

I n n e h å l l**LEDARE**Alkoholbrukets hejdlösa utbredning, narkotikaproblemens vardaglighet _ **89****ARTIKLAR****Robin Room & Jessica Palm & Anders Romelsjö & Kerstin Stenius & Jessica Storbjörk** Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling – beskrivning av en studie i Stockholms län _____ **91****Anders Romelsjö & Robin Room & Elisabeth Ellström** Är alkoholberoende en mellankommande faktor mellan alkohol-konsumtion och alkoholrelaterade problem? En studie av en klinisk population i Stockholms län _____ **101****Jessica Storbjörk** Orsaker till att inte söka vård. En studie i Stockholms läns beroendevård _____ **113****Jessica Palm** Moraliskt, medicinskt och socialt problem. Syn på alkohol- och drogproblem bland personal inom Stockholms läns beroendevård _____ **129****Kerstin Stenius** Sverigefinländska och svenska patienter i Stockholms läns beroendevård _____ **145****Håkan Leifman** Vilka dricker mer alkohol i Sverige? En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor och i olika åldersgrupper under perioden 1990 till 2002 _____ **159****Pekka Hakkarainen & Christoffer Tigerstedt** Motsägelsernas narkotikapolitik – normaliseringen av narkotikaproblemet i Finland _____ **181****KOLUMN****Bernt Bull** Storpolitik, alkoholpolitik og forskning _____ **198****RECENSIONER****Robin Room** (red.). The effects of Nordic Alcohol Policies (av Tómas Helgason) _____ **199****Hildigunnur Ólafsdóttir** (red.) Skyldig eller sjuk? Om valet av påföljd för narkotikabruk (av Jessica Palm) _____ **200****Pekka Tarkka Pentti Saarikoski.** Åren 1937–1966 (av Ingall Österberg) _____ **204****MEDDELANDEN****Øystein Bakke** GATS påverkar rusmiddelpolitiken _____ **206****Pia Rosenqvist & Christoffer Tigerstedt** Kriminal- och säkerhetsfrågor stärks i internationell narkotikapolitik _____ **209****Sari Rauhamäki** Forskarmöte om könsperspektiv i drogforskningen _____ **212****Pia Rosenqvist** En järndos av alkoholforskning _____ **215****NAD-NYTT** _____ **217****Rättelse** _____ **220**

NORDISK ALKOHOL- & NARKOTIKATIDSKRIFT

Vol. 20, 2003 (2–3), Helsingfors

Tidskriften utges av Stakes, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (FIN) i samarbete med Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), och med bidrag av SIRUS och A/S Vinmonopolet (N), Socialdepartementet (S), Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, Sundhedsministeriet (DK) och Alko Ab (FIN).

Redaktionsråd

forsker ASTRID SKRETTEING (ordf.), SIRUS, Oslo
pol.dr HILDIGUNNUR ÓLAFSDÓTTIR, Reykjavík akademi, Reykjavík
pol.mag. THOMAS KARLSSON, Alkohol- och drogforskning, Stakes
docent LENNART JOHANSSON, Historiska institutionen, Växjö universitet
pol.mag. PIA ROSENQVIST, NAD, Helsingfors
forskningsprofessor MORTEN GRØNBÆK Center for Alkoholforskning,
Statens Institut for Folkesundhed, København

Chefredaktör

KERSTIN STENIUS
tel: +358 - (0)9 - 3967 2197

Redaktör

MATILDA HELLMAN
tel: +358 - (0)9 - 3967 2198

Prenumerationer och adressförändringar

tel: +358 - (0)9 - 3967 2198

Besöksadress

Fågelviksgränden 4, 2 vån., 00530 Helsingfors

Postadress

Stakes, PB 220, FIN-00531 Helsingfors, Finland

Telefax

+358 - (0)9 - 3967 2191

e-post

nat@stakes.fi

www-sidor

<http://www.stakes.fi/nat/>

Grafisk design

ANDERS CARPELAN

Prenumerationspriset för NAT är 26 EUR (ca 200–250 danska, norska el. svenska kronor) per årgång, 6 nr. Studerande endast 13 EUR.

EKENÄS TRYCKERI AB, Ekenäs 2003

ISSN 1455-0725

Alkoholbrukets hejdlösa utbredning, narkotikaproblemens vardaglighet

De alkoholpolitiska förändringarna som skett under 1990-talet är de största under hela efterkrigstiden i Sverige, påstår Håkan Leifman i sin artikel om konsumtionsutvecklingen under 1990-talet. Den svenska konsumtionen närmar sig med stormsteg den europeiska medelnivån (Finland är redan där och Norge kommer raskt efter). Sedan Sveriges inträde i EU har ökningen totalt sett varit drygt 25 %.

