

Om helsetjenesten

Leger med rusmiddelmissbruk

Sammendrag

Bakgrunn. Hensikten med denne artikkelen er å belyse omfang av, kjennetegn ved og Helsetilsynets vurderinger i saker der leger har misbrukt alkohol eller vanedannende legemidler.

Materiale og metode. Alle saker vedrørende leger og rus fra 1998, 1999 og 2000 ble analysert. 32 av de 36 legene var menn.

Resultat. De fleste hadde hatt autorisasjon i mer enn ti år. Vanedannende legemidler ble oftere brukt enn alkohol. Ved konfrontasjon innrømmet 33 forholdet. 13 fikk ingen reaksjon fra arbeidsgiver. Tre ble oppsagt. I Helsetilsynet endte 19 av sakene med rettighetstap, 15 mistet autorisasjonen og fire forskrivningsretten. Ytterligere fire gav frivillig avkall på forskrivningsretten.

Fortolkning. Misbruk av alkohol og vanedannende legemidler blant leger utgjør en sikkerhetsrisiko i helsetjenesten. Belastning i yrket kan i kombinasjon med risikofaktorer hos den enkelte være årsak til misbruket. Arbeidsgiver reagerer ofte ikke på legers misbruk. Helsetilsynet benytter oftere autorisasjonstap enn mildere reaksjonsformer. Få får autorisasjonen tilbake.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 913

Grethe Hellstrøm Hoddevik
grethe.hoddevik@helsetilsynet.no
Marit Nygaard
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Misbruk av alkohol eller vanedannende legemidler er ikke forenlig med forsvarlig legevirksomhet. Helsepersonelloven (tidligere legeloven) gir Statens helsetilsyn anledning til å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom legen er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av bruk av alkohol, narkotika eller midler med liknende virkning.

Klager på leger vurderes og behandles av helsetilsynet i det aktuelle fylket (tidligere Fylkeslegen). Hvis klagen gir grunnlag for å vurdere advarsel eller tilbakekall av autorisasjon/lisens, spesialistgodkjenning og/eller forskrivningsrett, sendes saken til Statens helsetilsyn for behandling. Saker der misbruk av alkohol og vanedannende legemidler inngår, er alltid alvorlige og oversendes nesten uten unntak.

Med denne artikkelen ønsker vi å belyse omfang av, kjennetegn ved og Helsetilsynets vurdering i saker der leger har misbrukt alkohol eller vanedannende legemidler. Undersøkelsen er også et ledd i Helsetilsynets egen kvalitetsutvikling i saksbehandlingen av denne type saker.

Materiale og metode

I årene 1998–2000 behandlet Helsetilsynet totalt 118 saker relatert til rusmiddelmissbruk. 36 saker gjaldt leger. Disse 36 utgjør materialet i denne studien. All informasjon er hentet fra saksdokumentene som bl.a. omfatter opplysninger om aktuelle hendelse(r), uttalelser fra arbeidsgiver(e), legens egen uttalelse, referater fra møter og intervjuer og Fylkeslegens vurdering.

Definisjoner

Alkohol og vanedannende legemidler betegnes i denne artikkelen som rusmidler. Rusmiddelmissbruk defineres slik Arbeidslivets Komité mot Alkoholisme og Narkotikamani (AKAN) gjør det: «Det eksisterer et rusmiddelproblem når bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de funksjoner og oppgaver som skal ivaretas på jobben, og de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastet og forstyrret av rusmiddelbruken» (1).

For vårt formål har det ikke vært hensiktsmessig å differensiere mellom legemiddelavhengighet og rusmiddelmissbruk (2).

Resultater

Demografiske data fremgår av tabell 1. Også når det ble korrigert for kjønnsfordeling blant sysselsatte leger, var det en overvekt av menn i materialet. De fleste var omkring 50 år, jobbet i primærhelsetjenesten og hadde vært autorisert som lege i mer enn ti år. Åtte hadde formelle lederfunksjoner.

