

Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk

BAKGRUNN I tidligere studier er det påvist mye somatisk sykdom blant rusmiddelmissbrukere. Ved vår ruspoliklinikk erfarer vi ofte at henvisningsskriv gir sparsomme opplysninger om somatiske sykdommer og at pasienter klager over mangelfull kontakt med fastlegen. Vi ønsket å undersøke disse problemene.

MATERIALE OG METODE Fra september 2009 til november 2012 ble 155 av 365 pasienter (42 %) ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger inkludert i studien. Somatiske sykdommer ble kartlagt etter ICPC ved hjelp av anamnese, klinisk undersøkelse, laboratorieprøver, gjennomgang av somatisk sykehusjournal og/eller fastlegeopplysninger. Somatiske helseopplysninger i henvisningsskriv, tilleggsopplysninger fra fastleger og pasientenes forhold til fastlegen ble kartlagt.

RESULTATER 119 menn og 36 kvinner med gjennomsnittsalder 41,7 år ble inkludert. Alkohol var det foretrukne rusmidlet for 110 pasienter. Vi fant i gjennomsnitt 4,2 sykdomsdiagnoser og 0,8 symptomdiagnoser per pasient. Tannsykdom ble funnet hos 69 pasienter, hypertensjon hos 56, allergier hos 45 og sykkelig overvekt hos 37. Alvorligere sykdommer som kreft og leversvikt ble påvist. Ekkokardiografisk undersøkelse viste patologiske forhold hos 32 av 107 undersøkte. I 101 henvisninger manglet det opplysninger om somatisk helsetilstand. 60 leger besvarte brev med spørsmål om somatiske tilleggsopplysninger. 92 pasienter oppga at de hadde god eller akseptabel kontakt med fastlegen, 19 hadde dårlig kontakt og 19 ville ikke svare på spørsmålet. 15 pasienter hadde ingen kontakt med fastlegen og ti hadde nettopp skiftet fastlege.

FORTOLKNING Rusmiddelmissbrukerne i denne studien hadde flere somatiske diagnoser, og mange oppga at de hadde utilfredsstillende kontakt med fastlegen. Det er grunn til å stille spørsmålet om spesialisthelsetjenestens krav til forsvarlig helsetjeneste til pasientene ved ruspoliklinikken er oppfylt.

Det er velkjent at rusmiddelmissbruk, inkludert alkoholmissbruk, medfører økt risiko for død (1, 2). I Norge dør mer enn 650 personer av rusrelaterte sykdommer årlig, derav 140 av alkoholrelaterte leversykdommer. I tillegg dør mange av rusrelaterte ulykker og skader. Om lag 5 200 mennesker, én av tre er kvinne, innlegges ved somatiske sykehus for alkoholrelatert sykdom årlig. I tillegg innlegges mange på grunn av ulykker og skader etter annen rusmiddelmissbruk (3).

Tidligere var det spesielle rusinstitusjoner som i stor grad hadde ansvaret for behandlingen av rusmiddelmissbrukere, men fra 1980-årene ble det gitt øremerkede midler til poliklinisk rusbehandling (psykiatriske ungdomsteam og voksenrusteam). Fra 2004 ble to rusreformer innført i Norge. Med Rusreform I (4) ble ansvaret for spesialisthelsetjenestene for rusmiddelmissbrukere overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Helseregionene fikk ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling – avrusningstilak, utredning og medisinsk behandlingsopplegg for rusmiddelmissbrukerne (5). Med Rusreform II (6) fikk kommunene ansvaret for sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Fastlegereformen, som ble innført i 2002,

ga alle innbyggere i Norge rett til fastlege. Fastlegen har primæransvaret for utredning, medisinsk behandling og videre henvisning (7). Han har også ansvar for forskriving av avhengighetsskapende medisiner og narkotika ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (8).

