

Alvorlig somatisk sykdom er en viktig del av syndromet alvorlig stoffmisbruk.

Denne erkjennelsen kan bidra til å redusere risikoen for å overse alvorlige tilstander hos slike pasienter

Rus skjuler sykdom

Alvorlig stoffmisbruk er en sammensatt lidelse som svært ofte medfører alvorlige sosiale og helsemessige problemer. Det kan derfor betegnes som et biopsykososialt syndrom.

Tradisjonelt har mest oppmerksomhet vært rettet mot syndromets sosiale sider, som er iøynefallende, og til dels mot de psykiatriske, mens det har vært mindre oppmerksomhet på den somatiske sykdomsligheten. Den økte forekomsten av hepatitt C og hivinfeksjon er velkjent for de fleste. Klinisk erfaring viser at også annen alvorlig somatisk sykdom forekommer hyppigere i denne gruppen enn i befolkningen generelt, selv om dette er lite systematisk studert. De vanligste akutte somatiske helseproblemene er overdoser, skader og akutte infeksjoner, men en rekke sjeldnere tilstander, gjerne spesifikt relatert til de enkelte rusmidlene, forekommer hyppigere enn i befolkningen ellers.

Overdødeligheten blant stoffmisbrukere er stor. Alvorlig stoffmisbruk tar mange liv, ikke minst mange unge liv. Den økte oppmerksomheten mot stoffmisbrukerne som pasienter – mer enn som umoralske avvikere – slik vi har sett i helsevesenet de siste årene, er derfor et viktig fremskritt. Andre viktige og positive forbedringer er fastlegeordningen, som gir alle – også de rusmiddelavhengige – en fast lege, og rusreformen, som definerer den spesialiserte, tverrfaglige rusbehandlingen som en del av spesialisthelsetjenesten og gir denne gruppen fulle pasientrettigheter.

Det er flere grunner til at diagnostikk og behandling av akutt somatisk sykdom kombinert med alvorlig stoffmisbruk kan være vanskelig og utfordrende. Tor Bjarne Nymark og medarbeidere presenterer i dette nummeret av Tidsskriftet en kasuistikk som belyser dette (1). Dag Jacobsen påpeker i sin ledsagende kommentar at akutt rusmiddelpåvirkning kan modifisere det kliniske bildet av akutt sykdom og slik gjøre det vanskelig å stille rett diagnose (2). Helge Waal fremhever at opplysninger om stoffmisbruk kan føre til at man for lett konkluderer med at kliniske symptomer er forårsaket direkte av akutt rusmiddelpåvirkning. Han understreker at klinikere må ha kunnskap om spesifikke medisinske virkninger av de ulike narkotiske stoffene og må legge samme vekt på opplysninger om sykehistorien fra disse pasientene som fra andre (3).

Rusmiddelavhengige er ikke nødvendigvis «vanskelige pasienter». Når de er syke og motivasjonen for å oppsøke helsetjenesten er å få hjelp for dette, skiller de seg ikke vesentlig fra andre pasienter. Legen og pasienten har da som felles mål å diagnostisere og behandle sykdommen. «Den manipulatoriske siden» av lege-pasientforholdet – det at pasienten vil ha noe av legen som legen ikke finner det rett å gi – er da lite fremtredende. Men situasjonen rundt en syk rusmisbruker kan ofte være kaotisk. Det kan være akutt ruspåvirkning, abstinenssymptomer eller en forhistorie med «vanskelig pasientatferd» som kan ha skapt gjensidig mistillit mellom pasient og helsepersonell. Nettopp derfor må opplysninger om akutt eller kronisk rusmiddelbruk skjerpe årvåkenheten hos helsepersonellet, både fordi det gjør sannsynligheten for alvorlig sykdom større, og fordi det kan gjøre det vanskeligere å oppdage sykdommen. Skyldes for eksempel nedsatt bevissthetstilstand hos en rusmiddelavhengig pasient overdose eller hodeskade, alvorlig infeksjon eller en kombinasjon av flere faktorer? Slike situasjoner stiller store krav til legens evne til å forholde seg profesjonelt og ikke-moralistisk til pasienten og til å handle faglig rasjonelt med utgangspunkt i kunnskap om

akutt rusmedisin. Dette kan være vanskelig, men er helt avgjørende for ikke å overse alvorlig sykdom.

Rusmedisin i betydningen sykdomsbehandling hos pasienter med skadelig bruk av rusmidler dreier seg ofte om akuttmedisin, og svært mange leger og andre helsearbeidere møter akutt syke rusmiddelbrukere i primærhelsetjenesten og i sykehus. Ofte oppsøker disse pasientene legevakt eller sykehus direkte. Det er viktig at våre holdninger til rusmiddelavhengige som pasienter og våre rutiner for hvordan man møter dem, diskuteres der det er mest aktuelt, slik som ved legevakter og mottaksavdelinger ved sykehusene. Dette kan bidra til at risikoen for avvising på uriktig grunnlag skal bli minst mulig. Også sengeavdelinger i sykehus må ha rutiner og prosedyrer som tar hensyn til disse pasientenes avhengighet og abstinens på en måte som gjør at de klarer å være der (4).

Leger og andre helsearbeidere er pålagt å gi «nødvendig helsehjelp» og å føre en «forsvarlig praksis», som det heter i helselovgivningen. Dette kan være krevende å oppfylle i forhold til en del pasienter med rusproblemer. Når det gjelder akutt sykdom, er den største faren for å drive uforsvarlig praksis å avvise slike pasienter uten tilstrekkelig vurdering. Risikoen for at dette skal skje, er størst for helsepersonell som har den første kontakten med pasienten. Derfor må deres årvåkenhet være særlig stor.

Rusmiddelavhengige har samme rett til helsehjelp som alle andre. De skal behandles individuelt og etter samme faglige og fagetiske standard som andre. Dette burde være en selvfølge, og det understrekes av rusreformen. For at dette skal gjelde dem i like stor grad som alle andre pasientgrupper, må forgangne moralistiske holdninger utfordres. Samtidig må den kliniske kompetansen i diagnostikk og behandling av akutte rusrelaterte tilstander styrkes. Den økte oppmerksomheten på rusmedisin – ikke minst fra Legeforeningens side (5, 6) – er gledelig og vil forhåpentligvis føre til bedret medisinsk behandling for pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet.

Ivar Skeie
ivskeie@online.no

Ivar Skeie (f. 1952) er fastlege i Gjøvik og stipendiat ved Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Oslo, der han arbeider med forskningsprosjekt om somatisk sykdom hos heroinavhengige før og under legemiddellassistert rehabilitering.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Nymark T-B, Soløy-Nilsen H, Steen R et al. Vekttap og akutte magesmerter hos en 38 år gammel stoffmisbruker. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 299–300.
2. Jacobsen D. Tarmiskemi – en ofte oversett lidelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 301.
3. Waal H. Ruspasienten og spesialisthelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 302.
4. Veileder for behandling av opioidavhengige i somatisk sykehusavdeling. www.aus.no/stream_file.asp?iEntityId=2584 (5.12.2006).
5. På helsa løs – Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Statusrapport. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.legeforeningen.no/index.gan?id=94516&subid=0 (5.12.2006).
6. Høie IM. Rusfeltet trenger fagfolk og kompetanse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 813.