

Prevention av alkoholproblem

Anders Romelsjö

Intresset för alkoholproblem och preventiva insatser har åter varit stort sedan några år. Den ena utredningen avlöser den andra och varje kommun eller organisation med litet självaktning har snart alkohol- eller drogpolitiskt program där förebyggande insatser ofta har framskjuten plats. Mot den bakgrunden presenteras tre teorier av betydelse för synen på primär prevention och vidare diskuteras effekter och evaluering av information på alkoholområdet. Särskild vikt läggs vid Ledermanns teori om alkoholkonsumtionens fördelning i en befolkning. Den har fått stor betydelse som en bas för alkoholpolitik i WHO-publikationer och går igen i utredningar och debatt även i vårt land. Sekundär prevention berörs avslutningsvis.

Anders Romelsjö är distriktsläkare vid vårdcentralen i Olofström.

Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet vid Svensk socialmedicinsk förenings höstmöte 1982.

Sedan några år står alkoholfrågan i brännpunkten i debatten om hälsovård/sjukvård och sociala frågor i vårt land. Landsting, politiska partier, idrottsföreningar och kommuner, ja snart sagt varje organisation med lite självaktning har eller håller på att skaffa alkohol- eller drogpolitiska program. Ofta har primärpreventiva aspekter en framskjuten plats i program, debatt och i vissa fall även på åtgärdssidan. Men i frågan om vad som skall förebyggas och hur detta ska ske går meningarna isär liksom förr. Det finns alltså anledning att diskutera teorier för primär prevention och effekter av information och hälsouppläsning på alkoholområdet. Dessa områden har anknytning till två av de tre huvuduppgifterna i direktiven till regeringens samordningsorgan för alkoholfrågor. (SAMO) (1, 2)

Teorier för primär prevention

Som ett underlag för framställningen kan användas denna modell, som utgår från de tre komponenterna: agens, värd och omgivning (figur 1). Inkluderande 43 teorier från USA om rusmedelsupplysning (3) blir antalet modeller eller teorier stort. Man kan i huvudsak räkna med tre typer av modeller enligt en av de senare WHO-publikationerna på området (4)

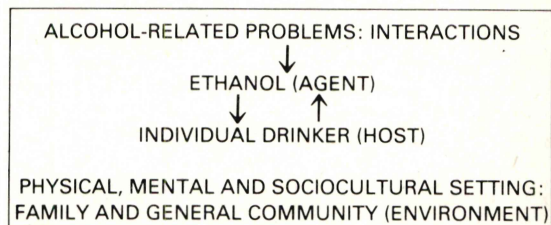
De tre modellerna är: 1. Den bimodala modellen, 2. Den socio-kulturella modellen med integrerat drickande, 3. Teorin om konsumtionens lognormala distribution i populationer.

Den bimodala modellen

Enligt denna är högkonsumtion av alkohol hos alkoholister och andra ett symptom på sjukdom eller annat tillstånd. Egenskaper hos värden står i förgrunden (figur 1).

I denna teori hävdas att alkoholkonsumtionen väsentligen är bimodal i en population. Problemet är alltså alkoholmissbruket och ej alkoholbruket. Eftersom orsaken till alkoholism anses okänd finns ej underlag för preventiva åtgärder, vilka bara drabbar den ordinäre konsumenten utan att hjälpa alkoholisten. Den lämpliga åtgärden blir behandling av alko-

Figur 1. Alkoholrelaterade problem. Vård, agens och socioekonomiska förhållanden.



(Ur Prevention of alcohol-related problems. WHO 1980).

holisterna. Den bimodala modellen har nära samband med uppfattningen av att alkoholism är en sjukdom och hade särskilt förr många förespråkare. Alkoholindustrin och bryggerinäringen hör inte oväntat till dess anhängare. Kanske finns samband mellan den tidigare stora anslutningen till denna modell och alkoholindustrins snabba expansion.

Mellan 1960 och 1972 ökade den kända världsproduktionen av vin med 19%, av öl med 68% och av alkoholhaltiga drycker 61% (i 100% etanol) – varvid ökningen var särskilt stor i 3:e världen. (4)

