

– Når jeg merker at det er en ny tilsynssak på gang, kjenner jeg på den angsten som mine pasienter kjenner på ganske ofte. Som når de er redd for å få kjeft på et ansvarsgruppemøte etter å ha levert en skitten urinprøve.

Intervjuet: Dagfinn Haarr

Delvis spedalsk

Lite selvhøytidelig, raus og rapp i kjeften. Slik beskriver en kollega Dagfinn Haarr. Jeg forstår fort hva han mener. Haarr snakker på inn- og utpust, og språket er fargerikt. Som fastlege i Kristiansand har han 185 pasienter med en rusmiddeldiagnose på listen og delt på 550 ansvarsgruppemøter i året.

Fra 1998 har substitusjonsbehandling med opioider som metadon vært tilgjengelig gjennom ordningen legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Ifølge dagens regelverk kan legemidler til bruk ved legemiddelasistert rehabilitering ved narkotikamisbruk bare rekvireres når pasienten er med i tiltak godkjent av departementet (1, 2).

– Dersom man ønsker å engasjere seg mer enn et minimum i forhold til medikamentell behandling av rusmisbrukere, blir man nødt til å gå utover allment aksepterte faglige normer, hevder Haarr.

Han har gode erfaringer med å gi lave doser opioider til opioidavhengige i allmennpraksis. Haarr beveger seg ofte på kanten av loven, noe som har medført flere tilsynssaker og én reaksjon – en advarsel. Han har vært involvert i rusomsorgen siden 1997, da han ble spurt om å overta ti tunge ruspasienter.

– Av en eller annen grunn sa jeg ja. Jeg hadde ikke peiling på rus. Tunge opioidavhengige var helt ukjent for meg. Jeg oppdaget nokså fort at det var vrient å håndtere disse pasientene uten også å kunne gi dem stabiliserende medikamentell behandling. Med stor grad av ryddighet og involvering av fylkeslegen på et veldig tidlig tidspunkt begynte jeg å gi dem opioider. Siden har det dukket opp mange tilsynssaker, til dels initiert av meg selv. Jeg vil vite hvor grensen går og ønsker ikke å trå over den.

I sosialdemokratiets tegn

– Jeg vokste opp i blokk, men på beste vestkant. Mor var hjemmearbeidende. Far arbeidet i Industridepartementet og var medlem av Arbeiderpartiet i 50 år. Begge var veldig samfunnsengasjerte. Det var en

usedvanlig trygg og skjermet oppvekst, og det lå slett ikke i kortene at jeg skulle bli så «hekta på rus». Absolutt ikke!

Under studietiden bodde Haarr i kollektiv og levde et nøkternt liv.

– Jeg sydde mine egne klær, vi bakte alt vårt brød og levde ekstremt spartansk. Og som i dag, syklet jeg alltid – hver eneste dag.

Haarr hadde distriktsturnus i Årdal og ble værende der som god gammeldags kombidoktor i til sammen 11 år. I 1992 flyttet han til Kristiansand, hvor han i dag er assisterende kommuneoverlege, smittevernlege og fastlege.

Skaper relasjoner

– Hva er motivasjonen din for å jobbe med rusmisbrukere?

– Min motivasjon? Vet du, jeg ville gjerne kunne si at det er en høyverdig etisk motivasjon. Og jeg tror nok at det er det til en viss grad. Jeg blir sint når jeg ser hvordan rusmisbrukerne, som ofte har hatt det ille fra dag null, systematisk ender opp som helsevesenets, sosialtjenestens og samfunnets søppel. Jeg tar sjansen på å bruke relasjonsbygging – aktivt og intenst. I og med at jeg aldri har hatt fravær fra jobben på grunn av egen sykdom, anser jeg meg selv som ganske stabil. Derfor våger jeg å knytte tette relasjoner til disse pasientene. Er det noe de har opplevd, er det brutte relasjoner. Den unike muligheten man som allmennlege har til å knytte en varig relasjon over år, er kanskje viktigere for denne pasientgruppen enn for noen annen. Skal relasjonen fungere, må pasienten få noe. Der kommer selvfølgelig medisineringen inn, men betydningen av denne blir over tid mindre. Samtidig må jeg si at spillet er spennende. Jeg jobber jo på kanten av lover og regler og opplever å bli sett skjævt på, som en annen spedalsk blant de spedalske.

