

utestenging. Dette burde en psykiater kjenne til. Passiv røyking har også mange andre skadelige virkninger. Det burde være unødvendig å gjenta dem her. Jeg føler det også unødvendig å opplyse om de mange forskjellige patofysiologiske virkningsmekanismer tobakksbruk har på koronarsykdom. At Kringlen misliker offentlig helseinformasjon om tobakkskadene, får vi ta til etterretning, men det er ikke i tråd med god legeetikk. Hvilken agenda har Kringlen for denne feilinformasjonen? Hva er det som driver ham til å skrive slikt tøv?

Carl Ditlef Jacobsen
Kolbotn

Litteratur

1. Kringlen E. Legen som avslørte at tobakken dreper. Aftenposten 12.8.2005.

E. Kringlen svarer:

I ikke ukjent stil fyrer Carl Ditlef Jacobsen løs. Jeg har ikke, som Jacobsen insinuerer, benektet at tobakksbruk også disponerer for hjerteinfarkt eller at passiv røyking er uheldig for omgivelsene. Det jeg skrev var at når det gjelder hjerteinfarkt og passiv røyking, har den vanlige helsepropaganda trolig overdrevet skadevirkningene. Kan det være at Ditlef Jacobsen ikke har fått med seg den faglige debatt på dette punkt?

Selv gjorde jeg en tvillingundersøkelse av pasienter med hjerteinfarkt for flere år siden. Det som diskriminerte klart mellom diskordante eneggede par, den ene med hjerteinfarkt, den andre uten, var arbeidsbelastning. Den syke tvillingen hadde riktignok røykt mer enn den friske, men i mitt, rett nok begrensede, materiale var ikke røyking den dominerende faktor. Som professor i medisinske atferdsfag satte jeg meg også inn i den epidemiologiske litteratur på dette og andre felt av somatikken, så jeg føler ikke noe påtrengende behov for voksenopplæring fra Jacobsen. Jeg er selvfølgelig tilhenger av nøktern helseopplysning om tobakk og andre skadelige agenser i vårt miljø. Det jeg er imot, er uvitenskapelig helseinformasjon, noe vi av og til ser.

Einar Kringlen
Psykiatrisk institutt
Vinderen

Stoffmisbrukere på legekantor

I Tidsskriftet nr. 16/2005 har Dagfinn Haarr en interessant og tankevekkende artikkel (1). Konklusjonen – at pasientene på fastlegeskantoret var mer utrygge og følte ubehag på venterommet ved det legesenteret som hadde flest stoffmisbrukere – bør få en bjelle til å ringe. Dette legesenteret hadde i undersøkelsen 63 pasienter i lege-

middelassistert rehabilitering (LAR) – et høyt tall. Det har aldri vært meningen at fastlegene skulle etablere konkurrerende sentre til LAR-tiltakene. Helsedirektoratet og Legeforeningen går inn for å heve antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering fra dagens 3 250 til 7 000, og den dobbeltingen vil måtte skje i samarbeid med fastlegene.

I 2000 innførte man i USA Drug Addiction Treatment Act, som omhandler retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering og detoksifisering på legekantoret. Loven setter et tak på maksimalt 30 pasienter per lege eller maksimalt 30 pasienter per legesenter, og også i andre land er det tilsvarende maksimaltall og krav om sertifisering. Videre krever den amerikanske loven at for å få forskrivningsrett skal legen gjennomgå et åtte timers kurs med avsluttende prøve og sertifisering. Dette skjer i regi av American Society of Addiction Medicine og anses som helt nødvendig. Kurs og sertifisering er sannsynligvis helt nødvendig også i Norge når man ser hvor mye uforstand og aktløshet som praktiseres, spesielt i forskrivning av benzodiazepiner til denne gruppen pasienter. Til å begynne med var det Rohypnol og Flunipam. Senere, da disse medikamentene ble A-preparater og Rohypnol senere avregistrert, har Xanor tatt deres plass. Benzodiazepiner og metadon/Subutex er en uheldig kombinasjon. Samtidig bruk er årsak til både overdosering og dødsfall og til synergistiske samspill, med svekket stabilitet i forhold til psykomotorisk funksjon og velvære. Men det virker som den omfattende dokumentasjonen og retningslinjene som foreligger, er totalt ukjent. Bør Xanor bli A-preparat?

Øistein Kristensen
Sørlandet Sykehus

Litteratur

1. Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2168–70.

D. Haarr svarer:

Jeg deler Øistein Kristensens skepsis til kombinasjonen av benzodiazepiner og opiater. Jeg har selv advart mot alprazolam (Xanor) (1), og jeg støtter varmt tanken om flytting til utleveringsgruppe A for dette problematiske medikamentet. Blant mine pasienter har jeg til gode å se at benzodiazepiner har bidratt til vellykket rehabilitering, inntrykket er heller det motsatte. Presset fra pasientene for å få benzodiazepiner er stort, og deres tro på disse medikamentenes effektivitet er ikke til å rokke, uansett hva slags dokumentasjon og erfaring legen kan føre i marken. Dette er en stor utfordring for behandlingsalliansen som man som fastlege må ha, også med narkomane pasienter.

Jeg støtter også tanken om en sertifiseringsordning av leger som skal drive med substitusjonsbehandling med opiater, fordi dette vil sikre faglig oppdatering av dem som skal arbeide innen feltet. Jeg tror derimot ikke at det vil påvirke bruken av benzodiazepiner i særlig grad. Pasientene får dette fra andre kilder, både fra andre leger og ikke minst illegalt innført. Jeg tror heller ikke særlig mange fastleger vil la seg sertifisere, med mindre man går inn med stimuleringstiltak i form av ekstra honorering etter normaltariffen. Arbeidet med rusmisbrukere har i utgangspunktet lav status blant fastleger. Det å få lov til å sertifisere seg uten å få andre goder enn å kunne arbeide med de tunge stoffmisbrukerne, vil nok for mange fastleger fremstå som lite attraktivt. Dermed vil det kunne bli enda vanskeligere enn det er i dag å rekruttere nok fastleger til å ta sin del av opptrappingen av kapasiteten innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge.

Den store konsentrasjonen av LAR-pasienter ved ett av legesentrene er ikke et uttrykk for at dette senteret konkurrerer med LAR-tiltaket i Vest-Agder (MARIA), snarere tvert imot. Alle LAR-pasientene ved dette senteret behandles i tett samarbeid med MARIA, det er aktive ansvarsgrupper rundt alle, og fastlegene ved senteret deltar aktivt i samtlige grupper. Fordelen er at de involverte fastlegene får høy kompetanse innen feltet og at MARIA får få, men engasjerte leger å samarbeide med. Ulempen er at svært mange av de andre 63 fastlegene i Kristiansand ikke deltar i dette arbeidet, som er både utfordrende og faglig stimulerende.

Dagfinn Haarr
Sentrum legesenter
Kristiansand

Litteratur

1. Haarr D. Alprazolam (Xanor) – et problematisk benzodiazepin. Utposten 2004, nr. 6.

■ RETTELSE

Intervjuet: Janicke Mellin-Olsen
Med verden som arbeidsplass

Marit Tveito

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2384–5

I Intervjuet i nr. 17/2005 skulle navnet være Jannicke Mellin-Olsen.