De øvrige resultatene fremgår av tabell 2. Oftest ble flere grunner oppgitt som årsak til rusmiddelmissbruket. Her inngikk både fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske problemer. Bruk av A-preparater alene, A- og B-preparater i kombinasjon, alkohol alene eller alkohol i kombinasjon med A- og B-preparat var omtrent like hyppig. Ingen oppgav at de brukte eller hadde brukt illegale rusmidler.

I 25 av sakene hadde legen enten opptrådt ruset i tjenesten eller det hadde vært sterk mistanke om det. I fire av sakene var det ingen slik mistanke. Opplysninger manglet i resten av sakene. 33 av legene innrømmet forholdet ved konfrontasjon, enten med en gang eller etter hvert.

Fire leger hadde stjålet fra medisinskaps-/lager. To hadde forfalsket/manipulert med legemidler for å dekke over tyveri av legemidler. Etter at tyveri og/eller rusmisbruk var avdekket, reagerte arbeidsgiver overfor sju leger enten med oppsigelse, omplassering eller ikke forlengelse av engasjement. Overfor 13 ble det ikke reagert.

12 av sakene ble politianmeldt og dom forelå i sju da tilsynsmyndigheten fikk saken. På det tidspunktet tilsynssak ble opprettet, var seks leger i eller hadde fått tilbud om AKAN-opplegg, åtte hadde ikke

! Hovedbudskap

- Saker som omhandler legers misbruk av alkohol og vanedannende legemidler er alvorlige og behandles alltid av Helsetilsynet
- Helsetilsynet reagerer oftest med rettighetstap, dvs. enten tap av forskrivningsrett eller tilbakekall av autorisasjon
- Få søker om å få autorisasjonen tilbake

Tabell 1 Demografiske data i absolutte tall

	Menn (n = 32)	Kvinner (n = 4)
<i>Alder (år)</i>		
35–41	4	1
42–48	9	1
49–55	14	1
56–65	5	1
<i>Tid som autorisert lege (år)</i>		
0–10	8	0
11–21	11	3
22–33	10	1
Mangler opplysning	3	
Tjeneste i spesialisthelsetjenesten	8	1
primærhelsetjenesten	18	2
ambulans/legevakt	3	0
flere tjenestenivåer	1	0
annen virksomhet	2	
mangler opplysning		1

fått tilbud, mens to hadde brutt avtalen. Opplysning om ev. AKAN-opplegg manglet i halvparten av sakene.

I alt 17 av de 36 sakene ble meldt til Statens helsetilsyn direkte av arbeidsgivere, politi eller domstoler. 11 fikk fylkeslegene kjennskap til gjennom sin tilsynsvirk-

Tabell 2 Årsaken til rusmisbruk, anvendt rusmiddel samt arbeidsgivers og Helsetilsynets reaksjon

<i>Årsaker til rusmiddelmisbruket</i>	
Psykiske problemer	9
Smarter	7
Stor arbeidsmengde	2
Sammensatte problemer	13
Fremkom ikke av saken	5
<i>Anvendt rusmiddel</i>	
A-preparater	9
A + B-preparater	9
B-preparater	2
Alkohol alene	8
Alkohol + vanedannende legemidler	8
<i>Arbeidsgivers reaksjon på rusatferd</i>	
Ingen reaksjon	13
Oppsigelse uten rehabilitering	2
Oppsigelse etter mislykket rehabilitering	1
Frivillig oppsigelse	2
Omplassert	1
Ikke forlengt engasjement	3
Egen arbeidsgiver	4
Fremkom ikke av saken	10
<i>Helsetilsynets reaksjon</i>	
Tap av autorisasjon	15
Tap av forskrivningsrett	4
Frivillig avkall på forskrivningsrett	4
Advarsel	8
Tilrettevisning	2
Kritikk	1
Ingen reaksjon	2

somhet. De øvrige kom til Helsetilsynet via andre informanter.

