

«Hvorfor er de så vanskelige?»

STOFFMISBRUKEREN SOM PASIENT HOS FASTLEGEN

AV IVAR SKEIE

Jeg har i tre tidligere artikler i Utposten (1, 2, 3) drøftet stoffmisbrukernes helseproblemer og deres forhold til helsevesenet. Jeg har lagt vekt på at stoffmisbruk(ere) ikke kan velges bort fra fastlegens praksis, at behandlingen av dem er utfordrende og ofte vanskelig, at de har stor oversykelighet og overdødelighet, og at allmennlegene bør ha kjennskap til en del av det særegne ved deres sykkelighet. Jeg vil i denne artikkelen ta opp en del forhold i (sam)spillet mellom legen og stoffmisbruker-pasienten og diskutere hvordan lege-pasient-forholdet i denne spesielle settingen kan utvikles til det bedre både for pasienten og legen.

Alle allmennleger vet at dette ikke er lett. De fleste av oss har opplevd misbrukere som «en pest og en plage» i praksisen, med vanskelig – og kanskje truende – atferd, stadige krav om rusgivende medikamenter, manglende evne til å holde avtaler og et «relativt» forhold til sannheten og en ofte godt utviklet evne til manipulering. Dette gjør at mange leger – kanskje de fleste – er blitt skuffet, og kanskje endatil såret, over misbrukernes pasientatferd. Samtidig ser vi som leger at dette er en svært utsatt og plaget gruppe helsemessig, og at vi er forpliktet til å gi dem legehjelp. Dette medfører at dette fagfeltet er motsetningsfylt. Noen har løst «dilemmaet» ved å avvise denne pasientgruppa, andre har havnet i ødeleggende bindingsforhold til misbrukere med uforsvarlig narkotikaforskrivning, mens de fleste har prøvd å gjøre sitt beste i et uryddig farvann.

Men samtidig har mange leger opplevd at dette også er en spennende og fascinerende gruppe, særlig hvis man har sansen for det som ikke er helt «A4». Når vi får syn for pasienten og mennesket bak «misbruker»-klisjeen, kan vi gjøre interessante bekjentskaper, og når vi virkelig klarer å gi disse pasientene god helsehjelp, føles det som vi bedriver «god medisin». Da gir vi til «dem med de største behov». Og det skal også understrekes at ikke alle misbrukere er så «vanskelige», mange glir greit inn i en vanlig fastlegepraksis.

Hvorfor er misbrukerne så «vanskelige»?

Det er ikke kontroversielt å fastslå at stoffmisbrukerne som gruppe har stort behov for helsehjelp. Problemet er derimot at mange av dem i mange tilfeller har en atferd som gjør at det er vanskelig å hjelpe dem, fordi de ikke evner å holde seg innenfor den minimum av disiplin og orden som kreves av pasienter i organisert behandling. Dette særtrekket ved misbrukergruppa utgjør en særlig helserisiko for dem, fordi det gjør det vanskelig for dem å få adekvat helsehjelp. Dette er derfor en særskilt utfordring for legene som skal gi denne helsehjelpen. For å kunne utvikle lege-pasient-forholdet i positiv retning, er det viktig å skjønne noe om hvorfor denne gruppa ter seg så «vanskelig».

Men svaret på spørsmålet er ikke enkelt og entydig. Det er et samspill mellom ulike faktorer som fører til den «vanskelige» pasientatferden. For det første har misbrukerne ofte en **underliggende psykisk sårbarhet**, og mange av dem har alvorlige personlighetsavvik. I Kiellands oversikt fra 2000⁴ opererer han med i underkant av 4000 «dobbeltdiagnosepasienter» i Norge, altså pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. I tillegg kommer mange som har lettere grad av personlighetsavvik. Påstanden om at «alle» kan havne i stoffmisbruk, stemmer nok i liten grad med virkeligheten, de fleste stoff-misbrukere har i utgangspunktet hatt en psykososial sårbarhet.

