

Alkoholen blant oss

■ ALEXANDER WAHL • Spesialist i allmennmedisin | Redaktør primærhelse, Helsebiblioteket.no

Hvordan kan vi best behandle folk med alkoholavhengighet? Står lovverket i veien? Står vår egen fortrefelighet i veien?

Promilleservitøren

Min pasient jobber i utebransjen der service flyter i en strøm av promille. «Ta deg et glass», sier kollegaen og smiler fortrolig. Han tar imot, og ett glass blir til ti, så til hundre. Sjefen får klager fra gjestene om en beruset servitør. Servitøren blir kalt inn på teppet. Det blir ubehag og sorger som druknes i trøst fra nok et glass – nå alene hjemme. Pengene forsvinner, og Mr. Inkasso banker på døren. Servitøren sier selv opp jobben før skammen blir for stor. Nå er han her på legekantoret og ber om Anta-

bus og beroligende – noe sterkt noe. Jeg har hørt denne historien før.

Det er ikke vanskelig å identifisere seg. Som ung student jobbet jeg på en universitetskantine som kelner. Jeg serverte LEGER på en internasjonal kongress for kardiologer. Med formell verdighet turnerte jeg fat og flasker. Ingen erter skulle rulle, ingen dråper dryppe ned på dresskledde lår. Men flaskene hadde slanter, og servitørene hadde et humoristisk fellesskap. Bak skranken var det noen av oss som huket oss ned et øyeblikk, og vips så fikk vi pressvelget ned to store slurker vin. Klart vi kom i godt humør. Alkoholen var tilgjengelig og gratis. Jeg ble advart av en mer erfaren servitørise. «Blir du sett av sjefen, får du sparken», sa hun med oppsperrede øyne. Jeg valgte heldigvis en annen karrierevei, og nå er det jeg som er LEGEN.

Pliktystere

Mange erfarer at bekjente drikker for mye. Noen snøvler litt for høyt på fest før de slukner innadventd for tidlig på kvelden. Hvor stort er egentlig problemet? Når skal man si i fra? Har man egentlig anledning til det? Kong Alkohol danser tett tango med selvbedraget. Hvem skal holde opp speilet? Problemet med bekjente er at man ikke er i posisjon, man er ikke invitert inn som hjelper. En av ti opererer i det gule farefeltet når det gjelder alkoholkonsum. Prevalensen i allmennpraksis er kanskje to til tre ganger så høyt. Oppdager vi det? Nå sitter jeg på legekantoret og kan møte en mann som har søkt min hjelp.

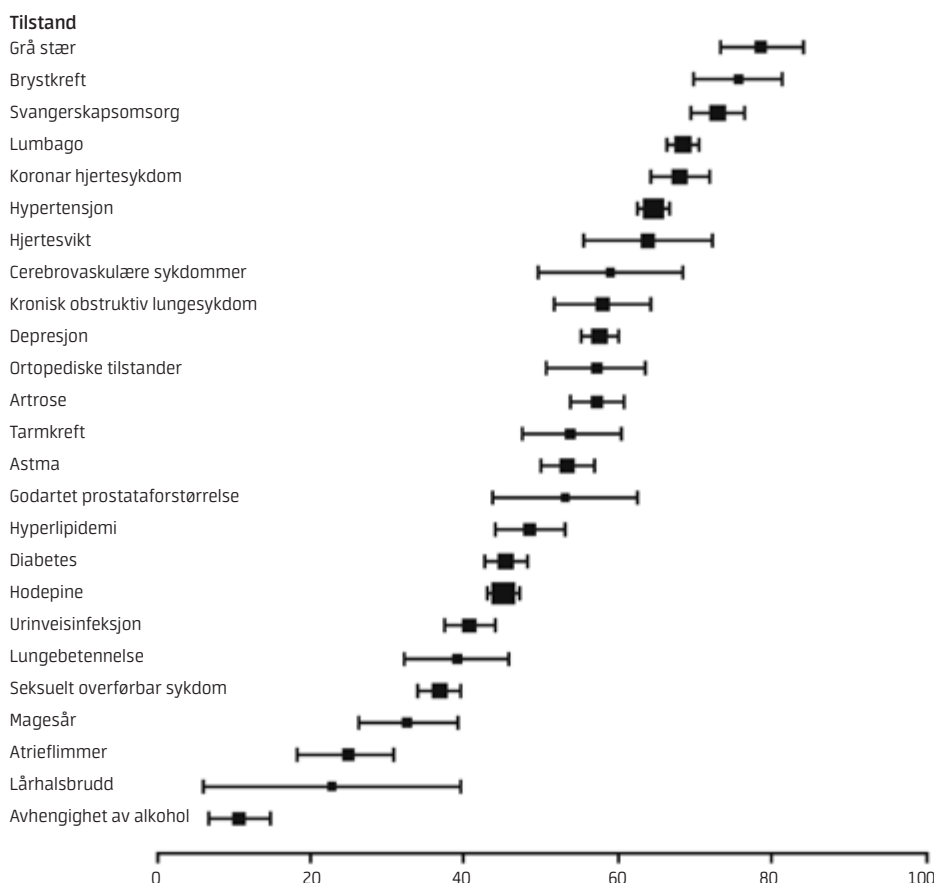
Jeg har møtt mange av dem opp gjennom årene. To av dem har tatt sitt liv, bare i år. Begge var taxisjåfører som ble fratatt kjøreseddelen. Sjøførene hevdet at de aldri kjørte i påvirket tilstand. Det nye lovverket pålegger oss meldeplikt – tystevirksomhet for å beskytte samfunnet mot potensiell skade (SE TABELL 1). Mine pasienter ble naturligvis rasende – skjelling og smelling fulgte. Den ene truet med mord og selvmord. Nå er begge døde, selvmord hos begge. Hjelpeapparatet ble deres fiender. Svik og mistillit gjorde at vi aldri senere kom i posisjon til å hjelpe.

