

# Rusmedisin

**U**tposten har det siste året gjennom en serie artikler satt rusmedisin og ulike sider ved forholdet mellom stoffmisbrukere og helsevesenet i fokus. Dette har vi gjort fordi vi ser på disse spørsmålene som viktige, og fordi vi tror mange allmennleger oppfatter dette som en vanskelig og lite lystbetont del av jobben. Men – som vi har påpekt flere ganger – vi kan ikke velge oss bort fra disse pasientene i fastlegesystemet. Og – som vi også har påpekt – denne gruppas sykelighet og behov for god medisinsk hjelp er større enn hva gjelder de aller fleste andre grupper i det norske samfunnet. Det er derfor stort behov for kompetanseheving for allmennlegene på dette feltet.

Stoffmisbruk er en utfordring for hele helsevesenet, både førstelinja og sykehusvesenet, og for hele rusomsorgen. Det synes å være brei enighet om at dette skal være en prioritert sak for helsevesenet. Som en del av den statlige overtagelsen av sykehusene, er nå Rusreformen gjennomført. De regionale helseforetakene har fra 1. januar 2004 overtatt fylkeskommunenes ansvar for behandling av rusmiddelmisbrukere. De fylkeskommunale institusjonene og fylkeskommunenes avtaler med private institusjoner er overtatt av Staten ved helseforetakene. Det er nå helseforetakene som har ansvaret for spesialfunksjoner som avrusning, utredning og spesialisert helse- og sosialfaglig behandling.

Det vil vise seg om dette fører til større endringer i det praktiske arbeidet med rusmisbrukere. Som før vil primæransvaret ligge i kommunene, på sosialtjenesten og den kommunale helsetjenesten. I de fleste kommuner vil fastlegesystemet være den naturlige plass for primære helsetiltak for rusmiddelmisbrukere. Men i en del store og middelstore byer, er det gjort gode erfaringer med lavterskeltilbud utenfor fastlegesystemet, slik som Feltpleien i Oslo. Disse tiltakene spiller en viktig rolle for de mest utslåtte misbrukerne som ikke er i stand til å gjøre seg nytte av fastlegesystemet. Men det er viktig at dette ikke må bli ei «sovepute» for fastlegene, det er helt klart at det er fastlegen som har hovedansvaret for misbrukerpasientene på lista, på lik linje med andre pasienter. En praktisk endring som følge av Rusreformen er at fastlegen nå, i tillegg til sosialtjenesten, får henvisningsrett til spesialisert behandling i helseforetakene. Retningslinjene for legemiddellassistert rehabilitering (LAR) forblir uendret.

Men utviklinga på dette fagfeltet vil ikke bare dreie seg om organisering, men også om kvalitet. Og kvalitet dreier seg om kompetanse, – og ressurser. Og dermed om kommunal og statlig økonomi og sparepolitikk. Det har de siste år vært mye fokus på LAR. Men i rusfeltet er det viktig å kunne ha flere tanker i hodet samtidig. Det behøver ikke være noen motsetning mellom LAR og medikamentfri behandling, og slik behandling bør fortsatt prioriteres. Og det bør ikke bli slik at medikamentet (metadon eller buprenorfin) blir det eneste tiltaket i rehabiliteringa, den sosiale delen er like viktig. En del fryktet at LAR ville utvikle seg til å bli en «billig» behandlingsform som ikke ville legge vekt på sosiale tiltak og støtte. Bare prioritering av ressurser til den sosiale rehabiliteringa vil hindre at det slår til. Jeg har argumentert for at LAR også bør være en mulighet for pasienter som ikke oppnår «full» rehabilitering, og at «skadebegrensning» i seg selv kan være en riktig målsetting. Men det betyr ikke at innsats for sosial rehabilitering blir mindre viktig, bare at ikke alle kan «rehabiliteres» (eller kanskje rettere «habiliteres») like langt.

Derfor må behandling av stoffmisbrukere – fra tiltakene som retter seg mot tenåringer som begynner å skli ut til omsorgen for de eldre og slitne – være tverrfaglig og prioriteringen må gjenspeiles i kommunenes og helseforetakenes budsjetter. Men fastlegene har og vil få en sentral plass i det totale behandlingsapparatet på dette feltet.

Ivar Skeie