Den socio-kulturella modellen med integrerat drickande

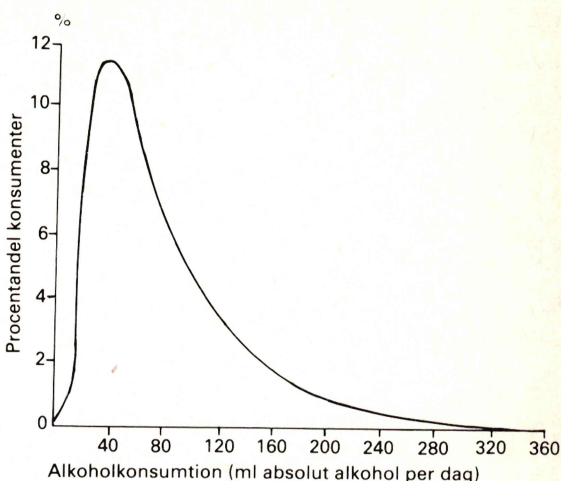
Förhållanden i omgivningen står i förgrunden, före värd och agens. (figur 1) Enligt denna teori förespråkas alkoholförtäring, ofta från unga år, integrerat i familjevanor och andra sociala sammanhang (4, 5). Vissa förespråkare motsätter sig alla restriktiva åtgärder som kan mystifiera alkoholen och därmed verka skadligt, medan andra främst motsätter sig inskränkningar i socialt, integrerat drickande. Teorin har haft stor betydelse för droginformation och program i USA, Västtyskland och Frankrike, och är inte alls ovanlig i vårt land. Liksom den bimodala modellen motsägs den av uppgifter av statistiskt och epidemiologisk art. Alkoholproblemen är mycket stora i Frankrike som ofta framställs som modelland av teorins förespråkare, vilka inkluderar alkoholindustrin (5). I en enkätundersökning bland ca 400 skolelever i centrala Stockholm 1980 illustreras den praktiska tillämpningen – att ungdomar som får smaka vin hemma oftare dricker sig berusade. (6)

Ledermanns konsumtionsdistributionsteori

Denna teori har stor betydelse eftersom den, trots att den kritiseras i många avseenden, har fått karaktären av en av WHO sanktionerad normativ (handlingsföreskrivande) teori för alkoholpolitiken (se "Alkoholpolitik och folkhälsa") (7, 8) vars tankegångar ofta går igen även i svensk debatt och i utredningar (9, 12). Agens är det centrala, men förhållanden hos värd och omgivning förnekas ej. (figur 1)

1956 presenterade den franske demografen Sully

Figur 2. Ledermanns kurva.



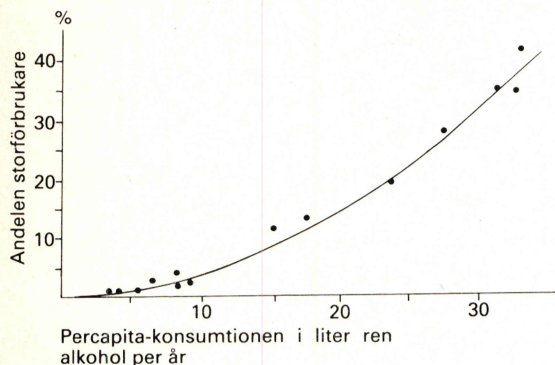
(Smith Richard. The relation between consumption and damage. BMJ 1981; 283: 895).

Ledermann denna teori och olika studier som han påstod stödde denna. De största populationerna var den svenska från 1948 på 28000 personer (13, 14, 15), vilket har intresse då Lenke menar att motbokstiden kanske medförde en sär fördelning av konsumtionen (11). Ledermann hävdade att alkoholkonsumtionen i olika populationer har en likartad lognormal distribution, som kan beskrivas med en unimodal, kontinuerlig och påtaligt högerförskjuten distributionskurva (13, 14). Kurvan är uppbyggd på de naturliga logaritmerna för konsumtionens volym. (figur 2)

Ledermanns kurva är en speciell en-parametervariant av den lognormala distributionen där medelvärdet för konsumtionen i en homogen population helt definierar distributionen, vilket förutsätter att variansen eller spridningen är densamma. Skillnader i spridningen förekommer men är ringa för befolkningar med liknande genomsnittskonsumtion och har liten praktisk betydelse (7).

Enligt modellen svarar en liten andel högkonsumenter för en stor del av den totala konsumtionen, vilket är väl förenligt med uppgifter från vårt land (16, 17). Som figur 3 visar är andelen högkonsumenter mer än dubbelt så stor i en population som har dubbelt så stor genomsnittskonsumtion som en annan. Det empiriska bakgrundsmaterialet, teorin

Figur 3. Relationen mellan percapita-konsumtionen och andelen personer med en genomsnittlig daglig förbrukning överstigande 10 cl ren alkohol funnen genom empiriska metoder.