Skadereduksjon?

Haarr definerer enhver behandling av rusmisbrukere som rehabilitering og er sterkt imot å bruke begrepet skadereduksjon.

– Skadereduksjon er en slags måte å

legge folk til side på. Dersom man tenker dynamisk og langsiktig, blir begrepet uinteressant. Med et romslig nok tidsperspektiv skal man alltid se mulighetene. Alle har et potensial.

– Ser du på medikamentell behandling som et slags grunnlag for å få til rehabiliteringen?

– Det kommer an på. Jeg har gode erfaringer med å gi lavdosebehandling med opioider til opioidavhengige. Jeg ser at det gjør dem i stand til å tenke og agere, og det kommer gode rehabiliteringsresultater når pasientene blir tilgjengelige for oss. De er noenlunde nyktre på ansvarsgruppemøtene og kan snakke business. På lavdosebehandling velger noen etter hvert medikamentfri behandling. Erfaringen er at medikamentfri behandling da går bedre enn hvis pasientene kommer mer eller mindre ramlende inn fra gaten til avgiftning.

Haarr er opptatt av at eventuelle komorbide tilstander blir diagnostisert, enten i eller utenfor LAR.

– Det viser seg å være ganske stor psykiatrisk komorbiditet, slik at det er verdt å spørre: «Hvorfor drikker Jeppe?» Vi har eksempler på at det å gi spesifikk behandling for den psykiatriske lidelsen, gjør det enklere å håndtere ruslidelsen også.

Medavhengighet

– Noe av det jeg er opptatt av, er det som heter medavhengighet.

– Hva mener du med det?

– Da tenker jeg for eksempel på en mor som er med sin sønn overalt. En del av oss som er engasjert i rusomsorgen, blir beskyldt for å være medavhengige, fordi vi går så opp i våre pasienter. Men jeg sier følgende til mine pasienter: «Du skal være klar over at når det går bra med deg, soler jeg meg i glansen av din suksess og skal ha 12–13 % av æren for det.» «Mye mer,» sier pasienten. «Jada, jeg har nok reddet livet ditt,» sier jeg. «Men hvis det går dårlig med deg, så har jeg et bilde av en slags brønn som du faller ned i. Da sitter jeg oppå kanten



Dagfinn Haarr

Født 4. juli 1952

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1979
- Spesialist i allmenntilleggsmedisin 1988
- Spesialist i samfunnsmedisin 1988
- Allmenntilleggsmedisinsk forskningspris 2006

Foto Siri Lunde

i lyset og dingler med beina. Jeg blir ikke med ned i brønnen, men slipper ned en tautige, så kan du klatre opp. Medavhengighet er å være med ned.» De er så enige. Det er mange som har opplevd at både profesjonelle og ikke-profesjonelle har blitt med ned når de sprekker, og det gjør sprekken dobbelt ille.

– Så du klarer å sette deg på sidelinjen?

– Å jada! Jeg føler meg ikke medavhengig, men jeg er tilgjengelig og står veldig på tilbudsiden. Noen sier: «Du Dagfinn, så hadde jeg tenkt å gå på en sprekke, men så tenkte jeg på deg og lot det være.»

Partiell opprører

– Mener du at man skal kunne starte substusjonsbehandling i allmennpraksis?

– Jeg synes vi bør ha større muligheter for tidsavgrenset substusjonsbehandling med fortrinnsvis lavdose buprenorfin i allmennpraksis. Når det blir snakk om høydosesubstitusjon med metadon eller Subutex, vil jeg ha pasientene inn i LAR. Her skiller jeg meg nok litt fra de andre opprørerne. Jeg mener det er altfor usikkert og sårbart å ha en så langvarig og krevende behandling heftet på en enkelt fastlege. Det er litt skummelt at jeg må holde meg i live hele tiden. Jeg tenker på alle pasientene jeg har på forskjellige opplegg – frem mot LAR, etter LAR eller inn mot LAR igjen. Det er mer enn nok for meg.

– Ser du noen betenkeligheter med å løse litt opp på regelverket?

– Nei, ikke i det hele tatt. Ikke når det gjelder opioider. Jeg kunne imidlertid ønske meg en innstramning når det gjelder benzodiazepiner.

– Du frykter ikke frislipp av medikamenter?

– Det er det jo allerede. Det er så mye Subutex på gaten som man bare kan orke å få i seg.