For det andre fører stoffmisbruk i seg sjøl til mentale endringer som skyldes **organiske forandringer i sentralnervesystemet** som følge av misbruk av nevroaktive stoffer

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

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

3 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse, Ivar Skeie – Utposten 5/2003

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

Underliggende årsaker til «vanskelig» atferd hos stoffmisbrukere:

- Psykisk sårbarhet av forskjellig art
- Organiske narkotikarelaterte forandringer i hjernen
- Somatisk sykdom
- «Relativt» forhold til «sant/usant»

(nevroadaptasjon). Hos opiattmisbrukere vil «on-off»-fenomener, stadige vekslinger mellom rus og abstinens, føre til psykisk ustabilitet, angst, depresjon, og redusert evne til å mestre stress. Og ofte vil misbrukerens legebesøk innebære et element av konflikt og dermed stress, fordi legen ofte ikke finner det riktig å skrive ut medisiner misbrukeren vil ha. Ikke sjelden oppsøker misbrukere legen i en tilstand av rus eller abstinens, og det sier seg sjøl at vedkommende da ikke vil vise «normal» oppførsel.

For det tredje er stoffmisbrukerne ofte **somatisk syke**, og som andre pasienter kan de reagere med stress ved mer eller mindre alvorlig sykdom. Dette kan komplisere kommunikasjonen mellom lege og pasient.

Og for det fjerde – og ikke minst viktig – har mange misbrukere et «**relativt» forhold til sannheten**. For å si det brutalt, misbrukere som gruppe lyver mer for legen enn andre grupper. Sjølsagt gjelder ikke dette alle misbrukere, men likevel mange. De fleste mennesker har et «instinktivt», «absolutt» forhold til hva som er sant eller usant, de vet hva som er sant og usant, og de vet i alle fall når de lyver. Få pasienter lyver bevisst for legen. Men mange misbrukere lyver bevisst. Men en del av dem har - i alle fall til en viss grad – et «relativt» forhold til sannheten. Med det mener jeg at de mangler den «absolutte» oppfatningen av «sant/usant», det viktigste for dem er «hvilken versjon» av virkeligheten som tjener dem der og da. Mens «sant/usant» vil være det viktigste vurderingskriteriet ved et utsagn for de fleste («normale»), vil «hva tjener meg best her og nå» være det viktigste for «misbrukeren». Dersom hun er ute etter narkotika og en «løgn» fører til at legen gir henne narkotika, er «løgn» en bedre strategi for henne enn «sant». «Sant/usant» blir derfor underordnet og uviktig i forhold til «hva tjener meg», og det er ikke en gang sikkert at misbrukeren oppfatter dette som «moralisk løgn», hun følger bare sin «overlevelsesstrategi».

Et slikt «relativt» forhold til sannheten skyldes ofte tidlig til lærte «overlevelsesstrategier» som har sin bakgrunn i oppvekst med svære psykososiale belastninger og høy grad av uforutsigbarhet i sårbare utviklingsfaser. Rusmisbruk hos eldre og omsorgspersoner kan være viktige årsaker her, og

rusmisbruk går som kjent ofte som «arv» i familier og miljøer. Slike mekanismer er gjerne en viktig del av grunnlaget for såkalt **antisosial eller dyssosial personlighetsforstyrrelse**, som forekommer relativt hyppig blant tunge stoffmisbrukere.

