

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

Sliten heroinmisbruker fredag ettermiddag

Siste pasient på min liste en fredag for en stund siden var en svært sliten, «gammel» heroinmisbruker. Han hadde fått timen samme dag som ø-hjelp. Jeg kjente ham ikke fra før. Det var en mann i 40-åra. Kunne se av noen epikriser at han hadde stått på lista i noen år, men ikke vært hos meg før. Han fortalte at han hadde søkt om legemiddelassistert rehabilitering (LAR), ifølge ham selv lå det an til at han kunne komme over på det om et par måneder. Klarte ikke å sette intravenøse injeksjoner lenger, så det meste ble satt intramuskulært med flere innleggelser på grunn av abscess som følge. Han kom fordi han ikke orket 24-timersjobben med å skaffe seg heroin lenger. Sa han følte seg for gammel til dette, og helt utslitt. Han ville at jeg skulle skrive ut medisiner/piller til ham inntil han kom over på vanlig LAR-oppbygg. Han virket svært depriment og fortvilet, men ikke su-

icidal. Uttrykte håp i forhold til et bedre liv på LAR. Jeg var veldig usikker, kjente på ulyst i forhold til å begynne å skrive ut mye medisiner til ham, samtidig som beskrivelsen av 24-timers jobben, slitet og det uverdige rundt dette gjorde inntrykk på meg. Han bedyret at han ikke ville selge medisiner videre, han ville bare ha ro.

Det han ønsket seg var Xanor. Jeg lot meg overtale til å skrive ut ti stykker, som han gav uttrykk for bare var vann på gåsa. Følte meg presset og usikker på hva jeg skulle gjøre, han var siste pasient før helga og jeg ønsket å kjøpe meg litt tid. Satte ham opp på en ny time etter noen dager. Fikk tillatelse til å ta kontakt med sosialkontoret for å høre hva planen for LAR var. Hva var riktig å gjøre i mellomtiden?

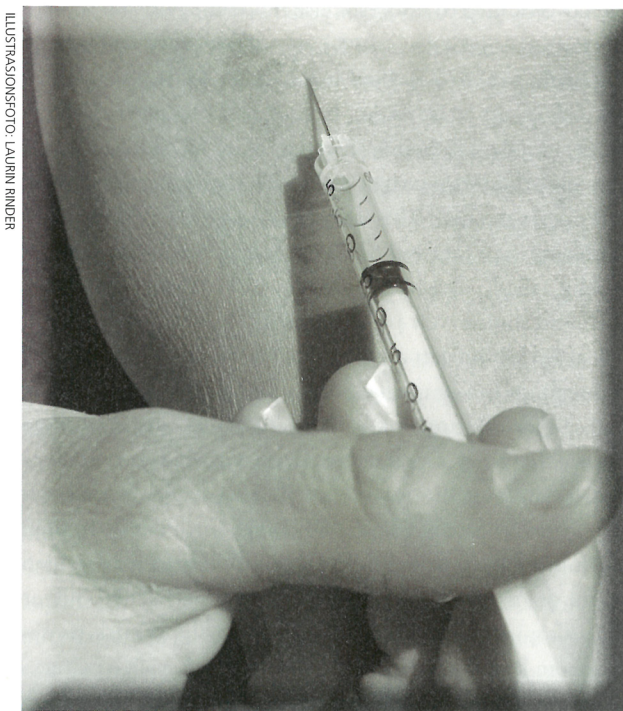
Det som senere skjedde, var at pasienten ikke kom til neste avtale. Han ringte meg og ba om ny resept på Xanor, noe jeg ikke ville gi ham. Han fikk derimot tilbud om andre medisiner. Han ble tilbudt ny avtale slik at vi kunne snakke mer om videre opplegg. Han møtte heller ikke på disse, og jeg så at han senere hadde skiftet fastlege.

Lege NN

Ivar Skeie, redaksjonsmedlem i Utposten og allmennlege på Gjøvik, for tiden i et forskningsprosjekt om LAR, har kommentert denne historien:

Dette er en vanskelig, og ikke helt uvanlig situasjon. Jeg ville tenkt slik:

1) Få oversikt over den totale behandlingsplanen, spesielt i forhold til LAR. Det var fornuftig å spørre om du kunne kontakte ruskonsulenten hans på sosialkontoret slik at du kunne få oversikt over hvor langt han er i prosessen, hvor raskt han kan komme i gang, kanskje lagt på litt press for om mulig å få fortgang. Du skal jo uansett inn i ansvarsgruppe hvis du skal være forskrivende lege. Det høres litt rart ut at sosialkontoret ikke har kontaktet deg som hans fastlege. Men en slik runde tar jo litt tid og det kunne du ikke rekke fredag ettermiddag.



