

For å fylle rollen som medisinsk-faglige støttespillere lokalt, må fastlegene være trygge på at de har tilgang til spesialistkompetanse når pasientene har behov for tjenester som går utover det de selv kan tilby

Mer metadon – mindre rehabilitering?

Rusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2004, innebærer at ansvaret for helsetjenester til rusmiddelmissbrukerne er overført til spesialisthelsetjenesten, og at lov om pasientrettigheter gjelder når de får behandling for misbruket sitt. Denne hardt belastede gruppen pasienter fortjener den beste og mest kompetente behandlingen de kan få for å komme ut av rusavhengigheten – og for å få mulighet til å leve et verdig og mest mulig ordnet liv.

Per i dag er det rundt 550 tunge rusmiddelmissbrukere som venter på å bli godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) – det vil si et opplegg som kombinerer medikamentell behandling og psykososiale tiltak. Dessverre øker køene til utredning og behandling til dette tilbudet fortere enn man klarer å hjelpe pasientene. Køene har skapt hodepine for politikerne på Stortinget. Presset fra utålmodige pårørende og brukere om å øke kapasiteten, er naturlig nok stort. I denne situasjonen legges det også et økende press på fastlegene til å ta en større del av ansvaret. Til nå har det vært de regionale sentrene for medikamentassistert rehabilitering som har godkjent pasienter for slik behandling. Men for å få forgang i køene, har politikerne Bjarne Haakon Hansen og John I. Alvhheim foreslått for Stortinget at fastlegene skal få rett til godkjenne pasienter for slik behandling.

Legeforeningen mener at forslaget representerer en faglig lite tilfredsstillende måte å løse et vanskelig problem på. Vi er bekymret for at rusomsorgen kan bli satt 20–30 år tilbake i tid, dersom forslaget blir en realitet. I 1970- og 1980-årene skrev mange leger ut vanedannende medikamenter til en lang rekke pasienter. Denne praksisen førte til avhengighet og sterkt redusert livskvalitet – både for pasienter og pårørende. Det har alle leger som har behandlet ofrene for denne forskrivningspraksisen, erfart. Men i de senere årene har legene og myndighetene satset mye på å endre denne åpenbart uheldige praksisen. Legemiddelassistert rehabilitering, som ble et landsdekkende tilbud fra 1998, har vært et langt skritt i riktig retning.

Erfaringene fra LAR-prosjektene blir oppsummert som stort sett positive. Kombinasjonen av medikamentell behandling og psykososial oppfølging har hatt god effekt på å redusere sykelighet, dødelighet, kriminalitet, asosial atferd og bruk av illegale rusmidler (1). Så langt Legeforeningen er kjent med, finnes det ingen ny dokumentasjon som viser at medikamentell behandling alene kan gi tilnærmet de resultatene som medikamenter kombinert med sosiale og pedagogiske tiltak. Det vil, etter Legeforeningens syn, være fullstendig galt ikke å tilby rusmiddelmissbrukere den behandlingen vi vet virker best.

Vi må stille like høye faglige krav til helsetjenestetilbudet til tunge rusmiddelmissbrukere, som til andre pasientgrupper. Det er de regionale sentrene som har spesialisert kunnskap, ressurser og muligheter til å etablere det helt nødvendige tverrfaglige tilbudet rundt hver pasient. Det er grenser for hvilke tiltak av ikke-medisinsk art den enkelte fastlege har mulighet til å etablere rundt den enkelte pasient. Derfor må det fortsatt være de regionale sentrene som skal

godkjenne søknader om inntak i prosjektene. Fastlegen både er og skal være en viktig støttespiller, som skal ha ansvar for den medisinsk-faglige oppfølgingen lokalt. Det må også legges til rette for at fastlegene kan ta ansvar for en større del av oppfølgingen – etter at pasienten er godkjent for metadon- eller Subutex-behandling. Heller ikke denne delen av behandlingsskjeden fungerer tilfredsstillende. Dette handler både om fastlegenes kompetanse og det å skape rammer på fastlegekontorene, for å kunne ivareta oppgavene på en tilfredsstillende måte.

For å fylle rollen som medisinsk-faglige støttespillere lokalt, må fastlegene være trygge på at de har tilgang til spesialistkompetanse når pasientene har behov for tjenester som går utover det de selv kan tilby. På samme måte som for andre pasientgrupper, må fastlegene ha god tilgang til spesialisthelsetjenester når egne tiltak eller ferdigheter kommer til kort overfor enkeltpasienter. Slik tilgang vil bidra til å skape nødvendig trygghet hos fastlegene til selv å ta på seg større oppgaver.

De regionale sentrene må ikke bare få økt kapasitet. De må også få mulighet til å utvikle kunnskap og kompetanse, slik at de kan være faglige knutepunkter for samhandling med førstelinjen. Det gagnar verken pasientene eller helsetjenesten å fragmentere tilbudet, og å etablere lite tilfredsstillende løsninger i primærhelsetjenesten for tunge rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer.

Helsemyndighetene er i gang med å evaluere medikamentassistert rehabilitering. Denne vurderingen forventes å gi et bilde av hva som skaper køer og svikt. Konklusjoner om hva som bør gjøres, bør trekkes først når denne evalueringen er klar. Det vil dog være mer enn oppsiktsvekkende om resultatet blir at det som fremstår som et kapasitetsproblem i spesialisthelsetjenesten, foreslås løst gjennom enkle – og faglig mindreverdige – tiltak i førstelinjetjenesten. En slik utvikling vil ikke bare være dypt urimelig overfor rusmisbrukere. Den vil også være helt kontrær til hvordan andre pasientgrupper ivaretas – og ved det befeste det tidligere inntrykk av at denne pasientgruppen i mindre grad er verdig et fullgodt tilbud. Vedtakene som Stortinget fattet gjennom rusreform I og II, hadde nettopp til hensikt å etablere et fullverdig tilbud. Det er all grunn for Stortinget til å stå ved den intensjonen.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Forskning på rusmiddelområdet. NOU 2003: 4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2003.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president