I Norge er det gjort to undersøkelser av somatiske sykdommer hos pasienter under LAR-behandling (9, 10). I begge disse ble det påvist betydelig færre akutte rusrelaterte sykdomstilfeller mens pasientene var i behandling, sammenliknet med tiden utenfor. I en studie fra London med innlagte og polikliniske pasienter, mest heroinmissbrukere, fant man at om lag tre av fire hadde minst ett somatisk problem og at om lag halvparten hadde minst to problemer (11). I 2005 ble det gjennomført en undersøkelse med 315 alkoholikere under behandling i seks byer i Europa. 79 % hadde minst ett somatisk problem og 59 % hadde minst to (12). Utover dette er det, oss bekjent, lite klinisk forskning på somatisk helse hos pasienter i spesialisthelsetjenestens ruspoliklinikker.

Ved ruspoliklinikken har pasientene ofte lange behandlingsperioder, men utredning og behandling for somatiske sykdommer har normalt ikke inngått. Vi har ofte opplevd at

Erling Dalen

erling.dalen@ntebb.no
Avdeling for rusrelatert psykiatri
Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Levanger

Jostein Holmen

HUNT forskningssenter
Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet,
Levanger

Hans M. Nordahl

Psykologisk institutt
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
og
Traumeklinikken
Østmarka sykehus
St. Olavs hospital

Registreringsnummer i *clinicaltrials.gov*:
NCT01081197

e-tab 1 og e-tab 2 finnes i *Tidsskriftets*
elektroniske utgaver



Podkast på www.tidsskriftet.no



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

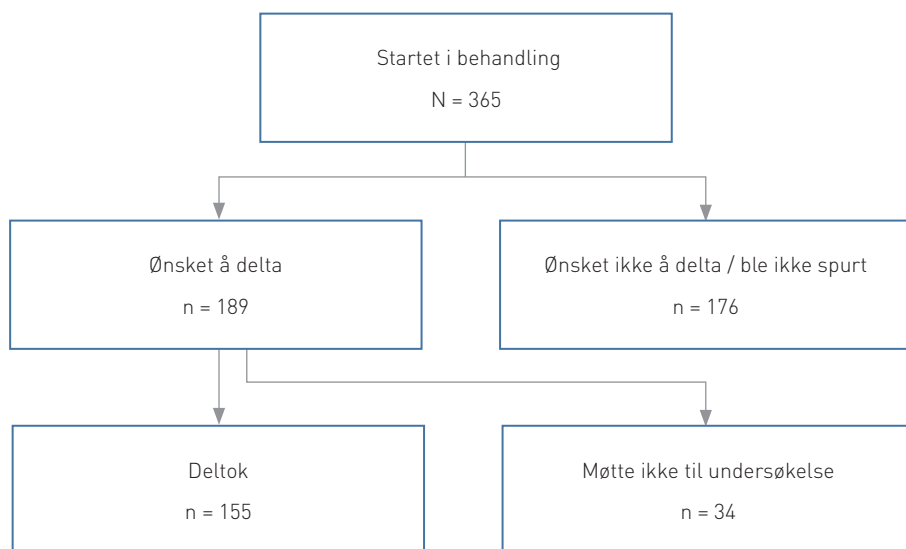
> Se lederartikkel side 102

HOVEDBUDSKAP

Rusmisbrukerne i vårt materiale hadde i gjennomsnitt mer enn fire somatiske diagnoser

12 % anga direkte at de hadde dårlig kontakt med fastlegen

Spesialisthelsetjenestens krav om forsvarlige helsetjenester for pasienter ved ruspoliklinikken er muligens ikke oppfylt



Figur 1 Inklusjon av pasienter som startet i behandling ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger i perioden september 2009–november 2012

pasientene klager over manglende kontakt med fastlegene og at henvisningsskrivene ofte inneholder sparsomme opplysninger om somatisk helsestatus. Vi ønsket å kartlegge disse forholdene nærmere.

