

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker

Å overta pasienter som er storforbrukere av A og B-preparater

Han hadde brukt 70–120 mg Oxycontin daglig i to år. Det var ikke lett å finne begrunnelsen for å gi en 25 år gammel mann dette medikamentet, men under en av de utallige innleggelsene på kirurgisk avdeling for akutt abdomen uten at det noen gang var patologiske funn hadde han altså fått dette preparatet. Hans versjon var at han måtte ha dem for diffuse kroppssmerter som han selv oppfattet som mulig reumatiske. Han tålte ikke NSAIDS og Paralgin forte hjalp ingen ting.

Livet var gått i stå, han hadde ikke hatt kontakt med arbeidslivet på mange år, hans væremåte gav meg en magesfølelse av personlighetsforstyrrelse og nå valgte han ny fastlege fordi det hadde vært for mye krangel med den forrige om bruken av Oxycontin.

Dette føltes som en gyllen sjanse å begynne «med blanke ark»: Med hans sykehistorie kreves det både en fast hånd og klare rammer. Dersom jeg klarte å få til en allianse med pasienten, så jeg en mulighet for å komme lenger enn forrige lege. Jeg ville bygge mitt behandlingsopplegg på kunnskapen om der det skar seg.

Jeg valgte å tro på pasientens ønske om å komme ut av misbruket og forsikret om at vi da måtte finne et alternativt smerteregime. At han nok trengte psykiatrisk behandling for sannsynlig angst lot jeg ligge foreløpig da han selv benektet på det sterkeste å ha psykiske vansker. Vel vitende om at løgner og manipulasjon var sannsynlige, ubevisste strategier ble jeg ikke det minste overrasket da det viste seg at han hadde spist alle de tablettene (ca 200!) han skulle medbringe fra forrige lege for at jeg skulle porsjonere dem ut til 70 mg daglig. Da var det bare å konstantere at «nå har du løyet og brutt avtalen en gang, det lar vi passere, neste gang aksepterer jeg det ikke, da strammer jeg inn på et eller annet vis.» Det han satte pris på i denne sammenhengen var at jeg fortalte at alle som går på sterke stoffer fristes til å lyve og underslå medikamenter, det kan sees på som en del av «rusmisbrukssyndromet». Altså var ikke han verstingen blant misbrukerne, men en helt «vanlig» rusmisbruker. Det jeg synes jeg oppnådde var å få ham til å forstå at dette var rusmisbruk og ikke smertebehandling. På kjøpet fikk jeg ham til å gå med på henvisning til rusmiddelteamet i helseforetaket. Jeg er faktisk ganske stolt, i stedet for å bli sint fikk jeg alt dette ut av hans løgn og underslag!

Behandleren der fikk ham også til å innse at det var rusen som var målet med tablettene, smertene var av underordnet betydning.

Revmatologen fant ingen reumatisk diagnose, og det hjalp ham et stykke på vei til å forstå at smertene ikke var av alvorlig karakter. At han hadde positiv effekt av 30 mg Sarotex vesp var ikke forventet, de fleste vil jo ikke fortsette med dem pga bivirkningene (og vel fordi ruseffekten jo er lik null). Men jammen lovpriste han ikke Sarotex-effekten!

Med nøye opptelling av antall tabletter pr. døgn for å få 70 mg Oxycontin daglig og ny resept samme dagen pakningene var tomme, kom han etter ca. to måneder frem til at dette maset kostet mer enn det smakte, kunne vi gå over til Paralgin forte? Han hadde lånt 40–50 av en venn (!) og opplevde dem like nyttige. Siden jeg har mye mer erfaring med nedtrapping på dette, opplevde jeg det som et godt forslag og sa meg enig: Vi begynner på seks pr døgn og trapper ned med en pr. dag pr. måned.

– men – Var dette klokt? Det er kanskje her jeg møtte min inkompetanse? Hva kunne jeg gjort annerledes?