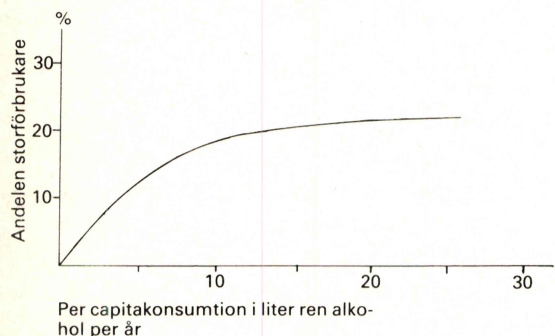


(Ur Bruun Kettel, m fl, Alkoholpolitik och folkhälsa. Sober - dokumentation 8, Sobers förlags AB. Stockholm 1979).

och kurvans utseende talar mot tanken att flertalet högkonsumenter och alkoholberoende är predisponerade. I så fall skulle konsumtionsdistributionskurvans utseende vara annorlunda. (figur 4)

I vårt land har genomsnittskonsumtionen fördubblats efter andra världskriget fram till 1976, varefter det minskat. Mortaliteten i levercirros, den bästa alkoholskadeparametern, har också ökat kraftigt och flerdubblats hos män (9). Många studier,

Figur 4. Relationen mellan percapita-konsumtionen och tung förbrukning som den skulle se ut i enlighet med hypotesen att en ökning av den totala konsumtionen leder till en större andel "måttliga" förbrukare.



(Ur Bruun Kettel m fl. Alkoholpolitik och folkhälsa. Sober-dokumentation 8. Sobers förlags AB. Stockholm 1979).

Det empiriska bakgrundsmaterialet, teorin och kurvans utseende talar mot tanken att flertalet högkonsumenter och alkoholberoende är predisponerade.

dock ej alla, bekräftar huvuddragen i modellen, men en svaghet är att dessa nästan enbart är tvärsnittsstudier.

WHO-experterna är medvetna om detta och om förekomsten av skillnader i dryckesmönster och socio-kulturella förhållande i olika länder. Då dessa ändå passar in i den lognormala distributionen menar man att inflytandet av sådana variabler av andra ordningen ej är så stort och att detta talar för trendstudier eller longitudinella studier troligen ej skulle uppvisa avvikelser från den lognormala distributionen. Två trendstudier tycks också bekräfta detta. (7)

En av de som främst arbetat med Ledermans teori är Ole Jörgen Skog. (18-21). Han menar att oenigheten främst gäller den teoretiska tolkningen av empiriska data, (7, 18-22) som han sammanfattar:

1. Den självrapporterade alkoholkonsumtionen är starkt högerfördelad i de populationer man har uppgift från. I vissa fall är fördelningen av lognormal typ, i andra fall är avvikelser stor.
2. Fördelningens logaritmiska varians är genomgående större i befolkningar med låg genomsnittskonsumtion.
3. Tvärkulturella sammanställningar visar att prevalensen storförbrukare är en ökande, konvex funktion av genomsnittskonsumtionen i befolkningen.
4. Både ekologiska och longitudinella data visar en klar samvariation mellan totalförbrukning av alkohol och levercirrosdödlighet (19).

Kan Ledermans teori förenas med annan teori?

Skog menar att Ledermans teori är mekanisk och ej ger någon förklaring till resultaten och dess implikationer. Han menar att en teori om social interaktion kan förklara väsentliga delar av konsumtions-

distributionen (19). Många undersökningar har påvisat samband mellan sociala förhållanden och alkoholmissbruk (23). Sådana fakta och teorier av sociologisk, inlärningspsykologisk eller multifaktoriell typ kan mycket väl vara förenliga med Leder-manns modell liksom Skogs interaktionsteori.

Konsumtionsdistributionsteorins betydelse för alkoholpolitik och primär prevention

Enligt Leder-manns teori beror alltså prevalensen högkonsumenter av alkohol i en population på genomsnittskonsumtionen. Ändras denna så ändras andelen högkonsumenter i ännu större utsträckning. Det medför att genomsnittskonsumtion av alkohol i befolkningen och möjligheterna att påverka denna får central betydelse. WHO-experternas viktigaste slutsats 1975 då teorin på allvar lanserades som bas för prevention blev denna: "Förändringar av den totala konsumtionen av alkoholhaltiga drycker har verkningar på hälsotillståndet hos befolkningen i varje samhälle. Då åtgärder av alkoholkontrollerande natur kan användas för att begränsa konsumtionen blir kontrollen av alkoholens tillgänglighet en folkhälsofråga". (7) Alkoholpolitik blir den centrala för prevention och innebär enligt WHO:s medvetet begränsade definition "Legala, ekonomiska och fysiska kontrollåtgärder vilka påverkar tillgängligheten av alkohol för individen" (7). En orsak till begränsningen är bedömningen av den alkoholpolitiska inriktningen internationellt. Man menar att de folkhälsofrämjande ansträngningarna på senare år (boken utkom 1975) koncentrerats på upplysning och behandling. "Således har - av ideologiska skäl - upplysning och behandling kommit att föredras framför juridiska ingrepp. Båda strategierna inkräktar därtill minimalt på det stora flertalet samhällsmedlemmar samtidigt som in-

Prevalensen högkonsumenter av alkohol i en population beror alltså på genomsnittskonsumtionen. Genomsnittskonsumtionen av alkohol i befolkningen och möjligheten att påverka denna får betydelse. Alkoholpolitik blir det centrala för prevention.

trycket av effektiva åtgärder bibehålls. Av samma skäl är båda i allmänhet acceptabla för dem, som har ekonomiska intressen i alkoholproduktion eller distribution under det att generella restriktioner när det gäller alkoholens tillgänglighet våldsamt motar-betas" (7).