Materiale og metode

Inklusjon

Alle nye pasienter ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger skulle fra september 2009 få tilbud om å delta i prosjektet av sine faste behandlere (psykologer, sosionomer, sykepleiere og leger). Det var ingen eksklusjonskriterier. Tilbudet ble gitt skriftlig og muntlig. De som ønsket å delta, signerte et samtykkeskjema. Det ble for prosjektstart satt som mål å inkludere 150 pasienter, det antallet man forventet ville delta i løpet av ett år.

Behandlerne ble med jevne mellomrom minnet om prosjektet og om at pasientene ikke måtte selekteres på grunnlag av helsestatus. Noen pasienter sluttet før de fikk tilbud om deltakelse, noen fikk ikke noe tilbud og andre ønsket ikke å delta. Alle inkluderte pasienter ble undersøkt av én lege (ED), den siste i november 2012.

Anamnese

Anamneseopptaket omfattet familieanamnese, sykehistorie, navn på og forhold til fastlegen, naturlige funksjoner, fast forskrevne legemidler og bruk av tobakk. Det ble spurt inngående om rusmiddelmisbruk. Usikre opplysninger om slikt misbruk ble kontrollert mot opplysningene gitt i henvisningsskriv og eventuelt tidligere journalnotater ved ruspoliklinikken, og de ble ofte diskutert med pasienten og den faste behandleren. Det ble ikke systematisk spurt om injeksjon av rusmidler.

Tobakksbruk ble delt inn i «ikke daglig

bruk», «daglig røyketobakk eller sigaretter» og «daglig snusbruk». Sporadisk bruk av tobakksvarer ble kategorisert som «ikke daglig bruk».

Det ble spurt «Har du god kontakt med fastlegen?» – eventuelt fulgt av tilleggsspørsmål. Kontakten ble kategorisert som god, akseptabel, dårlig eller ingen, ville ikke svare eller nettopp skiftet fastlege. Pasientene var informert om at resultatene av undersøkelsen ville bli meddelt fastlegen. Manglende svar ble derfor tolket som dårlig kontakt.

Klinisk undersøkelse og laboratorieprøver

Den kliniske undersøkelsen omfattet generell status, organstatus og refleks- og sensibilitetsundersøkelse (på beina). Ved generell status ble følgende undersøkt: gange, hud, standardisert blodtrykk (målt tre ganger på overarm, sittende, gjennomsnittet av de to siste målingene ble tellende), høyde og vekt.

Av laboratorieprøver ble det tatt hemoglobin, senkning, elektrolytter (natrium, kalium), leverfunksjonsprøver (ALAT, LD, GT), nyrefunksjonsprøver (kreatinin, e-GFR og urinstiks), infeksjonsprøver (CRP, hepatitt B- og hepatitt C-virus, hiv), lipider (totalkolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol og triglyserider), ferritin, troponin I, NT-proBNP og karbohydratfattig transferrin (CDT). Ikke alle prøver ble analysert selv om de var bestilt, og enkelte pasienter møtte ikke til ny prøve.

Alle pasienter fikk tilbud om ekkoundersøkelse av hjertet ved hjertepoliklinikken og ble henvist til dette.

Diagnoser

Anamnese og klinisk undersøkelse var sentralt for å stille alle diagnoser, og mange sykdomsdiagnoser (ICPC2 70–99) ble stilt kun på

grunnlag av disse, for eksempel tannsykdommer, overvekt/sykkelig overvekt, brytningsfeil i øynene, forhøyet blodtrykk og perifere nevropatier. Andre ble stilt ved tilleggsopplysninger om kronisk sykdom i sykehusjournal eller fra fastlege. Noen diagnoser ble stilt etter tilleggsopplysninger om medisinbruk for sykdommer eller fra patologiske laboratoriesvar. Symptomdiagnoser (ICPC2 1–29) ble stilt der pasientens plager ikke kunne dokumenteres (13, 14). Sykdomsdiagnoser fra andre sykehus eller ved røntgenavdelingen ble av praktiske årsaker ikke tatt med.

