

Går det att minska de alkoholrelaterade problemen i befolkningen?

Bertil S Hanson

Alkohol är en av de viktigaste orsakerna till sjukdom, för tidig död och olika sociala problem. Det effektivaste sättet att minska alkoholkonsumtionen och därmed de alkoholrelaterade problemen i befolkningen är att kombinera alkoholpolitiska åtgärder med sekundärpreventiva insatser inom sjukvården och befolkningssinriktade förebyggande program.

Bertil S Hanson är docent i socialmedicin vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet och överläkare vid Socialmedicinska avdelningen vid Malmö Allmänna sjukhus. Artikeln är en bearbetning av hans bidrag till symposiet "Att påverka levnadsvanor - Får man?, Skall man?, Kan man?" vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma 1993.

Alkohol är en av de viktigaste orsakerna till sjukdom, förtidig död och olika sociala problem. Upp mot 10.000 svenskar avlider varje år på grund av alkoholrelaterade sjukdomar och skador och ca 10% av patienterna i slutenvård vårdas för alkoholrelaterade sjukdomstillstånd. 15-30% av patienter som söker akutmottagningar är alkoholpåverkade eller kända missbrukare. Alkoholens totala samhällskostnad har uppskattats till ca 100 miljarder kr/år. Ett viktigt hälsopolitiskt mål blir då att minska de alkoholrelaterade medicinska och sociala problemen i befolkningen och då uppkommer frågan vilka metoder är användbara?

Först kort något om två viktiga utgångspunkter som ligger till grund för det alkohol-förebyggande arbetet. Det var redan på 1960-talet som målet för det alkohol-förebyggande arbetet förändrades, från att förebygga alkoholberoende till att förebygga alkoholrelaterade medicinska och sociala problem (1). Bakgrunden var den så kallade *epidemiologiska paradoxen*, som innebär att en relativt stor del av de alkoholrelaterade problemen i befolkningen uppkommer bland måttlighetskonsumenter, eftersom de är så många (2). Om antalet alkoholrelaterade problem ska kunna minskas i befolkningen räcker det således inte att bara arbeta med hög-

konsumenter utan vi måste även arbeta med de många som har en lätt till måttligt förhöjd risk. En annan viktig utgångspunkt är den så kallade *totalalkonsumtionsmodellen*, som presenterades av Lederman på 1950-talet (3). Det är en empirisk modell som innebär att det finns ett samband mellan per capita konsumtionen av alkohol i befolkningen, andelen högkonsumenter och mängden alkoholrelaterade problem. Det finns idag ett starkt empiriskt stöd för denna modell.

Befolkningssinriktade primärpreventiva metoder

Den första huvudgruppen av metoder är de befolkningssinriktade primärpreventiva metoderna, som bygger på den epidemiologiska paradoxen och på totalalkonsumtionsmodellen. Den har som mål att förebygga uppkomsten av alkoholrelaterade problem genom att minska den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i befolkningen.

Individens alkoholvanor

För det första har vi metoder som har som syfte att påverka individens alkoholvanor. Syftet är att underlätta för individen att fatta hälsoriktiga beslut. Olika teoretiska utgångspunkter har legat till grund för detta förebyggande arbete.

Kunskap-attityd-beteende modellen utgår från att ökade kunskaper påverkar attityder och beteende. Det finns emellertid mycket lite empiriskt stöd för att det föreligger ett orsakssamband mellan de olika stegen (4). Beteendet är ganska stabilt över tiden och alkoholkonsumtionen är inte nödvändigtvis ett medvetet och

Om antalet alkoholrelaterade problem skall kunna minskas i befolkningen räcker det således inte bara att arbeta med högkonsumenter utan vi måste även arbeta med de många som har en lätt till måttligt förhöjd risk

Beteendet är ganska stabilt över tiden och alkoholkonsumtionen är inte nödvändigtvis ett medvetet och rationellt planerat beteende

rationellt planerat beteende. Det finns mer empiriskt stöd för att det är beteendet som först förändras och att man sedan tar till sig de kunskaper och attityder som behövs för att legitimera beteendet.

