

Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse

AV IVAR SKEIE

Jeg har i to artikler i Utposten satt lys på stoffmisbrukerne i fastlegesystemet¹ og etiske problemstillinger i behandlingen av stoffmisbrukere.² Jeg vil i dette nummeret ta opp en del særegne og viktige forhold ved denne gruppas sykелighet. I senere nummer vil jeg konkret gå inn på praktisk gjennomføring av legemiddel-assistert-rehabilitering (LAR) av opiat-avhengige stoffmisbrukere, og fastlegens rolle i LAR, og hvordan fastleger og andre helsearbeidere kan forholde seg til misbrukere for å kunne gi dem nødvendig helsehjelp.

Personer med alvorlig stoffmisbruk har som gruppe en svær oversykелighet og overdødelighet i forhold til totalbefolkningen og nærmest alle andre pasientgrupper. Dette skyldes både somatisk og psykiatrisk sykелighet og bunner i flere forhold. For det første har det sammenheng med de narkotiske stoffenes direkte toksiske egenskaper. For det andre skyldes det helseproblemer som direkte er knyttet til misbruksrelatert atferd, f. eks. injisering av narkotiske stoffer. For det tredje skyldes det sykелighet som har sammenheng med misbrukernes sosiale livsbetingelser og forkommenthet. Og endelig skyldes det at stoffmisbrukerne som gruppe har en overhyppighet av visse andre sykdommer, ikke minst psykiatriske sykdommer. Samtidig har denne

pasientgruppa tradisjonelt hatt et «anstrengt» forhold til helsevesenet, både primærhelsetjenesten og sykehusvesenet. Dette skyldes dels at misbrukernes atferd kan være vanskelig å takle for helsepersonell, særlig fordi det ofte er vanskelig for misbrukerne å forholde seg til den minimum av disiplin som kreves av pasienter i organisert behandling. Men helsevesenet har også vært preget av fordommer og moralisering og har ofte ikke evnet å møte denne gruppa ut fra deres behov. Samtidig fører den høye og alvorlige sykелigheten i denne gruppa til at helsevesenet bruker svære ressurser på behandling av dem, ikke minst i de somatiske sykehusene.

Somatisk sykелighet

Misbrukernes somatiske sykелighet er nær knyttet til de toksiske virkningene av de narkotiske stoffene og den måten stoffene inntas på. Det er viktig for alle allmennleger å kjenne noe til særegne trekk ved gruppas sykелighet, ikke minst i legevaktsituasjoner i områder med betydelig stoffmisbruk. De akutte helseproblemene som rammer misbrukerne er ofte alvorlige og krever rask legereaksjon.

Overdoser. Overdoser av heroin, evt kombinert med benzodiazepiner, særlig flunitrazepam (Rohypnol), eller andre narkotiske stoffer, er hyppige. Disse tar alene om lag like mange liv i Norge hvert år som døde i trafikken, 3–400. Ved undersøkelse av døde etter overdoser, finner man ofte et flertall stoffer, ikke bare heroin. Dødsfallene skyldes derfor en blanding av ulike stoffer med heroin som et hovedelement. Heroin, alkohol, illegal metadon, flunitrazepam med mer kan inngå i en dødelig cocktail. En del av overdosene kan være tilsiktede selvmord, men mange er ikke tilsiktede og skyldes «uhell». Brukeren kan feilvurdere dosene og hvor mye heroin hun tåler. Dette er særlig farlig etter perioder der den narkomane ikke har brukt opiat over en noe lengre periode. Kroppen justerer seg raskt tilbake til normal toleranse for opiat når inntaket opphører, og dersom den narkomane har vært uten opiat 10–14 dager, vil hun ikke tåle større doser enn ikke-misbrukere. En klassisk

