

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



«Er dette noe jeg skal gjøre noe med?»

Rusrelatert klinisk allmennmedisin – på vakt og hos fastlegen

AV IVAR SKEIE

Jeg melder meg på legevakt kl 16. Beskjed om at jeg må rykke ut til en leilighet der det bor en alkoholiker som naboene ikke har sett siste par dager, bror har låst seg inn og funnet pasienten i elendig forfatning. Jeg får vite at han var i mottagelsen på sykehuset for to–tre dager siden, men nektet innleggelse.

Jeg kommer fram og går inn i leiligheten sammen med broren. Kommer først inn i stua som er møblert med en sofa, et par lenestoler, en TV og en kjøkkenkrok. Det er klint av-

føring rundt i sofa og stoler, og det lukter ikke godt. Det står en del ølflasker på bordet og kjøkkenbenken. Pasienten ligger naken i senga på soverommet innenfor, på madrass uten laken, med et tilklint sengeteppe over seg. Han er i live, men svarer ikke, men reagerer når vi rusker i ham. Jeg tilkaller ambulanse og legger ham inn på medisinsk avdeling.

Pasienten har septisk lungebetennelse. Han overlever etter intensiv sykehusbehandling.

Kliniske problemer knyttet til bruk og avhengighet av rusmidler er vanlige i allmennpraksis. Alle allmennleger møter slike problemer i sitt daglige arbeid, ikke minst i vakt-sammenheng. Pasienter med rusproblemer kan være krevende og ha en oppførsel som avviker betydelig fra «vanlig» pasientatferd, og dette gjør at de lettere enn andre kan bli avvist. Samtidig kan sykdom som enten er direkte rusmiddelutløst eller som kompliseres av rusmiddelbruk, ofte være alvorlig og kreve rask legereaksjon og behandling. Det er derfor viktig at disse pasientene ikke møtes med avvising, men at opplysninger om akutt eller kronisk rusproblem tas som et viktig anamnestisk poeng når legen eller annet helsepersonell skal vurdere pasienten.

Hensikten med denne artikkelen er å sette lys på en del sentrale, mer akutte kliniske problemstillinger knyttet til rus og rusmidler, som allmennleger ofte møter, ikke minst på

vakt. For en mer helhetlig gjennomgang av sykkelighet hos pasienter med alvorlig stoffmisbruk henvises til en tidligere artikkel i Utposten.¹ Fokuset i denne artikkelen er klinisk her-og-nå-rettet: «Hva gjør jeg med denne pasienten her-og-nå før jeg tar inn nestemann?».

Hva er spesielt med «akutt rusmedisin»?

Den akutte rusmedisinske situasjonen, på vakt eller i en hektisk allmennpraksis, er ofte uoversiktlig og ruspasientens forhold til legen er ofte komplisert. På den ene siden et «vanlig» lege-pasient-forhold, der legen og pasienten har felles interesse av å diagnostisere og behandle sykdom, på den andre siden et «manipulatorisk» forhold, der ruspasienten – bevisst eller ubevisst – prøver på styre legens atferd i en retning legen ikke ønsker.² Samtidig somatikk, psykiatri, rus (ofte akutt ruspåvirkning) og «vanskelig» atferd, gjør situasjonen uklar, særlig hvis man ikke kjenner pasien-

ten. Da er det viktig for legen å holde hodet kaldt, og å overvinne den spontane uvilje og ubehag man gjerne føler som lege i en slik situasjon. Det vi – som oftest raskt – må ta stilling til er: Er dette en oppgave for helsevesenet – eller kanskje heller politiet eller sosialtjenesten? Er dette noe som krever medisinsk behandling? Må denne behandlingen eventuelt skje med en gang? Skal denne behandlingen gis av meg her-og-nå, eller skal pasienten henvises eller akutttinnlegges, og i tilfellet hvor? Hva slags problemstillinger er det riktig å gå inn i på vakt, og hva skal man holde fingrene unna? Og hva bør eventuelt overlates til fastlegen eller sosialtjenesten?

Hva er en «ruskrise»?