Ett annat exempel är Banduras *sociala inlärningsteori* (5). Bandura menar att nya beteenden formas i en interaktion med personer i omgivningen, en s k social inlärning. Beteenden bibehålls sedan genom en positiv förstärkning. Speciellt viktiga är personer som vi uppfattar som förebilder. I det förebyggande arbetet har man därför inriktat sig på att identifiera och arbeta med t ex lokala opinionsbildare.

Rogers modell för "*diffusion av innovationer*" betraktar förändringar av t ex alkoholvanor som innovationer som sprids via samhällets olika nätverk (6). Massmedia sprider innovationer effektivast, medan interpersonell kommunikation dvs social inlärning är effektivare när det gäller att förändra attityder och beteende. Innovatörerna är nyckelpersoner, som tidigt måste identifieras och engageras i det förebyggande arbetet.

Utbildnings- och informationsinsatser är emellertid inga universalmetoder för att minska alkoholproblemen i befolkningen. Resultaten av olika studier visar på en relativt liten eller blandad framgång (7). Det har varit möjligt att påverka kunskapsnivå, medan attityder varit svårare att påverka och få studier har kunnat påvisa en effekt på nivån av alkoholkonsumtion. Ett stort problem är emellertid bristen på metodologiskt väl genomförda utvärderingsstudier. Framgångsrikast har metoder varit som t ex i skolan haft som syfte att träna elever färdigheter att stå emot gruptryck t ex när man erbjuds alkohol av kompisar.

Bristen på konsensus kring hur det alkoholförebyggande budskapet ska formuleras kan delvis förklara att olika utbildnings- och informationsinsatser hittills haft en relativt begränsad framgång. I samarbete med FIA-projektet i Stockholm har vi i Malmö testat den s k Alkoholsnurren (8). Med hjälp av ett veckoschema på Alkoholsnurren kan man räkna ihop sin veckokonsumtion av alkohol och jämföra den mot etablerade riksgränser, lägre för kvinnor än för män. Man kan på så sätt utan moralism och pekpinnar testa den egna alkoholkonsumtionens storlek. Idén bygger på ett över-

raskningsmoment eftersom relativt många upptäcker att vad som kan verka vara en relativt låg alkoholkonsumtion i själva verket inte är så liten när veckokonsumtionen adderas, dvs "många dricker mer än man tror".

Alkoholens tillgänglighet

För det andra finns det alkoholpolitiska metoder som syftar till att minska alkoholens tillgänglighet. Exempel är höjda åldersgränser, minskat antal försäljnings- och utskänkningsställen, ökat pris på alkohol, fler alkoholfria miljöer, alkoholransonering osv. Förändring av dessa faktorer har i ett flertal studier entydigt visat sig kunna påverka konsumtionsnivån och mängden problem i befolkningen (9).

Det finns flera studier som visar att åldersgränser för när man får köpa alkohol på restauranger och i affärer är en effektiv metod för att minska alkoholproblem hos ungdomar. Studier från USA visar att när åldersgränsen sänktes från 21 år ökade ungdomarnas alkoholkonsumtion och olika alkoholrelaterade problem, speciellt trafikolyckor (10). När sedan åldersgränsen åter höjdes minskades åter konsumtionen och antalet trafikolyckor. Drickandet minskade inte bara på barer och restauranger utan också på andra platser som i bilar och hos kompisar. Samtidigt minskade också missbruket av andra droger, vilket talar för att alkohol är en viktig inkörsport till andra droger.

En viktig fråga rör om man som förälder skall bjuda sina tonåringar på alkohol hemma med syftet att avdramatisera alkoholen. Både svenska och internationella studier visar emellertid att det finns ett dos-respondsamband mellan föräldrars bjudvanor och tonåringars alkoholvanor, dvs ju oftare tonåringar bjuds på alkohol hemma av föräldrarna, desto oftare dricker de och berusar sig när de är tillsammans med kompisar (11).

