

Alkoholpancreatit — en social sjukdom? Skall den vårdas på kirurgklinik?

Ulf Seligson

Töres Theorell

Katarina Tongue

I Stockholms läns landsting med en total population av 1,3 milj invånare vårdas cirka 1000 patienter cirka 10 000 vård dagar per år vid sjukhus under diagnosen pancreatit. Den vanligaste orsaken till pancreatit är alkoholkonsumtion (75%). Sjukdomen är mansdominerad (80%), med stor överdödlighet i unga år. Recidiv är vanligt förekommande om patienten fortsätter med sitt alkoholmissbruk, men ovanligt om patienten slutar att dricka alkoholhaltiga drycker. Patienter med pancreatit vårdas ofta på kirurgklinik. Vi har utfört en prospektiv studie på 48 patienter som vårdas för alkoholpancreatit och försökt utvärdera en kirurgklinikens möjligheter att lösa patientens alkoholproblem. Resultaten har varit nedslående. Inom ett år hade minst 85% av patienterna fått återfall i alkoholmissbruk. En omorganisation av vården för patienter med alkoholproblem bör ske för att bättre utnyttja vårdresurserna.

Ulf Seligson är klinisk amanuens, kirurgiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm, Töres Theorell, professor/Statens Institut för psykosocial miljömedicin, Stockholm och Katarina Tongue, kurator, Södersjukhuset, Stockholm.

Antalet alkoholister i Stockholm har uppskattats till 40 000–60 000. De flesta av dessa är sk dolda alkoholister och är inte registrerade hos nykterhetsvårdande instanser, utan kommer till sjukhus med medicinska symptom av sin alkoholkonsumtion. De vanligaste sjukdomar som direkt kan knytas till alkoholmissbruk är vissa hjärtsjukdomar, neurologis-

ka sjukdomar, leverskador och bukspottkörtelinflammation (2, 13).

Alkoholism är i många fall förknippad med social utslagning med skilsmässor, ekonomiska svårigheter och förtidspension som följd. Flertalet alkoholister vårdas upprepade gånger på institutioner för sin alkoholism. Resultaten av denna typ av vård är nedslående vad beträffar prognosen att förhindra återfall i alkoholmissbruk (5).

I Stockholms läns landsting med en total population av 1.3 milj innevånare vårdas cirka 1000 patienter per år, tillsammans cirka 10 000 vård dagar vid sjukhus, under diagnosen Pancreatit. Den vanligaste orsaken till pancreatit är alkoholmissbruk. Andra vanliga orsaker är gallvägssjukdomar och pancreascancer. Alkohol anses idag svara för 60–80% av etiologin vid pancreatit (6, 9, 19).

Vi har gjort en retrospektiv studie av patienter som vårdats under diagnosen Pancreatit vid Södersjukhuset och Nacka sjukhus under åren 1972–1973. En grupp av dessa patienter efterundersöktes 5 år senare på Södersjukhusets kirurgiska klinik.

Avsikten med denna studie var att försöka kartlägga patienternas sociala situation avseende alkoholvanor, rökvanor, bostadssituation, ekonomi, familjesituation och arbetssituation vid tidpunkten för efterundersökningen. Vi har även försökt utvärdera en kirurgklinikens möjligheter att hjälpa dessa patienter med deras sociala problem och att genom aktivt stöd förhindra återfall i alkoholmissbruket.

MATERIAL OCH METOD

Under åren 1972 och 1973 vårdades 314 patienter under diagnosen Pancreatit på Södersjukhusets och

Nacka sjukhus kirurgiska kliniker. Samtliga patienter hade såväl kliniskt som laboratoriemässigt visat tecken på pancreatit. Efterundersökningen pågick mellan 1.1.1977 och 31.12.1978. Av totalt 314 patienter bortföll 32 (varav 5 avlidit) på grund av ofullständiga folkbokföringsnummer. 9 (varav 2 avlidit) var utflyttade från landstinget och ytterligare 67 hade avlidit. Dessa 67 patienters journaler hade granskats och redovisas i ett annat arbete (16). Av resterande 206 patienter kallades 103 med slumpmässigt urval per brev till efterundersökningen. Resultatet av kallelsen blev följande:

Efterundersöktes på sjukhus	57
Avvek under undersökningen	1
Adressaten okänd	12
Telefonkontakt	12 (5 gall- och 7 alkoholpancreatit-patienter)
Kontrollerad av annan läkare	2
Ingen kontakt	19
	103

Bortfallet var således 43.6%. Trots upprepade kallelser per brev och i vissa fall telefonsökning kunde flera patienter ej återfinnas. Samtliga de patienter, vilkas brev returnerats med besked "adressaten okänd" hade adresser till ungarlshotell i Stockholm. Alla dessa patienter hade haft alkoholpancreatit. 16 av de 19 patienterna som vi ej fått någon kontakt med hade tidigare vårdats för alkoholpancreatit.

Efterundersökningen omfattade således 57 patienter. Följande anamnestiska faktorer undersöktes:

1. föräldrarnas yrken och alkoholvanor,
2. patienternas familjeförhållanden,
3. utbildning,
4. arbete,
5. rökvanor,
6. alkoholvanor,
7. bostadsförhållanden,
8. ekonomi, och
9. kontakt med sociala myndigheter.

Patienterna genomgick under 5 dagar omfattande kliniska undersökningar omfattande: Laboratoriestatus, peroral glukosbelastning, Lundh test, ERCP (endoskopisk-retrograd-choleodochopancreatografi), röntgen av oesophagus, ventrikel och duodenum, röntgen buköversikt samt röntgen cholecystografi och cholegrafi. Resultaten av dessa undersökningar kommer att redovisas i annat arbete.

Samtliga patienter kontaktades av en kurator på kirurgavdelningen i avsikt att hjälpa de patienter, som hade sociala problem. Två timmars enskilt läkarsamtal under vårdtiden ingick för samtliga patienter, utöver anamnesupptagningen. Vid samtalet informerades patienten om pancreatitsjukdomens etiologi, behandling och prognos. Även den enskilda patientens framtida behandling diskuterades.

Ålder, kön och etiologi

43 män och 14 kvinnor ingick i undersökningen. Medelåldern var 48.3 år för män (range 28–73) och för kvinnor 46.0 år (range 23–71). Medelåldern för de 37 manliga patienter som haft alkoholpancreatit var 44.9 (range 28–65) och för motsvarande 11 kvinnor 46.5 år (range 23–71). 6 män hade haft pancreatit på grund av gallvägssjukdomar, medelålder 67 år (range 58–73) och 2 kvinnor, 45 och 67 år gamla. En kvinna, 43 år gammal, hade stenosis i papilla Vateri. Patienterna indelades i två grupper:

1. alkoholpancreatit (48),
2. icke alkoholpancreatit (9).

Tidigare vård för pancreatit på sjukhus

Fram till efterundersökningstillfället hade de 48 alkoholpancreatitpatienterna vårdats i genomsnitt 6.1 gånger för pancreatit (range 1–25). 5 av dem hade tidigare opererats för gallblåsekonkrement.

I gruppen icke alkoholpancreatit, om omfattade 9 patienter, hade 7 opererats för gallvägssjukdom. 6 av dessa hade vårdats 1 gång för pancreatit och 1 patient 2 gånger före operation. Ingen av dessa patienter har haft pancreatit efter operation. 1 patient med stenosis i papilla Vateri har vårdats 5 gånger för pancreatit.

RESULTAT

Social bakgrund

Patienterna med alkoholpancreatit angav att föräldrarna i 8/48 (16.7 %) av fallen hade haft alkoholproblem, och i 6/48 (12.5 %) av fallen upplevde patienterna att föräldrarna hade haft dålig ekonomi.

Fadern arbetade ofta som grovarbetare, 18/48 (37.5 %) eller som hantverkare, 14/48 (29 %). Endast i 1 fall var fadern förtidspensionerad. I 5 hem förekom såväl dålig ekonomi som alkoholproblem. I 2 hem uppgavs att det förekom barnaga. Samtliga icke alkoholpancreatitpatienter hade vuxit upp i hem utan ovanstående problem.