Uten pasientens tillit står vi maktesløse. Lovverket skyver de svakeste utfor kanten. Kan vi ikke kontrollere alkoholinntak på en annen måte? Ville det være en bedre løsning om vi fikk alkohol med fingeravtrykk-gjenkjenning på taxibilene?

Piller og førerkort

Noen av våre pasienter bruker beroligende legemidler som ikke er forenlig med bilkjøring. Fastlegene er for dårlige til å melde til biltilsynet, mener fylkeslegen i Oslo. Det kan være flere grunner til det, blant annet manglende oversikt over gjeldende regler (1). I førerkortforskriften finnes tabeller med legemidler oppgitt i definerte døgndoser som kan være uforenlig med sikker kjøring. Dersom legemiddellistene i Legemiddelverkets database FEST kunne kobles opp mot disse kravene, kunne fastlegene fått et varsel i datajournalen ved for-

TABELL 1: Prosentvis fordeling av mottatt anbefalt behandling.



Kong Alkohol danser tett tango med selvbedraget. Hvem skal holde opp speilet? Problemet med bekjente er at man ikke er i posisjon, man er ikke invitert inn som hjelper. En av ti opererer i det gule farefeltet når det gjelder alkoholkonsum. Prevalensen i allmennpraksis er kanskje to til tre ganger så høyt. Oppdager vi det?



ILLUSTRASJON: FOTO: CALOURBOX

skrivning. Lege og pasient ville på denne måten få sjansen til å reflektere over legemiddelforbruket.

Om forskrivningen ble opprettholdt, kunne det gå en automatisk melding fra Legemiddelverkets database til biltilsynet/fylkeslegen om legemiddelbruket. Legene ville slik unngå den ubehagelige tysterrollen.

Forskningsbasert behandling?

Det er utfordrende å gå balansegang med en pasient som har et alkoholproblem. Mange leger gjør så godt de kan, og så er det likevel ikke bra nok. Jeg kjenner den følelsen. Selv om pasientene er svært forskjellige, gir alkoholproblemet dem mange felles trekk.

Alkoholavhengighet kjennetegnes av økt toleranse med hensyn til effektene av alkohol, karakteristiske abstinensreaksjoner ved fravær av alkohol og manglende kontroll på mengde og frekvens av alkoholinntak. Disse fellestrekkene er grunnlaget for en rikholdig forskning. Denne forskningen ignoreres av de fleste av oss leger. I hvert fall så det slik ut ved en undersøkelse foretatt av Agency of Healthcare Research and Quality, Kunnskapssenteret i USA.

Forskerne vurderte hvorvidt legene faktisk fulgte retningslinjene; hvilke tilstander ble egentlig behandlet etter gullstandard? I figur 1 viser x-aksen økende grad av

forskningsbasert behandling. Journalene til en mengde pasienter ble gjennomgått, og behandlingen de hadde fått, ble sammenlignet med gjeldene forskningsbaserte retningslinjer. Undersøkelsen viste at operativt inngrep mot grå stør ble behandlet etter alle kunstens regler – nesten alle øyeleger fulgte retningslinjene. I den motsatte enden av grafen lå behandlingen av alkoholrelaterte problemer. Her rådet den store improvisasjon– eller såkalt «emmenbasert» medisin.

Grafen er en påminnelse om at vi kan bli bedre. Undertegnede søkte oppdatering i oppslagsverket Best Practice. Helsebiblioteket.no formidler dette gratis. Her fant jeg et oversiktskapittel og tre spesifikke kapitler om alkohol: Overview of chronic alcoholism, Alcohol abuse, Alcohol withdrawal og Alcoholic liver disease. Jeg vil selvsagt ikke finne alle svar her, og jeg må kunne fortsette å improvisere ut fra omstendighetene. Men ikke bare improvisere.

Min pasient har en oppfølgingstime til uka. Da er jeg bedre forberedt.

REFERANSER

1. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerforkortsaker-/Sider/default.aspx s73>
2. Lange KE, Schøyen t. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 12, 2011: 1184–1186. Psykologens meldeplikt i førerforkortsaker – refleksjoner fra en ruspoliklinikk.

LOVVERKET

I henhold til lov om helsepersonell § 34 har leger meldeplikt når helsekrav til å inneha førerkort ikke er oppfylt:

- Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.
- Førerrett for motorvogn forutsetter at førerforkortforskriftens helsekrav er oppfylt, eller at det er gitt dispensasjon fra helsekravene. Når det gjelder rus, spesifiseres det i førerforkortforskriftens § 2 nr. 5: «Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne.»
- I tillegg til lov og forskrift har vi Helsedirektoratets veileder (IS-1437), hvor vi bl.a. leser: «Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmissbruk, oppfyller ikke førerforkortforskriftens helsekrav.»

Og videre samme sted:

- Førerkortinnehavere eller -søkere som er i behandling for et rusproblem, og dermed også de som har et slikt rusproblem at de burde ha vært til behandling for dette, oppfyller ikke førerforkortforskriftens helsekrav.

■ ALEXANDER.WAHL@HELSEBIBLIOTEKET.NO