Manipulering

Dette fører til at misbrukere ofte får en manipulerende stil og atferd som pasienter. Dette skyldes at de ofte er ute etter å oppnå noe av legen som legen i utgangspunktet ikke ønsker å gi dem. I en vanlig lege-pasient-relasjon er det som regel i utgangspunktet samsvar mellom pasientens ønske om å få hjelp og legens ønske om å hjelpe. I lege-misbruker-relasjonen blir dette ofte vanskeliggjort ved at de to partene ønsker å oppnå forskjellige ting gjennom kontakten. Misbrukeren kan ønske narkotika som legen ikke finner indikasjon for å gi, men i tillegg kan det være et «vanlig» lege-pasient-forhold mellom dem basert på et felles ønske om å lindre/helbrede sykdom og plager. Derfor kan relasjonen lett bli komplisert. Når en pasient, i denne sammenheng en misbruker, forsøker å manipulere legen, innebærer det at pasienten prøver å «styre» legens atferd på en slik måte at hun får legen til gjøre noe som legen i utgangspunktet ikke ønsker. Dette behøver ikke være bevisst fra pasientens side, det kan være en atferd som er «innebygd» i personlighetsstrukturen, og det kan ofte ha sammenheng med misbrukerens «relative» forhold til sannheten (forrige avsnitt). Dessuten vil mange misbrukere framby en atferd med en sterk emosjonell «appell», og en stor grad av «lidelsestrykk», som ledd i den bevisste eller ubevisste strategien for å få det de ønsker fra legen. Fra legens side kan dette spillet være vanskelig å gjennomskue. Men legen vil i en slik situasjon gjerne føle et «stresspreget ubehag», hun føler det «i magen». Og hun føler det som regel svært ubehagelig å ha blitt manipulert, «styrt mot sin egentlige vilje» til å gjøre noe annet enn det hun i utgangspunktet ville og mener er faglig riktig. Legen kan lett føle seg «brukt», og kan føle skuffelse, sinne, frustrasjon og dårlig samvittighet.

Summen av disse forhold er at lege-pasient-relasjonen ofte blir komplisert og sammensatt når pasienten er stoffmisbruker. Dels en «vanlig» relasjon med felles ønske hos lege

Manipulering:

«Styring» av legens atferd dit hen at hun gjør noe hun i utgangspunktet ikke ønsket å gjøre.

Sammensatt lege-pasient-relasjon når pasienten er stoffmisbruker:

- Dels «vanlig» lege-pasient-forhold (felles ønske om å helbrede/lindre sykdom)
- Dels «manipulatorisk» lege-pasient-forhold (ulike ønsker hos lege og pasient vedr. forskrivning)

Hvordan unngå «lege-misbruker-kaos»:

- Lær å lese «spillet» mellom misbruker og lege
- Skaff deg faglig innsikt i misbrukernes helseproblemer
- Sett deg inn i det faglige og juridiske grunnlaget for legemiddelforskrivning til misbrukere
- Bli trygg på egne holdninger
- Vær tydelig, ikke godta uakseptabel oppførsel, trusler eller vold

og pasient om å behandle sykdom og plager, dels en «manipulatorisk» relasjon med ulik målsetting hos pasient og lege, styrt av pasientens ønske om narkotika og/eller legens ønske om ikke å gi narkotika på manglende faglig grunnlag. Denne dobbeltheten i relasjonen vil variere fra pasient til pasient. Jo mer preget av personlighetsavvik misbrukeren er, desto mer vil gjerne den «manipulatoriske» sida dominere. Men dobbeltheten kan også variere fra kontakt til kontakt i samme lege-pasient forhold. Kommer misbrukeren til legen med en dyp abscess i låret etter injisering, vil gjerne ønsket om behandling for dette dominere. Er motivasjonen for kontakten et ønske om å få et medikament legen i utgangspunktet vil nekte å gi, vil ønsket om å manipulere dominere.

Det er viktig at legen lærer å identifisere disse mekanismene, for hvis man ikke forstår hva som foregår, vil det være meget vanskelig og som oftest meget ubehagelig å havne i dette «krysspreset». Bare det å skjønne hva som skjer, letter presset på legen. Denne dobbeltheten eller «krysspreset» i behandlingsrelasjonen vil man også finne i forholdet til pasienter som ikke er misbrukere, men den kommer gjerne svært tydelig fram her. Det er viktig at disse vanskelige relasjonene tas opp og drøftes i veiledningssammenheng og i annen kontakt mellom kolleger. Ofte kan det å bli i stand til å se og forstå hva som skjer i et slikt manipulasjonsspill, være et første viktig steg mot å kunne mestre disse vanskelige relasjonene og til å kunne gi disse «vanskelige» pasientene en sårt tiltrengt «virkelig» hjelp, både for selve misbruket og for deres ymse psykiske og kroppslige plager. Og like viktig er det at legen på denne måten kan redusere det ubehaget og stresset som slik manipuleringsatferd innebærer.