WHO-experternas uppfattning om vikten av att begränsa alkoholens tillgänglighet är egentligen inget nytt, men uppmaningen har en helt annat empiriskt och teoretiskt underlag än tidigare. Nykterhetsrörelsen, frikyrkorna och den radikala arbetarrörelsen har ofta arbetat i denna riktning.

Åtgärder för att minska alkoholens tillgänglighet

Förutom totalförbud, som ej är aktuellt, har i huvudsak följande fyra åtgärder föreslagits i vårt land (11).

1. Informationsinsatser
2. Registrering
3. Prispolitik
4. Ransonering

Förslaget om inköpsregistrering bygger främst på tanken att detta skulle verka starkt avhållande och leda till minskade inköp. En fördel är att ett sådant system skulle ge unika möjligheter att studera alkoholkonsumtionen i detalj men då det är ett avsevärt intrång i den personliga integriteten avvisas det från många håll. IOGT-NTO förespråkar inköpsregistrering.

Prispolitik har kanske relativt större effekt mot omfattningen av andelen alkoholkonsumenter och genomsnittskonsumtion medan ransonering är särskilt verksamt då det gäller att påverka högkonsumenterna (11).

Prispolitik

Ekonometrisk analys har visat att alkoholen i stor utsträckning beter sig som andra varor och att efterfrågan till största delen kan förklaras statistiskt i termer av priser och inkomster. Priselasticiteten varierar mellan olika grupper i ett samhälle och beror på ekonomi, kulturella och sociala förhållanden samt varans bruksvärde för individ/grupp (7). Kritiken mot alltför stora prishöjningar har främst gått ut

på att låg- och medelinkomsttagaren drabbas (gynnas) medan höginkomsttagaren gynnas (drabbas). Sedan motboken slopades 1955 har man i Sverige främst satsat på prispolitik. SAMO föreslår tätare prishöjningar, men ej av sådan storleksordning att de varaktigt kommer att ligga över den aktuella prisnivån. Bakom detta förslag kan förstås ligga såväl opinionsmässiga som fiskala överväganden, förutom de alkoholpolitiska. Under de senaste 10 åren har realpriset för alkohol ej ökat och antalet arbetstimmar som krävs för en liter absolut rent brännvin har minskat. Statsinkomsterna från alkohol har gradvis minskat från 7,2% 1972 till 5,4% 1981. (24)

Det klassiska exemplet på effekten av kraftiga prishöjningar kommer från Danmark. Pga livsmedelsbrist gjorde man mycket stora prishöjningar i slutet av första världskriget. Den genomsnittliga alkoholförsäljningen sjönk till ca 1/4 av den tidigare och antalet personer med diagnoserna kronisk alkoholism och delirium tremens än mer, vilket visar priskänsligheten hos kroniska alkoholister den gången (7). Danmark förde sedan högprispolitik medan Sverige införde motbok. 1929 var alkoholförsäljningen i Danmark ca 39% av försäljningen 1911 medan siffran för Sverige var ungefär dubbelt så hög, något som i hög grad kom att orientera nykterhetsrörelsen bort från motbok. (25). Väl motiverade socialpolitiska reformer har möjligen medfört att många högkonsumenter av alkohol nu är mindre priskänsliga.

Ransonering

Allt fler svenskar kan tänka sig ransonering. En namninsamling pågår (Riksupprop för alkoholransonering). En ransonering skulle vara av värde för både kända och dolda alkoholister och andra högkonsumenter oberoende av inkomst och ekonomiska tillgångar. Ideologiskt och moraliskt skulle en ransonering bygga på solidaritet med kända och kommande missbrukare, en solidaritet med dem som har det besvärligt i olika avseenden och givetvis åtföljas av upplysningskampanjer för att förklara åtgärden (26). Ransonering skulle minska tillgången på langarsprit, därigenom motverka langningen, vilken kanske ökat sedan motboken försvann (26).

Fler invändningar mot ransonering finns förstås (11). Lenke har betonat att ransonering utifrån nuvarande genomsnittskonsumtion troligen skulle påverka högkonsumenter mer än ganska stora prishöjningar (11).

