

Alkohol som «hjertemedisin»

Nyttig for enkelte? Skadelig for befolkningen!

I løpet av de senere år er det kommet flere forskningsrapporter som konkluderer med at alkohol i moderate doser beskytter mot koronarsykdom. Det er vist at mennesker som ikke bruker alkohol, og mennesker som har et høyt alkoholforbruk, har en høyere dødelighet av koronarsykdom enn dem som har et moderat alkoholforbruk. Grafisk er dette fremstilt som en J-kurve.

Dette har fått stor oppmerksomhet i mediene, og tolkes dit hen at alkohol, spesielt rødvin, er sunt, og at befolkningen bør drikke mer alkohol. At det i mediene trekkes langt mer vidtgående slutninger om å øke forbruket enn forfatterne selv gjør, er betenkelig. Verre er det at fremstående leger lar seg intervjuet i dagspressen og på medisinsk grunnlag anbefaler det norske folk å drikke to glass vin daglig, samtidig som de foreslår en prisreduksjon på vin.

Alkoholpolitisk utvalg i Den norske lægeforening ønsker å sette søkelys på at leger offentlig står frem og anbefaler et rusmiddel (alkohol) som «forebyggende medisin». Vi ønsker også å se på hvilke konsekvenser en slik anbefaling kan få i et folkehelseperspektiv.

Alkoholpolitisk utvalg mener at det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål om årsaken til den reduserte koronardødelighet hos mennesker med lavt/moderat alkoholforbruk (1). Er det en reell årsakssammenheng, eller er det et seleksjonsfenomen?

Hvis J-kurven viser seg å være riktig, og det er en årsakssammenheng mellom et moderat alkoholforbruk og en beskyttende effekt mot koronarsykdom, er det likevel en rekke problemstillinger som må diskuteres før man fra legehåndtak går ut og anbefaler bruk av alkohol i forebyggende øyemed.

Følger for forbruket

Ut fra det man vet om det registrerte alkoholforbruket i Norge (4,62 l ren alkohol per innbygger over 15 år i 1995) og skjevfordelingen i befolkningen, drikker ca. 80 % mindre enn én alkoholenhet daglig. (En alkoholenhet er i Norge 12,8 g ren alkohol.) Hvis alle disse øker forbruket til to alkoholenheter, vil gjennomsnittsforbruket i befolkningen øke med minst 50 %. I en slik utvikling vil også de som allerede drikker mer enn to alkoholenheter, øke sitt forbruk, slik at per capita-konsumet sannsynligvis vil øke med 70–80 %, dvs. med 3–4 l ren alkohol.

Sammen med uregistrert forbruk er vi da oppe på et kontinentalt forbruksnivå, og med en tilsvarende belastning på folkehelsen. Med utgangspunkt i SIFA-rapport 4/93 (2) betyr dette f.eks. en tilnærmet fordobling av alkoholrelaterte dødsfall og en økning i volds kriminaliteten på ca. 50 %.

Følger for folkehelsen

Hvordan reagerer befolkningen på en anbefaling fra medisinsk hold om daglig bruk av alkohol som forebyggende helsetiltak? Vil de som nå bruker alkohol relativt sjelden og i beskjedne doser, følge oppfordringen og bli daglige brukere? Vil de som allerede har et høyt forbruk, oppfatte anbefalingen som en legitimering av sitt forbruk – «alkohol er jo så bra for hjertet»? Å motivere denne gruppen til å redusere sitt forbruk ut fra et helsemessig synspunkt vil i hvert fall ikke bli lett. Vil ikke en slik anbefaling fra medisinsk hold gi et signal spesielt til ungdom om at «alkohol er ikke så farlig»? Regelmessig bruk av alkohol vet vi også medfører hyppigere bruk av andre rusmidler.