Utbildning, arbete, boendeförhållanden och ekonomi

Utbildning. — 25/48 (52 %) av patienterna med alkoholpancreatit hade folkskola som enda utbildning, 14/48 (29 %) hade kortare yrkesutbildning, 7/48 (14.5 %) hade 2–3-årig fackskoleutbildning, 2/48 (4.2 %) hade 3-årig gymnasieutbildning. Ingen hade eftergymnasial utbildning.

Tabell 1. Fördelning av yrken

	Alkoholpancreatit		
	antal	%	förtidspens
Biträdespersonal	20/48	41.5	(9)
Icke facklärda	11/48	23.0	(4)
Facklärda	7/48	14.5	(2)
Kontorist, assistent	6/48	12.5	(1)
Ingenjör m fl	2/48	4.0	(1)
Specialist, ledande och föret jordbruk	0	0	(0)
Ålderspensionär	2/48	4.0	(0)
Stud, hemarb, övr	0	0	(0)
Förtidspension o långvarigt sjuka	(17/48)	(35.4)	(17)

Arbete. — Patienternas yrken fördelade sig enligt tabell 1. De patienter, som var förtidspensionerade, redovisas under de yrken de innehade innan förtids-

pensioneringen. Av 57 patienter var 4 ålderspensionerade. 2 av dessa hade vårdats på sjukhus för alkoholpancreatit. 17 patienter var förtidspensionerade. Samtliga dessa hade vårdats på sjukhus för alkoholpancreatit.

Det var lika vanligt att kvinnor som var sjukhusvårdade för pancreatit blev sjukpensionerade som att män blev det. Medelåldern vid sjukpensioneringen var för de 13 manliga patienterna 47 år (range 38–58) och för de 4 kvinnliga patienterna 46 år (range 39–53). 8 patienter var förtidspensionerade under diagnosen Alcoholismus chronicus, 5 under diagnosen Alcoholismus chronicus + Pancreatitis chronica, 3 under diagnosen Rygginsufficiens samt 1 patient på grund av medfött hjärtfel.

Boendeförhållanden. — 46/48 (95.9 %) av patienterna med alkoholpancreatit bodde i flerfamiljshus. 10/48 (20.8 %) bodde på ungarshotell eller i andrahandslägenhet. Se tabell 2.

Tabell 2. Boendeförhållanden

	Alkoholpancreatit		Ej alkoholpancreatit
	antal	%	antal
Småhus	2/48	4.1	(2/9)
Flerfam hus	46/48	95.9	(7/9)
Åganderätt	2/48	4.1	(3/9)
Bostadsrätt	0	0	(1/9)
Hysesrätt	36/48	75.0	(5/9)
Ungkarshotell + läg i andra hand	10/48	20.8	0

Ekonomi. — Medelinkomsten före skatt (inkl sjukpenning, pension, och ersättning vid arbetslöshet, ej sociala bidrag) i 1976 års penningvärde var 48.7 Tkr (range 10–100) för alla pancreatitpatienterna, för alkoholpancreatitpatienterna 43.5 Tkr (range 15–85), och för icke alkoholpancreatiterna 58.3 Tkr (range 20–100). Ingen statistiskt säkerställd skillnad förelåg mellan de båda grupperna. 7 patienter upplevde sin situation som ekonomiskt mycket dålig, men befann sig inte alltid bland dem som objektivt hade lägst inkomst.

Kontakt med sociala myndigheter

30 av 48 patienter med alkoholpancreatit hade haft kontakt med socialförvaltningar, rådgivningsbyrå, socialbyrå, nykterhetsnämnd eller alkoholmottagning. Ingen av icke alkoholpancreatitpatienterna hade haft kontakt med ovanstående myndigheter.

Övrigt socialt

Av de 48 patienterna med alkoholpancreatit hade 34 gift sig. Av dessa hade 21 skilt sig 1 eller flera gånger. Motsvarande siffra för icke alkoholpancreatitgruppen var 4 skilda bland de 9 som gift sig.

7 av 57 patienter var icke rökare. Bland de 48 patienterna med alkoholpancreatit fanns 3 icke rökare, bland de 9 icke alkoholpancreatitpatienterna 4. 3 patienter hade tidigare varit narkomaner, samtliga i alkoholpancreatitgruppen.