– Bør alle allmennpraktikere få lov til å gi substusjonsbehandling?

– Ikke nødvendigvis. Jeg synes definitivt man bør være gammel, klok og autoritær, samt ha et svært godt tverrfaglig nettverk. Det er tøft og hardt arbeid. Det betaler seg

imidlertid så fantastisk når pasientene plutselig reiser seg fra «gravens rand» og begynner å leve et mer eller mindre verdig liv. Men ikke alle bør drive med dette, og ikke alle skal presses til det.

– Har allmennleger en plikt til å ta imot rusmisbrukere?

– Det finnes en veldig enkel måte å fraskrive seg ansvaret på. Man kan gjøre seg så utilgjengelig og ubehagelig at de ikke vil gå til deg. Jeg synes alle allmennleger bør være åpne for å behandle rusmiddelavhengige, men de tunge narkomane er for spesielt interesserte. Her i området har vi hatt en god spesialisthelsetjeneste å samarbeide med. Mitt paradoks er imidlertid at jeg sitter igjen med de aller vanskeligste pasientene. Spesialisthelsetjenesten, som selvsagt skulle ha håndtert dem, klarer faktisk ikke det i dag. Disse pasientene mislykkes gjerne på metadon. De har somatiske plager, men klarer ikke å være innlagt lenge nok til å få orden på disse. Jeg får epikrise om at «pasienten gikk – utskrives», «pasienten har ikke hentet metadon – utskrives», «vi har ingen tilbud til pasienten – utskrives». Det er et kjempeparadoks for meg at jeg må handle, fordi spesialisthelsetjenesten spiller fallitt. Det tar så mye tid å kjempe mot et system som ikke er innrettet for disse vanskelige pasientene.

Kontroversiell

– Møter du skepsis blant kolleger?

– Det varierer. Noen er veldig glad for at jeg finnes, ringer og søker råd. Andre sier: «Du får gå til han narkodoktoren, dr. Haarr. Det er han som tar seg av slike som dere.» Altså – spedalsk blant de spedalske. Det finner jeg meg komfortabelt i. Absolutt! – Du blir ikke såret?

– Nei. Fordi at, som jeg sier, jeg er så sinnsykt suveren i utgangspunktet: flink gutt, vokst opp på beste vestkant, god artium og alltid prektig. Jeg har vært så vellykket på alle «bauer» – kone og barn, synger i tre kor og løper orientering, ikke sant? Det er ganske artig, endelig på en måte å være litt spedalsk. Men av og til,

for eksempel når jeg merker at det er en ny tilsynssak på gang, kjenner jeg på den angsten som mine pasienter kjenner på ganske ofte. Som når de er redd for å få kjeft på et ansvarsgruppemøte etter å ha levert en skitten urinprøve.

– Har du opplevd truende situasjoner i arbeidet med rusmisbrukere?

– Så ubegripelig lite! Det har vært ubehagelig, men jeg har aldri følt meg truet. Enten er jeg dum, eller så kjenner jeg pasienten godt nok, eller så har jeg tilstrekkelig autoritet til å håndtere slike situasjoner. Mine pasienter blir truende når de er utrygge. De er veldig vare på det å bli møtt som et verdig menneske. Ofte har de oppsøkt lege i den mest sårbare fasen og blitt avvist på bryskeste måte. De kan referere ordrett hvordan de er blitt møtt, og det kan være ganske stygt.

Trigging av belønningssenteret

Haarr er en engasjert mann, ikke bare i jobbsammenheng. Sammen med sin kone synger han i kor.

– Jeg har alltid vært glad i musikk og har sunget i kor i 36 år. Aldri bare ett kor – nylig trappet jeg ned fra tre til to. Det tyder på at også jeg har et snev av grensesettin- gens kunst inne.

I tillegg til korsangen driver Haarr med orientering.

– Jeg er en usedvanlig slett orienteringsløper, men det er en forferdelig morsom sport. Jeg kan ikke tenke meg noe mer stimulerende trigging av belønningssenteret enn det å finne en post!

Siri Lunde

siri.lunde@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. FOR-1998-04-27 nr 455. www.lovdato.no/cgi-wift/dles?doc=/sf/sf-19980427-0455.html [22.6.2008].
2. Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk. Rundskriv IK-15/2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_____5409.aspx [26.6.2008].