Det hevdes fra flere hold (3–5) at en anbefaling som medfører en økning av alkoholforbruket i den delen av befolkningen som ligger under et «anbefalt optimum», vil føre til en økning i gjennomsnittsforbruket. Marmot & Brunner (6) siterer fra en undersøkelse som viser at en økning i gjennomsnittsforbruket på en alkoholenhet, fører til en økning på 10 % av antall «stordrikkere» i befolkningen. Resultatet blir en økning i så vel den alkoholrelaterte som den totale morbiditet og mortalitet i befolkningen. Nordstrøm (7) hevder at en økning på en liter ren alkohol per capita fører til en økning i den totale mortalitet hos middelaldrende menn på i overkant av 1 %.

Anderson (3) skriver: «Compared with no consumption, there is no level of consumption which provide net health benefit.» Han fortsetter: «Individuals who consume more than one drink (10 g alcohol) per day can, with respect to coronary disease, safely reduce their intake to one drink per day, and those who current abstain from alcohol should not begin drinking in order to reduce their risk of health problems.»

I en annen artikkel hevder Anderson (8) at ved et konsum på mer enn 20–30 g alkohol per dag (altså det anbefalte konsum), er det en netto økning av skadevirkninger, målt som dødelighet, sammenliknet med avhold.

Hensikten med å anbefale en økning av menigmanns alkoholforbruk er å redusere dødeligheten av koronarsykdom. Det er da viktig å se om en anbefaling av økt alkoholkonsum fører til en økning av andre sykdommer. Sammenhengen mellom alkohol

og kreft i gastrointestinaltractus har vært kjent lenge, og det er økt risiko ved alkohol-doser over 20 g per dag (to alkoholenheter). I de senere år er det kommet stadig flere undersøkelser som viser en mulig dose-respons-sammenheng mellom alkohol og brystkreft hos kvinner (8). I en norsk undersøkelse blant IOGT-medlemmer (9) finner man en signifikant lavere dødelighet av kreft enn i befolkningen som helhet. Man finner også en redusert dødelighet av hjertesykdom totalt (ICD-gruppene 390–459) hos IOGT-medlemmene.

Det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til beregninger av konsekvensene ved folks alkoholforbruk. Selv om de refererte tall er cirkatall, er tendensene klare. Alkoholpolitisk utvalg mener at en anbefaling fra norske leger om å øke alkoholforbruket i befolkningen vil få meget uheldige følger for folkehelsen. De negative følgene vil langt overstige en eventuell gevinst i form av redusert koronardødelighet. For øvrig finnes det langt mer effektive forebyggende tiltak mot koronarsykdom enn alkohol, og som ikke medfører skadelige bivirkninger.

Geir Riise

John Erik Berg

Jens Christian Bull Engelstad

Carl Ditlef Jacobsen

Björg Sørensen

Legeforeningens alkoholpolitisk utvalg
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Litteratur

1. Riise G, Jacobsen CD, Berg JE, Engelstad JCB, Sørensen B. Alkohol – ingen universalmedisin mot hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 67–70.
2. Skog OJ, Horverak Ø, Nordlund S, Norstrøm T. Vurdering av konsekvenser av ulike endringer i omsetningsform og priser for alkohol i Norge. SIFA-rapport nr. 4/1993. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 1993.
3. Anderson P. Alcohol consumption and all-cause mortality. Addiction 1995; 90: 481–3.
4. Skog OJ. The J-curve, causality and public health. Addiction 1995; 90: 490–1.
5. Trevisan M. Means, tails and the wisdom of Geoffrey Rose. Addiction 1995; 90: 491–3.
6. Marmot MG, Brunner E. Alcohol and cardiovascular disease, the status of the U-curve. BMJ 1991; 303: 565–8.
7. Nordstrøm T. Alcohol and damages, the aggregate evidence. I: Holder H, Edwards G, red. Alcohol and public policy-evidence and issues. Oxford: Oxford University Press, 1995.
8. Anderson P. Alcohol and risk of physical harm. I: Holder H, Edwards G, red. Alcohol and public policy-evidence and issues. Oxford: Oxford University Press, 1995.
9. Kjerheim K, Anderson A, Helseth A. Alcohol abstainers, a low risk group for cancer – a cohort study of Norwegian teetotalers. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 1993; 2: 93–7.

○