Informationsinsatser för att förebygga alkoholproblem

Både 1944 års nykterhetskommitte och alkoholpolitiska utredningen betonade vikten av bättre upplysningsåtgärder i syfte att minska alkoholproblemen liksom nu SAMO (1, 2). APU varnade dock för övertro på informationsinsatser och pekade på "faran av att låta olika uppseendeväckande informationsinsatser tjäna som substitut för andra åtgärder av socialpolitiskt eller rent av alkoholpolitiskt art" (16). På det drog- eller alkoholpolitiska området pågår en på många håll sjudande aktivitet. 47 av kommunerna har alkoholpolitiska program med förebyggande inriktning och i ytterligare 125 pågår arbete på detta område. (27)

En översikt över det stora antalet alkoholinformatörer i landet finns i Riksrevisionsverkets utredning (28).

Medan landets alkoholpolitik kommer till efter beslut på central nivå, av riksdag, så löper det stora flertalet alkohol- och drogpolitiska program på lokal nivå, ute i kommuner och i föreningar där säkert tusentals människor är engagerade på ett eller annat sätt. I Olofström samarbetar vi i primärvården med kommunala organ och har sökt engagera alla större föreningar i arbetet på drogpolitiskt program.

Om effekter och evaluering av informationsinsatser

Medan lekmän och politiker ej sällan har ganska stark tro på informationens effekter är forskarna mera skeptiska. "Många uttalar sig för en utbyggd alkoholupplysning. Endast forskarna förefaller att hysa tvivel. Resultaten av undersökningarna i

.....
Medan lekmän och politiker ej sällan har ganska stor tro på betydelsen av informationens effekter är forskarna mer skeptiska.
.....

många länder har visat att alkoholupplysning knappast alls påverkar mottagarnas beteende och attityder", skriver chefen för alkoholpolitiska forskningsinstitutionen i Finland Juha Partanen (28).

Mot bakgrund av detta och då befintliga utvärderingar ofta har mindre god kvalitet och/eller alltför anspråklös målsättning är det förståeligt att författare på området ofta efterlyser utvärderingsstudier (4, 28-30).

I sin kritiska rapport föreslår Riksrevisionsverket att en modell för utvärdering av enskilda informationsinsatser utarbetas, vilket även Läkarförbundet ser som väsentligt (28, 12).

Klaus Mäkelä och Robin Room menar att det är viktigt att utvärdera både process och utgång och betonar att preventiva insatser ska betraktas som experiment och först prövas i liten skala. Evalueringstudier kan i regel hänföras till de två huvudtyperna "interrupted time series" design och kontrollerade före och efter studier. (4) I en utmärkt svensk broschyr på området ges värdefulla synpunkter och framhåller bla vikten av goda kunskaper i informations- och kommunikationsteori. Alkoholinformatorn måste känna till och räkna med betydelsen av egenskaper hos sändaren, meddelandet, kanalen och inte minst mottagaren (30). Möjligen är affektiva metoder de bästa vid alkoholinformation till skolelever (31). Den intresserade kan se fram mot två arbeten inom området alkoholinformation, förutom Ulla Marklunds avhandling. Marcus Grant, director i Alcohol Education Centre, håller på att avsluta en genomgång av evalueringslitteratur 1960-80 från Västeuropa, USA och Australien (32). Finländska forskare arbetar med en bok på området (33).

Ska vi minska alkoholupplysningen?

Mot bakgrund av tex Partanens bedömning ovan kan frågan vara berättigad. Han menar dock själv: "I själva verket är det ganska orealistiskt att tro, att ett upplysande budskap skulle åstadkomma snabba och märkbara förändringar hos den enskilde mottagaren. Upplysningen driver fram debatt om alkoholproblem och om sätten att angripa dessa, upplysningen påverkar politiken, som frambringar alkoholnegativa lösningar". De alkoholpositiva kraf-

terna kan ha varit starkare och konsumtionen ännu större utan alkoholinformation. Det finns studier som talar för åtminstone kortvarig effekt av alkoholinformation (34). Våra mätmetoder är kanske alltför trubbiga. Med all sannolikhet hade Svenska nykterhetssällskapet opinionsmässig betydelse inför försäljningslagens ändring och husbehovsbränningsens avskaffande i mitten av 1800-talet. Utan nykterhetsrörelsens arbete hade knappast halva befolkningen varit för totalförbud i början av seklet (25). Vi ska alltså ej minska alkoholupplysningen. Istället bör vi öka den, förbättra den och bättre evaluera våra insatser.

Generella åtgärder

Insatser riktade enbart mot alkoholen, tex ransonering, prishöjning och alkoholinformation benämns ibland som specifika primärpreventiva åtgärder.