Av tabell 2 fremgår det at de fleste saker ender med rettighetstap i Helsetilsynet. Av dem som mistet autorisasjonen hadde fem vært ruset på jobb, fire hadde vært mistenkt for det, mens en ikke hadde vært ruset. Opplysninger manglet i fem saker. I tre saker hadde det også tidligere vært tilsynsak mot legen.

Ved gjennomgang i 2003 viste det seg at blant de som mistet autorisasjonen var ny autorisasjon bare gitt i ett tilfelle, begrenset lisens likedan.

Diskusjon

Bare 0,7 promille av sysselsatte leger i Norge får tilsynssak pga. rusmisbruk mot seg per år. Disse sakene utgjør ca. 12 % av alle saker Helsetilsynet behandler vedrørende leger i løpet av ett år. Slike saker utgjør derfor en ikke ubetydelig andel av det totale antall tilsynssaker med leger. Rusmisbruk blant helsepersonell er trolig underrapportert (3–6). Arbeidsgivers overbærenhet og tilretteleggingsvilje, og legens evne til å unngå situasjoner der det er risiko for å bli observert som ruspåvirket, bidrar sannsynligvis til at saker ikke ender hos tilsynsmyndigheten.

Vårt materiale er lite og utgjør et ikke tilfeldig utvalg av alle norske leger som misbruker rusmidler. Materialet egner seg derfor dårlig til sammenlikninger med andre studier. Pga. materialets størrelse gir det også dårlig grunnlag for å trekke statistiske konklusjoner. Kjønn, alder og arbeidssted vektlegges ikke i tilsynssammenheng, og vil derfor ikke bli diskutert ytterligere. Trekk i vårt materiale gjenfinnes imidlertid også i andre studier (4, 6–12).

Anvendt rusmiddel

Blant 47 leger som i årene 1983–90 mistet autorisasjon eller forskrivningsrett for A- og B-preparater, var 22 legemiddelmisbrukere. Bare i ett tilfelle forelå det opplysning om alkoholmisbruk (6). I vårt materiale forekom alkoholmisbruk oftere. Selv om studiene ikke direkte kan sammenliknes, er det nærliggende å anta at økt alkoholforbruk blant leger de senere årene kan ha bidratt til forskjellene (9).

Muligheten til å kunne forskrive legemidler til seg selv gjør at leger har kunnet bruke mer beroligende midler og stimulerende stoffer enn andre (13, 14). I studier av norske leger hadde hele 12% brukt beroligende legemidler siste måned (10). En tredel av disse hadde hatt daglig eller ukentlig forbruk.

Ikke i noen av sakene i vårt materiale er det opplysninger som tyder på bruk av illegale rusmidler. Heller ikke i utenlandske studier er det vanlig (7, 14). Det representerer et unntak at en slik sak var registrert i materialet fra perioden 1983–90 (6). Etter at vi avsluttet vår undersøkelse, har Helsetilsynet igjen hatt en ny slik sak.

Årsaker til rusmiddelbruk

Vårt materiale baserer seg på informasjon fra legene selv. Stress angis som hovedårsak til rusmiddelmisbruk i mange andre undersøkelser, men ikke i vårt materiale (4, 5, 8, 10, 11, 13, 14). Alle de oppgitte årsakene hos oss kan imidlertid relateres til stress. Vi betrakter derfor ikke årsakene i vårt materiale som vesensforskjellige fra andre. Stress som årsak til legers rusmiddelmisbruk er bekymringsfullt, siden misbruket medfører nedsatt evne til å tåle stress og dermed fare for å bli fanget i en ond sirkel (15).

De angitte psykiske årsaksforholdene omfatter nesten utelukkende depressive tilstander med tilleggssymptomer. Det er uklart om psykiske lidelser forekommer hyppigere blant leger enn i befolkningen for øvrig (5, 16, 17). Siden rusmiddelmisbruk kan forårsake depresjon og angst, er det naturlig å spørre om hva som er årsak og hva som er virkning.