Leifmans syfte är att med hjälp av surveyundersökningar analysera om det är svenska män eller kvinnor eller särskilda åldersgrupper som står för den dramatiska konsumtionsökningen. Efter 1996 tycks båda könen ha ökat sin konsumtion i alla åldersgrupper, utom kvinnor mellan 30–49 år. Det är fortfarande de unga, under 30 år, som dricker mest. Totalt sett, menar Leifman, har skillnaderna mellan kvinnors och mäns totala konsumtion inte förändrats särskilt mycket sedan 1970-talet – kvinnorna står för en knapp tredjedel.

Bland männen visar samtliga åldersgrupper signifikanta ökningar. Bland kvinnorna är det endast bland dem över 50 år som man kan se statistiskt säkerställda ökningar. Detta är, säger Leifman, möjligen en kohorteffekt. 40- och 50-talisternas våta vanor slår igenom, ytterligare närda av det bedrägliga ”lådvinet”. Kvinnor mellan 30–49 år har däremot inte förändrat sina vanor särskilt mycket – möjligen är det småbarnsperioden som sätter gränser.

Det är kanske inte givet att de här medelålders (50+) kvinnornas ökade konsumtion är det allvarligaste folkhälsoproblem, fast den bilden har ett visst mediesug. Det är fråga om en generation ekonomiskt självständiga medelålders kvinnor, vars konsumtion ännu ligger på en ganska låg nivå. Kanske den alkoholpolitiska slutsatsen av Leifmans analys bör vara att preventiva åtgärder fortfarande främst skall riktas mot männen?

Pekka Hakkarainen och Christoffer Tigerstedt analyserar i sin artikel förändringarna i uppfattningen av narkotikafrågan i Finland. Utgångspunkten är den brittiska kriminologen David Garlands beskrivning av ”kriminologins nya predikament”. Predikamentet består i att brottsligheten kontinuerligt ökar, trots försök från den offentliga makten att stoppa den, och att vi därför vant oss att leva med liten tilltro till staten, med ökad otrygghet och att vi också anpassat oss till olika, mer eller mindre privatiserade, övervakningsinsatser och restriktioner i vår vardag. De politiska ambitionerna har minskat och insatserna mot problemen är motstridiga och ofta kraftlösa.

Författarna frågar sig om man i Finland kan se en parallell utveckling vad gäller narkotikaproblemen? Deras slutsats är att narkotikabruk i Finland fortfarande är mycket ovanligt och att narkotikan absolut inte kan betraktas som socialt accepterad. Däremot är kanske den utbredda oron för narkotikaproblemen, problemens synlighet och en ny motsägelsefullhet i narkotikapolitiken tecken på att narkotikaproblemen blivit ”normala” i bemärkelsen att det finska samhället vant sig vid att de existerar.

I detta nummer presenteras de första artiklarna från det svenska projektet "Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling". Projektet syftar till att ge baskunskap om behandlingssystemet: en bild av vem som kommer till behandling och till systemets olika delar, hur de kommer dit, vilken vård de får och hur socialtjänstens och sjukvårdens olika enheter samverkar.

Artiklarna i detta nummer bygger på en liten del av datamaterialet, nämligen intervjuer med personal samt knappt 1000 patienter inom sjukvårdens beroendevård några dagar efter att patienterna påbörjat en ny vårdperiod.

Anders Romelsjö, Robin Room och Elisabeth Ellström studerar hur alkoholkonsumtion, alkoholberoende och alkoholrelaterade problem sammanhänger med varandra. Om man betraktar beroendebegreppet och dess sex kriterier som en sammanhängande enhet, tyder studien på att beroende är en mellankommande variabel som i hög utsträckning kan förklara sambandet mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador. Om man däremot analyserar sambanden för var och en av de sex beroendekriterierna separat blir bilden mera komplicerad. Författarna "dekonstruerar" och avmystifierar beroendebegreppet, och kan konstatera att det delvis mäter – just alkoholrelaterade problem. Beroendekriterierna har starkast betydelse för s.k. självuppfattade sociala problem (problem i familj och vänskrets, arbete eller ekonomi). Detta kan enligt författarna förklaras med att särskilt ett av beroendekriteriet förutsätter att man medgivit just dessa problem. En liknande överlappning finns vad gäller beroendekriterier och negativa alkoholrelaterade hälsoeffekter. Beroendemåttan har svagast samband med negativa sociala problem definierade som konflikter med omgivningen: familjegräl, konflikter på arbetsplatsen och poliskonfrontationer. Slutsatsen är kanske just det frå-

getecken som författarna satt i sin rubrik: Är alkoholberoende en mellankommande faktor?