En «ruskrise» er en tidsavgrenset sammensatt situasjon som preges av både akutt og kronisk rusmiddelmissbruk, psykisk ustabilitet og ofte sosialt kaos (økonomi, bolig, relasjoner), gjerne kombinert med somatisk sykdom eller skade. De hjelpe- og omsorgstiltak som til vanlig er etablert rundt pasienten, er i slike situasjoner ikke tilstrekkelig til å stabilisere situasjonen. Og da må noen ofte gripe inn. Det kan være politiet eller sosialtjenesten, men ofte blir problemet presentert for legen, og legen må da tenke og handle rasjonelt medisinsk. I en del tilfeller vil det være behov for umiddelbare medisinske tiltak, særlig ved akutte forgiftninger eller alvorlig psykiatrisk eller somatisk sykdom. Slike situasjoner fører ofte til sykehusinnleggelser. Andre situasjoner som er mindre akutte, krever gjerne annet enn medisinske tiltak, og da må man spille på det tverrfaglige samarbeidet, særlig med kommunal sosialtjeneste og det spesialiserte rusbehandlingsapparatet.

Siktemålet med denne artikkelen er å prøve å rydde litt i dette uoversiktlige landskapet, og å gi noen råd om hva man kan gjøre og hva man ikke skal begi seg inn på i en del vanlige akuttsituasjoner. Jeg vil drøfte akutte rusrelaterte forgiftninger, abstinens, akutte og kroniske infeksjoner, skader, og akutte rusrelaterte psykiatriske tilstander.

Blandingsforgiftninger og forgiftninger med opioider

Overdoser med opioider er vanlige hos injiserende heroinmisbrukere. Disse er enten rene opioidoverdoser eller blandingsforgiftninger. Det opioid som hyppigst gir overdoser er heroin, men andre legemidler – ikke minst metadon og i noen grad buprenorfin som lekkasje fra substitusjonsbehandling – forekommer ikke sjelden. Svært ofte blandes opioidet med andre stoffer, ikke minst benzodiazepiner (særlig flunitrazepam), alkohol og karisoprodol (Somadril). Hovedproblemet ved opioidforgiftninger er respirasjonshemningen som kan forsterkes av alkohol, flunitrazepam og andre stoffer, og som kan gi respirasjonsstans og død.

Overdosepasienter vil ikke være i stand til selv å komme seg til lege, det vil helst dreie seg om lege- eller ambulansetrykning. Behandlingen i en slik situasjon vil være generell akuttbehandling og antidot. Hvis bruk av antidot i adekvat dose ikke gir forventet effekt, må det antas at forgiftningen skyldes annet stoff eller at bevisstløsheten har annen årsak. De fleste pasienter som vekkes opp etter en slik akutt forgiftning, vil det være aktuelt å observere i sykehus, men det er et problem at mange pasienter i slike situasjoner velger å forlate sykehuset på egen risiko. Man bør da prøve å avtale med andre at de ikke skal være alene. Dette er spesielt viktig ved overdoser med langtidsvirkende opioider som metadon og buprenorfin.

En annen sjelden komplikasjon til heroinbruk kan være akutt lungeødem.³

Opioidabstinens

Abstinens opptrer når en pasient etter en tids vedvarende bruk av opioid, slutter å bruke det. Det er noe alle heroinister har vært gjennom mange ganger. Symptomene er fysisk og mental uro, kuldefølelse/frysninger, svetting, diaré, muskelsmerter, kramperisiko med mer. I de fleste tilfeller vil abstinensreaksjonene ikke være medisinsk alvorlige, men de oppfattes som sterkt ubehagelige. Graden av tilvenning og avhengighet og dosenivå vil ha betydning for abstinensreaksjonen.

I akutt legevaktsammenheng er det begrenset hva man bør gjøre. Man bør i størst mulig grad unngå benzodiazepiner. Abstinensreaksjonen kan dempes med klonidin. Visse anti-epileptika kan gi symptomlindring og beskytte mot kramper.