Noen pasienter ønsket direkte henvisning til sykehusspesialister for videre undersøkelse og behandling, og disse ønskene ble etterkommet. Enkelte ble henvist direkte til spesialist for å unngå tidstap, noen fikk startet behandling i løpet av undersøkelsen og noen ble henvist direkte til Nav med spørsmål om gratis tannbehandling. Fastlegen ble bedt om å følge opp de aller fleste videre.

Somatiske opplysninger i henvisningsskriv og i svarbrev fra fastleger

Somatiske opplysninger i alle henvisningsskriv til ruspoliklinikken for de inkluderte pasientene ble gjennomgått, sammenliknet med de anamnesticke opplysningene og kategorisert som gode, mangelfulle eller ingen.

Når pasienten fikk time for undersøkelse, fikk fastlegen brev med spørsmål om å sende supplerende somatiske opplysninger om vedkommende. Disse ble også kategorisert som ovenfor.

Strukturerte spørreskjema

To strukturerte spørreskjemaer, somatisk del av EuropASI (15) og Health Quality (EQ-5D) (16, 17) ble benyttet. EuropASI inneholder 12 spørsmål om somatisk helse, blant annet om antall innleggelser i sykehus, kroniske kroppslige skader og sykdommer som påvirker livsførselen, tannhelse, hepatitt og hiv, regelmessig medisinbruk, legehjelp og/eller stønader fra Nav siste halvår på grunn av kroppslig skade eller sykdom og antall dager med kroppslige problemer de siste 30 dager.

EQ-5D er todelt – den ene delen omfatter spørsmål om daglige problemer (problemer med gangfunksjon, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon), den andre delen består av en skala fra 0 til 100 poeng om helsestatus i dag.

Spørreskjemaene ble enten fylt ut sammen med den faste behandleren eller ved undersøkelsen. Svarene på de strukturerte spørreskjemaene ble ikke sendt fastlegen.

Etisk vurdering

Undersøkelsen ble godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Midt), Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Biobankregis-

teret. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra pasientene. Inkluderte pasienter ble både skriftlig og muntlig orientert om muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt uten problemer for den videre behandlingen.

Undersøkelsen er registrert i ClinicalTrials.gov. Dette ble dessverre gjort etter studiestart (4.3. 2010), ettersom vi ikke var klar over kravet om registrering da studien ble satt i gang.

Resultater

Til sammen 365 pasienter startet behandling for rusproblemer i prosjektperioden. 189 pasienter ønsket å delta i undersøkelsen, hvorav 34 fikk gjentatte invitasjoner uten å møte. 155 (42 %) møtte til undersøkelse (fig 1, e-tab 1), og ingen av disse trakk seg i ettertidd. 176 pasienter fikk enten ikke tilbud om å delta eller ønsket ikke å delta. De faste behandlerne som fortsatt arbeider ved poliklinikken opplyste at 69 ikke fikk tilbud om å delta, mens 44 ikke ønsket å delta. Seks faste behandlere sluttet i prosjektperioden, slik at vi ikke har tilsvarende opplysninger om de resterende 63 pasientene.

151 pasienter møtte til blodprøvetaking. Enkelte prøver ble av ulike årsaker ikke analysert for fire av disse. 220 pasienter (60 %) som var i behandling ved ruspoliklinikken og 109 (70 %) av de undersøkte var henvist av fastleger (e-tab 2).

Bruk av rusmidler og tobakk

Alkohol var det dominerende rusmidlet (tab 3). 84 pasienter (54 %) oppga at de brukte bare ett rusmiddel, og 79 av disse brukte alkohol. Av de 71 pasientene som brukte to eller flere rusmidler, oppga 49 at de brukte alkohol som ett av disse – det vil si at 128 av pasientene (83 %) oppga at de brukte alkohol enten som eneste rusmiddel eller som ett av rusmidlene. 57 pasienter brukte opioider, amfetamin eller en uprioritert blanding av forskjellige stoffer. 50 pasienter brukte cannabinoider alene eller som ett av flere stoffer. En del pasienter oppga at de sporadisk eller i korte perioder hadde vært i kontakt med andre rusmidler. Dette forbruket ble ikke medregnet.

