



Er rus medisin for noen?

KOMMENTAR

JØRG MØRLAND

jorg.morland@medisin.uio.no

Jørg Mørland er professor emeritus, fagdirektør.

HELGE WAAL

Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.

S. Eika og medforfattere hevder at vi ikke forstår at «Vanlige forsiktighetshensyn ved rusgivende medikasjon er lite relevante i substitusjonsbehandling» og at vi blander sammen behandling og forebygging. De synes å mene at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge er for restriktiv og at overdosedødsfallene kan forhindres om forskrivningen blir mer liberal. Lite tyder på at de har rett. De angir to referanser til støtte for sitt syn (deres referanser 2 og 3), men dette er arbeider som omhandler ulike lavterskelmodeller basert på metadon og buprenorfin. De advarer mot restriksjoner ved å vise til USA hvor reguleringen av den løsslupne forskrivningen av oksykodon har medført økning i antall dødsfall og heroinbruk (deres referanser 4 og 5). De aktuelle referansene er mildt sagt mer nyanserte.

I et kort tilsvarende er det vanskelig å ta opp alle kritikkpunktene. Eika og medforfattere synes å mene at «rusavhengige» bør få de medikamentene de selv velger, at restriksjoner fører til farlig tilleggsbruk av rusmidler og at korttidsvirkende er like velegnet som langsomtvirkende medikamenter. Men ved de «lavterskeltiltak» som Eika og medarbeidere refererer til, brukes oftest metadon og andre langsomtvirkende medikamenter, gjerne i daglig utlevering. Ved heroinassistert behandling møter pasienten 2–3 ganger daglig til overvåket inntak, og må i tillegg ha et langsomtvirkende opioid for tilstrekkelig stabilisering. Dette maner til forsiktighet med forskrivning av korttidsvirkende preparater – i alle fall uten tett oppfølging. Eika og medarbeidere anbefaler også bruk av benzodiazepiner, uten å nevne at disse blant annet medvirker ved majoriteten av overdosedødsfallene. Dette betyr ikke at all forskrivning alltid er feil, men det betyr at den ofte er det. Det er altså grunn til forsiktighet.

Ord betyr mye i samtaler og fagutvikling. Vi har ikke advart mot en «filosofi» om mer «fleksible medikamentvalg». Vi har advart og advarer mot uforsiktig forskrivning, mot å ta i bruk medikamenter som ikke er utviklet for vedlikeholdsbehandling, og mot å overse at vedlikeholdsmedikamenter brukes i rusmiljøene, kan forårsake dødsfall og kan være inngangspunkt til selve rusmiddelbruken (1). Vi advarer også mot lettvinnt begrepsbruk. Rusavhengighet er ikke en entydig diagnose, og begrepet er utilstrekkelig for behandlingsplanlegging. Det er nødvendig å vite hvilke midler det dreier seg om,

alvorlighetsgraden av bruken og hvilke risikomomenter som er tilstede. Vi er glade for at Eika og medforfattere forsvare en streng praksis for bruk av rusgivende medikamenter ved angst- og smerteproblematikk. Mange rusmiddelbrukere har imidlertid både psykiske og somatiske vansker, og mange med slike vansker har rusproblemer. Farlig rusmiddelbruk har alle grader fra sporadisk bruk til avhengighet. Grensen mellom forebygging og behandling er ofte flytende. Omhyggelige vurderinger er nødvendige om man vil optimalisere behandlingsvalg og utvikle en «tryggere» ruspolitikk.

LITTERATUR

1. Mørland J, Waal H. «Hele Felleskatalogen» i behandling av rusmiddellidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0678. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 9. september 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0521

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. september 2023.