

I medisinsens grenseland



Redaksjonelt

*Å velge behandling er både et faglig
og et moralsk valg*

Enhver lege i klinisk arbeid må vente å møte alle former for rus og effekter av rusmisbruk når som helst og hvor som helst i landet. Sett under ett vil de færreste som anvender rusmidler få varige problemer med sitt misbruk, men noen vil få svært alvorlige problemer. Mens alkohol er legalt, er andre rusmidler illegale, og noen av dem er legale hvis de er forskrevet av lege. Legens rolle kan minne om kelneren eller ekspeditøren ved Vinmonopolet som må vurdere om ytterligere tilgang på alkohol er forsvarlig. Bør legene delta i serveringen?

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to artikler der forfattere med ulikt ståsted svarer ja på dette spørsmålet. Harald T. Andersen beskriver hvordan han har håndtert forskrivning av A- og B-preparater til et begrenset antall stoffmisbrukere i egen praksis – i samarbeid med sosialkontorer, men uten formell godkjenning fra det regionale sentret for legemiddellassistert rehabilitering (1). Waal & Dahl, representanter for det systemet myndighetene nå satser på, understreker at overgangen til et mer organisert system i deres øyne fungerer tilfredsstillende (2). De politiske signaler går i retning av at slik behandling er helsetjenestens ansvar, og at primærlegene må trekkes inn (3, 4). Dette gjelder også i andre land (5).

Er behandling av stoffmisbrukere en sak for helsetjenesten? Stoffmisbrukere har svært overhyppighet av somatiske plager (6), og dermed er svaret et klart ja. Må helsetjenesten sørge for opiat? Synet på hvorvidt allmennleger skal skrive ut vanedannende medikamenter til misbrukere og begrunnelsen for dette varierer mye, slik det bl.a. fremgår av et temanummer av Utposten nylig. En spørreundersøkelse blant en representativ gruppe norske leger i 2000 viste at 42 % var positive til metadonforskrivning, men at bare 24 % selv kunne tenke seg å gjøre det (O. Aasland, personlig meddelelse).

Hva man velger, har både en faglig og en moralsk side. En behandling som er godt dokumentert, bør faglig sett gis, men det betyr ikke at den *må* gis. Legemiddellassistert rehabilitering av stoffmisbrukere er fortsatt omdiskutert. Heller ikke i Norge, der opplegget har høy kvalitet, er effekten godt dokumentert (7). Men helsemyndighetene, med politikerne i ryggen, er åpenbart tilstrekkelig overbevist. Det er betenkelig at rusmisbruk defineres som en medisinsk tilstand (8). Også legemiddelindustrien har interesse av dette. Leger må gjøre en selvstendig etisk vurdering av om de vil delta i myndighetenes behandlingsopplegg.

Stoffmisbrukere har liten tillit til omgivelsene og inngir selv liten tillit. Svært mange

leger finner det vanskelig å håndtere dette. Situasjonen forverres ofte av at legen har mulighet til å skaffe rusmidlet eller et substitutt. Det er ofte meget vanskelig å oppnå en behandlingsallianse dersom legen sier nei. Det er to grøfter å falle i: Å være så konsekvent avvisende at man siler misbrukere ut av sin praksis, eller å ha en liberal holdning til forskrivning. Legens følelse av å hjelpe når man forskriver opiat til misbrukere kan være stor og ekte, men å begi seg ut på dette uten støtte i et tverrfaglig nettverk er ikke å anbefale. Når en lege forskriver opiat til 100 pasienter (2, 9), må det stilles spørsmål ved forsvarligheten.

Allmennleger, spesielt i store byer, har svak tradisjon for tverrfaglig samarbeid. Deltakelse i legemiddellassistert rehabilitering kan for noen være en god øvelse i slikt samarbeid og i bygging av tillit på skjor grunn. Hvis det tverrfaglige nettverket er for dårlig utbygd, er det forståelig at engasjerte leger utviser sivil ulydighet i strid med myndighetenes anbefalinger (9). Motsatt må fastleger med misbrukere på sin pasientliste ha rett til å reservere seg i forhold til forskrivning av opiat.

Pål Gulbrandsen

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

*Pål Gulbrandsen (f. 1955) er for tiden
seniorforsker ved Lægeforeningens
forskningsinstitutt med permisjon fra stillingen
som medisinsk redaktør i Tidsskriftet.*

Litteratur

- Andersen HT. Regelmessig forskrivning av A- og B-preparater til rusavhengige i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1202–4.
- Waal H, Dahl IV. Fra «kvoteforskrivning» til legemiddellassistert rehabilitering – erfaringer med overgangsbestemmelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1228–31.
- Høie I. Rusreformen – ansvar uten innhold. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 432–3.
- Grammeltvedt GA. Legemiddellassistert rehabilitering til rusmisbrukere ut fra en rettslig synsvinkel. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 427.
- Kmietowicz Z. GPs asked to do more for drug misusers. BMJ 2002; 324: 501.
- Sundin G. Stoffmisbrukere må ha særomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3596.
- Waal H, Krook AL, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2301–5.
- Eliassen H. Rusmisbrukere får rett til behandling. Aftenposten (morgenutgave) 26.4.2002.
- Gundersen R. Redd, med all mulig grunn. Utposten 2002; 31: 6–11.