Social rehabilitering på kirurgklinik

Under vårdtiden på kirurgkliniken, som varade minst 5 dagar, fick samtliga patienter kuratorskontakt. Kuratorernas arbetsinsats var maximal inom ramen för deras möjligheter på en kirurgklinik. Deras uppgift var huvudsakligen att skapa personliga kontakter för patienten med olika sociala inrättningar, hjälp med att börja ny utbildning och nytt arbete, samt hjälp med ekonomiska problem. Uppföljningen av patienterna gjordes oftast av den kontaktade inrättningen. Kirurgernas socialmedicinska insats bestod i informativa samtal, hjälp med intyg till bostadsförmedling, konvalescenthem osv.

Utvärdering av detta arbete gjordes efter en observationstid av 1 år. I *tabell 3* redovisas den huvudsakliga åtgärd som vidtagits för att förebygga återfall av alkoholmissbruk hos respektive patient. För vissa patienter vidtogs flera av dessa åtgärder, vilket inte förbättrade resultaten. Vilken åtgärd som valdes berodde på följande faktor:

1. Om patienten önskade pröva en åtgärd som han/hon trodde på och som ej tidigare prövats, togs denna i första hand,
2. om åtgärd(er) tidigare prövats med dåligt resultat föreslogs annan åtgärd om sådan var möjlig att genomföra och om patienten samtyckte,
3. i vissa fall valdes åter åtgärd som patienten tidi-

Tabell 3. Åtgärder i syfte att förebygga återfall av alkoholmissbruk.

Åtgärd	Antal patienter	Ej återfall inom 1 år	Återfall inom 1 år
Behandlingshem (tork)	10	0	10
Förmedlat kontakt med soc ass	11	1	10
Pat under övervakn av Länkarna	2	1	1
Medicinsk behandling	5	1	4
Kirurgisk behandling	3	1	2
Psykiatrisk behandling	5	0	5
Ingen behandling			
Pat förnekar alk problem	6	1	5
Endast läkarsamtal	6	2	4
	48	7	41

gare prövat med dåligt resultat, men som han nu trodde skulle hjälpa.

''Återfall'' definierades som att patienten bedömdes ha uppträtt berusad på akutmottagning (kirurg-, medicin-, alkohol-) eller motsvarande polikliniker, eller hade på grund av alkoholproblem varit i kontakt med akutsjukvård eller andra sociala eller vårdande inrättningar.

''Ej återfall'' definierades som att patienten vid återbesök förnekar återfall (kontrollerat endast anamnestiskt), och ej visat tecken på pågående alkoholmissbruk.

Den medicinska behandlingen har bestått i behandling med Disulfiran (Antabus^R) eller Calciumcarbimid (Dipsan^R). Patienterna har dock samtliga avslutat medicineringen efter en kort tidsperiod. Behandlingen insattes på kirurgklinik och skulle följas upp av alkoholklinik. Den kirurgiska behandlingen (3 patienter) har omfattat partiell pancreasresektion och samtidig dränageoperation av pancreas huvudgång. Indikationen för operation var kroniska smärtor. Smärtorna accentuerades i allmänhet av alkoholintag. Samtliga tre opererade blev smärtfria postoperativt, vilket ledde till ett ökat alkoholintag i två av fallen. Dessa två patienter förblev nu smärtfria efter ökat alkoholintag, vilket möjliggjorde ökad konsumtion.

Resultaten av övriga socialhjälpande åtgärder, se *tabell 4*.

Tabell 4. Övriga socialhjälpande åtgärder.

Åtgärd	Antal patienter	Lyckats inom 1 år	Miss- lyckats inom 1 år
Bostad (ny eller bättre)	5	4	1
Ekonomi	5	4	1
Omskolning	8	3	5
Annat arbete	1	0	1
Hjälp med att kon- takta arbetsförm	2	1	1
	21	12	9

Med "lyckats" menas att vidtagen åtgärd fått förväntat önskat resultat. Hjälp till annat arbete erbjöds och kontakt med arbetsförmedling togs av kurator, då patienterna ej ansåg sig klara dessa steg. Ekonomisk hjälp bestod dels i mindre kontantbidrag max 300:– kr dels i hjälp med att reda ut skulder i form av rådgivning, samtal med hyresvärd, skattemyndigheter, långgivare, samt hjälp med enklare juridiska problem.