I de övriga artiklarna skriver Jessica Storbjörk om vilka hinder för att söka vård som de nyinkomna patienterna rapporterade om, ett led i beskrivningen av vägar till vård. Cirka hälften angav att man tidigare inte ville sluta dricka eller använda droger, lika många att man tyckte att man kunde sköta sina problem själv och hälften sade att de var oroliga för vad andra skulle säga. En tredjedel hindrades av att de inte trodde att behandlingen skulle hjälpa. Kvinnorna uppgav flera hinder än männen, och särskilt barnrelaterade hinder. Jessica Palm analyserar landstingspersonalens syn på alkohol- och drogproblem, viktiga för behandlingsklimatet. En majoritet bland personalen betraktar patienterna som delvis ansvariga för uppkomsten av sina problem och fullt ansvariga för att bli av med dem. Samtidigt som de betraktar alkohol- och drogproblem som sociala problem snarare än medicinska, ser de ofta beroendet som en sjukdom, men främst som en förvärvad sjukdom. Motsättningarna är uppenbara, men inte unika för svensk missbrukarvård. Kerstin Stenius analyserar de finskfödda patienterna i jämförelse med infödda svenskar – ett exempel på analyser av specialgrupper som materialet ger möjlighet till. Hon konstaterar att finländarna utgör en homogen grupp, dominerad av medelålders män med alkoholproblem. Deras bostadssituation och sociala nätverk tyder på en särskild marginalisering, men de är lika nöjda som svenskarna med vården, trots att de tycks få fler och kortare vårdinsatser.

Artiklarna ger en första bild av vilka slags analyser det stora materialet kan leda till. Projektet kommer att generera en lång rad artiklar och rapporter om behandlingen i Stockholms län. Forskningsprojektet ger också underlag för komparativa studier, som kan ge perspektiv på det svenska systemet.

Redaktionen

Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling

Beskrivning av en studie i Stockholms län

Svensk missbrukarvård – historisk bakgrund

De första svenska behandlingsenheterna för alkoholproblem etablerades i liten skala kring 1885 och åren därefter. År 1916 trädde Alkoholistlagen i kraft. Med denna placerades huvudansvaret för missbrukarvården inom socialvårdens ram. Kärnan i vården var till en början tvångsvården. Lagen gav möjligheter för tvångsvård av personer vars drickande var en fara för hans/hennes eget liv eller för andra och av personer, som inte kunde försörja sin familj eller som belastade fattigvården. Kriterierna utvidgades 1922, 1931 och 1938. Antalet institutionsplatser var vid 30-talets slut och fram till 1955 ca 1000 och det fanns mycket litet frivillig vård. Tvångsvårdsplatsernas antal växte därefter ytterligare fram till mitten av 1960-talet, för att sedan minska kontinuerligt fram till idag. Den frivilliga institutionsvårdens ökning var dramatisk från mitten av femtiotalet fram till ungefär år

1990, varefter en viss minskning har skett (Blomqvist 1998). Öppenvården utvecklades från mitten av 1950-talet. Statistiken över denna har fram till de allra senaste åren varit dålig. Öppenvårdens roll har dock betonats i policy-dokument framförallt under de senaste 20 åren.

Narkotikabrukarna utgjorde ett mycket litet antal i behandlingssystemet fram till 1970, men ökade därefter kontinuerligt. Narkomanvården var ursprungligen skild från alkoholistvården som en del av sjukvårdssystemet, fram till år 1982 då ansvaret förflyttades till socialvården. I början av 1990-talet hade alkoholist- och narkomanvården i praktiken integrerats (Bergmark 1998).

Idag är tvångsvården bara en liten del av hela behandlingssystemet (Palm & Stenius 2002). Ansvaret för missbrukarvården delas mellan landstingens sjukvård, som ansvarar för akuta avgiftningsinsatser och medicinska komplikationer, och kommunernas socialvård. I internationell jämförelse är systemet

An English version of this text, "Women and men in alcohol and drug treatment: An overview of a Stockholm county study", is available at NAT.s website: www.stakes.fi/nat.

omfattande. I en jämförelse mellan 16 länder på 1980-talet placerade sig Sverige bland toppländerna vad gäller vårdutbud per invånare (Takala & al 1992), och det är sannolikt att landet behållit denna position.

Svenska läkare hade från början en ledande roll i den offentliga diskussionen om alkoholproblemens natur och hur de skulle hanteras (Rosenqvist 1986). Icke desto mindre har alkohol – och narkotikaproblem, alltid snarare definierats som sociala problem än som medicinska (Abrahamson 1989; Rosenqvist & Kurube 1992; Bergmark 1998). De kommunala nykterhetsnämnderna hade fram till 1970-talet en central roll i initieringen av vårdinsatserna. De efterträddes av de kommunala socialnämnderna, fortfarande med valda lekmanamedlemmar, men i ett system som gradvis, fast långsamt, professionaliserats.