Hvordan unngå «lege/misbruker-kaos»?

Hvis vi så har lært å se de ulike «spill» i relasjonen mellom lege og misbrukeren som pasient, hvordan skal vi så beskytte oss mot å bli dratt inn i misbrukerens kaos? For misbrukerens liv er gjerne temmelig kaotisk, og dette kaoset sprer seg gjerne til familien og det nære nettverket, men kan

også slå over på behandlingsapparatet. For at legen ikke skal bli dratt inn i kaoset, er en del punkter sentrale.

Det første er nettopp det at man **lærer seg å se dette spillet** som foregår mellom lege/behandler og misbruker/pasient, slik jeg har prøvd å beskrive det her. Er man ikke klar over «krysspreset», kan man enten lett bli et bytte for manipulering, eller man «garderer» seg ved å avvise all kontakt med misbrukeren, og kan da komme i en situasjon der man ikke yter nødvendig helsehjelp.

For det andre bør man ha noe **kjennskap til de særpregne trekk** ved den somatiske og psykiske sykkeligheten til stoffmisbrukerne. Man bør også kjenne noe til de sosiale livs- betingelsene som preger deres liv, og ha innsikt i at deres liv ligger ganske langt fra det som er «normalt» for storparten av fastlegens pasienter.

For det tredje bør man kjenne de **lover og forskrifter** som regulerer medisinsk behandling av stoffmisbrukere, særlig rammene for og innholdet i legemiddelasistert rehabilitering av opiatavhengige (LAR)⁵ og Helsetilsynets vurderinger omkring forsvarlighet ved forskrivning av vanedannende legemidler⁶. Praktisk gjennomføring av LAR og substitusjonsbehandling vil være tema for min neste artikkel i denne serien om rusrelatert medisin.

For det fjerde bør man, så langt det er råd, være **trygg på egne holdninger** til disse pasientene. Man bør tilstrebe å være like profesjonell overfor misbrukerne som man er overfor andre pasienter. Dette er ikke alltid like lett. Å bli løyet for og lurt, er ingen god opplevelse, heller ikke for leger. Og det kan være vanskelig å beholde profesjonaliteten når pasienten begår moralsk uakseptable handlinger og kriminalitet. Men prøv å se misbrukeren i hennes kontekst, og prøv å skille «snørr og barter». Vår moralske (og juridiske) plikt til å gi legehjelp er ikke begrenset til de moralsk uklanderlige!

For det femte, må legen være **tydelig**, være trygg på egne grenser, og inngå klare og konkrete avtaler om forskrivning etc., og i størst mulig grad holde seg til de avtaler som er inngått. Legen bør før slike konsultasjoner ha bestemt seg for hva som skal skje når det gjelder forskrivning med mer, og ikke gå inn i «åpne reseptforhandlinger». Gjør man det, kommer man gjerne feil ut. Og misbrukerpasienten senser veldig fort om det er noe å «hente» fra legen. Har legen bestemt seg og signaliserer det gjennom «kroppsspråket», gir de seg gjerne fort. For legen er det gjerne bedre å senke enn å heve stemmen når misbrukeren prøver å forhandle.

⁵ www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=/MARIO

⁶ Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet, Statens Helsetilsyn, oktober 2001 – IK-2755, www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm

For det sjette, legen skal **ikke akseptere uakseptabel atferd fra misbrukeren**. Å møte ruset opp på legekantoret, å vise ubehøvlet oppførsel på venteværelset eller overfor medarbeiderne og liknende uakseptabel atferd skal ikke godtas. Det betyr ikke at de da forvises fra legepraksisen for godt, men legen må da ta en «alvorsprat» med misbrukeren og gjøre det helt klart at legekantoret ikke vil ha slik oppførsel. Hvis dette tas «i starten», og konsekvent, og hvis det gjøres på en saklig, profesjonell og kontant måte, vil de fleste misbrukere endre atferd etter å ha fått «gult kort». Hvis dette ikke hjelper, må evt. sterkere sanksjoner vurderes og iverksettes.