Mistenkt eller kjent opioidforgiftning:

Generell førstehjelp

Medikamentell behandling:

Naloxon (Narcanti ®) 0,4 mg/ml, amp. a 1 ml

Kan gis i.v., i.m., s.c. eller som i.v. infusjon.

Initialdosen er vanligvis 0,4–2 mg (1–5 ml) i.v.

Hvis ønsket forbedring av respirasjonsdepresjonen ikke inntreffer umiddelbart etter i.v. administrering, kan injeksjonen gjentas med 2–3 minutters intervall. Hvis manglende oppvåkning etter totalt 2 mg naloxon, mistenk andre farmaka enn opioider, annen sykdom eller irreversibel hjerneskade.

Naloxon har kort virketid, viktig å være klar over fare for ny respirasjonsdepresjon etter en tid.

Diazepam inj./rektalt (Vival®): 10 mg i.v. eller rektalt dersom kramper etter naloxonbehandling.

(Kilde: Felleskatalogen og Norsk Elektronisk Legehåndbok)

Mistenkt eller sikker benzodiazepinforgiftning

Generell førstehjelp

Medikamentell behandling:

Flumazenil (Anexate) – injeksjonsvæske 0,1 mg/ml (ampuller 5 ml).

Initialt gis 0,3 mg i.v. i løpet av 15 sekunder. Om tilstrekkelig våkenhetsgrad ikke oppnås i løpet av 60 sekunder, kan gjentatte doser på 0,1–0,3 mg gis til pasienten våkner eller opptil en total dose på 2 mg. Om det ikke oppnås tydelig effekt på våkenhet og åndedrett etter gjentatte doseringer, må det antas at intoksikasjonen ikke skyldes benzodiazepiner. Dersom bevissthetsforstyrrelser vender tilbake, kan det gis en i.v. infusjon på 0,1–0,4 mg pr. time. Infusjonshastigheten skal justeres individuelt for å nå den ønskede våkenhetsgrad.

(Kilde: Felleskatalogen)

Hvis ikke effekt, mistenk annen årsak.

Ved avrusning i institusjon er det nå vanlig å bruke en kombinasjon av opioid og antiepileptikum. I fastlegesammenheng kan man i enkelte tilfeller vurdere nedtrapping med opioid, men ikke med ukjente pasienter i en vaksituasjon. Man må da tenke godt gjennom sikkerheten rundt forskrivningen. Utskrivning av opioider uten tett oppfølging, kontrollsystemer rundt utlevering og inntak og tverrfaglig samarbeid vil ofte være verre enn å ikke gjøre noe, og det bør i alle fall ikke gjøres i legevaktsituasjonen. Legen må være klar over at ustabile pasienter som får utlevert legemidler i abstinenssituasjoner, svært ofte ikke vil bruke dem slik legen har beordret, og det kan faktisk øke overdoserisikoen.

Mer langvarig nedtrapping av opioider, eventuelt stabilisering før inntak i LAR, er det en viss åpning for,³ jmf. Helsetilsynets veileder fra 2001, IK 2755, kap. 4.3.1.⁴ Slik behandling bør aldri startes uten at den er grundig vurdert og planlagt og sikret gjennom et tverrfaglig apparat der fastlege, sosialtjeneste og spesialisttjenesten samarbeider om et langsiktig behandlingsopplegg. Å starte slik behandling i legevaktsammenheng vil aldri være aktuelt.

Alkoholforgiftning og abstinens

Akutte **etanolintoksikasjoner** kan forekomme både hos alkoholikere og hos andre med akutt stort alkoholinntak, ikke minst ungdom. Den direkte giftvirkningen i hjernen kan føre til respirasjonsdepresjon og eventuelt død ved promille over 3,5. Men kanskje oftere vil alkoholutløst koma kombinert med andre uheldige hendelser som aspirasjon og nedkjøling være dødsårsak. Ved alkoholforgiftning finnes ingen spesifikk antidot, her må behandlingen følge generelle akuttmedisinske retningslinjer. Pasienter som er ko-

matøse av alkoholforgiftning bør observeres i sykehus. Og man skal være spesielt oppmerksom på blandingsintoksikasjoner, spesielt med benzodiazepiner og eventuelt nevroleptika (suicidalforsøk).