DISKUSSION

Alkoholmissbruk som orsak till sjukdomar och sociala problem har varit känt i århundraden. Dess betydelse som orsak till pancreatit anses ha ökat under de senaste 75 åren (6, 9, 19). I början av 1900-talet ansågs alkohol svara för 15–30% av etiologin vid pancreatit (3, 4, 14, 16). Motsvarande siffra i flera länder på 1970-talet var 60–80%. Orsaken till denna förändring är ej ännu helt klarlagd men det ökade alkoholmissbruket i tidig ålder kan spela en betydande roll. Av de cirka 1000 patienter, som vårdas varje år på Stockholms sjukhus är cirka 700 förstagångspancreatiter. Alkoholen är den dominerande orsaken. Risken för återinsjuknande i pancreatit är stor vid fortsatt alkoholmissbruk (2, 7). Således bör man utnyttja resurserna framför allt till att förhindra fortsatt alkoholmissbruk hos dessa patienter.

Tyvärr var bortfallet i denna studie 44%. De sociala problemen och utslagningen ur samhället är sannolikt mera omfattande i bortfallsgruppen än bland de undersökta, varför de redovisade siffrorna kanske ger en alltför positiv bild av alkoholpancreatiterna som grupp. Dessa slutsatser är grundade på

att de flesta i bortfallsgruppen saknade fast bostad, telefon, fast arbete osv. Vad beträffar bortfallsanalys avseende föräldrars och patienternas yrken, ekonomi, alkoholvanor, är journalerna ofullständiga och tillåter ej närmare analys.

De i efterundersökningen medverkande patienterna med alkoholpancreatit angav att alkohol förekom i föräldrahemmet i en utsträckning som sannolikt ej skiljer sig från normalpopulationen (18). I jämförelse med undersökningen om levnadsförhållanden (SCB) 1975/76 som baseras på ett slumpurval av totalbefolkningen över 16 års ålder, var det få (14% mot 34%) i alkoholpancreatitgruppen som i intervjun rapporterade att föräldrarna hade haft dålig ekonomi. Samtidigt var det emellertid en större andel av föräldrarna till patientgruppen jämfört med föräldrarna till totalpopulationen (37.5% mot 23.4%) som angavs ha haft lågstatusyrken, dvs inom grupperna "biträdespersonal" och "icke facklärd". Jämförelser är svåra att göra dels därför att åldersfördelningarna ej stämmer överens och dels därför att frågorna kan ha ställts på något olika sätt. Men den här diskrepansen kan ändå väcka en misstanke om att patienterna velat skydda sina föräldrar genom att i efterhand "förbättra" deras ekonomiska situation och förneka alkoholmissbruk i hemmet. I tidigare studier har vissa författare angivit att de ej kunnat finna faktorer i uppväxtmiljön som kan förklara den höga frekvensen alkoholmissbrukare bland pancreatitpatienterna (9), medan andra författare anger att alkoholism i familjen är den starkaste prediktorn på individnivå för alkoholism, men att hög frekvens splittrade hem liksom olyckliga barndomsupplevelser även förekommer ofta hos dessa patienter (7, 15).

Patienterna med alkoholpancreatit hade dålig skolunderbyggnad i jämförelse med totalbefolkningen (11, 12) och hade ofta bara folkskola som enda utbildning, ibland kompletterad med korta kurser. Bäst utbildade hade oftast hantverksutbildning. Patienterna med alkoholpancreatit var ofta unga och könsfördelningen med manlig dominans skulle snarare höja utbildningsnivån än sänka den i jämförelse med totalbefolkningen.

Alkoholpancreatitpatienterna hade förhållandevis hög medelinkomst. Patienterna klagade ej heller

på dålig ekonomi utom i ett fåtal fall och i dessa fall förelåg ej alltid de lägsta inkomsterna. Den relativt goda tillgången på pengar kan ha en alkoholkonsumtionsökande effekt hos dessa patienter.