Landstingens sjukvård har under de senaste åren fått en aktivare roll i missbrukarvården. Rosenqvist och Kurube konstaterar vad gäller det tidiga 1990-talet att ”i princip finns det en klar arbetsfördelning mellan den medicinska och den sociala vårdens roll vad gäller alkoholproblem. Sjukvården är ansvarig för avgiftning och psykiatrisk vård, den sociala sektorn för rehabilitering”. Men i praktiken är denna arbetsfördelning långt ifrån klar, fortsätter de; gränserna har inte blivit klarare sedan dess, trots ansatser i motsatt riktning i vissa policy-dokument. En undersökning på 1960-talet gav vid handen att ca en tredjedel av vården för alkohol- och narkotikaproblem gavs vid medicinska inrättningar, den största delen vid psykiatriska sjukhus. På 1980-talet fann en annan studie att ungefär en fjärdedel av poliklinikbehandlingen i ett samhälle utanför Stockholm gavs vid polikliniker inom sjukvårdssystemet (Rosenqvist & Kurube 1992:82). Det ser idag ut som om ca 40 % av de personer som varje given dag i Sverige får vård för alkohol och drogproblem befinner sig i sjukvårdssystemet, och ca 60 % i socialvårdssystemet (Insatser och klienter ... 2002).

Att studera behandlingssystemet

Vård för alkohol- och drogproblem¹ kan studeras ur flera olika perspektiv. En viktig del av forskningslitteraturen består i dag av något som kan kallas för studier i ”behandlingsmodalitet”, dvs. undersökningar av bestämda behandlingsmodeller och praxis. Studier av behandlingsresultat – undersökningar av modalitetens effektivitet, eller helst av dess relativa effektivitet – är naturligtvis framträdande bland dessa. Hit måste man utan vidare räkna den svenska översikten på 900 sidor över litteraturen om behandlingsresultat, författad av en auktoritativ, huvudsakligen medicinsk kommitté (SBU, 2001).² En annan, mindre utvecklad, gren av litteraturen studerar själva behandlingsprocessen: vilka är vårdgivarens avsikter, hur uppfattar mottagaren behandlingen, vad sker i den terapeutiska interaktionen.

En tredje riktning som särskilt utvecklats under det senaste decenniet är den tradition av studier i vårdssystem som ofta kallas för ”forskning i sjukvårdsservice”. En del av denna tradition undersöker funktionerna hos och interaktionen mellan olika delar i behandlingssystemet – t.ex. i ett amerikanskt sammanhang hur ”managed care”-praxis, ungefär beställar-utförar-modeller, inverkar på tillgången till missbrukarvård. En annan aspekt som mera utvecklats i Sverige, studerar hur klientpopulationen ser ut inom olika enheter och inom olika delar av systemet, vanligen genom att använda sjukvårds- och andra registerdata och ibland genom att sammanföra flera statistikfiler för att undersöka interaktionerna i ett större system.

Vårt primära intresse i den svenska undersökning som beskrivs i denna artikel gäller emellertid en tredje aspekt inom behandlingsforskningens tradition, något som kan kallats för missbrukarvårdens ”sociala ekologi” (Weisner 1986). Med Weisners ord:

”Med `social ekologi` avses den sociala miljö och

de sociala processer som omger vården,...hur den än genomförs. Uttrycket fäster uppmärksamhet vid de allmänna mönstren för hur problem hanteras och tjänster tillhandahålls i ett samhälle – hur vårdtagarna kommer in i systemen, och hur interaktionen och remitteringsprocesserna sker mellan olika system inom samhället...Uttrycket hänvisar också till interaktionen mellan formell vård som representeras av olika organ och de informella processer som äger rum i vardagslivet ute i samhället” (Weisner 1986: 204).

Denna undersökning utformades utifrån detta perspektiv. Den ursprungliga forskningsansökan angav också:

”Avsikten med projektet är att undersöka hur den svenska missbrukarvården fungerar på vårdsystemnivå, och undersökningsfältet utgörs av de tjänster som erbjuds i Stockholms län....Projektet har ett dubbelt fokus, såväl på enhets- och systemnivå som på den individuella klientnivå. På enhets- och systemnivå skall projektet studera hur missbrukarvården organiseras och fungerar i social- och sjukvårdssystemen och hur artikuleringen sker mellan de två systemen. På klientnivå studerar projektet (kännetecknen för) de personer som vårdas i social- och sjukvården...och deras remitterings- och vårdhistoria. Missbrukarvårdens sociala kontext skall undersökas genom att klientsamplen jämförs med personer som har en färsk historia av problematiskt drickande eller narkotikabruk i ett urval i den allmänna befolkningen.”

När det gällde vårdsystemens funktion var vi också intresserade av andra skillnader vid sidan av den viktigaste, dvs. den mellan det system som finns inom socialvården och det system som är förlagt inom sjukvården. När undersökningen inleddes, var det sjukvårdsbaserade systemet organiserat i två separata enheter, Beroendecentrum Nord och Beroendecentrum Syd. Dessa hade ganska olika organisationer och vårdfilosofier. Det nordliga systemet höll på att gå över till ett mera decentraliserat och öppenvårdsorienterat system, man inrättade öppenvårdsenheter ute i närmiljöerna i anslutning till socialkontoren, medan det sydliga systemet förblev mera sjukhusbaserat och -orienterat mot att stärka större undervisningssjukhus med många funktioner, också i det polikliniska arbetet. Som vi

konstaterade i ansökan, så ”erbjuder skillnaderna i organisationsformerna en ovanlig möjlighet att studera effekterna av olika vårdorganisationer på systemnivå.”