Alla mer allmänna åtgärder som syftar till att skapa god hälsa och goda sociala förhållanden betecknas som generella primärpreventiva åtgärder. De kan avse insatser mot arbetslöshet, bostadsbrist, kommersialism m.m. De generella åtgärderna kompletterar de specifika. Effekten av olika generella åtgärder på alkoholvanor och alkoholöverkonsumtion är tyvärr oklar och svår att undersöka.

Aktuell svensk alkoholpolitik

"Ett övergripande mål för alkoholpolitiken är att minska den totala alkoholkonsumtionen. En väg att åstadkomma en sådan begränsning av alkoholkonsumtionen är att genom informationsinsatser och opinionsbildande arbete påverka alkoholvanorna. En annan väg är att minska alkoholens tillgänglighet genom lika typer av restriktiva åtgärder, inklusive en aktiv prispolitik". (1, 2).

.....

Mot bakgrund av befintlig kunskap borde nog SAMO-utredningen och regeringen starkare ha betonat den sannolikt större effekten av ransonering och/eller en mer kraftfull prispolitik . . . och mer kritisk värderat informationsinsatsernas möjligheter.

.....

Detta står att läsa i sammanfattningen till SAMO:s utredning. Mot bakgrund av befintlig kunskap borde nog SAMO-utredningen och regeringen starkare betonat den sannolikt större effekten av ransonering och/eller en mer kraftfull prispolitik än den föreslagna och mer kritiskt värderat informationsinsatsernas möjligheter (jfr ovan), som kanske främst består i att mer enhetligt, bättre och i ökad omfattning understödja en mer markerad restriktionspolitik vilken för övrigt ej står i motsättning till generella socialpolitiska åtgärder för en sådan alkoholpolitik ökar. Gäller det inte att bestämt och kraftfullt befästa de steg som tagits mot en bättre folkhälsa och låta partipolitiska och statsfinansiella överväganden träda tillbaka? Framgångarna kan annars visa sig vara tillfälliga. Försäljningen på Systemet har åter ökat första halvåret 1982.

Sekundär prevention av alkoholrelaterade problem och alkoholberoende

Från många håll förordas en ökad satsning på sekundär prevention på alkoholområdet. Inte minst menar många att detta är en viktig uppgift för primärvården (9, 12, 39). Som kriterier på tillstånd, lämpliga för screening har föreslagits bl a:

1. Tillståndet ska vara ett viktigt hälsoproblem.
2. Det ska finnas lämpligt screening-instrument för tidiga eller latent fall.
3. Effektiva behandlingsmetoder ska finnas i tillräcklig omfattning. (38, 39).

Alkoholområdet uppfyller det första kriteriet, men det är mer tveksamt om de två andra villkoren gäller (39).

Tillgängliga metoder i screening är intervjuer, enkäter och laboratorieprov (39, 40). Hollstedt och Rydberg har nyligen diskuterat hur man kan försöka ta upp anamnes på alkoholvanor i det praktiska sjukvårdsarbetet (41). De två frågeformulär för enkät som använts mest internationellt är CAGE, MAST eller S (short)-MAST (40). Studier där dessa använts finns dock ej redovisade från vårt land. Hans Kristenson använde en modifierad version av MAST, kallad Mm-MAST (42) i sitt arbete i Malmö. I en screeningundersökning i ett samhälle hade CAGE, som har fördelen att endast bestå av fyra

frågor, större sensitivitet än MAST (43), Höga värden på sensitivitet (80–98%) och en specificitet på 90–95% har rapporterats för MAST och CAGE på vissa alkoholister- eller patientgrupper. Mm-MAST hade en sensitivitet på 66% med avseende på högkonsumenter och 73% med avseende på alkoholism. Specificiteten var 95% och det prediktiva värdet var 54% (42,44).

I den stora Malmö-undersökningen var sensitiviteten för GT 27% med avseende på högkonsumtion och 31% med avseende på alkoholism medan specificiteten var 95%. Tillsammans identifierade Mm-MAST och GT 82% av de på alkoholkliniken kända alkoholisterna och 97% av de som var kända där efter screeningen (42). (Enkäten hade alltså avsevärt högre sensitivitet). En fin sammanställning av metodik och problem på detta område har nyligen utgivits (44).

I sin avhandling har Hans Kristensson visat resultat av den behandling i öppen vård som en intresserad alkoholläkare kan ge, med bio-feedbackteknik bl a, av manliga högkonsumenter av alkohol. Med liknande metodik har Åke Bliding och medarbetare också nått goda resultat vid behandling av värnpliktiga (45).