Formella och informella regler och normer

För det tredje finns det metoder, som syftar till att påverka formella och informella regler och normer i samhället. Efter ett antal uppmärksammade trafikolyckor i Texas p g a rattfulla förare, skärptes 1983 domstolspraxis. Serveringspersonal kunde nu dömas om gäster

Det finns flera studier som visar att åldersgränser för när man får köpa alkohol på restauranger och i affärer är en effektiv metod för att minska alkoholproblem hos ungdomar

senare blev inblandade i en trafikolycka. Den ändrade praxis ledde till ett ändrat beteende bland serveringspersonalen och en nedgång av antalet trafikolyckor (12). Utbildning av utskänkningspersonal har i studier i USA lett till att frekvensen berusade gäster kunnat upp till halveras. Utbildningen skall inrikta sig på att träna förmågan hos personalen att identifiera gäster som dricker för mycket, att inte sälja alkohol till påverkade gäster, att hjälpa till med alternativa transportmedel, att öka tiden mellan drinkarna osv (13).

Det är viktigt att alkoholförebyggande program tar hänsyn till den lokala alkoholkulturen och till det faktum att alkoholvanorna hela tiden förändras i befolkningen. Alkoholkulturerna skiljer sig mellan olika länder, men vi håller på att få en internationell utjämning av såväl konsumtionsnivåer som alkoholkulturer, dvs varför man dricker, hur man dricker och vad man dricker. Alkoholkonsumtionen minskar i länder med hög konsumtion som Frankrike, Italien, Spanien medan Danmark och Finland ökar. Fransmännen dricker alltmer starksprit och öl, medan vi i Sverige dricker alltmer vin och öl. Tendensen att ungdomar i Sverige dricker för att berusa sig sprider sig till Europa. I Italien och Spanien går ungdomarna ut inte för att dricka vin, utan för att dricka starköl och vodka.

Högriskindividorienterade metoder

Den andra huvudgruppen av metoder är de högriskindividorienterade metoderna eller de sekundärpreventiva metoderna. Sekundär prevention innebär att tidigt upptäcka högkonsumenter för att därmed kunna förebygga alkoholrelaterade medicinska och sociala problem. 1992 publicerade WHO en multicenterstudie som hade som syfte att studera om man inom primärvården genom en enkel intervention skulle kunna minska alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland högkonsumenter utan egentligt alkoholberoende (14). Resultaten är övertygande och mycket uppmuntrande. 5 minuters rådgivning vid ett läkarbesök angående viken av att dricka mindre eller helt avstå i kombination med en självhjälp Broschyr visade sig bland männen leda till att 20% av högkonsumenterna efter 6 månader hade minskat sin konsumtion till en riskfri nivå och de alkoholrelaterade problemen minskade. Bland kvinnorna var effekten mindre och det krävdes något mera omfattande intervention, 20 minuters rådgivning vid två läkarbesök. Dessa resultat är övertygande och stöds av andra studier och måste leda till en kraftfull satsning

på sekundär prevention inom sjukvården.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan man konstatera att alkohol är ett *komplex socialt och kulturellt fenomen*, som kräver mångfacetterade förebyggande program. Det är kanske inte så konstigt att utbildnings- och informationsinsatser hittills haft en relativt begränsad framgång, eftersom alkohol har en hög tillgänglighet och spelar en viktig roll i samhället. Det effektivaste sättet att minska alkoholkonsumtionen och därmed de alkoholrelaterade problemen i befolkningen är att kombinera alkoholpolitiska åtgärder med sekundärpreventiva insatser inom sjukvården och befolkningsinriktade förebyggande program (15). Följande metoder har i olika studier visat sig vara effektiva:

1. Åldersgräns på 20 år.

Mycket talar för att uppväxtåren skall vara alkoholfria och åldersgränser är en effektiv metod. Föräldrar skall inte bjuda eller skaffa alkohol till sina tonåringar, eftersom detta leder till att de dricker mer.

2. Begränsad tillgänglighet.

Alkoholpolitiska insatser för att minska alkoholens tillgänglighet är kostnadseffektiva metoderna.

3. Högprislinje.

Ekonometriska studier visar att alkohol har en priselastisitet på ca 1%, dvs när priset går ner med 1%, ökar försäljningen med 1%.