Vårdutbud i Stockholms län

Undersökningen genomförs i Stockholms län, det mest tätbefolkade länet i Sverige. Stockholm stad är den största kommunen i länet, och det finns sammanlagt 26 kommuner och en totalbefolkning på ca 1 833 000. Det lokala behandlingssystemet varierar något mellan olika delar av Sverige, så att den karakteristisk som ges nedan kan endast sägas gälla för regionen Stockholms län.

Sjukvårdens missbrukarvård (beroendevården) blev en självständig del av psykiatri år 1997. Före detta hade tjänsterna främst varit sjukhusbaserade, oberoende av om de erbjöds som heldygns- eller öppenvårdsbasis. Förändringen innebar att servicen i Stockholms län organiserades i två delar, så att den ena (Beroendecentrum Nord, BCN) betjänade länets norra hälft och den andra (Beroendecentrum Syd, BCS) den södra hälften. Uppdelningen var emellertid inte fullständig: BCN svarade exempelvis för metadonunderhållsbehandlingen i hela länet.

Den 1 september 2001, när våra första intervjuer med klienterna i sjukvårdssystemet nästan var över, slogs de två systemen ihop till ett enda Beroendecentrum som styrs av ledarna för den tidigare nordliga organisationen och man har också övergått till dess vårdmodell. Det största sjukhuset för missbrukare i söder, Maria-enheten, valde dock att privatiseras och undvek därmed sammanslagningen (Stenius & Storbjörk 2003).

Som vi konstaterade ovan, är det kommunerna som svarar för socialtjänsten, medan sjukvården organiseras och finansieras på landstingsnivå. Medan servicen är centraliserad i mindre kommuner, har några större

kommuner och också Stockholm stad decentraliserat systemet, med separata socialtjänstkontor och kommunalnämnder. Stockholm stad har totalt 18 geografiskt definierade socialtjänstdistrikt, plus en byrå för hemlösa.

Socialtjänsten erbjuder en mängd olika tjänster för olika klienter. Den främsta avsikten med insatserna för klienter i arbetsför ålder är att återställa och återanpassa klienten till full verksamhet i arbetet, familjen och det sociala livet. En av uppgifterna för socialarbetarna är därför att identifiera aspekter i klientens situation och sätt att fungera som kan vara potentiella hinder för dessa mål och att göra upp en plan för hur hindren kan undanröjas. "Missbruk" av alkohol och droger inbeträffar sålunda socialtjänsten främst i så måtto som det är ett potentiellt hinder för denna funktionsförmåga, och avsikten med missbrukarvården är, ur ett systemperspektiv, att undanröja hindren.

En socialarbetare kan själv besluta att en bestämd klient behöver vård för missbruk av alkohol eller droger. Socialarbetaren kan också begära en utredning av en specialiserad enhet, om situationen är oklar och i vissa fall behövs socialnämndens godkännande av ett förslag till vård. En del av missbrukarvården ingår i de allmänna tjänster som erbjuds av socialtjänstens icke-specialiserade tjänster, men den största delen av vården erbjuds i specialiserade enheter. Beroende på kommunen och problemens natur, kan vården ges av socialtjänstens egna anställda på själva socialkontoret. Tjänsterna kan också på kontraktsbasis utföras för socialtjänsten av privata vårdinrättningar, antingen som heldygnss- eller öppenvårdstjänster. Missbrukarvården i Sverige har alltid haft ett stort inslag av andra huvudmän än stat och kommun, men beställar-utförarmodeller och andra marknadslänkande kontraktssystem har medfört en ny slags privatisering av den offentliga servicen i Sverige sedan 1980-talet (Stenius 1999).

Urvalet i behandlingssystemet på enhets- och klientnivå

Vår avsikt var att studera behandlingssystemet såväl som ett system av olika vårdenheter som på den nivå, där klienterna faktiskt kommer in i systemet (se figur 1 för en översikt av datauppsättningarna). Med hänsyn till antalet vårdenheter och tjänster i länet, var det uppenbart att det var ogenomförbart att studera samtliga enheter, och särskilt omöjligt att intervjuar ett urval klienter från varje enhet. Vi var tvungna att göra ett urval av enheter som kunde representera systemet som helhet.