Mange forfattere har vurdert legemiddelmisbruk som en yrkesrisiko for helsearbeidere (5, 13, 17, 18). Helsepersonells risiko for å utvikle legemiddelavhengighet er vurdert i flere studier (19, 20). Forskrivningsretten gjør at leger lettere enn annet helsepersonell kan komme i en slik situasjon. Lett adgang til vanedannende stoffer kombinert med stadig psykisk belastning i yrket er en vanlig forklaring på legers anvendelse av legemidlene (5, 10).

Sju leger i vårt materiale angav smerter alene som årsak til rusmiddelbruken. Blant de legene som i vårt materiale misbrukte B-preparater alene, ble B-preparatet opprinnelig brukt som legemiddel pga. den farmakologiske effekten, og ikke primært som rusmiddel. Disse legene angav psykiske problemer som årsak til sitt misbruk. Til tross for at Legeforeningen har etablert gode ordninger med legetjenester for leger, er nok selvmedisinering fortsatt ganske utbredt her som i andre land (4, 5, 10, 16, 17). Det er grunn til å advare mot selvmedisinering. Vedvarende bruk av smertestillende og beroligende legemidler kan hos utsatte personer lett føre til et rusmiddelproblem.

Rusatferd

I de fleste sakene hadde legen opptrådt slik at det var skjellig grunn til å mistenke beruselse. Alvorlig skade på pasient som følge av legens rusmiddelmisbruk fant vi ikke i vårt materiale. Uforsvarlige handlinger og mangel på omsorgsfull hjelp, som f.eks. sen eller manglende handling, forekom. Tilsvarende forhold fremgår av andre undersøkelser (6, 18, 21). Bedømt ut fra vårt materiale kan det se ut som leger også i beruset tilstand har en viss evne til å opptre slik at pasienter i liten grad utsettes for direkte skade.

Tyveri av legemidler fra medisinallager forekommer sjeldnere i tilsynssaker mot leger enn mot sykepleiere og hjelpepleiere. Forskrivning til seg selv er en sannsynlig

forklaring på dette forholdet. Slikt tyveri var da også mer utbredt blant de legene som hadde mistet forskrivningsretten enn blant de andre.

Samfunnets reaksjon

Ingen pasienter hadde klaget på legens rusatferd i vårt materiale. Økende bevissthet om klagemulighet vil trolig kunne endre dette. Få arbeidsgivere reagerte administrativt overfor legene etter at rusmiddelmissbruket var oppdaget (tab 2). Vi har ingen forklaring på dette annet enn at unnlathet i denne typen saker er velkjent i arbeidslivet.

En tredel av legene ble politianmeldt (tab 2). Kilden til anmeldelsen har vi ikke registrert. Anmeldelsesårsaken var oftest kjøring i beruset tilstand eller tyveri av legemidler. Helsetilsynet vurderer alltid om det foreligger forhold som bør politianmeldes. I dette materialet ble ett forhold politianmeldt.

Helsetilsynets håndtering

Helsepersonelloven med forarbeider bestemmer hvilke forhold som skal vektlegges i Helsetilsynets saksbehandling og hvilke kriterier som må være oppfylt ved de ulike reaksjoner. Tilsynssaker kan ende med:

- ingen reaksjon hvis intet kritikkverdig avdekkes
- kritikk hvis det kritikkverdige ikke innebærer et lovbrudd
- advarsel hvis det foreligger et uaktsomt lovbrudd som er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller betydelig belastning for pasienten
- rettighetstap, dvs. enten tap av forskrivningsrett eller tap av autorisasjon eller spesialistgodkjenning hvis legen anses uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig blant annet pga. «bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning»

Legeloven gav også mulighet for tilrettevisning som var mildeste administrative reaksjon.