For det sjuende bør legen ha «**nulltoleranse**» for **trusler og vold**. Dersom legen eller medarbeidere utsettes for vold eller trusler om vold, må man umiddelbart vise med all nødvendig tydelighet at misbrukeren har krysset en grense, og at dette overhodet ikke tolereres. Leger eller medarbeidere som utsettes for slikt, må ikke bli «sittende alene» med dette, det må tas opp med kollegene, de må få nødvendig hjelp og støtte i en meget ubehagelig situasjon. Det er et lederansvar på et legesenter å utvikle rutiner for hvordan slike situasjoner skal håndteres. Man bør ha lav terskel for å politianmelde slike episoder. Hvorvidt legen synes hun kan opptrettholde lege-pasient forholdet etter en slik episode, må vurderes i det enkelte tilfellet, men i en del situasjoner vil det være rimelig å «tilgi» et slikt overtramp etter at det har fått sitt nødvendige etterspill. Slike uakseptable episoder må dokumenteres i journalen.

Respekt

En fellesnevner for disse rådene er tydelighet, trygghet og profesjonalitet. Det dreier seg grunnleggende om å etablere en gjensidig respekt i forholdet mellom misbrukerpasienten og behandleren. Det er snakk om respekt og motrespekt, og legen må gjerne være den første til å vise respekt. Svært mange misbrukere vil vise respekt tilbake hvis de blir møtt med respekt av behandleren. Legens behandling av denne pasientgruppa bør være preget av samme etiske grunnholdning som hun behandler andre pasienter med. Man bør unngå moralisering, unngå å tenke i straff/belønning, men forklare det rasjonelle grunnlaget for våre behandlingsvalg, og ha som en grunnholdning at vår behandleratferd ikke skal skade pasienten.

Tar dette alt for mye tid?

Mange vil kanskje tro at en slik modell for å jobbe med stoffmisbrukere tar alt for mye tid og ikke er mulig å gjennomføre

i en fastlegepraksis. Problemet er bare at vi i fastlegesystemet har disse pasientene uansett, og at hvis vi skyver dem fra oss, forflytter vi bare «problemet» over til en av våre kolleger. En generelt avvisende holdning til misbrukerne som pasienter kan derfor neppe forsvares som kollegial. Men tar dette så mye tid? Både ja og nei! Min erfaring er at det å jobbe etter en slik modell, tar mindre tid enn å ha en usystematisk behandleratferd i forhold til dem. Dette dreier seg framfor alt om å **bedre legens mestring** av dette arbeidsfeltet. Og mestrer man et arbeidsfelt, går arbeidet raskere og lettere og med mindre stress og ubehag.

Noen vil også hevde at denne gruppa «stjeler» behandlingstid fra andre pasientgrupper. Som jeg har vist, er det udiskutabelt at dette er ei gruppe med meget store helseproblemer, og derfor stort behov for legehjelp. Det er derfor urimelig å si at denne gruppa fortrenger andre grupper som skulle ha større behov. Dette er nettopp ei av gruppene med store og sammensatte helse- og sosialproblemer og ei gruppe som ofte vil ha rett til såkalt individuell plan for tverrfaglig arbeid etter helselovgivningen.

Konklusjon

Misbrukerne er en «vanskelig» pasientgruppe. Men det er mulig å forstå deres atferd, og en slik forståelse må ligge til grunn for utvikling av konstruktive lege-pasient relasjoner på dette fagfeltet. Dette vil gjøre det mulig også å forsøke å behandle selve avhengighetsproblemet. Dette kan skje med terapeutiske ikke-medikamentelle metoder, eller med legemiddelassistert rehabilitering. I neste artikkel skal jeg gå konkret inn på hvordan legemiddel-assistert rehabilitering av opiatavhengige gjennomføres, og se spesielt på hvilken rolle fastlegene kan spille i dette systemet.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no