

Rusede leger er tallmessig et lite problem, men sikkerhetsmessig og profesjonsetisk en stor utfordring

Leger som ruser seg

I 1886 fant dr. William Ogle at dødeligheten blant legene var signifikant høyere enn dødeligheten i befolkningen generelt (1). Det var flere årsaker til dette, blant annet infeksjoner. Men særlig én dødsårsak ble omtalt, nemlig lever-sykdom. 17 av 10 000 leger døde årlig med diagnosen lever-sykdom, mot sju av 10 000 i den mannlige befolkningen over 20 år. Ogle mente at dette skyldtes at legene, som gruppe, i stor grad selv ignorerte de kostholdsråd de gav sine pasienter. Kanskje var det tanken på en mulig for tidlig død som gjorde at de drakk mye?

Ogle siterte for øvrig den greske komedieforfatter Filémon (368–264 f.Kr.): «Og det har jeg belegg for: Vi vet jo at alle leger tuter pasientene sine ørene fulle om hvor viktig det er å utøve selv-kontroll. Men når de selv blir utsatt for noe, ja, da gjør de alt mulig som de aldri har tillatt andre å gjøre» (oversatt fra gresk av professor Øivind Andersen).

I 1910 startet Den norske lægeforening Ørje kursted for alkoholist, de første seks årene bestyrt av dr. Karl Anton Andresen (1869–1938). Han skrev årlige beretninger om virksomheten i Tidsskriftet, der det blant annet fremgår at det særlig var forretningsmenn og akademikere som søkte behandling. Men det står ikke om noen av dem var leger. Dr. Andresen, som selv var total-avholdsmann, skrev: «Men vore maateholdsvenlige kolleger, som i tale og skrift forsvarer de moderate alkoholdoser og fremhever deres ufarlighet, burde vite, hvor ofte deres utsagn tages til indtægt netop av dem, som de ikke var bestemt for» (2).

I våre dager har leger verken høyere dødelighet eller høyere alkoholforbruk. I en undersøkelse fra USA er legene en yrkesgruppe som kjennetegnes av lavt forbruk og liten avhengighet av alkohol (3). I Norge avviker ikke legenes alkoholvaner vesentlig fra befolkningens (4) (i motsetning til røykevaner; legers tobakksforbruk er betydelig lavere). Heller ikke for andre rusmidler er det noe som tyder på at leger bruker mer enn andre (5). Denne epidemiologisk sett gunstige situasjonen betyr selvsagt ikke at leger ikke har rusproblemer, eller at vi ikke trenger å vie dette feltet spesiell oppmerksomhet. Noen medisinstudenter og unge leger venner seg til å bruke alkohol for å avregne fra en krevende jobbsituasjon, og det kan lett bli en farlig vane. Leger som er ruset på jobb, representerer en risiko for pasienter og medarbeidere og for legeprofesjonens omdømme.

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Grethe Hoddevik & Marit Nygaard 36 saker behandlet av Statens helsetilsyn mellom 1998 og 2000 der leger har misbrukt alkohol eller andre rusmidler (6). 15 av legene mistet sin autorisasjon, og åtte sin forskrivningsrett. Det er prisverdig at det på denne måten gis et innblikk i hvordan Helsetilsynet arbeider. I motsetning til en liknende undersøkelse fra 1999, der også en del av legene ble intervjuet (7), er denne undersøkelsen kun basert på en gjennomgang av Helsetilsynets saksdokumenter. Dette innebærer en fare for forenkling av komplekse årsaksforhold.

Det vi blant annet ikke får vite noe om, er hvor mange av de 36 legene som hadde vært i kontakt med Legeforeningens støttelege-ordning. Kanskje kunne man hevde at dersom støttelegeordningen fungerte perfekt, ville det ikke vært så mange slike saker i Helse-tilsynet. Da ville det bli etablert ordninger med frivillig sykepermi-

sjon, aktiv behandling og gjenopptakelse av arbeidet etter at et lokalt støtte- og oppfølgingsapparat var etablert. Behandlingsprogrammer for leger er nemlig ganske effektive, for leger har mye å tape. Å lage egne behandlingsprogrammer for leger synes å være lettere i USA enn i våre europeiske velferdsstater, kanskje fordi vi har en ryggmargsrefleks mot forskjellsbehandling. Men det finnes gode argumenter for spesialtilbud, de fleste med basis i erkjen-nelsen av at legepasienten er annerledes (8).

I amerikanske behandlingsprogrammer for leger med rusproblemer tilbys all mulig hjelp, fra å ta den viktige første konfrontasjonen, gjennom avrusning og aktiv behandling, oppfølging over lang tid, inkludert urinprøver, og til spørsmålet om hvorvidt legen bør beholde sin lisens (9).

I Barcelona har noen idealistiske kolleger startet et eget sykehus for leger med rusproblemer (www.paimm.net). De har tatt konsekvensen av at dette er lidelser som fortsatt er forbundet med stigma-tisering, og har et tilbud der legene kan komme til behandling på et «hemmelig» sted og under fingert navn. Selv om tiltaket ennå ikke er forskningsmessig evaluert, tyder foreløpige resultater på at det imøtekommer et stort behov. Sykehuset mottar betydelig økonomisk støtte fra provinsregjeringen.

Er 36 saker på tre år mye eller lite? Det er i hvert fall en god del norske leger der ute som har behov for kollegial oppmerksomhet, omtanke og oppfølging på grunn av rusproblemer. Beregninger tyder på at dette gjelder minst 260 leger, inkludert høyt kvalifiserte spesialister som det ikke er lett å erstatte (4). Er dette mange nok til at Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) bør vurdere å starte et eget behandlingsprogram for leger med rusproblemer? I så fall må det bli et sentralisert tilbud for akuttbehandling og utredning, kanskje i samarbeid med Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund, og med ressurser til å støtte og veilede det lokale legenettverket. Her har vi noe å lære av våre kolleger i Barcelona.

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf G. Aasland (f. 1944) er leder av Legeforeningens forskningsinstitutt og professor ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Litteratur

- Ogle W. Statistics of mortality in the medical profession. *Medico-chirurgical transactions* 1886; 69: 218–37.
- Andresen KA, Ørje Kursted. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1910; 30: 23–31.
- Parker DA, Harford TC. The epidemiology of alcohol consumption and dependence across occupations in the United States. *Alcohol Health & Research World* 1992; 16: 97–105.
- Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. *Oslo: Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2791–4.
- Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* 1998; 46: 581–90.
- Hoddevik GH, Nygaard M. Leger med rusmiddelmisbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 955–7.
- Noreik K, Asgard O. Privilegium til besvær – legers tap av forskrivningsrett. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1138–41.
- Ingstad B, Christie VM. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology & Medicine* 2001; 8: 201–10.
- Talbot GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *JAMA* 1987; 257: 2927–30.