Den dåliga utbildningen kan delvis förklara patienternas okvalificerade arbeten. Alkoholproblemen kan även ha medfört att patienten bodde i undermåliga bostäder, cirka 25 % på ungarshotell eller i andrahandslägenheter.

Patienter med alkoholpancreatit är i nästan samtliga fall rökare, vilket övriga alkoholister ej är. Således kan rökningen som etiologiskt moment ej uteslutas vid alkoholpancreatit (1, 17).

I tidigare studier har man kunnat visa att den akuta haemorrhagiska nekrotiserande pancreatiten i 99 % av fallen uppträder någon av de två första gångerna patienten insjuknar i pancreatit (16, 17). Denna svåra form med hög mortalitet (50–90 %) utgör endast en liten del av alla pancreatiter (4–10 %) (17). Således är pancreatiter vid senare tidpunkter ej lika allvarliga, då risk för pancreaskatastrof kan uteslutas. Pancreatit kan som värst orsaka illamående, kräkningar, elektrolytrubbningar, vätskebalansrubbningar, tarmparalys och smärtor av olika grad. Kirurgisk intensivvård krävs lika mycket sällan. Akut operation som laparotomi för dränage eller ileus är mycket sällsynt. Således behöver patienten av kirurgintensivvårds- eller kirurgiska skäl ej vårdas på kirurgklinik. Den medicinska behandlingen av ovannämnda pancreatitrecidiv är symptomatisk och standardiserad. I samband med varje pancreatitrecidiv riskerar dock patienten att få ytterligare skador på pancreas. Dessa skador tillsammans med framför allt andra alkoholframkallade sjukdomstillstånd gör att patienten slutligen riskerar att avlida. De vanligaste dödsorsakerna är cirkulationskollaps, sepsis, intoxication, levercoma, uraemi och pneumoni (16).

Elektiv kirurgisk behandling utföres i endast få fall. Indikationen är oftast kronisk smärta. Andra indikationer är striktur på ductus choledochus och pancreascystor. Denna smärta, som uppträder hos cirka 5 % av patienterna, är intensiv även om patienten är avhållsam från alkohol. Stora mängder analgetika av morfintyp krävs för att hålla dessa patienter smärtfria. De har i allmänhet vårdats före

operationen ett flertal gånger för pancreatit och har svåra kroniska funktionsstörningar och morfologisk förändring i pancreas.

De huvudsakliga problemen hos de flesta är ej de somatiska utan patienternas alkoholmissbruk och övriga sociala problem. Vi har försökt lösa dessa på en kirurgklinik med dess begränsade resurser i detta avseende och misslyckats. Även patienter, som vi lyckats hjälpa till bättre bostad, arbete, bättre ekonomi, har hög frekvens återfall i alkoholmissbruk. Detta kan kanske hänga samman med att läkarnas och kuratorernas möjlighet på en kirurgklinik är begränsade att med täta återbesök och korta sjukskrivningar hålla patienterna i fast grepp. Resurserna räcker i bästa fall till att skapa kontakt med olika hjälpende instanser. Även tid till uppföljning saknas oftast och därmed är risken för återfall stor framför allt vid övergång från en vårdform till en annan, då patienterna måste ta hand om sig själva en kortare tid. Även för patienter, som opererats med pancreasresektion på grund av kroniska smärttillstånd orsakade av kroniska förändringar efter alkoholpancreatit, krävs omfattande sociala insatser för att förhindra återfall, trots att patienterna är smärtfria (10). Vid fortsatt missbruk är risken stor för patienten att även få andra av alkohol framkallade sjukdomar.

I Stockholms läns landsting utgör det årliga antalet vård dagar för pancreatitpatienterna cirka 10 000 till en kostnad av cirka 1 000 kronor per dag. Dessa resurser kunde utnyttjas bättre i förebyggande sjukvård och tex alkoholkliniker med tillräckliga resurser att klara av den akuta somatiska vården och större resurser för fastare uppföljning av patienterna samt bättre hjälp att ordna deras sociala problem. Eller också kunde man införa samarbete med alkoholpolikliniker som rutinmässigt tar över patienten från kirurgklinik efter 2–4 dagars vård. Ökat samarbete krävs också mellan den somatiska sjuk-

.....
Pancreatit i samband med alkoholmissbruk blir allt vanligare och drabbar allt yngre patienter.
.....