Første trinn i Helsetilsynets saksbehandling er kartlegging av fakta om hendelsene og forhold rundt disse. Ut fra saksopplysningene som inkluderer de involverte partenes uttalelse om saken, gjøres det en vurdering av om legens handling var forsvarlig og innbefattet omsorgsfull hjelp slik loven krever. Uansett hva den enkelte hendelse består i, er det avgjørende for Helsetilsynet at legers misbruk av alkohol eller vanedannende legemidler representerer en økt risiko for nedsatt dømmekraft og for feilvurderinger. Biologiske forandringer som følge av rus og vedvarende bruk av rusmidler kan medføre effekter som er uforenlig med utøvelsen av legeyrket (15, 22). Rusmidlets effekt og rusmisbrukets varighet og omfang inngår derfor som en del av vurderingsgrunnlaget i sakene.

Loven krever at legen foruten å handle forsvarlig også skal ha nødvendig tillit for å kunne inneha autorisasjon. Dersom det er kjent at en lege har et rusmiddelproblem som ikke er under kontroll, svekker det den allmenne tilliten til legen, selv om forholdet ikke er kjent for den enkelte pasient. Kjennskap til rusmiddelproblemet kan derfor i seg selv være grunn til å vurdere autorisasjonstap. Legeloven gav også anledning til å vurdere tilbakekall av autorisasjon ved «atferd uverdigg for en lege».

Leger som har mistet autorisasjonen eller forskrivningsretten, har rett til å søke om å få disse rettighetene tilbake. Vedkommende må kunne godtgjøre skikkethet og rusfrihet i minst to år. Søknad om ny autorisasjon blir alltid vurdert ekstra nøye i tilfeller der rusmisbruk har vært årsaken til tilbakekallet. Dersom ikke årsaken til rusmisbruket åpenbart er knyttet til en forbigående tilstand, vil det sjelden bli gitt ny autorisasjon uten begrensninger.

Litteratur

1. Medisinske konsekvenser av rusmisbruk. Oslo: AKA-kansekretariatet, 1997.
2. Nordlie E. Skal ikke medikamentavhengige behandles? *Rus & Avhengighet* 2002; nr. 5: 5–7.
3. Midanik L. The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. *Br J Addict* 1982; 77: 357–82.

4. Aasland OG, Amundsen A, Bruusgaard D, Jervell J, Mørland J. Norske legers alkoholvaner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 2553–8.
5. Haffner J. Den oppbrukte lege. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 1819–24.
6. Noreik K, Grünfeld B, Sønderland K. Leger i krise – tap av autorisasjon og lisens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 778–80.
7. Flaherty JA, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16: 189–97.
8. Lennholm B. Kvinnliga läkare mer stressade än manliga. *Allmänläkare på vårdcentral mest utsatt*. *Läkartidningen* 1988; 85: 395–9.
9. Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2791–4.
10. 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.
11. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nationwide Norwegian samples of medical students. *Addiction* 1998; 93: 1341–9.
12. Sjømoen L. Rusmiddelmissbruk i helseprofesjonene – Klagesaker ved et fylkeslegekontor. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 2002.
13. Kumar P, Basu D. Substance abuse by medical students and doctors. *J Indian Med Assoc* 2000; 98: 447–52.
14. Sethi BB, Manchanda R. Drug abuse among resident doctors. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 447–55.
15. Mørland J. Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 180–4.
16. Roness A, Kaldestad E. Psykiske lidelser hos leger innlagt i en psykiatrisk klinikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3619–22.
17. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3527–32.
18. Roness A. Leger i krise. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 742.
19. Council on Mental Health. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973; 223: 684–7.
20. Bittker TE. Reaching out to the depressed physician. *JAMA* 1976; 236: 1713–6.
21. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458–63.
22. Pfefferbaum A, Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Mathalon DH, Lim KO. A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 905–912.