ILLUSTRASJONSFOTO: LAURIN RINDER

2) Medisinering. Det er to ting å vurdere: a) «støtte-medisinering» med benzo eller liknende, og b) eventuelt opioidforskriving i forkant av LAR. Til a): Blandingsmisbrukere bruker gjerne de piller de får tak i, og sjelden slik vi sier de skal bruke dem. Derfor bør vi være svært tilbakeholdne med å skrive ut benzo og liknende. Jeg tror jeg sannsynligvis ville forsøkt å unngå dette, men allianse og tillit må også vurderes.

Hvis benzo skulle brukes, ville jeg ikke gitt Xanor, men litt Sobril. I de unntak benzo bør forskrives til misbrukere, er Sobril å foretrekke, fordi det gir mindre rusvirkning og «kick» enn de andre. Xanor er sterkt avhengighetsskapende og svært vanskelig å venne folk av, vanskeligere enn Sobril. Gode alternativer ved søvnproblemer og uro er Atarax, Surmontil og Tolvon, og de misbrukere som ikke bare er ute etter å bruke legen som tilførselkilde for rusmiddel, er gjerne åpne til å bruke det.

Til b) Opiatforskrivning. Det er en viss legal åpning for dette som «nedtrappingbehandling», og det brukes også av og til som «stabilisering» før LAR. Det forutsettes at det gjøres på en sikker måte, og at man har god allianse med pasienten og at vedkommende vil samarbeide. Dessuten må slik behandling gis i en tverrfaglig ramme, der sosialkontor og helst LAR også er informert og samarbeider. Vi har gitt slik behandling ved vårt legesenter i noen tilfeller, og har da mest brukt Durogesic plaster, med skifte på legekontoret. Man bør unngå opioid-tabletter, da disse gjerne løses opp og injiseres. Det bør da også tas urin-kontroller, altså et opplegg omtrent som LAR. Dette kunne du ikke ha startet fredagen, det kreves betydelig forberedelse og samarbeid med andre. Jeg vet heller ikke hvordan praksis med slik «ventebehandling» er i ditt fylke og om sosialkontoret eventuelt vil betale. Behandlingen er nemlig dyr. Jeg synes absolutt ikke du burde begynne med det hvis det ikke er i en fast tverrfaglig setting. Uansett er slik «ventebehandling» et klart dårligere alternativ enn LAR, og i de fleste tilfelle vil det være mer aktuelt å sette fortgang på oppstarten i LAR, enn å sette i gang «ventebehandling» med annet og mindre egnet opioid.

Konklusjonen blir vel at jeg eventuelt ville tilbydd ham Atarax, Tolvon eller liknende, og avslått benzo og opioider der og da, og så gått en runde med sosialkontoret vedrørende den videre framdrifta, og prøvd å holde kontakt med pasienten.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg Tildeling av allmennpraktikerstipend 2. halvår 2006

Følgende ble tildelt allmennpraktikerstipend 2. halvår 2006

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel
UiO	Sola	Kirsten	Aktiv oppvekst – et behandlings-tilbud for sykkelig overvektige og inaktive barn igangsatt i primærhelsetjeneste
NTNU	Sørbo	Marie Flem	Malnutrition among children in paediatric ward in a hospital in Maputo, Mosambique
UiO	Johansen	Inger	Effekt av rehabilitering hos eldre
NTNU	Sletten	Tone Dorthe	Sjøsiden Familiehelsetesenter
UiB	Andresen	Olga	Fastlegens rolle i forebygging av vekttoppgang hos pasienter ved langtidssykemelding
UiO	Sirpal	Manjit Kaur	Angst og depresjon hos ungdom i alm.med., med fokus på etnisk bakgrunn
UiB	Felde	Gunhild	Prevalens av urininkontinens i Hordalandsundersøkelsen 1997–99
UiO	Olaussen	Morten	Fysisk behandling alene, i kombinasjon med kortikosteroid-injeksjon eller vente-og-se, for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: en randomisert, placebo-kontrollert studie med 12 måneders oppfølging.
UiO	Holmedal	Øystein	Fysisk behandling alene, i kombinasjon med kortikosteroid-injeksjon eller vente-og-se, for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: en randomisert, placebo-kontrollert studie med 12 måneders oppfølging.
UiO	Storaas	Bjarte	Er apolipoproteiner (Apo A1 og Apo B, og særlig ratio ApøB/ApoA1) bedre prediktorer enn mer tradisjonelle lipidmålinger (totalkolesterol, LDL- og HDL-kolesterol, triglyserider) til å estimere kardiovaskulær risiko.
NTNU	Nielsen	Iris Relling	Lokal antibiotikabehandling ved sinus maxillaris
UiO	Sollien	Kari	Evaluerings av Gjøvik interkommunale legevakt etter ett års drift.