

# Alkoholism - medicinsk och social diagnos

Sambandet mellan leversjukdom och förekomst i nykterhetsnämndens register

Börje Wistedt

Att alkoholkomplikationer registreras inom skilda vårdområden medför problem för dem som har försökt avgränsa begreppet alkoholism. Definitionen kan ha gjorts så snäv, att åtskilliga missbrukare faller utanför ramen, eller också har det motsatta skett, att den har gjorts så omfattande och bred att den blivit diffust ohanterlig.

I en internationellt uppmärksammat undersökning utgick Per Bjurulf och medarbetare från en studie där skador på levern registrerats i samband med obduktion och kan sättas i samband med olika typer av socialt beteende och medicinska och psykiatriska diagnoser.

Per Bjurulf var vid tiden för studien överläkare vid socialmedicinska kliniken vid regionssjukhuset i Linköping och professor i socialmedicin vid Medicinska högskolan i Linköping. Börje Wistedt var tiden för undersökning amanuens/tf professor i socialmedicin vid högskolan i Umeå och är för närvarande docent vid enheten för psykiatri, Karolinska institutet samt chefsöverläkare för FoUU-enheten, psykiatriska klinikerna vid Danderyds sjukhus.

## Introduktion

Det är allmänt accepterat att svårigheterna att få en definition av alkoholism beror på flera faktorer. Detta kan förklaras av det faktum att de som vanemässigt dricker mycket alkohol ger olika symtom hos olika personligheter och att de komplikationer som alkoholmissbruket ger bedöms och registreras olika inom skilda vårdområden. T ex psykiatern registrerar ändrad reaktion på spritförtäring (varvid triaden triggermekanism, black-out och återställarbehov är måhända den mest kända). Internisten ser skador på olika organ som lever, hjärta och skelettmuskulatur. Kirurgen ser skademönster i form av yttre skador, t ex frakturer som skullskador och revbensfrakturer. Inom rehabiliteringsverksamheten är det framför allt den cerebrolesionella bilden som innebär dålig prognos medan inom socialtjänsten är det olika typer av anpassningsstörningar som noteras. Polisen uppmärksammar missbruket dels i samband med olika typer av våldsbrott men även i samband med bilkörning. Framför allt är det dock socialtjänsten, men även

inom psykiatrin, som de sociala komplikationerna till alkoholmissbruk uppmärksammas och det har länge funnits önskemål att finna biologiska faktorer för att predicera och belysa sambandet mellan exempelvis leverskada och grad av social och psykiatrisk störning.

Denna diskussion var och är fortfarande mycket aktuell men var föremål för mycket intensiva diskussioner under 60-talet och det kan därför vara av intresse att referera en del av de resultat som Per Bjurulf och medarbetare (2) påvisade i en internationellt publicerad studie som fortfarande citeras.

Följande hypoteser uppställdes:

1. Hos en och samma alkoholmissbrukare registreras olika symtom inom skilda vårdområden, framför allt beroende på olika utbildningar och referensramar för den som meddelar vården.

2. Olika individer utvecklar olika skademönster vid alkoholmissbruk.

3. Det försiggår en utveckling av alkoholmissbrukaren med till en början ändrad reaktion vid missbruket, därefter följer de manifesta organskadorna och slutligen följer den bristande sociala anpassningen. Denna hypotes beskriver alltså det som man kallar för sederteringsprocedur.

Syftet med den tidigare publicerade studien var att undersöka sambandet mellan levercirrhos och förekomst av alkoholmissbruk som det registrerats av de dåvarande nykterhetsnämndena.

I tidigare studier, som i huvudsak utförts av patienter vårdade på sjukhus, noterade man ett sådant samband.

## Metodik och material

Den aktuella undersökningen omfattade samtliga personer som obducerats under en 18-månaders period 1961 och 1962. Det totala inklusionsmaterialet omfattade 70 % av dem som dog under ovanstående period. Den speciella undersökningen begränsades till män och

---

*Olika hypoteser kan uppställas: olika symtom registreras, olika skademönster utvecklas, sederteringsprocedur*

---

---

## *Högre socialgrupper har fler säkerställda fall av levercirrhos än socialgrupp III*

---

i det definitiva materialet ingick närmare 1100 personer. Patienternas alkoholmissbruk klassificerades framför allt utifrån frekvensen av s k fylleriförseelser. En särskild bortfallsanalys utfördes på de 30 % som ej blev obducerade. Det var skäligt att misstänka att på grund av den ökade rörligheten bland missbrukare skulle flera dött utanför Malmö stad. Men det visade sig dock i obduktionsmaterialet att det fanns fler socialt registrerade alkoholmissbrukare i undersökningsgruppen än i bortfallsgruppen.

