

*Akutt alkoholforgiftning –
en liten del av et stort problem.
Sterkere faglig medisinsk arbeid
er nødvendig*

Fylla i fyllearrest og sykehus

Alkoholforbruket i en befolkning har betydning for omfanget av en rekke ulike typer av skader, og når alkoholkonsumet endres, vil dette ha innvirkning på skadeomfanget (1). Når totalforbruket øker, vil flere ha høy risiko for alkoholrelaterte skader. Samtidig vil det også være flere drikketilfeller hvor risikoen for skader er spesielt høy.

Det samlede alkoholforbruket i Norge gikk ned i perioden 1980–95, men har senere steget. Antall drikkesituasjoner har også økt, samtidig som det drikkes mer i hver enkelt drikkesituasjon, slik tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning viser (1). Hvert år de tre siste årene har årlig gjennomsnittsforgiftning per voksne innbygger økt med vel én flaske bordvin.

Nordmenns drikkevaner er i ferd med å endres og få karakter av mer regelmessig bruk.

De generelle endringer i alkoholvaner virker inn på samfunnets holdning til akutt beruselse. Det har vært en nedgang i antall personer i fyllearrest, samtidig som antall sykehusinnleggelse for akutt alkoholforgiftning er mer enn seksdoblet fra 1988 til 2000 (2).

En studie av Aasebø og medarbeidere, publisert i dette nummer av Tidsskriftet (2), belyser denne viktige, men likevel avgrensede del av de samlede alkoholproblemer. Deres studie baserer seg på innleggelse i en medisinsk sykehusavdeling og antall innbringelser for fyll til politiarresten i samme distrikt for årene 1988, 1993, 1998 og 2000.

Det er få opplysninger fra kirurgiske avdelinger og ingen fra psykiatriske sykehus, ut fra den antakelse at psykiatrisk avdeling vanligvis ikke tar imot pasienter med akutt alkoholforgiftning som eneste diagnose. Studien kan derfor ikke gi noe fullstendig bilde av alle konsekvenser av alkoholbruk i forhold til hjem, arbeid, skole, trafikk og helsemessige forhold for øvrig.

Den sterke økningen i sykehusinnleggelse for akutt alkoholforgiftning bør følges opp med bredere anlagte studier. Hva slags strømninger i samfunnet når det gjelder drikkevaner og sosial akseptering av alkoholbruk, med et økende innslag av yngre kvinner, bidrar til en slik utvikling?

Et av funnene i studien til Aasebø og medarbeidere (2) var at antall personer i fyllearrest ble redusert med 40 % fra 1988 til 2000. En slik reduksjon i bruk av fyllearresten kan ha sammenheng med endret toleransenivå

hos politiet som følge av endringer i samfunnets holdning til alkohol. Vin-er-sunt-debat-ten faller i tid sammen med økende vektlegging av individuelle forhold og mindre vektlegging av samfunnsmessige konsekvenser.

Samtidig har det vært en økning i antall innleggelse i sykehus grunnet akutt alkoholforgiftning, selv om studien sier lite eller ingenting om skader som medfører innleggelse i kirurgiske eller psykiatriske avdelinger, og heller ikke om andre typer alkoholrelaterte helseskader.

Endringer i totalforbruket er derfor fortsatt den beste indikator for å forklare variasjoner i alkoholrelatert sykdom og omfanget av alkoholrelaterte skader, inkludert sosiale implikasjoner. Det er behov for mer forskning, ikke minst for å avklare om helseskadene knyttet opp til alkoholbruk i dag er underdiagnostisert ved norske sykehus.

Aasebø og medarbeidere skal ha ros for sin studie om akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearrest, og det er viktig at deres initiativ føres videre. Særlig viktig er det å få belyst variasjoner i helseskader og sosiale konsekvenser av økt totalforbruk.

Det er også behov for bedre forebyggende arbeid, slik bl.a. Pål Gulbrandsen påpekte på lederplass i Tidsskriftet (3). Man kan nærmest snakke om en epidemi av alkoholpåvirkning, ikke minst blant unge kvinner. Den markerte økningen i antall unge kvinner som innlegges i sykehus med akutt alkoholforgiftning er bekymringsfull. En større undersøkelse for å se på sammenhengen mellom alkoholbruk og innleggelse i sykehus bør derfor gjennomføres.

Trenger vi en mer formalisert medisinsk kompetanse i forhold til alkoholproblemer? Undervisningen om alkoholskader og alkoholrelatert sykdom i legers grunnutdanning er lite prioritert ved våre fakulteter. I løpet av et seks års studium får studentene sjelden mer enn noen få timers systematisert undervisning om alkohol.

Det burde for lengst ha vært opprettet professorater i klinisk rusmiddelarbeid. I spesialistutdanningen og i etterutdanningen i indremedisin, psykiatri, allmennmedisin og arbeidsmedisin burde konsekvenser og klinisk håndtering av alkoholbruk være et obligatorisk tema. Er sykehusenes måte å hjelpe personer med alkoholproblemer på gode nok? Er vi leger flinke nok til å spørre om alkoholvaner og forbruk ved anamneseopptak?

Aasebø og medarbeidere har grepet tak i en viktig problemstilling med mange fasetter. Det er viktig at arbeidet blir videreført og belyst med flere studier.

Geir Riise
Claus Borchs vei 8
0853 Oslo

Geir Riise (f. 1955) er lege, har mastergrad i helseadministrasjon og er leder av Legeforeningens rusmiddelpolitiske utvalg. Han har tidligere vært styremedlem i Rusmiddeldirektoratet og i Avhaldsfolkets Landsråd, og har for tiden permisjon fra sin stilling som medisinsk fagsjef i NHO.

Litteratur

1. Horverak Ø, Norlund S, Rossow I. Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk. Rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2001.
2. Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearrest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2683–5.
3. Gulbrandsen P. Og verdens alkoholfrie dag, hvor ble det av den? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1669.