De män som vid hälsokontroll hade högt GT-värde orsakat av högkonsumtion av alkohol (konfirmerat vid följande intervju) erbjöds kontakt i öppen vård och randomiserades i behandlingsgrupp eller kontrollgrupp. Efter 2 års tid hade ca 1/3 avbrutit behandlingen, medan resterande i olika avseenden visade förbättring i socialt eller medicinskt avseende. I flera avseenden hade behandlingsgruppen förbättrats mer än kontrollgruppen, där förbättring också skett (42). Gunilla Larsson och medarbetare har visat att man med lite extra resurser kan nå högkonsumerande gravida kvinnor på mödravårdscentralerna med intervjumetodik och även hjälpa dem att minska sin konsumtion (46).

Förutsatt att kunskap, intresse och personella resurser finns är det sannolikt möjligt att använda ovan beskriven metodik i primärvården och kanske nå goda resultat. Många högkonsumenter och personer i tidig fas av alkoholberoende finns sannolikt bland alla de som första gången omhändertags enligt lagen om omhändertagande av berusade (LOB) el-

ler döms för trafiknykterhetsbrott. Leder dessa förhållanden och efterföljande anmälan till socialtjänst till snabb och energisk utredning, kanske i samarbete med primärvården, i den omfattning som torde vara motiverat? Kanske finns här viktiga insatser att göra.

REFERENSER

- Partanen Juha.* Teser om upplysning. Alkoholpolitik 1981; 4: 125-132.
- Prevention of alcohol-related problems. WHO. Toronto 1980.
- Bruun Kerttilä m fl.* Alkoholpolitik och folkhälsa. Soberdokumentation 8. Sobers förlags AB, Stockholm 1979.
- Alkohol och ohälsa. En kunskapsöversikt. Hälsorisker, hälsa och sjukvård inför 90-talet. Socialdepartementets sjukvårdsdelegation 1980 (SOU 1981: 1).
- Rapport från ett forskarseminarium kring ransonering, registrering och prispolitik genomfört på initiativ av Samordningsorganet för alkoholfrågor (SAMO). Alkoholpolitiska restriktioner, Stockholm. Socialdepartementet 1981 (DsS 1981: 23).
- Sveriges Läkarförbund. Läkare om alkohol. Forskningsresultat och förslag till åtgärder. Stockholm 1982.
- Ledermann, Sully.* Alcohol, Alcoolisme, Alcoolisation. Mortalité, morbidité, accidents du travail. (Institut Na-

tional d'Etudes Démographiques, Travaux et Documents, Cahier n° 41). Presses Universitaires de France. Paris 1964.

- Skog Ole-Jörgen.* Totalkonsumtion och skadeverkningar. Risken att bli alkoholist. Riksbankens jubileumsfond 1982: 1. Stockholm 1982.
- Skog Ole-Jörgen.* Is Alcohol Consumption Lognormally Distributed? British Journal of Addiction 1980; 75: 169-173.
- Hoikkala Tommi.* Vad är upplysning? Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. Nyhetsbrev 2: 1981: 1-3.
- Larsson Sven.* Att förebygga alkoholskador. Ingår i Göteborgs Friskvårdsberedningsutredningar. Göteborg 1979.
- Screening Test for Alcoholism? Lancet 1980; ii: 1117-1118.
- Kristenson Hans.* Studies on Alcohol Related Disabilities in a Medical Intervention Programme in Middle-Aged Males. Malmö 1982. (Akademisk avhandling).
- Jacobsson Kjell, Fex Göran, Johansson Bengt, Nilsson Åke, Norden Åke.* Gt-analys och andra metoder att upptäcka och följa behandlingen av alkoholbetingad sjukdom. PM 6/82. Socialstyrelsen 1982.
- Länshälsokommitten för hälsoupplýsning i Stockholms län. Alkohol, narkotika och fosterskador. Skriftserie nr 4. Stockholm 1979.
- Fullständig litteraturförteckning kan erhållas av författaren.

"Opposition" och diskussion, referat

Jan Halldin, "opponent", förordar en uppdelning av preventionsbegreppet i primär, sekundär och tertiär prevention. Han efterlyser diskussion om de motsättningar som råder inom svensk alkoholdebatt och exemplifierar med motsättningarna mellan den sk samrådsgruppen och Bejerots modell, där samrådsgruppen utgår från en socialkulturell syn och därför förordar sociala åtgärder mot drickandet. I Bejerots modell är det däremot primärt att ingripa mot själva alkoholdrickandet.

J. H. exemplifierar därefter åtgärder för att minska tillgängligheten av alkohol och han betonar den nedgång i intagningar av patienter med delirium tremens som spritransoneringsperioden på 1960-talet

gav. Bland åtgärder för att minska tillgängligheten av alkohol kan nämnas rättigheter att utskänka sprit på restauranger, införsel av sprit vid utlandsresor, påverkan via massmedia och olika TV-serier, representationsprit etc.

