
Stoffmisbruk - et medisinsk problem?

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Forskjellige typer misbruk har vært sett i alle samfunn til alle tider. Definisjonen av misbruk har imidlertid variert, og det er lite statistikk som sier noe sikkert om problemets størrelse. Det er likevel en alminnelig antakelse at problemet er økende over hele verden. I europeiske land sier mellom 5% og 10% av den voksne befolkningen at de har brukt illegale stoffer minst én gang. Tilsvarende tall for 15-årige skoleungdommer i EU viser at mellom 4% og 30% har prøvd slike stoffer. Det er også klare tegn på at misbruksproblemet brer seg utenfor de store byene til flere lag av befolkningen. Det er ikke lenger knyttet til de minst sosialt integrerte. Dertil kommer at vi har fått en rekke nyesyntetiske stoffer som er lette å produsere og lette å distribuere.

Det finnes også klar dokumentasjon på at mortaliteten blant misbrukere er mangedoblet i løpet av 1990-årene. Det angis i Europa en mortalitet på 63 per 1000 per år. Utviklingen av AIDS er bare en delforklaring. Det pekes på stoffmisbruk kombinert med alkoholisme og en generelt svekket helsetilstand hos misbrukere som viktige årsaker.

Antall overdosedødsfall har økt dramatisk i Norge, og er sannsynligvis forholdsvis større enn i andre land vi pleier å sammenlikne oss med. Ofte blir dette fremstilt som noe som rammer de aller vanskeligst stilte narkomane. Statistikk viser imidlertid at mange av overdosedødsfallene skjer i hjemmene og rammer individer som ikke er kjent i misbrukermiljøene. Dramatikken omkring overdosedødsfallene påkaller oppmerksomhet, ikke minst i mediene. Det reises krav om tiltak. Det er imidlertid all grunn til å reise spørsmål om ikke dette bare er toppen av et isfjell som avspeiler at en stor og økende gruppe mennesker har behov for helsetjenester som samfunnet til nå ikke har dekket.

I debatten omkring stoffmisbruk har den medisinske profesjon, med enkelte hederlige unntak, glimret med sitt fravær. Mye av det forebyggende arbeidet har vært knyttet til forsøk på å kontrollere tilgangen på stoff ved bruk av politi og rettsapparat. Selv om dette ikke har hatt den ønskede effekt, vil det være et dårlig argument for liberalisering, slik noen taler for. Men det kan være et godt argument for at tiltakene må settes inn på en bredere front.

Vi vet ganske mye om hva som kan gjøres for å redusere rekrutteringen til narkotikamiljøene. Dessverre ser det uttil at offentlig fattigdom setter en stopper for mange gode tiltak. Ved å spare noen kroner i dag, påfører vi fremtidensvære sosiale, medisinske, personlige og økonomiske kostnader. Man pleier å si det er kostbart å være fattig. Vi er imidlertid ikke fattige, det skorter på vilje til å prioritere.

Hva så med dem som er hektet på stoff? Det er tankevekkende at håndteringen av dette problemet sorterer undersosialministeren og ikke helseministeren. Det er en trend i tiden at misbrukerproblematikk skal behandles medisinsk. Vihar i noen år hatt noen små kvoter for substituering med metadon, opprinnelig som et prosjekt, men etter hvert som et mer ordinært tilbud. Sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa har også varslet at hun vil ta i bruk buprenorfin, slik hun fikk demonstrert på en studietur til utlandet i vinter.

Erfaringene med disse behandlingstiltakene er ikke entydige. Det synes imidlertid dokumentert at mortalitet og morbiditet reduseres og sosial reintegrasjon fremmes. Vi vet imidlertid lite om langtidsprognosen for dem som får dette behandlingstilbudet. Vi må fortsatt ha som et hovedmål for behandlingen å oppnå rusfrihet.

Skal man i tillegg ta i bruk substitusjon som et behandlingstilbud i vårt land, vil det være rimelig om man legger til grunn vanlige medisinske retningslinjer også for slik medikamentell terapi. Uansett vil dette være en behandling som krever spesiell kompetanse og derfor må være knyttet til godt utbygde kompetansesentre. Det må settes klare indikasjoner for slik behandling.

Hvis indikasjon foreligger, må tilbudet også være tilgjengelig uten kvotering. Videre må vi skaffe oss kunnskap om bivirkninger og komplikasjoner og følge nøye dem som gis behandling på lik linje med andre kronisk syke. Substitusjonen må være en integrert del av et helhetlig helsetjenestetilbud til denne gruppen. Fortsatt må det være slik at det er pasienten som skal behandles og ikke samfunnet.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 30. april 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.