Pancreatitpatienterna vårdas av gammal hävd oftast på kirurgkliniker, trots att de sociala problemen är de dominerande. Här bör sannolikt en omorganisation av vården ske.

vården och övriga socialvården. Vårdplatserna på kirurgklinikerna skulle då kunna användas i större utsträckning till kirurgiskt rehabiliterbara patienter.

Pancreatit i samband med alkoholmissbruk blir allt vanligare och drabbar allt yngre patienter. Sjukdomen är mansdominerad. Utslagningen ur samhället sker i tidig ålder och i hög frekvens. Överdödligheten hos dessa patienter är stor (3, 9). Dessa patienter vårdas av gammal hävd oftast på kirurgkliniker, trots att de sociala problemen är de dominerande. Här bör sannolikt en omorganisation av vården ske i framtiden för att bättre resultat och resursutnyttjande skall kunna uppnås.

REFERENSER

1. Ballding G, Borgström A, Eddeland A, Genell S, Hagberg L & Ohlsson K: Elevated serum levels of pancreatic secretory proteins in cigarette smokers after secretin stimulation: J Clin Invest 66, 159–162, 1980.
2. Bratfors O: Viktigste sykdomsårsak efter mikroorganismer: Nordisk Medicin, 95: 177–179, 1980.
3. Edlund Y, Norbäck B & Risholm L: Acute pancreatitis. Etiology and prevention of recurrence. Follow up study of 188 patients: Review of Surgery, 25: 153, 1968.
4. Engdahl A: A review of 105 reported cases of acute pancreatitis with special reference to etiology: Bull Johns Hopk Hosp, 18: 130, 1907.
5. Gerdman P, & Rambro S: Mer tro än vetande bakom satsningar på svensk institutionsvård för missbrukare: Nordisk Medicin, 95: 185–187, 1980.
6. Granberg P-O, Gunvén P: Alcohol and acute pancreatitis: Nordic Council Arct Med Res, No 21: 76–81, 1978.
7. Goodwin, D W: The cause of alcoholism and why it runs in families: Br J Addicts, 74: 161–164, 1979.
8. Howard J M & Erlich E W: The etiology of pancreatitis: Ann Surg, 152: 135–146, 1960.
9. Kager L, Lindberg S & Ågren G: Alcohol consumption and acute pancreatitis in men: Scand J Gastroenterol. 7: suppl 15, 1972.
10. Kugelberg C: Bulletin No 12 of the Department of Surgery, University of Lund, 1977.
11. Levnadsförhållanden: Rapport 11, Hälso- och sjukvårdskonsumtion 1975. Sveriges officiella statistik. Statistiska Centralbyrån.
12. Levnadsförhållanden: Rapport 19, Regionala levnadsvariationer 1975/1976, del 1. Sveriges offentliga statistik. Statistiska Centralbyrån.
13. Lundvall O: Invärtes medicin: Almqvist & Wiksell, Uppsala 346–356, 1970.
14. Paxton J R & Payne S H: Acute pancreatitis: Surg Gynec Obstet, 86: 69, 1948.
15. Rydberg U: Vilka blir alkoholskadade och vilka kan rehabiliteras?: Nordisk Medicin, 96: 207–209, 1980.
16. Seligson U, Ihre T, Lundh G: Clinical course and autopsy findings in fatal acute and chronic pancreatitis: Under publikation.
17. Seligson U & Ihre T: Acute haemorrhagic necrotizing pancreatitis: Under publikation.
18. Svenska folkets alkoholvantor: Rapport från alkoholpolitiska utredningen: SOU 77, 1971.
19. Svensson J-O, Norbäck E L & Edlund Y: Changing pattern in aetiology of pancreatitis in an urban Swedish area: Br J Surg, 66: 159–161, 1979.