

Kommentar

Ruspasienten og spesialisthelsetjenesten

Møtet mellom en rusmiddelavhengig pasient og helsevesenet kan være skuffende for begge parter. Den gjensidig mistenksomheten er ofte stor, av og til med rette og ikke sjelden med urette.

Den aktuelle kasuistikken dreier seg om en 38 år gammel mann som hadde gått ned 20 kg i løpet av ett år. Tilstanden tolkes som obstipasjon og pasienten utskrives til tross for medtatt tilstand med klyks til hjemmet uten avtale om kontroll. Deretter gjeninnlegges han med lavt blodtrykk og diaré og utvikler respirasjonsstans. Denne tilstanden tolkes og behandles som overdosering. Den videre utviklingen er levende beskrevet frem mot påvisningen av aortadisseksjon og tarmnekrose ved laparotomi.

Diagnosen er i seg selv svært vanskelig, og flere elementer i sykehistorien gjør det mer enn forståelig at man var i villrede så lenge at pasienten ikke kunne reddes. Etter min oppfatning beskrives imidlertid også et møte mellom et lite lyttende helsevesen med forutfattede meninger og en pasient med utilstrekkelig evne til å gjøre seg forstått. Dette problemet peker langt utover en vanskelig diagnose.

Jeg har vondt for å tro at mange pasienter i alderen 38 år vil få et vekttap på 20 kg forklart ved obstipasjon. Det var dessuten kjent at denne pasienten var misbruker av stimulerende midler, mens obstipasjon knyttes til bruk av opioider. Intensivt misbruk av sentralstimulerende midler kan medføre mangelfullt næringsinntak og depressive reaksjoner, men dette er ikke beskrevet i kasuistikken. Pasienten ble gjeninnlagt forkommen. Tilstanden ble behandlet som ved overdosering uten at undersøkelse av eventuelt rusmiddelinntak synes vektlagt.

Helsevesenet har tradisjon for at pasienter som misbruker rusmidler er lite til å stole på. Men gjennomgående snakker disse pasientene sant om sitt rusmiddel-misbruk dersom samtalen knyttes til ønsket om å gi best mulig behandling (1–3). Det kan være grunnlag for skepsis dersom pasientene klager over symptomer som kan begrunne forskrivning av avhengighetsskapende midler, men i hovedsak gir disse pasientene informasjon som er like gyldig som den gitt av andre pasienter. Leger i sykehus bør kjenne til hvilke symptomer som er knyttet til ulike rusmidler, og hvilke sykdomstilstander som

ses ved ulike former for rusmiddelbruk og avhengighet, og snakke med pasientene om dette. Hurtigtester av kroppsvæsker gir supplerende informasjon.

Med en mer omfattende bruk av et økende spekter av rusmidler vil slik kompetanse bli stadig viktigere innen helsetjenesten. Rus og avhengighet er et nytt område innen spesialisthelsetjenesten, og liasontilbudet er lite eller ikke utbygd. Slik bør det ikke bli i fremtiden.

Helge Waal

helge.waal@medisin.uio.no
Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer
Universitetet i Oslo
Kirkeveien 166
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1178–80.
2. Rahman A, Gibney L, Person SD et al. Validity of self-reports of reasons for hospitalization by young adults and risk factors for discordance with medical records: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 491–8.
3. Solbergsdottir E, Björnsson G, Gudmundsson LS et al. Validity of self-reports and drug use among young people seeking treatment for substance abuse or dependence. *J Addict Dis* 2004; 23: 29–38.

> Se også side 287

Manuskriptet ble mottatt 16.8. 2006 og godkjent 30.11. 2006. Medisinsk redaktør Elisabeth Swensen.