Til sammen 128 pasienter (83 %) oppga at de brukte tobakk daglig, hvorav 107 (69 %) i form av sigaretter/røyketobakk og 21 pasienter (14 %) i form av snus. Tre av kvinnene (8 %) og 24 av mennene (20 %) oppga at de ikke brukte tobakk daglig.

Diagnoser

Vi fant i gjennomsnitt 4,2 somatiske sykdomsdiagnoser per pasient, med spredning fra 0 til 12 (tab 4). Fire pasienter oppga at de var friske, og hos disse ble det også funnet normale forhold. Høyeste sykdomsfore-

Tabell 3 Foretrukket rusmiddel (primærrusmiddel) fordelt på kjønn. 155 pasienter inkludert ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger i perioden september 2009 – november 2012

Rusmiddel	Menn (n = 119) Prosent	Kvinner (n = 36) Prosent
Alkohol	71	67
Cannabinoider	10	11
Sentralstimulerende midler	10	11
Opioider	8	3
Benzodiazepiner og liknende	1	8

Tabell 4 Fordeling av ICD-10-diagnoser hos 155 pasienter ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger i perioden september 2009 – november 2012. Diagnosene ble satt på bakgrunn av anamnese, klinisk undersøkelse, medisinbruk, laboratorieundersøkelser og/eller fastlege-/journalopplysninger

ICD-10-diagnoser	Antall symptomdiagnoser (diagnose 1–29)	Antall sykdomsdiagnoser (diagnose 70–99)
Fordøyelsesorganer	23	118
Endokrine, metabolske, ernæringsmessige forhold	0	118
Hjerte- og karsystemet	5	89
Luftveier	5	76
Muskel- og skjelettsystemet	55	65
Øye	5	63
Nervesystemet	10	39
Øre	8	38
Hud	7	36
Urinveier og genitalia	6	6
Allment og uspesifisert	1	2
Blod	1	1
Til sammen	121	648

komst hos øvrige pasienter fant vi innenfor fordøyelsessystemet, med totalt 118 diagnoser, hvorav 69 pasienter hadde tannsykdommer, og innenfor endokrine/metabolske sykdommer, også med 118 diagnoser, hvorav 53 av pasientene var overvektige, 37 hadde sykkelig overvekt og ni hadde diabetes. Vi fant høyt blodtrykk hos 56 pasienter, hjertesykdom (ikke nærmere angitt) hos ti, allergi/urticaria hos 45, kols/astma hos 20 og redusert syn/refraksjonsanomali hos 45 pasienter. Det var gjennomsnittlig 0,8 symptomdiagnoser per pasient, de fleste innenfor muskel- og skjelettsystemet.

384 (59 %) av sykdomsdiagnosene ble stilt på bakgrunn av kun anamnese og klinisk undersøkelse. Av disse utgjorde tann-

sykdom, brytningsfeil i øyne, høyt blodtrykk og overvekt/sykkelig overvekt 238 diagnoser (62 %). 157 diagnoser (24 %) ble stilt på bakgrunn av opplysninger fra somatisk journal, 46 diagnoser (7 %) etter bruk av medikamenter og 36 diagnoser (6 %) på bakgrunn av opplysninger fra fastlege i tillegg til anamnese og klinisk undersøkelse.

147 av pasientene ble undersøkt for hepatitt B og hepatitt C. Ingen var smittsomme for hepatitt B, mens 11 pasienter hadde antistoffer etter tidligere gjennomgått sykdom eller immunisering. Åtte pasienter var smittsomme for hepatitt C (positivt virus-RNA i blod), mens en var usikker smittsom. I tillegg til disse ni hadde seks andre pasienter også hepatitt C-antistoffer i blodet. Sju pasi-

enter anga i EuropASI at de var positive for hepatitt C, men testene viste at de var negative. To pasienter var positive uten å vite det. Det ble ikke systematisk spurt om pasientene injiserte rusmidler. 144 pasienter ble testet for hiv uten å være smittet.

