid ikke tolerere en slik moralistisk og utstøtende tilnærming. Vi kan ikke ha noen regler for «oss normale» og andre regler for «dem, avvikerne». Kan vi tolerere at misbrukere kan fratas mulig livreddende behandling som «straff»? Vil vi behandle andre pasientgrupper på en slik måte, med straff og belønning? Ville vi for eksempel tolerere at folk som spiser for mye junkfood eller er for feite, og som ikke klarer å følge legenes råd, skulle nektes medisinsk behandling for hjertesykdom eller diabetes? Eller at KOLS-pasienter som fortsetter å røyke skulle nektes «palliativ» medikamentell behandling? Nepp, de aller fleste ville finne det etisk uakseptabelt. Og da er det kanskje like uakseptabelt å bruke ja eller nei til substitusjonsbehandling som belønning/straff for misbrukerne? For det skal vel ikke gjelde andre regler for misbrukerne, de «moralsk forkastelige», enn for «oss andre»?

Pasienten i sentrum i de fagetiske vurderingene

Jeg har prøvd å problematisere en del valg som vi som leger og behandlere stilles overfor i møtet med stoffmisbrukerne som pasienter. De medisinske og etiske avveiningene i behandlingen av disse pasientene, ikke minst i LAR-sammenheng, er ofte vanskelige og her som ellers finnes det sjelden enkle svar på vanskelige spørsmål. Det er ikke min mening at legene alltid skal være «snille» og godta alt fra misbrukerne uten at det skal få konsekvenser for behandlingen, like lite som jeg mener at behandlere med annen fagbakgrunn gjennomgående er «slemme». Mitt poeng er at vi bør tenke gjennom hvordan behandlingsapparatet møter misbrukerne som pasienter, sett i lys av de allmenne etiske grunnprinsipper som vi mener helsevesen og legetjeneste skal bygge på. Og når valg av behandlingsopplegg og evt. skifte i behandlingsstrategi bestemmes, må det være det helhetlige hensynet til den enkelte pasientens beste som legges til grunn.