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

² Behandling av stoffmisbrukere – tverrfaglighet og etiske dilemmaer, Ivar Skeie Utposten nr. 3/2003

overdosesituasjon er derfor misbrukere som «sprekker» på permisjon fra behandling eller som setter sin første injeksjon etter løslatelse fra fengsel. Dette er nok relativt godt kjent blant erfarne misbrukere, men helsepersonell bør informere misbrukerne om denne spesielle risikoen. Jeg kjenner til ungdom som har dødd av sin første heroindose. Videre bør det være en oppgave å lære folk i misbrukermiljøene akutt hjerte-lunge-redning. Og det er viktig å begrense tilgangen av farlige narkotiske stoffer til misbrukermiljøene, ikke minst gjelder dette flunitrazepam (**skriv aldri ut Rohypnol til opiatmisbrukere**) og metadon (minimaliser «lekkasjen» av metadon fra LAR-behandlingen).

OVERDOSER:

- Tar like mange liv som trafikkdøden
- Heroin alene eller kombinert med andre stoffer som benzodiazepiner (særlig flunitrazepam – Rohypnol) og «illegal» metadon.
- Skriv **ALDRI** ut Rohypnol til heroinmisbrukere!
- Minimaliser «lekkasjen» av metadon fra substitusjonsbehandlingen

Også andre narkotiske stoffer kan gi farlige overdosereaksjoner. Det er velkjent at sentralstimulerende stoffer som amfetamin og extasy kan gi akutte psykoser og hjerterytmeforstyrrelser. Benzodiazepiner kombinert med alkohol og evt. andre stoffer kan være en dødelig blanding. Man skal også være obs. på at ikke-narkotiske stoffer som paracetamol kan inngå i farlige cocktails pga av kombinasjonspreparater som Paralgin/Pinex Forte.

Opiatantagonist (naloxon/Narcanti) som motgift ved heroinoverdoser bør være et nødvendig akuttmedikament i legeskuffen i distrikter med aktivt opiatmisbruk.

Injiseringsrelatert sykdom

I heroinmiljøet i Norge er det tradisjon for å injisere heroin. Injisering er en farligere administrasjonsform enn å røyke eller sniffe heroin som er vanlige i en del andre land. Dette er sannsynligvis en av de viktigste årsakene til de høye overdosedødstallene i Norge.

Et annet viktig problem som er direkte knyttet til injisering, er **årebetennelser, dype venetromboser og lungeembolier**. Dette er vanlig blant injiserende misbrukere og kan være livstruende, og det er viktige diagnoser å være klar over.

Injiseringen er også viktig i forbindelse med **overrisikoen for alvorlige infeksjoner**. Misbrukerne rammes ofte av hud-

infeksjoner som gir abscesser og flegmoner. Dette skyldes dels uhygienisk bruk og gjenbruk av sprøyter og annet brukerstyr, og dels ekstravasale stikk («bomskudd») og dels at heroin settes intramuskulært hos misbrukere som har «brukt opp» alle årene. Abscessene må ofte inscideres, og de kan dels sitte meget dypt, f.eks. intramuskulært i låret og det kreves skikkelig anestesi for å gå inn på dem. Etter mitt syn bør man derfor være temmelig liberal med innleggelse for adekvat behandling av dypere og større abscesser hos denne gruppa.

Misbrukerne er ofte i dårlig ernærings- og allmenntilstand og har derfor nedsatt motstandskraft mot infeksjoner. De har derfor en overrisiko for at infeksjoner i hud/underhud kan utvikle seg til alvorlige bløtdelsinfeksjoner som nekrotiserende fasciitter og til sepsis. Disse kan få et svært raskt og dramatisk forløp, og det er viktig å være klar over dette hos denne gruppa. Sjekk derfor sirkulasjonsstatus hos dårlige misbrukere, blodtrykk og puls. Vær obs. på lavt BT og høy puls (kommer først!) som uttrykk for sirkulatorisk stress og presjokk ved alvorlige infeksjoner. Slike alvorlige infeksjoner krever rask sykehusinnleggelse.