Ekkokardiografisk undersøkelse ble utført hos 107 pasienter – av samme kardiolog. Normal funksjon av hjertets kamre og klaffer ble observert hos 75 (71 %). Redusert systolisk funksjon av venstre hjertekammer med ejeksjonsfraksjon ≤ 45 % ble funnet hos seks pasienter og redusert diastolisk funksjon ble påvist hos 14, hvorav kun to hadde diastolisk dysfunksjon mer enn grad 1. Klaffefeilkasjer ble sett hos ni og klaffestenose hos én pasient. All klaffesykdom var av lett grad. Andre patologiske funn i hjertet eller torakalaorta ble sett hos fem pasienter. Tidligere påvist hjertesykdom ble bekreftet med ekkoundersøkelse hos 22 pasienter (21 %) og funn ble gjort uten tidligere påvist hjertesykdom hos ti (9 %).

Fem pasienter ble henvist direkte til medisinsk avdeling, seks til kirurgisk avdeling og 26 til andre sykehusspesialister. 51 pasienter ble henvist til Nav med spørsmål om rett til gratis tannhelsetjeneste.

Somatiske opplysninger i henvisningsskriv og i svarbrev fra fastlegene

Vi fant gode somatiske opplysninger i henvisningsskrivene for 27 pasienter (21 fra fastleger, tre fra somatiske avdelinger, to fra psykiatriske avdelinger og en fra rusinstitusjon), mangelfulle opplysninger for 27 og ingen somatiske opplysninger for 101 pasienter.

Vi fikk svar fra fastlegene til 60 pasienter med gode opplysninger om 46 av disse, hvorav det for 34 var mangelfulle eller ingen opplysninger om somatisk helsetilstand i henvisningsskrivet. Til sammen var det ingen eller mangelfulle somatiske opplysninger for 94 pasienter (61 %).

Fastlegekontakt

92 pasienter (59 %) oppga at de hadde god eller akseptabel kontakt med fastlegen, 19 (12 %) hadde dårlig kontakt, 19 (12 %) ville ikke svare på spørsmålet, 15 (10 %) oppga at de ikke hadde noen kontakt og ti (6 %) hadde nettopp skiftet fastlege.

Hos pasientene som ikke hadde kontakt med fastlegen ble det funnet 52 sykdomsdiagnoser og 12 symptomdiagnoser.

Strukturerte spørreskjemaer

EuropASI ble besvart av 150 pasienter. 55 pasienter (37 %) oppga at de hadde vært innlagt i sykehus på grunn av somatisk sykdom siste to årene, 64 (43 %) sa de hadde kroniske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen og 62 (41 %) hadde vært hos fastlegen på grunn av somatiske plager. 27

pasienter med kroniske plager hadde ikke vært hos fastlegen siste halvår. 60 pasienter (40 %) mottok trygd for slike problemer. 71 (47 %) oppga at fastlegen ba dem bruke medisiner regelmessig på grunn av somatisk skade eller sykdom. 42 (28 %) hadde opplevd kroppslige problemer i minst 25 av de siste 30 dagene, 19 av disse hadde ikke hatt kontakt med lege.

Til sammen 146 pasienter besvarte HQ-skjemaet. 36 (25 %) oppga litt problemer med gangfunksjonen, 71 (49 %) hadde problemer med vanlige gjøremål (arbeid, studier, husarbeid, familieaktiviteter og liknende), 99 (68 %) hadde noe smerter/ubehag og 88 (60 %) hadde problemer med angst/depresjon.

På en skala fra 0 til 100 over egenrapportert helse var gjennomsnittsskåren 60 poeng.

Diskusjon

Pasientene i dette materialet hadde i gjennomsnitt 4,2 sykdomsdiagnoser og 0,8 symptomdiagnoser. Mange hadde sykdom i flere organsystemer og mange hadde flere sykdommer i hvert organsystem. Både rusmisbruk, tobakksrøyking og mange av diagnosene er i betydelig grad forbundet med redusert helse og levealder. Pasientene i vår undersøkelse ser ut til å ha mer somatisk sykdom enn pasientene i to tidligere undersøkelser (11, 12).