Utposten har spurt Berit Skjervold, overlege på LAR-Midt-Norge og fått følgende kommentar:

BS: Paralgin forte har kortere halveringstid ($T_{1/2} = 2-3$ t) enn Oxycontin og det gir et svingende serumspil som igjen vanskeliggjør nedtrappingen. Det må doseres x 4; og gir ingen dekning hele natten hvis smerter. OxyContin Depot doseres x 2; det bør tas under tilsyn hvis nedtrapping. I hvert fall bør det organiseres daglig henting på apotek. Ved å trappe videre ned med et preparat med lang $T_{1/2}$ faller toleransen parallelt med nedtrappingen. Reduser på antall mg ved hver dosering og behold x 2 dosering under hele nedtrappingen.

Foreløpig er vi nede i fem Paralgin forte pr dag.

BS: Det sier ingenting om inntaket. Kan være ti tbl. hvert annet døgn til rus. Ujevnt inntak holder toleransen oppe og nedtrappingen står i fare.

Han ringer ikke og maser om mer enn avtalt, mister verken resepten eller tablettene i WC, ber ikke om andre A- og B-preparater og snakker om at han ønsker å prøve attføring om noen måneder.

BS: Allikevel vil jeg si at pasienten kan være like avhengig av tablettinntaket pr se som selve virkestoffet (psykologisk tablettavhengighet). Hvis det er slik, ville jeg switche til Durogesic plaster og trappe videre ned på dette. Begynn da med 25 mikrogram/time og for hvert

nye plaster (som bør settes på under tilsyn) klipper man av en viss prosentdel av plasteret slik at dosen gradvis trappes ned. Den biten man har klippet av må kastes, den tørker så fort ut at den ikke kan brukes ved neste plasterskift om tre dager.

Kommentar ved Ivar Skeie, allmennlege og medredaktør i Utposten, forsker for tiden på pasienter i LAR på Gjøvik:

Kasuistikken beskriver en vanlig og ofte lite lystbetont situasjon for fastleger: Man skal overta en pasient som er misfornøyd med sin tidligere fastlege, og uenigheten synes å dreie seg om bruk (misbruk?) av vanedannende legemidler. I dette tilfellet dreier det seg om sterke opioider (Oxycontin®), oftere vil det kanskje dreie seg om benzodiazepiner, blandingspreparater kodein/paracetamol eller karisoprodol (Somadril®). Når forholdet mellom lege og pasient skjærer seg, viser det at *relasjonen* mellom dem ikke fungerer, og det er ikke nødvendigvis bare pasientens feil. Som legen her sier, er det viktig å prøve å stille med «blanke ark» i en slik situasjon. Men når det er snakk om uenighet om bruk av vanedannende legemidler, bør legen være på vakt.

Første konsultasjon er viktig. Pasienten vil være spent, han frykter at forskrivningen vil opphøre, noe han ofte vil oppfatte som en katastrofe. Legen vil også være spent, hvis han kjenner til problemet. Legen må derfor ballansere mellom å ikke avvise/bygge tillit og ikke naivt la seg manipulere inn i en destruktiv relasjon til pasienten. Hvordan kan man så gjøre det?

Pasienten må få legge fram sitt budskap. Legen bør være vår på manipulatoriske utspill fra pasienten (for eksempel at han har hørt at du skal være en fantastisk flink lege osv., og urimelig nedsettende beskrivelse av den forrige legen). Så bør legen gjøre det klart at målsettingen må være å få legemiddelforbruket under kontroll, og evt. avslutte det hvis det ikke har noen medisinsk berettigelse. Man bør få journal fra tidligere lege (hvis pasienten nekter dette, gjør det samarbeidet vanskelig). Man må prøve å få oversikt over forbruket, og ta stilling til om han skal ha ny resept. Det vil sjelden være mulig å bråseponere et vanedannende medikament som pasienten har stått på over lang tid, men reseptstørrelse og utleveringsrutine må vurderes.