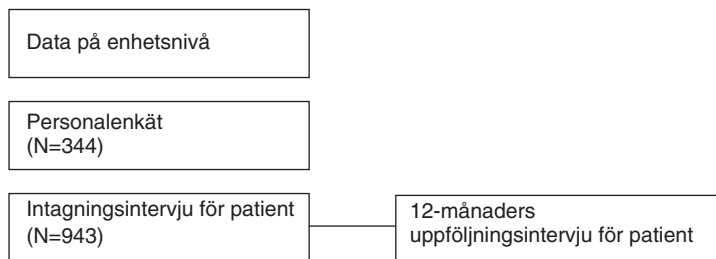
Information på enhetsnivå. Vi har samlat information om hela landstingets beroendevård, men med särskild fokusering på de 18 enheter där klienterna intervjuades. I det socialtjänstbaserade systemet koncentrerade vi oss på att samla information om vården i fyra Stockholmsdistrikt, vården för de hemlösa, samt vården i sex förortskommuner (Botkyrka, Huddinge, Järfälla, Solna, Sollentuna och Täby) som valdes för att återspegla en demografisk variation.

Informationen om vårdenheterna samlades in genom intervjuer med nyckelpersoner och från publicerat material.

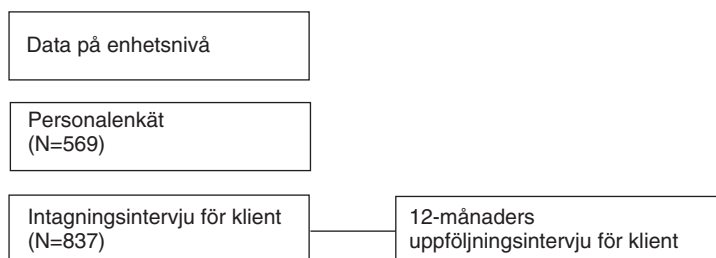
Enkäter till de anställda. Vi delade också ut frågeformulär till personalen vid Beroendecentrums behandlingsenheter och, när det gällde socialtjänsten, till anställda som specialiserat sig på missbrukarvård i de kommuner som ingår i vår klientundersökning (inklusive alla distrikt i Stockholm stad). Vi fick 344 svar av sjukvårdspersonalen, en svarsprocent på ca 56 (Storbjörk 2003) och sammanlagt 569 svar av socialtjänstpersonalen, en svarsprocent på ca 58 (Palm 2003).

Tabell 1 sammanfattar de områden som täcktes av personalenkäten. De anställda tillfrågades om sina prioriteringar i klientgrupperna och om sin egen inställning till arbetsplatsen och dess behandlingsprogram. Vi frågade också de anställda om deras uppfatt-

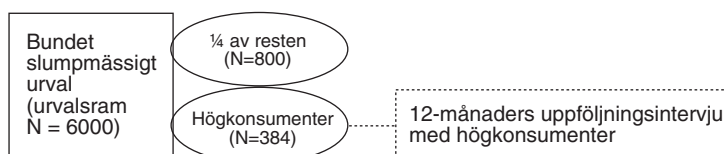
Landstingets beroendevård



Socialtjänsten



Allmänna befolkningen



Figur 1. Datamaterial inom projektet "Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling"

ningar om vad som kännetecknar klienterna, om vad klienterna har för förväntningar, och om vad klienterna väntade sig av vården. De anställdas svar gav delvis information om vad deras dagliga arbete innebar. Men de delgav också sina attityder till klienterna och till den dagliga interaktionen. Dessa attityder kan sedan jämföras med klienternas attityder. Med samma avsikt frågade vi också de anställda om deras åsikter om hur alkohol- och drogproblem skall definieras och behandlas och om olika mål och metoder för vården. Personalens åsikter om dessa frågor är i sig själva intressanta att analysera. Det kommer också att vara intressant att jämföra dem med åsikterna hos klienterna som de skall vårda och med de åsikter som är förhärskande bland all-

mänheten i länet.

Första intervjuer med klienterna. Vårt syfte var att intervjua ett urval av klienter i samband med att de inledde en vårdperiod i något av de två systemen, sjukvårdens och socialtjänstens, för att få ett representativt sampel av den population som inleder vård för alkohol- och drogproblem i Stockholms län. Eftersom vi fokuserade på vårdens sociala ekologi var vi intresserade av att intervjua personer när de kom till vården, snarare än av ett tvärsnitt av de personer som vårdades vid en bestämd tidpunkt. Intervjuer vid inledningen av en vårdperiod gav också forskningen en tilläggsdimension, eftersom uppföljningsintervjun därmed ger information om vårdresultatet av den "registreringsvårdepisod" som defi-

Tabell 1. Områden som täcks i de olika frågeformulären i "Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling"