Et normalmateriale til sammenlikning med pasientene i vår undersøkelse ble ikke undersøkt. Det er derfor søkt i litteraturen for å se hva andre har funnet. Andelen med astma/kols er 50 % høyere i dette materialet enn i HUNT 3-materialet (18). I en studie fra Nord-Trøndelag (19) fant man ved ekkokardiografi av 1 296 personer (gjennomsnittsalder 49 år) at 30 (2,3 %) hadde hjerte- eller karsykdom som kunne påvirke hjertefunksjonen. I vår studie synes det å være betydelig hyppigere patologiske funn.

De egenopplevde plagene (strukturerte spørreskjemaer) viser at mange går med sykdommer, plager og kroniske smerter uten å kontakte fastlegen. I HUNT 3-undersøkelsen oppga 83 % av deltakerne at de hadde konsultert fastlegen siste år (18), mens 62 pasienter (41 %) i vårt materiale hadde kontaktet fastlegen på grunn av somatiske plager siste halvår.

83 % av pasientene brukte tobakk eller snus daglig, mens i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3, 2006–08) var det 16–25 % dagligrykere eller snusbrukere, med en lett økende tendens med økende alder (18).

12 % av pasientene rapporterte direkte at de hadde dårlig kontakt med fastlegen. En stor del av dem som ikke ville svare på spørsmålet, av dem som ikke hadde kontakt med fastlegen eller som nettopp hadde skiftet fastlege ga også uttrykk for dårlig kontakt – uten å ville ha det dokumentert.

Flere brukerundersøkelser har vist høy grad av tilfredshet med fastlegeordningen (20). Rusmiddelmissbrukerne i denne undersøkelsen ser ikke ut til være like tilfredse. Det kan være flere grunner til det, som hyppig skifte av fastlege, dårlig betalingsevne, manglende oppmøte til avtalte timer, komplekse problemstillinger som krever mye tid til utredning, ønsket om vanedannende stoffer der fastlegen setter grenser og frykt for stigmatisering.

En del fastleger ser på rusmisbrukerne som bryssomme – det er forstyrrelser på venterommet, oppmøte utenom bestilte timer og manglende etterlevelse av behandlingsopplegg. Både før innføringen av fastlegeordningen, og på ny i 2013, ble det reist tvil om fastlegeordningen var den beste ordningen for rusmiddelmissbrukere (21, 22). Vi kan imidlertid ikke ut fra våre data si hvor mye av pasientenes sykdommer og plager som var kjent for fastlegene.

Styrker og svakheter ved undersøkelsen

En styrke ved vår undersøkelse er at datagrunnlaget for de inkluderte pasientene bygger på flere kilder: anamnese, klinisk undersøkelse, tilleggsundersøkelser, gjennomgang av somatisk sykehusjournal, opplysninger fra fastlege ved henvisning og/eller supplerende opplysninger og fra strukturerte spørreskjemaer. Det var også en fordel at undersøkelsen ble foretatt av én lege, slik at diagnosesettingen ble konsistent.

Det er grunn til å være forsiktig med å generalisere funnene, da bare 42 % av pasientene deltok. Eventuell diagnostisering ved røntgenavdelingen og ved andre sykehus ble av praktiske årsaker ikke tatt med blant sykdomsdiagnosene. Dette kan ha ført til at andelen av symptomdiagnoser ble noe høyere og andelen sykdomsdiagnoser ble noe lavere enn reelt. Diagnosene er stort sett satt i henhold til ICPC2, men ikke bekreftet ved oppfølgende undersøkelser. Oppfølging av pasientene ble overlatt til fastlegene. Kroniske diagnoser satt ved sykehuset eller av fastlegene ble diskutert og vurdert under anamnese og klinisk undersøkelse.