Alvorlige lungebetennelser som evt. utvikler seg til empyem og lungeabscesser forekommer også hyppigere i denne gruppa, og krever innleggelser. En annen viktig tilstand å være klar over er **bakteriell endocarditt**, som ofte kan ha et snikende forløp med gradvis utvikling av slapphet, feber og hjertesvikt. SR er viktig som ledd utredning her, og lytt etter nyoppstående hjertebilyder. Endocardittene skyldes bakterielle embolier fra hudinfeksjoner relatert til injisering. **Osteomyelitt** kan også være en alvorlig komplikasjon av blodbåren bakteriespredning.

Man skal også være klar over at en del infeksjonsmessige **sjeldenheter** kan forekomme blant dårlige misbrukere, som tetanus og botulisme, og det var faktisk et dødsfall i Oslo for få år siden av miltbrann hos en misbruker.

Rhabdomyolyse/nyresvikt

Rhabdomyolyse er en tilstand som opptrer relativt hyppig i denne gruppa. Den skyldes omfattende nedbrytning av muskelmasse/myoglobin som kan føre til akutt nyreskade.

ALVORLIGE INFEKSJONER:

- **Bløtdelsinfeksjoner:** Erysipel, flegmone, abscesser, nekrotiserende fasciitt
- Lungebetennelse, evt. med lungeabscess/empyem
- Endocarditt

SPESIELL RISIKO:

- Dyp venetrombose/lungeemboli
- Rhabdomyolyse med evt. nyresvikt
- Ulykker/skader/vold
- Tannhelse

Grunnen til at misbrukerne rammes av dette skyldes ofte ikke-dødelige overdoser der pasienten blir liggende i nær-komatøs tilstand i lang tid med avklemming av blodtilførsel til beina som medfører muskeliskemi og evt. nekrose. Samtidig opptrer gjerne lammelser som skyldes nerve-entrapment og evt. større muskulære skader som kan gi sequeler. Det er viktig å være klar over at rhabdomyolyse kan være ganske «snikende» og pasienten behøver ikke nødvendigvis føle seg veldig akutt syk tidlig i forløpet, og man må derfor som lege «aktivt» tenke på denne muligheten der det er opplysninger om slike overdoser og evt. lammelser. Man skal være obs. på svært mørk urin (myoglobinuri, tester negativt på blod på ustix!), og at disse pasientene utvikler meget høye CK-verdier, opp til over 10 000. Tilstanden krever sykehusinnleggelse og overvåkning av nyrefunksjonen. Svær rhabdomyolyse kan ved behandling forløpe uten nyreskade, men den kan også gi akutt og varig nyreskade. Denne tilstanden er ikke veldig sjelden i denne gruppa, ved vårt legesenter der vi har 30–40 injiserende opiatmisbrukere, har vi hatt tre like tilfeller de siste to åra.

Ulykker/skader

Misbrukerne rammes ofte av skader som følge av ulykker og vold, ofte alvorlige skader som krever innleggelse.

Tannhelse

Svært mange misbrukere har elendig tannhelse. Dette medfører mye smerter, og kan også være et utgangspunkt for infeksjonsspredning. Det er derfor et prioritert tiltak å sette i verk tannbehandling når misbrukere stabiliseres i LAR.

Blodsmitte

Det er velkjent at injisering av narkotika med usterilt brukerstyr som deles mellom flere, medfører risiko for smit-

teoverføring av blodsmittevirus. Dette gjelder i hovedsak **HIV og hepatitt B og C**. HIV-forekomsten blant norske misbrukere er relativt lav og det er lite nysmitte i denne gruppa. Det var en betydelig smittespredning tidlig i HIV-epidemien rundt 1984/85/86, siden har spredningen vært beskeden og det er bare 2–3 % av de injiserende misbrukerne i Norge som er HIV-smittet (kumulativt 473 pr 31.12.02/MSIS). Kronisk bærertilstand av hepatitt B er relativt sjelden, og legene bør være aktive i å tilby aktive misbrukere vaksine mot hepatitt A og B (Twinrix), gratis til denne gruppa. Hepatitt C (HCV) er det store blodsmitteproblemet blant de injiserende misbrukerne, 80–90 % er HCV positive, og det viser at sprøytehygienien ikke er så god som vi tidligere trodde. Grunnen til den store forskjellen i forekomst av HIV og HCV er først og fremst at HCV smitter langt lettere ved blod-til-blod kontakt enn HIV. Men dette viser også at det sannsynligvis er et potensiale for at det igjen kan komme en rask og betydelig spredning av HIV i misbrukermiljøet, og det er derfor all grunn til å stresser god sprøytehygiene overfor denne gruppen og sikre lett tilgang til sterilt sprøyteutstyr.