J. H. tar också upp frågan om sekundär prevention utifrån en vårdcentral och åtgärderna att på ett tidigt stadium uppspara alkoholism. Han betonar där värdet i användandet av en alkometer. J. H. saknar i Anders Romelsjö's framställning en diskussion om socialpolitik och då specifikt socialförsäkringssystemet. Han tar upp frågan om sjukskrivning och betonar att denna bör vara retroaktiv och kopplad till krav till behandling och nykterhet. J. H. tar

också upp frågan om sjukpensionering och betonar riskerna med denna åtgärd.

Vidare behandlar J. H. frågan om hur man lokalt skall arbeta med alkoholmissbrukare och han betonar där de olika lokala förutsättningarna som kan råda. Att arbeta med alkoholmissbrukare kräver ett alldeles speciellt arbetssätt med mycket intima kontakter mellan vårdpersonal och patient och därför anser J. H. att det i många fall kan vara nödvändigt att ha ett speciellt arbetslag som arbetar just med nämnda patientgrupp.

Slutligen tar J. H. upp frågorna om vad ny lagstiftning kan ha fått för effekter ur perspektivet alkoholprevention och effekten av de sk tillnyktringsenheterna.

I den därpå följande diskussionen inleder Nils Bejerot med att betona vikten av att dra lärdom av historien där han menar att kunskapen visar att endast generella restriktiva åtgärder har haft någon effekt mot alkoholkonsumtion och att terapeutiska åtgärder inte ens har haft någon marginell effekt. Han anger därefter sin uppfattning att det för att bli alkoholist krävs:

Positiv inställning till alkoholrus,

Gott om tid

Gott om pengar

Gott om alkohol

Därefter hävdar N. B. att sjukvården är den viktigaste faktorn för att generera alkoholproblemet tack vare att man behandlar komplikationer av drickandet så att drickandet kan fortsätta.

Som viktiga åtgärder mot alkoholdrickande betonar han vikten av att tidigt upprätta sociala spelregler och förstärka den sociala kontrollen. N. B. avslutar sitt inlägg med att upplysa om att det inte finns en enda vetenskaplig undersökning i världen som visar att frivillig behandling är bättre än ingen behandling alls.

Per Bjurulf upplyser om att det sedan 4–5 år skett en minskning av alkoholbruket bland skolungdom.

Lars Himmelman upplyser om att en arbetsgrupp inom Läkarförbundet som sysslat med alkoholfrågan var överens om att verka för restriktiva åtgärder mot alkoholbruk via införandet av motbok. Ef-

ter remissbehandling av detta förslag bland föreningens medlemmar framkom en sådan stor delning i inställningen till införandet av motbok att det ur fackpolitisk synpunkt var omöjligt att gå ut och rekommendera ett införande av en sådan. Han tar vidare upp frågan om vad primärvården har för roll när det gäller den primära preventionen av alkoholproblem. Gör primärvården någonting aktivt eller väntar den att problemet skall komma till den?

Anders Romelsjö anser att det finns vetenskapliga belägg för att frivillig behandling kan vara bättre än ingen behandling alls. Han tar ett exempel ur en undersökning av Kristensson som framlades i maj 1982. A. R. bekräftar Per Bjurulfs påstående om att skolungdom minskat sitt alkoholdrickande genom att hänvisa till Skolöverstyrelsens undersökningar. Samma tendens gäller för de värnpliktiga och han konstaterar slutligen att LOB-fallen har minskat. Vad nedgången beror på kan han inte ge svar på, men han förmodar att en ökad information liksom en allmän debatt kan ha gett resultat.

Socialchefen i Sundbyberg, Lars Åsberg, försvarar i ett inlägg socialarbetare och hemvårdspersonal som han tycker blivit orättvist påhoppade av Nils Bejerot rörande dess bidrag i alkoholbehandlingen. Socialläkaren i Göteborg, Gunilla Landergren, beskriver hur man i Göteborg har sökt lösa arbetet med alkoholproblemet. Den primära preventionen mot alkoholismen ligger på primärvården. Den sekundära preventionen ankommer psykiatrin och socialläkaren.

Björn Söderfeldt menar att det är inte tillräckligt att ha en uppfattning om orsaken till alkoholism för att rekommendera ett visst handlingsätt. Det krävs också en värdering. Han anser att det är viktigt att skilja på den generella uppfattningen om orsaker till alkoholism och den individuella behandlingssituationen och det är i detta som människosynen är avgörande.

Lars Himmelman betonar avslutningsvis att den utredning han ingått i i princip förordar att primärvården skall vara den första instansen när det gäller behandling av alkoholproblem.

Bengt Olsson