Det ble ikke spurt systematisk om pasientene injiserte rusmidler, men den lave forekomsten av hepatitt C tyder på at rusmiddelinjeksjon ikke var utbredt i dette materialet.

Fortolkning

Behandlingen ved ruspoliklinikken kan være langvarig – ofte kan den gå over mange måneder og kanskje flere år, stort sett uten somatiske opplysninger om pasientene og uten at de verken blir somatisk undersøkt eller behandlet ved poliklinikken.

Siden pasientene i vår studie i gjennomsnitt har flere somatiske diagnoser og en del samtidig oppgir dårlig eller ingen kontakt med

fastlegen, mener vi det er grunn til å spørre om dette tilfredsstillende både spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens krav til forsvarlige helsetjenester for denne gruppen.

Erling Dalen (f. 1943)

er spesialist i samfunnsmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jostein Holmen (f. 1947)

er professor i anvendt samfunnsmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hans M. Nordahl (f. 1961)

er professor i klinisk psykologi og leder av spesialpoliklinikken for traumer og posttraumatisk stressyndrom.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- De Alba I, Samet JH, Saitz R. Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care. *Am J Addict* 2004; 13: 33–45.
- Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379: 55–70.
- Skretting A, Lund KE, Bye EK. Rusmidler i Norge 2013. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing og doping. Oslo: SIRUS, Statens institutt for rusmiddelforskning, 2014.
- Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rapport nr. I-8/2004. Oslo: Helsedepartementet, 2004.
- Prioriteringsveiledning. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rapport nr. IS-2043. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
- Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (Rusreform II og rett til individuell plan). Ot.prp. nr. 54 (2002–2003). www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-54-2002-2003-/1/3/3.html?id=313955 [24.9.2014].
- St.prp. nr. 65 (2000–2001). Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20002001/stprp-nr-65-2000-2001-.html?regj_oss=1&id=204541 [24.9.2013].
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Nasjonale faglige retningslinjer 2010 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/> [24.9.2014].
- Skeie I, Brekke M, Lindbaek M et al. Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health* 2008; 8: 43.
- Skeie I, Brekke M, Gossop M et al. Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ Open* 2011; 1: e000130.
- Keaney F, Gossop M, Dimech A et al. Physical health problems among patients seeking treatment for substance use disorders: A comparison of drug dependent and alcohol dependent patients. *J Subst Use* 2011; 16: 27–37.
- Gossop M, Neto D, Radovanovic M et al. Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: a study in six European cities. *Addict Biol* 2007; 12: 190–6.
- Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T et al. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996; 13: 391–6.
- Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 50–5.
- López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Predictive validity of the EuroPAS: clinical diagnosis or composite scoring? *J Subst Abuse Treat* 2012; 42: 392–9.
- Adobor RD, Rimeslåtten S, Keller A et al. Repeat-ability, reliability, and concurrent validity of the scoliosis research society-22 questionnaire and EuroQol in patients with adolescent idiopathic scoliosis. *Spine* 2010; 35: 206–9.
- van der Zanden BP, Dijkgraaf MG, Blanken P et al. Validity of the EQ-5D as a generic health outcome instrument in a heroin-dependent population. *Drug Alcohol Depend* 2006; 82: 111–8.
- Krokstad S, Knudtsen MS, red. Folkehelse i endring. Levanger: HUNT forskningssenter, NTNU, 2011.
- Dalen H, Thorstensen A, Aase SA et al. Segmental and global longitudinal strain and strain rate based on echocardiography of 1266 healthy individuals: the HUNT study in Norway. *Eur J Echocardiogr* 2010; 11: 176–83.
- Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2168–70.
- Gunnes E, Myren S, Garåsén HM et al. Fastlegeordningen og rusmisbrukerne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1178.
- Sundin G. Stoffmisbrukere må ha særomsorg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3596.

Mottatt 17.6. 2013, første revisjon innsendt 18.10. 2013, godkjent 11.11. 2014. Redaktør: Siri Lunde Strømme.