Vid klassificering i socialgrupper användes sedvanlig indelning som används i valstatistik.

### **Resultat**

Socialgrupp I och II visade sig ha statistiskt sett fler säkerställda fall av levercirrhos än socialgrupp III. Däremot kunde inte någon säkerställd skillnad i cirrhosfrekvens noteras mellan grupp I och grupp II. I socialgrupp III förelåg således en relativt låg frekvens av cirrhos men hög frekvens av leverförfettning och socialt registrerade alkoholproblem medan i socialgrupp I fanns en hög frekvens av levercirrhos (5,7 %), få med leverförfettning och en låg frekvens (6 %) av socialt registrerade alkoholproblem, vilket således skall jämföras med socialgrupp III där 23 % hade registrerade alkoholproblem. Även avseende dödsätt finns det somatiska skillnader mellan fördelning av fall med levercirrhos och de med nykterhetsproblem. Levercirrhosfallen finns anhopade bland de som dött en naturlig död medan de sociala nykterhetsproblemen framför allt finns bland dem som dött på grund av olycksfall och självmord och i dessa grupper finns också ett större antal med leverförfettning.

Beträffande självmordsfrekvensen framkom att i det totala materialet utgjorde dessa 66, dvs nästan 7 % medan bland de av nykterhetsnämnden registrerade motsvarande siffror blev 33 %.

Det anses att alkoholmissbruk är den i särklass vanligaste orsaken till cirrhos av s k Laennectyp. Här kunde man inte finna något samband mellan levercirrhos och social stabilitet.

Man kan på grundval av resultaten dela in patienterna i två grupper: typ I som har levercirrhos, socialgrupp I och II, gift, ej olycksfall och typ 2 de som är regist-

rerade i nykterhetenämnden, har leverförfettning, övervägande socialgrupp III, skilda, olycksfall och suicid.

I en annan samtidig undersökning från Socialmedicinska institutionen (1), där sambandet mellan alkoholism och sjukfrånvaro diskuterats, förelåg ett starkt samband mellan frekvensen av socialt missbruk i form av s k registrerad fylleriförseelse och olycksfall, skador, hjärnskakning och revbensfrakturer.

### **Diskussion**

Det kan vara intressant att notera att det föreligger vissa likheter mellan det som idag betraktas om typ I- och II-missbrukare. Bland genetiska faktorer kan urskiljas en grupp som har sämre social kompetens. I gruppen med sämre förhållanden finns en hereditet, speciellt paternal hereditet. Närmare analys ger också vid handen att de patienter som suiciderat inte hade levercirrhos men det kan delvis förklaras av åldern, då gruppen som suiciderade var knappt 52 år gamla till skillnad från de som dog i olyckor som var närmare 57 år.

Resultaten tyder på ringa samband mellan graden av socialt missbruk och levercirrhos. Detta kan förklara varför en del av de studier som presenterats under senare år med olika typer av enzymatisk teknik och analyser på blodprover inte har haft det prediktiva värdet som man hoppats på.

Resultaten av dessa studier ger möjligheten att diskutera de inledningsvis uppsatta hypoteserna.

1. Resultaten stöder inte hypotesen att de olika fenomen som registrerats inom internmedicinsk verksamhet och socialvård betingas av olika referensramar inom skilda vårdområden. Det finns hållpunkter för att det är primärt olika klientgrupper med skilda orsaker till beteckningen alkoholism.

2. Resultatet talar för att olika individer utvecklar olika skademönster vid alkoholförtäring, något som också stöds av senare studier som visar att endast 1/3 av missbrukarna utvecklar levercirrhos medan många tycks ha ett genetiskt betingat skydd mot denna typ av skada.

3. Resultaten i denna undersökning stöder ej sedermenteringstanken.

### **REFERENSER**

1. Wistedt, B.: Sickabsence and alcoholism, abstract, 3rd International Congress of Social Psychiatry, Summaries vol. I. Ed: J. Biero, VL. Hudolin, J.H Masserman. Zagreb, 21-27, 1970.
2. Bjurulf, P., Sternby, N.H. and Wistedt, B.: Definition of alcoholism. Relevance of liver disease and temperance board registrations in Sweden. Quart. J. Stud. Alc. 32. 393-405, 1971.
3. Bjurulf, P.: Alcoholism - medicinsk och social diagnos. Soc. Med. Tidskr. 3. 147-150, 1972.