

# Læknirinn sem drekkur of mikið – hugleiðingar um lækna með vímuefnavanda

## Vandinn



**Bjarni  
Össurason**

[bjarnior@landspitali.is](mailto:bjarnior@landspitali.is)

Höfundur er geðlæknir  
á Landspítala.

Erindi flutt á  
Læknadögum í janúar 2009.

Fíkn í áfengi eða önnur vímuvaldandi efni getur valdið miklum veikindum og erfiðleikum fyrir einstaklinginn, fjölskyldu hans og umhverfi. Læknar eru þar í engu frábrugðnir öðrum. Þar við bætist að læknir í vímuefnavanda getur verið ófær um að stunda starf sitt eðlilega og í versta falli verið hættulegur sjúklingum sínum. Það er á ábyrgð lækna sjálfra að sjá til þess að kollegum í vanda sé rétt hjálparhönd og tryggja þannig um leið öryggi sjúklunga. Læknar verða að hafa aðgang að bestu mögulegu meðferð og stuðningi þar sem fagmennska og traust eru höfð að leiðarljósi. Í þessum pistli er ætlunin að hugleiða sérstöðu lækna með áfengis-/vímuefnafíkn og hvernig mætti hugsanlega standa betur að meðferð þeirra.

## Faraldsfræði

Líkur á að læknar þrói með sér áfengis-/vímuefnavanda á lífsleiðinni virðast sambærilegar við almennt þýði eða á bilinu 10-15%. Þegar skoðaðir hafa verið þættir eins og sérgreinar og tegund ávanaefna eru rannsóknir nokkuð misvísandi. Læknar í bráðamóttöku, geðlæknar, svæfingalæknar og einyrkjar virðast þó í aukinni hættu á að misnota áfengi og önnur vímuefni. Eins virðast læknar nota meira af lyfseðilsskyldum ávanalyfjum en almenningur og eru einnig líklegir til að misnota þessi lyf frekar en ólögleg vímuefni.<sup>1</sup> Ekki er ólíklegt að um 100 læknar á Íslandi uppfylli greiningarskilmerki um vímuefnafíkn (í bata eða ekki) á hverjum tíma. Fíknivandi er þannig umtalsvert vandamál og langalgengasta orsök leyfissviptinga hér á landi sem annars staðar í hinum vestræna heimi.

## Læknar leita sér seint hjálpar

Þrátt fyrir sérþekkingu og ríka þörf fyrir að gefa góð ráð koma læknar sjálfir seint til meðferðar vegna áfengis-/vímuefnavanda. Skýringar á þessu eru taldar vera margar og má rekja annars vegar til læknisins sjálfs en hins vegar til þess umhverfis sem hann vinnur í. Bent hefur verið á

að læknar hafa, eins og margir aðrir, fordóma gegn og móralska sýn á fíknivanda. Eins virðast margir læknar hafa ofurtrú á að menntun þeirra og innsæi hafi verndandi áhrif. Ímynd lækna er að þeir séu yfirvegaðir og hafi stjórn á aðstæðum, þannig virðist þeim erfitt að horfast í augu við að hafa misst stjórn á eigin lífi. Endurtekið hefur komið fram sú mótsögn að þó læknar lifi heilbrigðu lífi eru þeir á sama tíma sinnulausir um eigin heilbrigðisvandamál og meðhöndla sig gjarnan sjálfir. Að lokum er sjálfsmynd lækna mjög tengd starfinu og því er hræðsla við að missa starfsleyfið skiljanleg.

Starfsumhverfi lækna virðist einnig seinka viðbrögðum við fíknivanda. Læknar eru enn „á palli“, þeir hafa lokaorðið og samstarfsfólk virðist veigra sér við að skipta sér af. Sérstaklega er tekið til að kollegar í stéttinni séu tregir til að aðhafast, talað hefur verið um „þagnarsamsæri“. Illa eða ekki er tekið á málum og ýmis aðlögun, meðvituð og ómeðvituð, gerir sjúklingnum kleift að starfa áfram þrátt fyrir vandamál. Þessi hegðun lækna hefur verið skýrð með því sem kallað er á ensku „shared personal vulnerability“. Allir læknar kannast við að hafa unnið við mjög erfiðar aðstæður, borið mikla ábyrgð og þurft að taka erfiðar ákvarðanir. Oft er vonlaust að vita hvort ákvörðun sem leiddi til alvarlegra afleiðinga var rétt eða ekki. Læknar virðast því upplifa mikla samkennd með kollegum sínum sem eiga í vanda og ríka þörf fyrir að fyrirgefa og horfa fram hjá. Þetta leiðir oft til afdrifaríkrar meðvirkni.<sup>2</sup> Að lokum upplifa læknar oft að þeir fái lítinn stuðning í veikindum enda lendir vinnan oft á kollegunum. Hér þarf vakningu meðal lækna en ekki síður meðferðar- og eftirlitskerfi sem læknar geta treyst að fullu.

