

Rusmidler som legemidler

Anne Kristine Bergem

Spesialist i psykiatri, Leder i Norsk psykiatrisk forening

Jørgen G. Bramness

Professor, dr.med., Forskningsdirektør SERAF

Rusmidler kan brukes som legemidler og ha positive behandlingseffekter, men kravene til disse midlenes effekt må være like høye som til legemidler for øvrig.

NYE RUSMIDLER

Det hevdes av enkelte at nyere syntetiske rusmidler er mindre farlige og har færre bivirkninger enn de tradisjonelle. Det blir argumentert med mulige positive behandlingseffekter. Begge disse tingene er brukt som argumenter for legalisering. Vi er usikre på holdbarheten av denne argumentasjonen. Men ettersom mange unge og voksne bruker slike rusmidler til tross for at det er ulovlig, må helsepersonell forholde seg til dem for å kunne yte god helsehjelp.

At rusmidler blir mindre og mindre farlig, er et utsagn vi mener ikke medfører riktighet. Det finnes sikkert eksempler på at nyere rusmidler er mindre farlige enn eldre, men denne påstanden savner ellers dokumentasjon. For eksempel har cannabis økt i styrke over tid. Brukere får i seg mer og mer av cannabisplantens psykoaktive virkestoff tetrahydrocannabinol THC (1), og dette fører til økte problemer. Videre kommer det stadig til nye syntetiske cannabinoider som er langt mer potente som rusmidler enn cannabis. Vi har allerede sett det første dødsfallet i Norge etter bruk av syntetiske cannabinoider. Vi kan også gjøre slike beskrivelser for felter som sentralstimulerende midler og opioider. På den annen side må vi erkjenne at vi tidligere har overdrevet de negative effektene av mange rusmidler. Det er ikke vanskelig å innrømme at treffsikkerheten i nivået av advarsler har vært for dårlig. Det gjelder nok enda mer for samfunnet/helsemyndighetene generelt enn for psykiatere spesielt.

Effekt og bivirkningsprofil

Ja, rusmidler kan brukes som legemidler og ha positive behandlingseffekter. Både barbiturater, benzodiazepiner, opioider, GHB og cannabinoider er midler med ruspotensial som i dag benyttes som legemidler. Også i Norge er det anerkjent at cannabis kan ha effekt ved tilstander som for eksempel smerter (3). Men kravene til disse midlenes effekt må være like høye som til legemidler for øvrig. Midlene må ha dokumentert effekt på lidelsen, og det på spesifikke indikasjoner. I tillegg må midler som skal brukes som legemidler, ha en akseptabel bivirkningsprofil. Innunder bivirkninger regnes også misbruksrisiko. Legemidler forskrives i dag av leger. Det er slik vi har valgt å organisere distribusjon av helsebringende kjemiske stoffer. Vi må altså trekke et skille mellom rusmidler brukt som legemidler, og rusmidler brukt som nettopp det – rusmidler. På et slikt grunnlag er ikke de positive medisinske effektene noe argument i en legaliseringsdebatt.

Det finnes forkjempere for bruk av nye kjemiske rusmidler som mener at disse potensielle legemidlene er utsatt for diskriminering. Vår påstand er at dette ikke er tilfelle, men at LSD, MDMA, cannabis og andre midler som har vært brukt som rusmidler, har vist langt mindre effekt i seriøse studier på medisinske effekter enn det som har vært hevdet. At enkeltpersoner har hatt positiv effekt av rusmidlene, gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å registrere et rusmiddel som legemiddel. Det er grunn til å sette spørsmålsteget ved kvaliteten ved den forskningen som hevder det motsatte (2).

Pasienterfaringer

Som behandlere innenfor feltene psykisk helsevern og rusbehandling møter vi pasienter som har meninger og oppfatninger som kan avvike fra våre egne meninger, både personlig og faglig. Å møte pasienter med respekt, uavhengig av meningsmotsetninger, er en del av det å være en god behandler. Som psykiater hører derfor ikke fordømmelse av bruk av rusmidler med i kontakten med pasienter. Fra klinisk virksomhet er erfaringen at personer med psykiske helseplager i høyere grad enn andre benytter rusmidler. For de aller fleste er erfaringen at rusmiddelbruk kan forverre deres daglige fungering, også på grunn av økt sårbarhet for negative bivirkninger. Denne sårbarheten overfor rusmidlers negative effekter støttes av forskning (3).

Men det er en naturlig del av en behandler-pasientrelasjon å redegjøre for skadevirkninger og problemer ved rusmiddelbruk på en balansert måte. Dette står ikke i motsetning til også å snakke om positive virkninger for pasienten. Poenget ved å tematisere rusmiddelbruk i terapi vil være å lytte til pasientens erfaringer og ha en åpen dialog med pasienten omkring virkninger og bivirkninger. At vi per i dag ikke har dokumentert positive effekter av disse midlene, bør således ikke lede til fordømmelse. På den annen side vil nok ikke psykiatere heller anbefale bruk av rusmidler, de negative effektene tatt i betraktning. Med et økende kunnskapsnivå blant psykiatere vil vi trolig se en profesjon som i høyere grad kan gi kvalifiserte råd til pasienter. På samme måte som man til pasienter som selvsikader, kan gi råd om å bruke rene barberblader framfor skitne glasskår for å hindre infeksjon, kan det være medisinsk riktig å rådgi pasienter om hvordan rusmidler gjør minst skade.