4. Sekundär prevention inom sjukvården är en effektiv metod. Vi måste som läkare utnyttja mötet med patienten till screening av högkonsumtion av alkohol, eftersom en begränsad och enkel intervention visat sig vara effektiv.

5. Befolkningsinriktade alkoholförebyggande program med målet att för det första öka stödet i befolkningen för olika alkoholpolitiska insatser och för det andra marknadsföra och sprida metoder för självtest av den egna alkoholkonsumtionen och självinstruerande broschyrer för hur man kan minska sin alkoholkonsumtion.

Avslutningsvis kan man konstatera att alkoholforskningen gett oss en mycket god kunskap om hur alkoholrelaterade medicinska och sociala problem skall

Trots den goda kunskap vi har finns det emellertid alltför mycket oseriöst tyckande i den alkoholpolitiska debatten

kunna förebyggas, trots att forskningsområdet har en låg status. En aktuell genomgång av forskningsrådets anslag till medicinsk och samhällsvetenskaplig alkoholforskning visar till och med att anslagen minskar. Trots den goda kunskap vi har finns det emellertid alltför mycket oseriöst tyckande i den alkoholpolitiska debatten. Vi måste därför som läkare ta vårt ansvar och delta i debatten på ett mera aktivt sätt.

REFERENSER

1. *Room R*: Alcohol control and public health. *Ann Rev Public Health* 1984;5:293-317.
2. *Holder H, Wallack L*: Contemporary perspectives for preventing alcohol problems: An empirically-driven model: *J Public Health Policy* 1986;324-339.
3. *Lederman S* (1956): Alcohol, alcoolisme, alcoolisation. *Donnés scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Paris: Presses Universitaires de France.
4. *Goostadt M S*: Planning and evaluation of alcohol education programmes. *J Alcohol Drug Educ* 1981;26:1-10.
5. *Bandura A*: Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
6. *Rogers E M*: Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1983.
7. *Moskowitz J*: The primary prevention of alcohol problems. A critical review of the research literature. *J Stud Alcohol* 1989;50:54-88.
8. *Olsson G, Hanson B S*: Utvärdering av alkoholkampanjen "Alkoholsnurren - räkna själv" i Malmö våren 1992. Postenkätstudien. Malmö: Socialmedicinska avdelningen, Malmö allmänna sjukhus, 1992. (En rapportserie om malmöbornas hälsa nr 21).
9. World Health Organisation. Thirty-five world health assembly technical discussion. Alcohol consumption and alcohol-related problems: Development of national policies and programmes, 1982.
10. *Wagenaar A C*: Research affects public policy: the case of the legal drinking age in the United States. *Addiction* 1993;88 (suppl):75-81.
11. *Andersson C, Hanson B S*: Alkohol-, narkotika- och tobaksvanor bland eleverna i Kirsebergsskolans högstadium våren 1993. Malmö: Socialmedicinska avdelningen, Malmö allmänna sjukhus, 1993.
12. *Wagenaar A, Holder H D*: Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 1991;15:942-947.
13. *Saltz R F*: The roles of bars and restaurants in preventing alcohol-impaired driving. An evaluation of server intervention. *Evaluation and the health professions* 1987;10:5-27.
14. WHO. Identification and management of alcohol-related problems in primary health care. WHO, 1992.
15. *Hanson B S*: Erfarenheter av befolkningsinriktat alkohol-förebyggande arbete. Forskning och fakta nr 12, 1993.



DIN KUNSKAPSBANK I FRÅGA OM ALKOHOL OCH NARKOTIKA

- frågeservice
- faktablad, rapporter, publikationer
- Europas största bibliotek i drogfrågor
- pressklipparkiv ● filmarkiv
- föreläsarservice ● bidrag till föreläsare
- seminarier, kurser, konferenser
- tidningen Alkohol & Narkotika

CENTRALFÖRBUNDET FÖR ALKOHOL- OCH NARKOTIKAUPPLYSNING

BANÉRGATAN 16, BOX 27 302, 102 54 STOCKHOLM TEL: 08-670 56 00 FAX: 08-661 64 84