## Sérstaða meðferðarinnar

Meðhöndlun áfengis-/vímuefnavanda hjá læknum hefur vissa sérstöðu. Þannig þarf meðferðaraðilinn að vera sérstaklega meðvitaður um að halda fagleg viðmið í meðferðarvinnunni.

Læknar í meðferð geta verið nokkuð stjórnsamir og stutt er í sérkröfur og sérleiðir sem eru ekki endilega til framdráttar þegar upp er staðið. Klínísk reynsla sýnir líka endurtekin þemu í meðferð eins og tilhneigingu til að hella sér í mikla vinnu. Læknar eiga oft auðvelt með að skilja og rökfæra hugsanir og hegðun án þess að vera endilega góðir í að breyta og framkvæma það sem til þarf til að ná bata. Meðferðaraðilinn þarf að vera mjög meðvitaður um eigin samkennd, eðlileg mörk og vinnuferla.

Auk þessara þátta bætist við óvenjulegt meðferðarumhverfi. Af ýmsum ástæðum er meðferð lækna oft „til hliðar við“ meðferð annarra, gjarnan í einkatímum án þess að teymi fagfólks komi að. Hætta er á að meðferðaraðilinn vinni einn og gegni í senn mörgum hlutverkum: Kollegi, meðhöndlari, trúnaðarmaður, mats/eftirlitsaðili og jafnvel vinur. Það er mikilvægt að læknar fái sambærilega þjónustu og aðrir með aðkomu teymis fagfólks og áður nefnd hlutverk séu aðskilin eins og hægt er.<sup>3</sup>

### Hvernig má standa betur að meðferð lækna

Vaxandi vakning hefur verið fyrir að bæta heilbrigðisþjónustu lækna og menn hafa orðið meðvitaðri um að stundum þarf „faglegar sérleiðir“ fyrir lækna (og hugsanlega annað heilbrigðisstarfsfólk). Þetta á ekki síst við meðferð og eftirlit lækna í fíknivanda. Mismunandi leiðir hafa verið reyndar í ýmsum löndum en þróun meðferðarúrræða og verkferla er yfirleitt stutt á veg komin. Undantekningin eru Bandaríkin/Kanada og nánast allar árangursrannsóknir á þessu sviði hafa verið gerðar í þessum löndum. Þar hafa þróast meðferðarþrógrömm á vegum læknasamtaka hvers fylkis (sem svo eru undir einum hatti). Flest þrógrömm eru alveg óháð leyfisveitanda. Þau meta meðferðarþörf læknisins, koma slíkri meðferð í farveg (framkvæma ekki meðferð sjálf) og fylgja eftir. Oftast er gerður samningur til fimm ára um meðferð, eftirfylgd og eftirlit. Læknar leita til meðferðar eftir

ýmsum leiðum, af sjálfsdáðum eða gegnum tilvísun yfirmanna, kollega eða leyfisveitanda. Tilkynningaskylda er háð aðkomu og árangri. Með þessum hætti er fagleg nálgun treyst, hlutverk meðferðaraðila skýrari og auknar líkur á að traust myndist milli læknisins og meðferðarkerfis. Árangur virðist mjög góður, reyndar miklu betri en í „hefðbundinni meðferð“.<sup>4</sup>

Á Íslandi er starfrækt góð og víðtæk meðferð við fíknivanda og fordómar minni en víða. Hins vegar er alls óvíst hvort íslenskir læknar leiti sér frekar meðferðar en starfsfélagar þeirra í öðrum löndum. Ekki er starfrækt sérstakt meðferðarkerfi fyrir lækna en landlæknisembættið hefur leyfisvaldið og eftirlitsskyldu. Hægt er að hugsa sér einfaldaða útgáfu af „bandaríska kerfinu“ hér á Íslandi, til dæmis á vegum Læknafélags Íslands. Þá mætti hugsa sér nefnd/teymi fagfólks sem hefði á höndum mat og eftirlit með læknum í vímuefnavanda. Meðferðin sjálf væri eftir sem áður á höndum meðferðarstofnana/aðila en eftirlit eins og lyfjaleit á ábyrgð nefndarinnar. Ef slík nefnd nær að vinna traust lækna eru líkur á að þeir leiti sér aðstoðar fyrr en ella. Slíkt fyrirkomulag myndi styrkja eftirlit landlæknis en um leið skapa aðstæður fyrir lækna í áfengis-/vímuefnavanda, sem hafa ekki lent í tilkynningaferli, til að gera eftirlitssamning og þannig sýna óhyggjandi fram á meðferðarvinnu og bata. Ef vel tækist til yrði niðurstaðan heilbrigðari læknar og aukið öryggi sjúklunga.

### Heimildir

1. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med* 2007; 35: 2 (suppl) S 106-16.
2. In: *Problem Doctors*. Ed. Lens P, Wal G. 1997: 14.
3. Adshear G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 330-7.
4. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ* 2008; 337: a2038.