Et spesielt problem knyttet til alkohol som har vært meget aktuelt de siste åra er **metanolforgiftning**. Den som drikker vil ikke kunne skille metanol fra etanol. Ved mistanke om metanolforgiftning må pasienten innlegges og eventuell behandling under transport bør avtales med sykehuset. Det er viktig å sette inn spesifikk behandling raskt, derfor er også rask innleggelse ved mistanke om metanolforgiftning viktig. Det finnes spesifikk antidot (Fomepizole) til bruk i sykehus, evt. kan etanol brukes.⁵

Abstinensreaksjonene ved alkohol kan være meget sterke. Det gjelder somatiske reaksjoner som uro, kramper, hypotensjon med mer og mest alvorlig er faren for delirutvikling. Alkoholutløst delir er en akutt alvorlig tilstand og pasienter med delir eller truende delir skal innlegges i sykehus. Delir kan utvikle seg livstruende. Ved kraftige abstinensreaksjoner uten delir kan det være aktuelt å gi diazepam, B-vitamin tilskudd og antiepileptika. Man må vurdere konkret behov for sykehusinnleggelser/avrusning, mange alkoholavhengige må ha «hjelp» til å bryte destruktive drikkeperioder, som er en typisk «ruskrise». Muligheten for å legge disse pasientene inn i spesialiserte avrusningsavdelinger varierer i ulike deler av landet, ofte må de innlegges på indremedisinske avdelinger, noe som ikke alltid er like populært. Men det er meget viktig å være klar over at det ikke sjelden også er alvorlig somatisk sykdom hos disse pasientene, for eksempel infeksjoner. En ikke sjelden årsak til «kollaps» hos øldrikkende alkoholmisbrukere er **hyponatremi**, som skyldes svært stort inntak av hypoton væske (vannintoksikasjon). Alkoholikere i drikkeperioder med nedsatt allmenntilstand og mental orienteringsevne, og som det er vanskelig å få et klinisk overblikk over, bør innlegges for avklaring/avrusning.

Sentralstimulerende stoffer

I denne gruppen er amfetamin det mest utbredte, men også ecstasy og kokain forekommer. Disse stoffene har akutte virkninger med oppstemthet, økt aktivitetsnivå og nedsatt evne til å registrere kroppens signaler på utmattelse. Akutt overbelastning av kroppens biologiske systemer kan derfor forekomme. Særlig kan dette være risikabelt for noe eldre pasienter med etablert eller skjult hjertelidelse, særlig koronarsykdom, og rus med disse stoffene – særlig hos slike pasienter – kan føre til hjerterinfarkt og plutselig hjertedød.

Akutte psykosier er også ganske vanlig ved bruk av sentralstimulerende narkotika. I de fleste tilfeller er disse psyko-

sene kortvarige – et eller få døgn – og godartede, men hos disponerte individer kan de utløse mer kroniske psykotiske tilstander. Psykisk ustabilitet og sårbarhet i fasen etter akutte rusperioder, med angst, depresjon, økt stressfølsomhet og søvnproblemer er vanlig. Man regner med at det tar opp til seks uker å gjenvinne psykisk stabilitet etter en større rusepisode, og depresjoner utløst av slike stoffer kan vare mye lenger. Mange brukere av sentralstimulerende stoffer bruker benzodiazepiner for å «lande» etter rusperioder.

Behov for innleggelse må vurderes konkret i det enkelte tilfelle, medikamentell behandling i legevaktsituasjon vil sjelden være aktuelt.

Benzodiazepiner

Behandling av avhengighet og abstinens ved benzodiazepiner bør aldri startes i legevaktsituasjoner. Utskrivning av benzo på vakt bør bare skje unntaksvis, og ellers henvises til fastlegen.

Nedtrapping ved benzoavhengighet kan gjennomføres i en fastlegesetting, dersom pasient og lege er motivert. Ved jevnt forbruk og rimelig god sosial funksjon og psykisk helse, er langsom nedtrapping over mange måneder best. Nøye plan og «kontrakter» er vanligvis gode redskaper, og den siste tabletten er som regel vanskeligst.