Denne gjennomgangen av de viktigste særtrekk ved gruppas somatiske sykkelighet viser at misbrukerne oftere rammes av alvorlig og livstruende sykdom enn de aller fleste andre grupper. De trenger derfor ofte akutt, livreddende sykehusbehandling. Det er ofte ikke lett å behandle disse pasientene i sykehus, kanskje mest pga. abstinenser. Det er derfor gledelig og helt nødvendig at det nå stadig flere steder innføres rutiner for å gi midlertidig substitusjonsbehandling med metadon når aktive heroinmisbrukere innlegges i sykehus. Dette er helt nødvendig for at de skal kunne/klare å motta livreddende, ofte langvarig sykehusbehandling, som for eksempel ved alvorlige pneumonier og endocarditter. Å nekte å gi substitusjon i slike situasjoner vil ofte bety å reelt frata dem muligheten til å få helt nødvendig medisinsk behandling.

Psykiatrisk sykkelighet

Det er de seinere år satt mer lys på misbrukernes psykiske lidelser, og det foreligger en oversikt over dette feltet i Norge fra 2000.³ Vi står her overfor flere typer psykiatriske problemer. Vi har de akutte problemene knyttet til bruk av narkotika, **overdoser og akutte stoffpsykos**. Overdosene er behandlet tidligere. De akutte stoffpsykosene kan utløses av flere typer narkotika, viktigst er sentralstimulerende midler som amfetamin og lignende stoffer, og hallusinogene stoffer som LSD. Cannabis kan også bidra til psykos. Ofte vil slike akutte psykos gå raskt over, men de kan

BLODSMITTE:

- *HIV* (lav forekomst blant sprøytebrukere i Norge)
- *Hepatitt B* – NB vaksine mot hepatitt A og B
- *Hepatitt C* – 80–90 % av sprøytebrukerne i Norge smittet
- Sikre tilgang til sterilt sprøyteutstyr

³ Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, Knut Boe Kielland, Statens helsetilsyn, utredningsserie 10-2000

kreve akuttinnleggelser. I enkelte tilfeller kan slike stoffutløste psykoser få et kronisk forløp.

Videre har vi mer **kroniske problemer** knyttet til bruk av narkotika: utvikling av depresjon og angst og psykisk ustabilitet. Dette er psykiske forstyrrelser som kan ses **som en mer eller mindre direkte følge av narkotikamisbruket**. Dette ser en ved bruk av ulike typer narkotika, og det har sammenheng med de generelle mekanismene man ser ved utvikling av misbruk og avhengighet. I starten gir bruk av narkotiske stoffer gjerne en lystbetont erfaring, men denne går relativt raskt over i en fase med økende abstinens etter bruk og toleranseutvikling, med behov for stadig større doser for å oppnå lysteffekt. Etter hvert får brukeren behov for å bruke større mengder av stoffet for å prøve å opprettholde tilnærmet «normal» fungering. Denne utviklingen fører til psykisk ustabilitet og etter hvert en generelt dårligere psykisk fungering enn før bruket/misbruket av stoffet startet. «On/off»-fenomener gir psykisk ustabilitet med utvikling av angst og etter hvert depresjon etter en innledende «high» fase, dette ser en ikke minst ved bruk av sentralstimulerende stoffer. Vedvarende bruk av opiat er gir en varig forstyrrelse i kroppens egen regulering av «belønningsmekanismer» og lystfølelse knyttet til hjernens eget opioidsystem (endorfin/enkelefiner) og dette fører igjen til psykisk ustabilitet og sårbarhet.

