

Kronikk VG 9.12.08

Dagfinn Haarr,
spesialist i allmennmedisin,
spesialist i samfunnsmedisin

MENNESKEVERD, MYTER OG METADON

Helseministeren har startet en viktig diskusjon med sitt forslag om utdeling av heroin til tunge rusmiddelavhengige. Jeg tror ikke dette er noe godt forslag. Min bakgrunn for å mene noe i denne saken er ti års erfaring som fastlege for godt over hundre pasienter som er eller har vært i legemiddelassistert rehabilitering (LAR-behandling) med Subutex eller metadon. I tillegg har jeg et forskningsprosjekt der jeg forsøker å belyse fastlegens arbeid med de tunge rusmiddelbrukerne. Mine forslag er:

1. Sørg for at LAR-tiltakene blir fleksible, menneskevennlige og inkluderende. Utsett ikke pasientene for oppførsel og behandling du ikke selv ville ønsket å bli utsatt for. I dag er det store forskjeller mellom LAR-tiltakene i de ulike delene av Norge. Pasienter og samarbeidspartnere rapporterer om maktbruk og negative sanksjoner. Der jeg jobber, har vi gode erfaringer med å gi pasientene ansvar for egen behandling så langt dette er medisinsk forsvarlig. Det gjelder både medikamentvalg, dosering, kontrollopplegg og tilleggsmedisinering. Dermed unngår vi den "katt og mus"-leken som oppstår dersom vi tror vi kan kontrollere pasientene til lydighet. Grunnleggende er det at pasientenes føler seg trygge på at de ikke risikerer å bli kastet ut av LAR-behandlingen. Ufrivillig utskrivning fra LAR forekommer praktisk talt ikke hos oss.
2. Bruk tid og penger på støttetiltak og belønninger, ikke urinprøver. Urinprøvekontroller av sidebruk er svært kostbart, og det er lite dokumentasjon på at slike kontroller har noen positiv effekt på pasientenes rehabilitering og livskvalitet. Hos oss får pasientene ikke lov til å levere urinprøver med mindre vi er enige om at dette er nyttig for dem. Det kan være at de ønsker å kjøre bil, ha samvær med barn, eller få utlevert sitt medikament for flere dager av gangen. Da er urinprøver på sin plass. Ellers er det både hyggeligere og billigere å bare spørre pasientene hva de har tatt inn av andre stoffer. Dersom dette ikke medfører negative konsekvenser, får vi ærlige svar.
3. Bemann LAR-tiltakene med helsepersonell. Mine samarbeidspartnere i LAR Vest-Agder er nesten utelukkende erfarne og trygge sykepleiere. De er rekruttert fra hjemmesykepleien, psykiatrien eller rusfeltet og har vært ute en vinterdag før. De takler på en imponerende måte kriser som oppstår og gir pasientene trygghet og verdighet. LAR er en helsetjeneste til pasienter som er til dels svært syke både fysisk og psykisk. Dette krever helsearbeidere. Andre yrkesgrupper er viktige, men da fortrinnsvis i den kommunale oppfølgingen av pasientene.
4. Gi LAR-tiltakene et bredere utvalg av medikamenter de kan benytte. Kun fire pasienter i min praksis har hatt det såpass dårlig på metadon og Subutex at de ikke orker å bruke dem mer, selv etter å ha gjort tapre forsøk gjennom mange år. Disse pasientene har i dag ingen tilbud offisielt, og vil gå tilbake til å skaffe seg nødvendig medisinering illegalt, stort sett i form av heroin eller morfin. De kan ha det bedre med lovlig forskrivning av morfin, som er svært nært kjemisk beslektet med heroin. Morfin kan gis som langsomtvirkende tablett og trenger ikke settes i sprøyte, til forskjell fra heroin. Disse få pasientene må gis et lovlig tilbud, og det skjer billigst og enklest ved at LAR-tiltakene unntaksvis også får anledning til å velge morfin som

behandling.

5. Sørg for skikkelig nevropsykologisk utredning av pasienter som sliter. Vi får av og til store overraskelser når vi får undersøkt noen av de som sliter mest. Ikke bare ADHD og manisk-depressive lidelser avdekkes, men vi finner hjerneskader på grunn av langvarig rusing og overdoser, vi finner alvorlig angst og depresjon og post-traumatisk stresslidelse. Noen av disse lidelsene kan behandles. Uansett får vi større innsikt i hvorfor pasientene sliter. Det blir mindre spillerom til å moralisere over pasientenes dårlige vilje til å rehabilitere seg, og pasientene og vi kan legge lista for rehabiliteringen på et mer realistisk nivå. Men vi gir aldri opp!
6. Gi fastlegene tillit og bygg på dem i arbeidet rundt de tyngste pasientene. Dessverre er fastlegenes ressurser dårlig utnyttet i arbeidet rundt de tyngste pasientene. Dette er synd, fordi fastlegene ofte er de mest stabile kontaktene pasientene har. Ta sjansen på at fastleger kan gjøre en like god jobb for sine rusmiddelavhengige pasienter som for andre kronisk syke pasienter. Jeg har vist i en vitenskapelig artikkel at det ikke er farlig å slippe litt opp på forskrivningsreglene for narkotiske stoff i allmennpraksis. LAR-tiltakene må også ta sjansen på å overlate fastlegene behandlingsansvaret tidlig i forløpet. Får vi et reelt ansvar, blir vi gode.

Konklusjon:

La oss prøve ut de beste erfaringene fra ti års LAR-behandling i Norge og ta sjansen på å betrakte de tunge rusmiddelavhengige som tenkende og rasjonelle individer. Da er jeg overbevist om at et så kostbart og problematisk tiltak som heroinutdeling blir unødvendig.

Dagfinn Haarr

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, Kristiansand.

Kommentar fra Joe Siri Ekgren, allmennlege:

Det er helt nødvendig at fastlegene får faglig ryggdekning ved at man oppretter akutt-poliklinikker der rusmiddelavhengige kan få erstatningsmedisin, både som akuttbehandling og lavterskeltilbud. En slik poliklinikk vil avlaste allmennlegene.

Leger som ikke har kapasitet, kompetanse eller anledning til å gi rusmiddelavhengige må få en poliklinikk å henvise til.