Andre stoffer

Andre sjeldnere stoffer som GHB (gamma-hydroksy-smørsyre), «psykedeliske stoffer» som LSD og sniffing av bl.a. løsemidler og formfett kan føre til akutte intoksikasjoner som kan kreve akutt behandling. Førstehjelp vil stort sett følge vanlig akuttmedisinske prosedyrer. Man skal i denne forbindelse være spesielt oppmerksom på «eksperi-

menterende ungdom», som ikke nødvendigvis vil bli oppfattet som «narkomane». De sjeldne dødsfall som de senere år har forekommet ved bruk av stoffer som GHB og sniffing av formfett, har mest rammet slike – i denne sammenheng – ofte uerfarne ungdommer. Man bør ha lav terskel for innleggelse – ikke minst for ungdom – ved uklare forgiftningstilstander.

Infeksjoner

De typiske infeksjonene som rammer særlig injiserende misbrukere, er det som oftest enklere å forholde seg til i akuttsituasjonen. Pasienten er da som regel ikke akutt ruset, og legen og pasienten har «felles interesser» i å behandle sykdommen. **Blodsmitteinfeksjonene** HIV, hepatitt B og C, vil sjelden føre til legevaktkontakt, og eventuell behandling av disse skjer etter klare prosedyrer som regel i annenlinja.

Lokaliserte hudinfeksjoner etter uhygienisk bruk av sprøyter er vanlige og medfører ofte akutt legekontakt. Dype abscesser bør åpnes i sykehus med adekvat anestesi, og man bør ikke ha høyere terskel for innleggelse i slike situasjoner for denne gruppa enn for andre. Det er også viktig å vurdere allmenntilstand og sirkulatorisk stabilitet, for slike lokaliserte infeksjoner kan spre seg og føre til alvorlige invasive bløtdelsinfeksjoner og hematogen spredning. Man må være på vakt overfor akutte (for eksempel sepsis og nekrotiserende fasciitt) og subakutte (endokarditt, osteomyelitt o.a.) systemiske bakterielle infeksjoner. Medisinske sjeldenheter som tetanus og botulisme kan også forekomme.

Munnhule med dårlig tannstatus er i seg selv et problem, men kan også være utgangspunkt for alvorlige systemiske bakterielle infeksjoner hos svekkede pasienter, noe man skal være klar over når det gjelder nedkjørte «slitne» misbrukere.

Dyp venetrombose i bein og armer og **lungeemboli** er heller ikke uvanlig hos disse pasientene.

Skader

Skader er vanlige i denne gruppa og behandles etter vanlige prinsipper. Men det er spesielt viktig å være klar over at hodeskade med eller uten intrakraniell blødning kan være en viktig differensialdiagnose ved akutt nedsatt bevissthet pga rusmiddelpåvirkning. Dette er grundig behandlet i en artikkel fra Oslo kommunale legevakt.⁶ Nevrologisk status og anamnese vil være viktig, og det er i slike situasjoner viktig å følge et «føre vår prinsipp». Samme resonnement gjelder i forhold til andre alvorlige somatiske tilstander, som for eksempel hjerteinfarkt og pneumonier. I denne sammenheng kan det også være på sin plass å minne om rhabdomyolyse og akutt nerveskade med lammelser som komplika-

Opioid abstinens

Medikamentell behandling utenfor institusjon forutsetter hjelp fra rusfrie, pålitelige pårørende eller andre.

Clonidin (Catapressan) gir symptomlettelse. 100 mg x 3 i 4–5 dager, deretter 50 mg i ytterligere 2–3 dager. Obs. sedasjon, hypotensjon. Må følges opp, mer enn to ukers behandling kan føre til seponeringsproblemer.

Karbamazepin 200 mg x 3 i 8–10 dager kan også gi symptomlettelse.

Avrusning i institusjon gjøres nå gjerne på en «myk» måte med en kombinasjon av buprenorfin (Subutex) og valproat (Orfiril).