	Personal	Klienter vid intagning	Klienter 12-månaders uppföljning	Allmänna befolkningen
Demografi	x	x		x
Status på olika levnadsområden (ASI-composite scores)		x	x	x ¹
Social support index		x ²	x ²	x
AUDIT screen				x
Alkoholkonsumtion, kort graderat frekvensmått		x	x	x
Alkoholberoende(ICD-10)		x	x	x
Alkoholrelaterade problem på olika levnadsområden		x	x	x
Drogbruk (ASI-sammanfattning)		x	x	x
Beroende av huvuddrog (ICD-10)		x	x	x
Drogrelaterade problem på olika levnadsområden		x	x	x
Aktuella alkohol/drogrelaterade händelser (arresteringar, familjekonflikter etc.)		x		x
Alkohol: åsikter om problemdefinitioner, behandlingsformer	x	x		x ³
Alkohol. attityder till att söka vård	x	x		x ³
Droger:åsikter om problemdefinitioner, behandlingsformer	x	x		x ³
Droger: attityder till att söka vård	x	x		x ³
Uppfattade hinder för att söka vård		x		x
Orsaker att söka vård		x		
Händelser som föregått vård		x		
Vem föreslog vård		x		x
(Klients) förväntningar på vården	x	x		
Intryck av vården		x	x	
(Klients) egna mål för vården	x	x		
Tillfredsställelse med erhållen vård			x	
Vårdhistoria (särskilt senaste 12 månader)		x	x ⁴	x
Egenskaper hos kvinnliga resp. manliga klienter	x			
Vem förvägras vård	x			
Prioriteringar i klientgruppen	x			
Attityder till behandlingsprogram, till arbetsplatsen	x			
Sätt att minska/sluta dricka/använda droger			x	x
Hur behandlingen avslutades			x	
Vilken behandling erhållen (index eller senaste)			x	x
Var föreslår vård				x

1 Förkortad

2 Enbart socialtjänstens klienter

3 Enbart i halva slumpmässiga urvalet

4 Vårdhistoria enbart sedan första intervjun (ca 12 månader)

nierade de intervjuade i vårt sampel.

Å andra sidan ville vi att vårt urval skulle representera hela spektret av de personer som kommer till vården, alltså inte t.ex. enbart dem som påbörjar en behandling för allra första gången. Som i alla dylika studier stod vi därför inför problemet hur vi skulle definiera "inledning av vård" för att svara mot våra syften. Vi antog samma definition som används av sjukvården för definitionen av en ny vård-episod: att personen i fråga inte uppsökt samma vårdenheter under de närmast föregående tre månaderna.

Från det *sjukvårdsbaserade systemet* uteslöt vi akutmottagningar för alkohol- och drogproblem från de enheter där vi gjorde vårt urval. Klienterna vistas vanligen mindre än 24 timmar på dessa enheter innan de lämnar dem eller blir överförda till avgiftningsenheter. Medan beslutet att utesluta dessa tjänster i och för sig kan rättfärdigas med den korta vistelsen där, togs beslutet trots allt främst av logistiska och etiska skäl: de personer som återfinns i akutvården är ofta en synnerligen kort tid där och är vanligen inte i ett sådant tillstånd att de kan intervjuas.

Antalet heldygnsvårdsenheter inom sjukvårdssystemet där vi gjorde klientintervjuer var totalt nio: avgiftningsavdelningar för alkohol- och drogfall, och vårdavdelningar för läkemedelsberoende, metadon³ och infektioner⁴. Klienterna vistas vanligen på de flesta av dessa enheter under en tämligen kort tid – en eller två veckor.

Vi gjorde också intervjuer med klienter från elva öppenvårdsenheter, valda från en lista över samtliga öppenvårdstjänster i landstingets beroendevård. Enheterna omfattade såväl specialiserade öppenvårdstjänster på sjukhus (för läkemedelsberoende, för kvinnor) och allmänna öppenvårdstjänster för alkohol- och drogmissbrukare, såväl sjukhusbaserade (i söder) som utlokaliserade (i norr).

Personalen på de enheter där vi gjorde våra urval ombads registrera alla nya personer som

kom till enheten under den period vi gjorde våra intervjuer där. Detta gjorde det möjligt för oss att bestämma tillströmningen av nya klienter och vilken andel av klienterna som tillfrågades för intervjuer och gick med på att bli intervjuade. På basis av detta är det möjligt att vikt det urval av klienter som faktiskt intervjuas så att det blir representativt för klientflödet i hela behandlingssystemet. Det visade sig i praktiken vara svårt att få fullständiga inskrivningsuppgifter från alla enheter inom systemet, och registreringsuppgifterna måste därför kompletteras med analyser av de klientregister som förs av själva vårdssystemet.

Sammanlagt 942 klienter intervjuades i det sjukvårdsbaserade systemet under en period av tolv månader. I det *socialtjänstbaserade systemet* gjordes 837 första intervjuer under en period av tolv månaders fältarbete i sex förortskommuner och fyra distrikt (plus enheten för hemlösa) i Stockholm, som ovan konstaterades. Tillsammans med 103 ytterligare första intervjuer som gjordes i fyra kommuner i nordvästra Stockholms län i en undersökning som leddes av Kajsa Billinger, består hela samplet av 936 socialtjänstklienter.

