

Leger må gå foran i arbeidet med å forebygge alkoholskader

Ditt problem er mitt problem

I møte med personer som bruker for mye alkohol, reagerer de fleste på samme måte: Man tar ikke alkoholbruken opp til diskusjon. Ved festlige anledninger er det gode grunner til å la det være – den det gjelder, er sjelden mottakelig for selv en vennlig tilnærming. Samværs klimaet blir ubehagelig, og man risikerer både å stigmatisere den som drikker for mye og selv å bli betraktet som en surmaget festbrems. Kun når den berusede griper bilnøklene, er det noe poeng i intervensjon under slike omstendigheter.

Vi vet ikke om leger i privatlivet intervensjoner oftere enn andre overfor venner eller familie med overforbruk av alkohol. Derimot vet vi at legers bruk av alkohol ikke skiller seg avgjørende fra normalbefolkningens (1, 2). Antakelig er det ikke så galt å ta utgangspunkt i at leger også forholder seg unnnvikende til å ta opp et overforbruk av alkohol når de møter denne problemstillingen. Selv i en konsultasjon blir temaet ofte forbigått (3). I seg selv bidrar dette til at alkoholbruk som helseproblem blir usynliggjort i for stor grad. Hvorfor er det slik?

Det kan ikke være fordi leger ikke innser at alkoholmisbruk er et helseproblem. Hvert år skjer det ca. 1 500 dødsfall som kan relateres til alkoholbruk her i landet. Svært mange som legges inn i sykehus (15–20 %) har alkoholrelaterte diagnoser. Akutt beruselse øker risikoen for ulykker, selvpåførte skader og smitteoverføring (4). Det er lang erfaring for at alkoholbruk er forbundet med stor komorbiditet for både psykiske og somatiske lidelser. I tillegg møter leger daglig pasienter som er pårørende til alkoholmisbrukere, men vet det ofte ikke (5). En artikkel i dette nummer av Tidsskriftet beskriver symptomatologien hos pårørende (6).

Mer sannsynlig er manglende intervensjon knyttet til at legen føler seg utilstrekkelig. En nordisk undersøkelse konkluderer med at leger nok identifiserer alkoholproblemer forholdsvis godt, men likevel ikke intervensjoner – og at årsaken til dette er manglende kompetanse når det gjelder hva intervensjonen bør bestå i (3). Her havner leger lett i samme situasjon som så mange andre rundt en person med tiltakende misbruksproblemer – man blir møtt med benekting, avvísning eller aggresjon. Alternativt, der den man vil hjelpe er enig i at han/hun har et problem og lover bot og bedring, ender det likevel ofte med tilbakefall og skuffelser. Men selv en meget beskjedent intervensjon kan ha forebyggende effekt (7). Ingen annen faggruppe har så stor mulighet til å påvirke alkoholbruk som legene. Legen må derfor stille konkrete spørsmål om bruken av alkohol og ta opp en enkel alkoholanamnese når det er nødvendig ut fra medisinske forhold. Får man lyst til å la temaet ligge, er man antakelig påvirket av pasientens skamfølelse. Hva med å sette i gang en kampanje blant leger? Den kan f.eks. hete: «Har du husket å ta opp alkoholbruk med din pasient?»

I tillegg til sin rolle på det individuelle plan har alle leger også et samfunnsmessig ansvar (8). Den restriktive alkoholpolitikken man har ført i Norge har solid støtte i rusmiddelforskningen. Det er godt dokumentert at andelen av en befolkning som bruker for mye alkohol øker med gjennomsnittsforbruket i hele befolkningen (9). Det betyr at den tiltakende liberalisering vi har opplevd de siste 30 årene, fører til at flere drikker for mye. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har anslått at hvis prisene på alkohol endres til svensk nivå, vil det inntreffe 605 flere dødsfall per år, med et usikkerhetsestimat på ± 560 dødsfall. Dessverre forstod ikke Fremskrittspartiets Siv Jensen hva et usikkerhetsestimat er, så hun

konkluderte med at «all alkoholforskning har en feilmargen på 90 % – det sier noe om troverdigheten» (10). Om hun ikke hører på alkoholforskere, er det kanskje større håp dersom Legeforeningen engasjerer seg?

Det er svært uheldig for folkehelsen at det er oppstått en liberal allianse mellom Stortingets flertall og norsk presse om at det ikke er sammenheng mellom tilgjengelighet, pris og totalforbruk av alkohol. I EU har man forstått farene, og alkoholpolitikken der dreies nå i restriktiv retning, bl.a. ved tiltak for å begrense tilgjengeligheten. I Italia drikkes nå langt mindre alkohol enn tidligere. I 1983 var 68 000 dødsfall i Italia alkoholrelatert, i 1996 var tallet redusert til 42 000 (11). 30 % av dødsfall blant italienske kvinner i 1996 der alkohol var medvirkende årsak, kunne knyttes til et forbruk som var under 25 g alkohol per dag. Antall ekstra dødsfall som følge av lett alkoholforbruk mer enn oppveide antall sparte dødsfall som følge av alkoholens angivelige hjertebeskyttende effekt (11).

Leger bør gå foran som gode eksempler på samme måte som i antitobaksarbeidet. Vi er rollemodeller og sterke lobbyister. Solidaritet med dem som ikke har kontroll over sin alkoholbruk, burde få oss til å tenke: Ditt problem er mitt problem.

Pål Gulbrandsen

palgul@heltef.no
HELTEF – Stiftelse for helsetjenesteforskning
Postboks 55
1474 Nordbyhagen

Pål Gulbrandsen (f. 1955) er direktør ved HELTEF og har forsket innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og sosialmedisin.

Litteratur

1. Aasland OG, Amundsen A, Bruusgaard D, Jervell J, Mørland J. Norske legers alkoholanamnese. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2553–8.
2. Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholanamnese 1985–2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2791–4.
3. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. Alcohol 2002; 37: 38–42.
4. Om Folkehelsen. Helseminister Dagfinn Høybråten's redegjørelse i Stortinget 10. mai 1999, vedlegg VI.
5. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? Fam Pract 1998; 15: 1–8.
6. Nordlie E. Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemene? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 52–4.
7. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nossin M-B, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. Alcohol Clin Exp Res 1983; 7: 203–9.
8. Braut GS. Krav til rusmiddelarbeid i helsetenesta. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 49–51.
9. Nordlund S. Totalforbruksteorien og dens betydning for alkoholpolitikken. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 46–8.
10. Lindeberg A, Tjernshaugen KR, Kallset K-E. Tviler på forskerne. Dagsavisen 19.10.2002.
11. Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Aricò S. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996. Eur J Publ Health 2002; 12: 214–23.