Legen må rimelig raskt vurdere om det foreligger en reell medisinsk grunn til legemiddelbruken, f. eks. sterke kroniske smerter. Hvorfor og hvordan startet bruken? Hvor lenge har den vart? Hva slags medisinske funn er gjort, hva slags behandling er gjennomført? Er annen medikamentell behandling forsøkt? Hvorfor fungerte ikke det? Foreligger det her legemiddelavhengighet i egentlig diagnostisk forstand, slik at problemet ikke er en underliggende medisinsk lidelse, men en avhengighetstilstand? Er det pasienten selv som spiser tablettene? Er det flere leger som forskriver til pasienten? Er det forbindelse til illegalt stoffmiljø? Hvordan er pasientens sosiale situasjon? Osv, osv. En slik full oversikt kan man ikke få på 15 minutter, men man kan ha en ganske god «magefølelse» om hva det dreier seg om etter 15 minutter. Så må man – sammen med pasienten, og neppe i samme konsultasjon – legge en plan for å komme videre med problemet. Trengs ytterligere innhenting av opplysninger/epikriser? Trengs ytterligere somatisk eller psykiatrisk utredning? Skal man legge en plan for å få kontroll over og trappe ned medikamentforbruket i fastlegessettingen, eller er problemet så vanskelig at man må søke hjelp hos medisinsk ekspertise på rus/avhengighet? Skal man inngå en

skriftlig avtale med pasienten om forbruk/neddrapping? Kan pasienten kjøre bil med sitt medikamentforbruk? Og på lengre sikt – når legen har fått inngående kjennskap til og forståelse av pasienten – må man ta stilling til om dette er en pasient som «kan» avvennes, eller om man må godta et «nestbeste» alternativ, et styrt og minst mulig skadelig forbruk.

Så til denne kasuistikken. Her har legen prøvd å danne seg en oversikt slik jeg har beskrevet ovenfor. Det synes å være klart at det ikke foreligger en medisinsk tilstand som skulle betinge smertebehandling med opioider, og at det dreier seg om et avhengighetsproblem som må behandles som sådan. Legen har «været» personlighetsforstyrrelse. De fleste pasienter vil relativt greit la seg avvenne fra opioider også etter relativt langvarig høydosebehandling pga. somatisk sykdom. De som utvikler alvorlig avhengighet har gjerne – men ikke alltid – en «premorbid personlighet» som kan disponere for utvikling av slike problemer. Dette gjelder kanskje særlig hvis grunnlaget for langvarig opioidbehandling i utgangspunktet var diffust eller uklart.

Pasientens forhold til andre og evt. illegale rusmidler framgår ikke av kasuistikken, heller ikke om det er mistanke om at hans tabletter spises av andre? Har legen spurt om/vurdert dette? Dersom det stemmer at pasienten «bare» bruker opioider, og ikke benzo/Somadril® eller andre B-preparater, og heller ikke illegale rusmidler eller alkohol i større mengder, er gjerne utgangspunktet for avvenning bedre enn om det foreligger blandingsmisbruk.

Legen «valgte å tro» på pasientens ønske om å gjøre noe med sitt problem. Det mener jeg er et rett utgangspunkt. Man skal være klar over at slike pasienter har en «reell» lidelse, nemlig avhengigheten i sin sammensatte kompleksitet, som ofte er «vanskeligere» å komme over for pasienten og å behandle for legen enn en «clear-cut» somatisk lidelse. Pasienten har behov for at legen «ser» denne lidelsen. Legen må bygge en god relasjon til pasienten. Men man må samtidig være klar over manipulasjonsfaren. Manipulasjonsatferd fra avhengighetspasienten er – som legen her sier – ofte en del av «avhengighetssyndromet». Dette må legen være bevisst på og det er svært viktig at det er *legen og ikke pasienten* som styrer forskrivningen. Pasienten har som oftest samtidig en binding til legemiddelet og et ønske om å komme vekk fra avhengigheten. Som behandlere må vi gripe inn i denne ambivalensen. Det må vi gjøre med empati og ikke-moralistisk informasjon om pasientens lidelse. Tenk primært medisin og ikke moral (men det betyr *ikke* at man skal unnlate å mobilisere pasienten til å «ta tak i» sine problemer og sitt liv!).

Når det gjelder de konkrete forskrivningsvalg legen her har gjort, er jeg enig med Berit Skjervold. Men mitt inntrykk er at legen har gjort et godt arbeid, og har klart å etablere en relasjon til pasienten der legen har styring, og der pasienten er innstilt på å jobbe mot felles mål. Så får veien videre vise om man sammen klarer å nå målet.

PS.

Denne kasuistikken er anonymisert slik at pasienten eller andre ikke skal kunne kjenne igjen sykehistorien. DS.

Dr. Ola Normann