Mange vil kanskje synes det er kontroversielt å sitere den britiske professoren i psykiatri David Nutt, som blant annet har påstått at det ikke er mer risikabelt å ta ecstasy enn å ta en ridetur. Likevel kan hans pragmatiske skadereduksjonsråd være nyttige (4). Fritt oversatt lyder de slik: a) husk at alkohol og tobakk er avhengighetsskapende og rusgivende, b) alle rusmidler kan gi skade i tillegg til de gledene man får, c) snakk med barna dine om rusmidler fra tidlig alder, men vær forberedt på å måtte diskutere ditt eget forbruk også, d) ikke injiser rusmidler, e) ikke sniff løsemidler, f) ikke bland forskjellige rusmidler, g) et kriminelt rulleblad kan ødelegge for deg, h) finn gode informasjonskilder, i) hvis du bestemmer deg for å bruke rusmidler (også alkohol og tobakk), så vær klar over de grunnene du har til å gjøre det, j) får du problemer med rusmidler, så skaff deg hjelp raskt, og k) bruker du rusmidler, så ikke la det gå ut over skolearbeidet. Disse rådene vil i noen grad være overensstemmende med hva som er god behandler-pasientkommunikasjon.

Lovforbud og behandlingsallianse

Er det slik at lovforbud mot illegale rusmidler ikke virker, og at kriminalisering av bruk bidrar til å forverre menneskers situasjon? Det vil være svært delte meninger om en slik påstand (5). Det er

tvilsomt at *ingen* har blitt hindret i bruk ved lovforbud. Det er også svært usannsynlig at lovforbudet har ført til *økt bruk*, selv om noen hevder det. De som fremfører slike argumenter, bør underbygge dem med empiri. Slik empiri finnes ikke i dag. Det som kan være riktig, er at man ikke helt har oppnådd det ønskede resultat gjennom et lovforbud, og at lovforbudet dermed ikke har tilstrekkelig effekt i å hindre spredning av rusmidler med negative effekter. Vår største bekymring er imidlertid at et lovforbud har hindret pasienter i å være åpne om sin rusbruk. En ikke-fordømmende holdning kombinert med taushetsplikt har tidligere gjort en god og åpen kommunikasjon rundt rusmiddelbruk mulig. Vi er bekymret for at for eksempel den økende kontrollfunksjonen som leger får, blant annet gjennom førerkortforskriften, kan være til hinder for en slik god og åpen kommunikasjon.

Å være lege betyr at man skal yte helsehjelp. Å være en god lege betyr at man skal møte pasienter med respekt, og at man skal yte god behandling. Å være en god lege betyr også at man skal imøtekomme pasientens ønsker og behov så langt dette lar seg gjøre, men det betyr ikke at man alltid kan eller skal tilby den behandling pasienten på eget initiativ har kommet fram til at han eller hun ønsker seg. Leger må tilby hjelp det finnes tilstrekkelig kunnskap om, og gi alternativer blant disse til sine pasienter.

Pasienter med psykiske helseplager vil selvsagt daglig foreta mange valg i den hensikt å lindre en smerte, og noen vil oppleve at rusmiddelbruk er selvmedisinering. Det er vår oppgave som behandlere å forholde oss rasjonelt til dette ut fra hensynet til pasienten, hensynet til hva vi har av kunnskap, hva som er etisk forsvarlig, og også hva som er loven. Men her, som ellers, kommer liv og helse før de andre hensynene.

Referanser

1. Vindenes, V., Strand, D.H., Krstoffersen, L., Boix, F., Mørland, J. Has the intake of THC by cannabis users changed over the last decade? Evidence of increased exposure by analysis of blood THC concentrations in impaired drivers. *Forensic Science International*. 2013 Mar 10;226(1–3):197–201. doi: 10.1016/j.forsciint.2013.01.017. Epub 2013 Feb 13.
2. Bramness, J. Cannabis som medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2015; 135: 252–3
3. Nesvåg, R., Bramness, J.G., Ystrøm, E. The link between use of psychedelic drugs and mental health problems. *Journal of Psychopharmacology*. 2015 Sep; 29(9):1035–6. doi: 10.1177/0269881115596156.
4. Nutt, D. *Drugs – Without the hot air: Minimising the Harms of Legal and Illegal Drug*. UiT, Cambridge 2012.
5. Bramness, J. En lett antenkelig cannabisdebatt. *Idunn.no, Nytt Norsk Tidsskrift*. 03/2015 (volum 3): 267–273