Obs: Fare for aksidentell overdose ved heroinbruk etter opioidfri periode.

Etanolavrusing

Medikamentell behandling ved «drikkekrise» som ikke krever innleggelse:

Karbamazepin 200 mg x 3 i 7 dager

Ved delirrisiko og mer uttalte abstinensplager kan man vurdere benzodiazepiner opptil en uke, men dette bør forutsette samarbeid med rusfrie, pålitelige pårørende eller andre.

B-vitaminer (thiamin), evt. multivitaminpreparat, bør gis, særlig til dårlig ernærte.

sjon til ikke-dødelige overdoser der pasienten blir liggende komatøs i lengre tid i forkjærte kroppstillinger, med klem på nerver og blodårer. Rhabdomyolyse (høy CK, mørk urin med myoglobin som kan feiltolkes som blod og som tester negativt på urin-blodstix, subakutt debut) kan føre til akutt nyresvikt, og må i slike tilfeller behandles i sykehus, ofte med dialyse.

Psykatri

De akutte stoffutløste psykosene er nevnt. Disse forekommer særlig ved sentralstimulerende stoffer som amfetamin og ecstasy, men kan også forekomme ved for eksempel LSD og opioidabstinens. Cannabis (hasj) kan utløse akutte psykososer hos disponerte individer. Samspillet mellom psykisk sårbarhet og rusmiddelmisbruk er generelt viktig, og det vil ofte foreligge en vekselvirkning mellom en slik underliggende sårbarhet og de utløsende og forsterkende virkningene av rusmidler. Dette er noe av den særegne problematikken som kjennetegner mange av de tunge misbrukerne, men som også representerer en særskilt risiko for de «skjøre» sårbare unge. Som oftest vil det være behov for innleggelse ved akutte stoffutløste psykososer.

Rusutløste akutte psykiske kriser er vanlige i legevakt-sammenheng, og vi kjenner vel alle den fortvilede – eller-

kanskje manipulerende – misbrukeren som truer med selvmord. Disse pasientene er sjelden populære – det være seg hos legevaktlegen eller de psykiatriske avdelingene. Men også her bør vi overvinne motviljen og vurdere suicidalitet på en nøktern måte. Også her vil det i en del tilfeller være slik at ruspåvirkning vil øke risikoen for selvmord, fordi det i rusituasjonen er lettere å gjøre det man egentlig også kunne tenke seg å gjøre i edru tilstand, fordi «ekstrem atferd» er mer «akseptert» under ruspåvirkning. Derfor bør rus i en del tilfeller heller senke terskelen for innleggelse enn heve den, men dette må selvsagt vurderes individuelt.

Til slutt

Dette har vært en gjennomgang av en del akutte rusrelaterte kliniske problemstillinger. Konklusjonen er at rus – akutt eller kronisk – bør skjerpe vår diagnostiske årvåkenhet, og at vi må skille mellom det vi i en vaksituasjon kan eller bør gå inn i, og hva vi absolutt ikke bør gå inn i. Som fastleger for rusmiddelavhengige kan vi jobbe med et videre spekter av problemstillinger enn på vakt, men en hovedregel bør være at grundig legearbeid med pasienter med alvorlig stoffmisbruk bør være en del av et større, tverrfaglig behandlingsopplegg.

Referanser

- 1 Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse – Utposten 5–2003, Ivar Skeie
- 2 «Hvorfor er de så vanskelige?» – stoffmisbrukeren som pasient hos fastlegen – Utposten 7–2003, Ivar Skeie
- 3 Heroinindusert lungeødem – Tidsskrift DNLF 13–2004, Svein Aslak Landsverk, Karen Granheim, Knut Arvid Kirkebøen
- 4 Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet – veileder Helsetilsynet 2001 – IK 2755, <http://www.helsetilsynet.no/publikasjoner.htm>
- 5 Dagens Medisin, 15. september 2005 – Knut Erik Hovda
- 6 Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? – Tidsskrift DNLF 09–2001, Anne Katrine Nore, Ole Eigil Ommundsen, Siri Steine

UTPOSTEN
– en viktig arena for
utvikling av primærmedisinen