

Og verdens alkoholfrie dag, hvor ble det av den?

Det er farlig å røyke, og Tidsskriftet understreker denne kunnskapen med en oversiktsartikkel om røyking og koronar hjertesykdom i dette nummeret (1). 31. mai er verdens røykfrie dag. WHO retter i den anledning sitt angrep mot passiv røyking (2), som det er beregnet at 300–500 mennesker dør av årlig i Norge (1). Det synes å bli stadig flere restriksjoner forbundet med bruk av tobakk, men færre knyttet til alkohol og andre rusmidler (3), og dette gir grunn til refleksjon. Hvorfor finnes ikke verdens alkoholfrie dag?

Mange mekanismer bidrar til dette tilsynelatende paradokset. Historikeren Victoria Berridge (3) tillegger den medisinske verden stor innflytelse. Mens politiske avgjørelser knyttet til alkohol og andre rusmidler har vært preget av innspill fra behandlere innen psykiatri og sosialomsorg, har ingen tilsvarende lobby med et spesifikt ansvar for å behandle tobakksmisbruk engasjert seg. De engasjerte i rusmiddelomsorgen har i stor grad vært tilhengere av å redusere skadene som følge av rusmisbruk snarere enn av å fremme forbudspolitik. Legenes engasjement i tobakksforebyggende arbeid har vært tuftet på generell epidemiologisk kunnskap, mer enn på praktisk erfaring med å behandle misbrukere – og den såkalt skadereduserende strategien har ikke vært fremtredende (3). Men Berridge legger naturligvis ikke hele skylden på medisinerne. Hun viser med et eksempel hvordan strategier raskt kan endre seg i forbindelse med kriser. Før AIDS ble beskrevet, var det forbudslinjen som var dominerende når det gjaldt injiserbare rusmidler. At helsetjenesten skulle engasjere seg i skadereduserende arbeid i form av å dele ut rene nåler, var ikke tema – til tross for kunnskap om smittemønsteret for hepatitt B. AIDS ble oppfattet som en trussel mot hele befolkningen og ble fulgt av tiltak som bare få år tidligere hadde vært uhørt. Men er det grad av opplevd trussel mot *hele* befolkningen som avgjør hvilken strategi som velges mot rusmiddelmisbruk – eller lurte andre krefter bak?

Tobakk og alkohol er like i den forstand at de brukes av en meget stor andel av den voksne befolkningen, og i at de begge er legale. Også forbruket blant tenåringer er høyt for begge rusmidler (4). Men forskjellene er mer iøynefallende. Alkohol reduserer dømmekraften og endrer oppførselen. Det er mulig med ekstremt stor variasjon i dosering, og det er en sterk sammenheng mellom dosering og risiko for akutte uønskede kon-

sekvenser av rusmidlet – konsekvenser som like gjerne kan ramme folk i omgivelsene som den som bruker det. Et betydelig forbruk over tid er vanskelig forenlig med normale sosiale funksjoner. Visse former for alkohol i små doser ansees som sannsynlig gunstig for helsen ved regelmessig bruk. Tobakk endrer ikke brukerens oppførsel vesentlig, og akutte uønskede konsekvenser kan knapt registreres, utover ubehaget ved et røykfyllt lokale eller forverring av visse sykdommer hos enkelte. Dog får røyking også langsiktige konsekvenser for andre i omgivelsene, skal man tro den nye kunnskapen om passiv røyking. Men selv et betydelig forbruk av tobakk fører vanligvis ikke til at sosiale funksjoner kompromitteres, og selv små doser ansees som skadelig ved regelmessig bruk. Når Berridge hevder at forskjeller mellom stoffene ikke kan tillegges forklarende kraft fordi vurderingen av «farlighet» vil variere kulturelt og over tid, er det for enkelt. Så store forskjeller, om enn begge er rusmidler, må føre til divergerende synspunkter på hvordan de skal håndteres. De nevnte ulikheter ovenfor kan vanskelig forklare en tiltakende restriktiv holdning til tobakk og en mer liberal holdning til alkohol.

En forklaring kan være at røyking oppleves som en større trussel for den toneangivende liberale eliten enn hva alkohol gjør. Røyking gir ikke tap av sosiale ferdigheter, og den moderne tendens til å beherske situasjonsbetinget røyking har til og med fått en viss status. Kunnskapen om at selv litt røyking er farlig, gjør det nødvendig å verne seg selv og sitt avkom mot den farlige påvirkningen. Andres røyking kan ramme vilkårlig. Når man tidligere ikke hadde annet enn ubehaget å argumentere med dersom man ville be folk la være å røyke, har man i dag støtte i kunnskapen om betydningen av passiv røyking. Røyking er ikke lenger en privatsak.

Det er annerledes med alkohol. Blant toneangivende liberalere er den ingen trussel. Den nytes i kontrollerte former, som gir status, slik festrøyking (som er langt mindre vanlig) også gir. Om én i selskapet drikker for meget, rammer dette ikke vilkårlig. Forbruket rammer ikke alle i nærheten – i verste fall rammes de som deler hus med vedkommende. Ved kontrollert forbruk opplever ingen i nærheten fysisk ubehag, og kan heller ikke rammes av sykdom senere pga. dette. Det er naturligvis synd på dem som ikke kan kontrollere alkoholkonsumet, men vi rammer ikke selv – og i god liberal ånd må da

den enkelte ta ansvar for sitt eget forbruk og sitt eget liv. I parentes bemerkt, mange som er tilhengere av å legalisere narkotika, er også opptatt av de gode borgeres vel – det er den reduserte vinningskriminaliteten som er hovedargumentet! Vi har altså rett til å be røykeren gå ut på verandaen, men vi kan ikke be alkoholikeren gjøre det samme. Til nød kan vi kanskje i solidaritet med en røyker som nettopp har sluttet, la være å røyke i samme rom. Å la være å servere alkohol i et selskap til tross for kunnskap om at en av de tilstedeværende har alkoholproblemer, er utenkelig.

Liberalisme er en dårlig kompassretning i kamp mot avhengighetsskapende stoffer. Følgen er alt synlig: Tobakksmisbruk er nå sterkt konsentrert i de lavere sosiale klasser, slik alkoholmisbruk alltid har vært det. Forebyggende helsearbeid krever identifisering og solidaritet. Tidligere tiders fellesløft for folkehelsen er i dag erstattet med ansvar lagt på den enkelte (5). En troverdig sosial profil for Legeforeningen i kampen mot rusmidler forutsetter like stort engasjement når det gjelder alkohol som tobakk. Som et minimum må leger la være å argumentere for bruk av alkohol fordi det er sunt. De som tar mest skade av alkohol er ofte fraværende i epidemiologenes materialer (6). Men på legekontorene finner vi dem. Vi må ikke unngå å stille spesifikke spørsmål om våre pasienters alkoholbruk. Det er første skritt i hjelpeprosessen.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@legeforeningen.no
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og har sterke bånd til både røykere og alkoholmisbrukere.

Litteratur

1. Landmark K. Røyking og koronar hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1710–2.
2. <http://tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html> (26.4.2001).
3. Berridge V. Histories of harm reduction: illicit drugs, tobacco, and nicotine. Subst Use Misuse 1999; 34: 35–47.
4. Mayor S. Alcohol and drug misuse sweeping world, says WHO. BMJ 2001; 322: 449.
5. Førde OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? Soc Sci Med 1998; 47: 1155–9.
6. Westin S. Epidemiologien og jakten på det gode liv. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 517–8.