
Alkohol er ikke medisin

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Legeforeningen har i sitt prinsipp-program sluttet opp om WHO's målsetting fra 1993 om å arbeide for å redusere dettotale alkoholkonsum med 25% frem til år 2000. Utviklingen så langt kan tyde på at målet er oppnåelig. Men selv omdette er en idealistisk målsetting, vil ikke alle interesser trekke i samme retning. Noen vil også ha interesse av atalkoholkonsumet øker, eller i hvertfall at enkelte alkoholprodukter får økt omsetning.

I den siste tiden har vi kunnet lese om en eksplosiv økning i bruk av alkoholholdige fruktdrikker. Det gjøres ingenhemmelighet av at målgruppen for markedsføringen særlig er yngre kvinner. Det gjøres et poeng av at kvinner, ilikestillingens navn, trenger et annet alkoholtilbud enn øl, som stort sett bare det annet kjønn synes godt om. IEngland, hvor de har et mer liberalt regelverk for markedsføring, har utviklingen vært bekymringsfull. Også i vårt landmed strenge reguleringer har imidlertid denne alkoholdrikkens popularitet vært raskt økende i ungdomsmiljøene.

Det er bred enighet om at det å forsinke alkoholdebuten vil ha stor helsemessig gevinst. Vi må anta at de voksnesholdninger til alkohol i så måte er betydningsfullt.

Alkohol kan hos enkelte grupper virke forebyggende på koronar hjertesykdom og reduserer mortaliteten. Vi er gjortkjent med den såkalte J-kurven, dvs. at totalmortaliteten er noe lavere for de med et visst forbruk enn for de mednærmest intet forbruk. Dokumentasjonen av disse forhold gjelder eldre aldersgrupper med høy risiko for koronarhjertesykdom. I denne sammenheng er det viktig å peke på at vi har en rekke andre aksepterte strategier for å reduserekoronar risiko.

For yngre aldersgrupper er det et lineært forhold mellom alkoholinntak og mortalitet relatert til ulykker, selvmordog drap. Risiko for levercirrhose øker med alder og eksponensielt med alkoholkonsum.

Selv om det kan være enighet om at alkohol har endel positive virkninger i enkelte sammenhenger, kan det ikke væretvil om at vi må betrakte alkohol som en gift. Et ekspertpanel sammenkalt av WHO i Oslo i oktober 1995, slår fast atalkoholens skadelige effekter er diffuse og kostbare og ikke begrenser seg til en liten gruppe storbrukere. Det erdessverre ikke grunn til å anta at man kan greie å titrere

alkoholkonsumet hos den enkelte til et antatt helsemessiggunstig nivå. Tvert imot er det vist at med økt, eller redusert, totalt alkoholkonsum, skjer endringen over helespekteret av forbruksmønstre.

Erfaringene har vist at strategier som tar sikte på å påvirke den enkelte, gjennom informasjon og rådgivning, tilendret forbruksmønster, ikke virker. Derimot kan man oppnå mye ved å endre de ytre betingelser: begrense tilgangen til alkohol ved skjenkebestemmelser, aldersgrenser, avgifter etc. Man oppnår altså mer ved å forme omgivelsene slik at den enkelte lettere kan gjøre det riktige valg, enn ved å påvirke den enkelte til å velge mens man lar omgivelsene være uendret.

Ny kunnskap om alkohol må settes i sammenheng med det vi vet fra tidligere. Så langt har det ikke kommet frem noe som tilsier at vi skal gå fra vår målsetting om et redusert alkoholkonsum. En "rettferdiggjøring" av alkoholbruk som forebyggende medisin, eller et signal om at spesielle grupper kan være tjent med å ha en annen holdning til alkohol, vil være i strid med denne målsettingen. Satt på spissen: man må velge mellom en strategi hvor man kan vinne noen få leveår hos den eldre del av befolkningen, eller en strategi hvor man kan unngå tap av mange leveår hos de unge. Etter mitt syn kan dette valget ikke være vanskelig. Vi må holde fast ved at alkohol ikke er medisin.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 20. februar 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.