En del pasienter med psykiske lidelser som sitt primære problem, misbruker narkotika i perioder, og dette kompliserer deres tilstand. Videre har vi mange misbrukere med misbruket som sitt hovedproblem som har symptomer på angst og depresjon. Det er ofte vanskelig å komme i en behandlingssposisjon til disse pasientene hvis ikke misbruket er under kontroll, og dette kan vel være en hovedårsak til psykiatriens tradisjonelt vegrende holdning til slike pasienter. Når de blir stabile i forhold til sitt misbruk, ikke minst innenfor LAR, er det mulig å behandle disse både psykoterapeutisk og medikamentelt med ikke-avhengighetsskapende midler, framfor alt antidepressiva.

Og endelig har vi de egentlige «**dobbeltdiagnose-pasientene**», de med **samtidig alvorlig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse**. Det dreier seg grovt sett om rus + schizofreni, rus + affektiv lidelse eller rus + alvorlig personlighetsforstyrrelse. Dette er pasienter med store og sammensatte problemer. Noen kan klassifiseres som **sårbare** og noen av disse igjen er psykotiske. Den sårbare gruppa inneholder schizofrene, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive psykoser, bipolare psykoser, alvorlige depresjoner, alvorlige angsttilstander, spiseforstyrrelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser av eksentrisk type (paranoide eller schizoide) eller engstelig type (tvangspregede, unnvikende eller

- «**Dobbeltdiagnose**»-pasientene – de med samtidig alvorlig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse
- De «**sårbare**»: Schizofrene, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive psykoser, bipolare psykoser, alvorlige depresjoner og angsttilstander, spiseforstyrrelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser av eksentrisk eller engstelig type
- De «**utagerende**»: Alvorlige personlighetsforstyrrelser av ustabil eller dyssosial type
- **Kognitiv svikt**: Lettere psykisk utviklingshemming og ADHD

avhengige). Denne gruppe er av Kielland anslått til å være ca 2200 personer i Norge. En annen gruppe er de **utagerende**, det dreier seg om pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser av ustabil eller dyssosial type, og Kielland anslår dette til 1300 personer. En tredje gruppe er de med **kognitiv svikt**, det dreier seg om personer med alvorlig rusmisbruk og lettere psykisk utviklingshemming. Misbrukere med ADHD er også med i denne gruppa, som anslås til å dreie seg om ca. 330 personer, men tallene er her usikre. Tallene er beregnet på grunnlag av registrering fra psykiatrien og rusomsorgen i fylkene. Til sammen anslår Kielland at det er 3900 personer i Norge med dobbeltdiagnose og behov for nye behandlingstiltak. Dette er krevende pasienter som har behov for omfattende støttetiltak som krever tverrfaglig samarbeid, og som er og nok i enda større grad vil bli en betydelig utfordring for det kommunale helse- og sosialapparat i årene som kommer. Kompetansen på behandling av denne gruppa er mangelfull, og psykiatrien har som nevnt hatt en ganske vegrende holdning til disse pasientene. Det er nå i ferd med å bli bygd opp spesialkompetanse på dette feltet, men ytterligere satsing er her helt nødvendig.

Konklusjon

Dette har vært en gjennomgang av en del viktige særtrekk ved stoffmisbrukeres somatiske og psykiske sykелighet. Som det tydelig går fram er dette en sårbar gruppe. Og det er en gruppe som mer enn de aller fleste andre har behov for en stabil og tålmodig helsemessig oppfølging. Dette er en utfordring for helsevesenet, både i sykehusene og ikke minst i fastlegessystemet. Men det er ingen lett oppgave. Mange misbrukere kan ha en atferd som gjør at det kan være vanskelig å gi dem adekvat hjelp. Men det er ikke umulig. I senere artikler vil jeg gå inn på en del særegne trekk ved stoffmisbrukernes atferd som pasienter og legers/helsepersonells atferd som behandlere for misbrukere. Videre vil jeg gå konkret inn på den praktiske gjennomføringen av LAR og fastlegens rolle her.