

Rusmisbrukernes problemer er delvis et produkt av vår kollektive ruskultur

Hverdagsdopens ofre

Takket være to norske idrettskvinner har vi nå lært at kaffedriking kan være ensbetydende med doping, og at mange som ikke driver aktiv konkurranseidrett, ikke ville sluppet gjennom en dopingkontroll. De som arbeider på et kontor, har nok ofte kaffekoppen stående innen rekkevidde på skrivebordet og regner vel med at kaffen øker yteevnen. Alkohol, derimot, som sløyer mer enn det stimulerer, følger oss vanligvis ikke på jobben eller i bilen. Derimot er det mange som tar seg en øl eller en drink når de endelig kan slappe av i godstolen hjemme etter dagens slit. Nikotin er det nå politisk ukorrekt å nyte, i alle fall å røyke, ikke bare av hensyn til egen helse, men også av hensyn til andres. For helsemyndighetene er det satt opp ett mål: Ingen røyk. Det skal bli spennende å se om kampen mot tobakken vil bli et eksempel på at politikken virkelig kan tøyلة markedet.

Når det gjelder den fjerde «hverdagsdopen», pillene, brukte vi i 2001 nesten 13 milliarder kroner, eller ca. 2 800 kroner per innbygger, på legemidler solgt på apotek. De fire største medikamentgruppene er medisiner for hjerte og kretsløp, fordøyelsesorganer og stoffskifte, nervesystemet og respirasjonsorganene. Selv om alle disse gruppene sannsynligvis inneholder medikamenter som finnes på dopinglisten, kan selvfølgelig ikke alle betegnes som «dop» i ordets egentlige forstand. Men piller spiller en viktig rolle i mange personers hverdag.

Forbruket av denne type stoffer fordeler seg på en forutsigbar måte i befolkningen. Det er en dynamisk sammenheng mellom brukere på forskjellige nivåer, inkludert ikke-brukere. Når det gjelder alkohol, snakker vi om «fuktige» og «tørre» miljøer, og antallet personer med skader eller problemer bestemmes både av miljøets «fuktighet» og av individuell risiko (1). Den samme logikken passer f.eks. ved idrett og doping.

Som kjent kan man bli avhengig av koffein, alkohol og nikotin samt en rekke medikamenter. Selv om vi ennå ikke har løst avhengighetens gåte, vet vi en god del. En hypotese er at det på synapsnivå skjer to prosesser samtidig, en tilpasning (toleranse) slik at stimuli stadig må økes for å oppnå samme effekt, og en sensibilisering ved at den opplevde nytten avtar (2). En slik mekanisme kan langt på vei forklare suget etter bestemte stimuli og økt risiko for tilbakefall med nedsatt impuls kontroll som er karakteristisk ved alvorlig avhengighet.

I dette nummer av Tidsskriftet finner vi to artikler som blant annet omhandler mennesker med så høy grad av avhengighet at de ikke er i stand til å følge vanlige regler, for eksempel i trafikken. Asbjørg Christophersen og medarbeidere har fulgt flere tusen personer som har kjørt bil under påvirkning av alkohol eller andre rusmidler gjennom flere år, hovedsakelig menn i 25–30-årsalderen (3). En første arrestasjon skjer gjerne i forbindelse med «vanlig» promillekjøring, senere er det ofte kombinasjoner av forskjellige rusmidler. Over 70% av dem som var påvirket av benzodiazepiner, hadde vært arrestert tidligere.

Fordi vi nordmenn er så flinke til ikke å kjøre i fylla, har de som likevel gjør det, en økt sannsynlighet for å være rusavhengige. Forfatterne av artikkelen, som er toksikologer og stadig analyserer prøver fra de samme personene, lurte på hvorfor vi ikke vil hjelpe disse misbrukerne, som har en betydelig økt ulykkes- og dødsrisiko. Vi vet hvem de er. Andre land har rehabiliterings- og hjelpepro-

grammer, bl.a. med urinprøvekontroll og inndraging av førerkort, men dessverre er det vanskelig å finne godt dokumenterte resultater av slike programmer (4). Mange av misbrukerne har så dårlig impuls kontroll at de har problemer med å følge strukturerte opplegg over tid – noen kjører like gjerne uten førerkort i stjålet kjøretøy. Men noen er i stand til å bygge opp egenkontroll, og alle bør selv sagt ha tilbud om hjelp og oppfølging.

I den andre artikkelen (5) omtales en liten gruppe på 38 menn og fire kvinner som i forbindelse med drap, voldtekt eller kjøring i beruset tilstand er blitt erklært bevisstløse i gjerningsøyeblikket av de sakkyndige i retten. Dette skal normalt føre til straffrihet dersom ikke bevisstløsheten var en følge av selvforskyldt rus. Dette er en tankevekkende artikkel. Den viser bl.a. at det er vanskelig å være sakkyndig ved slike tilstander. De tre forfatterne, som er erfarne rettspsykiatere, var enige i konklusjonene i bare 15 av de 42 sakene. Man får en ubehagelig følelse av tilfeldighet i hvem som frikjennes og hvem som straffes. Rettspsykiatrisk sakkyndige trenger mer kunnskap om hvordan man håndterer bevissthetsforstyrrelser i rettslig sammenheng.

Dette dreier seg i stor grad om rusmisbrukere med sviktende impuls kontroll. Hvilket tilbud har vi til personer som har rusproblemer og ikke mestrer sine impulser? Skal vi bare krysse fingrene og vente på neste gang det skjer noe galt? De av oss som har arbeidet med kriminelle rusmisbrukere, kjenner så altfor godt den evige runddansen mellom fengsel, forskjellige behandlingsopplegg og et kaotisk liv utenfor murene. Vi satser antakelig altfor mye på behandling med tvilsom effekt og for lite på omsorg.

Destruktiv rusmiddelbruk er ikke bare et spørsmål om individer med spesielle anlegg og disposisjoner, men også om miljøets «fuktighet». Når vi inntar vår «hverdagsdop», enten det er kaffekoppen på skrivebordet, drinken når vi kommer hjem fra jobb, en god sigar i festlig lag eller en hodepinetablett i ny og ne, påvirker vi også dem som er rundt oss. Øker vi vårt eget forbruk, øker vi også sannsynligheten for at en stakkar skal bli «tatt for doping», og omvendt. Som leger har vi i tillegg et ekstra ansvar for å gjøre oss kjent med våre pasienters rusvaner og gi råd og hjelp der det måtte være nødvendig. Om ikke vi gjør det, er det neppe noen andre som føler seg kallet.

Olaf Gjerløw Aasland
olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er leder av Legeforeningens forskningsinstitutt og professor ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Litteratur

1. Skog OJ. The prevention of alcoholism and drinking problems – who are the target groups? I: Aasland OG, red. The negative social consequences of alcohol use. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1991: 200–20.
2. Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction* 2000; 95 (suppl 2): S91–117.
3. Christophersen A, Skurtveit S, Mørland J. Rusede sjåfører. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1841–3.
4. Egg R, Pearson FS, Cleland CM, Lipton DS. Evaluations of correctional treatment programs in Germany: a review and meta-analysis. *Subst Use Misuse* 2000; 35: 1967–2009.
5. Hartvig P, Rosenqvist R, Stang HJ. Bevisstløshet i strafferettslig forstand i Norge 1981–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1831–4.