Inom socialtjänsten fick frågan om vad som utgjorde en "ny insats" en något annorlunda utformning. Vi övervägde ursprungligen att göra ett urval av personer som kommer in i socialtjänstsystemet som helhet. Men den stora majoriteten av dessa personer skulle inte ha visat sig vara några "alkohol- eller drogärenden" överhuvudtaget, och vårt urval av sådana fall skulle ha blivit för litet för en fullständig jämförande analys. Medan frågan om hur en persons klassas som ett "alkohol- eller drogfall" inom socialtjänsten i sig är viktig att studera, verkade det som om intervjuer gjorda i början av en klients kontakt med socialtjänstsystemet inte var ett bra sätt att närma sig problemet. Denna fråga kunde snarare utredas med hjälp av intervjuer med nyckelpersoner eller observationsstudier i systemet.

Kriteriet för att en person skulle inkluderas

i vårt intervjusampel var således att en ny *insats* mot alkohol- eller drogproblem eller en utredning av alkohol- eller drogproblem gjordes inom socialtjänsten. De tjänster som ingick i *insatsen* skulle bekostas av socialtjänsten (sålunda uteslöt vi de fall som remitterats till sjukvårdssystemet). *Insatsen* kan vara en remittering till en intern enhet för utredning av alkohol- och drogproblem, den kan vara en remittering till någon utomstående kontraktspartner för vård, eller den kan helt enkelt registrera att socialarbetaren som fyller i formuläret har för avsikt att ge klienten råd om och stödinsatser för alkohol- eller drogbruk. Den person som får en ny *insats* kan vara ny i socialtjänstsystemet eller det kan gälla en klient som har fått andra tjänster tidigare. De personer som hade mottagit samma *insats* i enheten under föregående tre månader uteslöts från urvalet. Vi bemödade oss också här om att få de socialtjänstenheter som ingick i samplet att registrera alla de fall för vilka en ny alkohol- eller drogrelaterad *insats* gjorts.

De *tematiska områden* som ingick i initialintervjuerna med klienterna är uppräknade i tabell 1. En stor del av intervjuerna upptogs, som väntat, av frågor om respondentens status vad gäller alkohol- och drogbruk och -problem, och frågor om funktion inom olika levnadsområden. De sistnämnda täcktes av de frågor som ingår i de sammansatta måtten (composite scores) i Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al. 1992). En förkortad version av frågorna i UCLA Social Support Index (Dunkel-Schetter 1984) ställdes också till socialtjänstsklienterna. Pågående och aktuellt drogbruk täcks av en sammanfattning av ASI-punkterna, och alkoholbruk av ett kort graderat frekvensmått (Greenfield 2001). Klienterna tillfrågades också om vilket som varit det/de viktigaste rusmedel för vilken/vilka de kommit till vård. Problem som orsakats av alkoholbruk och drogbruk under de senaste tolv månaderna registreras separat på flera oli-

ka sätt: med tiofrågorsinstrumentet i ICD-10 för beroende av alkohol och för respondentens huvuddrog annat än alkohol (Janca et al. 1994); med femfrågorsinstrumentet vad gäller problem på olika levnadsområden orsakade av alkohol och alla övriga droger tillsammans; och med åtta frågor om negativa sociala och hälsomässiga konsekvenser av alkohol- eller drogbruk.

Respondenterna ställs en serie frågor om hur de kom till vård: vilka hinder de upplevt för att söka vård, orsakerna till att de sökt vård, vem som föreslog dem vård, och deras förväntningar på, behov av och första intryck av vården. Deras missbrukarvårdshistoria, särskilt under de senaste tolv månaderna, kartläggs. Och klienterna, liksom de anställda, blir tillfrågade om sina åsikter om hur alkohol- och drogproblem borde definieras och behandlas, och om olika mål och metoder för vården.

Uppföljningsintervjuer med klienterna. Samtliga klienter som intervjuades i både det sjukvårdsbaserade systemet och det socialtjänstbaserade systemet kontaktas för en ny intervju ca tolv månader efter den inledande intervjun. Uppföljningsintervjun skall om möjligt göras per telefon, i annat fall vid personligt möte. Såsom framgår av tabell 1, upprepar uppföljningsintervjun mätningen av respondentens status vad gäller alkohol- och drogbruk och -problem, och med avseende på funktion inom olika levnadsområden, inklusive punkterna i de sammansatta ASI-måtten, beroende och alkohol- eller drogrelaterade problem på olika områden av livet. I övrigt ligger tyngdpunkten i den uppföljande intervjun på respondentens erfarenheter av och åsikter om registreringsbehandlingsepisoden och senare behandlingserfarenheter och försök att behärska eller avstå från alkohol- eller drogbruk.

Urval i den allmänna befolkningen

En avgörande fråga när man studerar vårdssystemets sociala ekologi är vilka som kommer självmant till vården eller vilka som blir selekterade att få vård, och under vilka omständigheter det sker. Det går inte att närma sig denna fråga enbart med uppgifter om de personer som redan är klienter i vårdsystemet, eller ens med data från de anställda i systemet. Ett viktigt sätt att närma sig frågan är att utgå ifrån den allmänna vuxna befolkningen – med särskilt beaktande av relativa storkonsumenter av alkohol eller droger. När vi jämför ett sådant urval av allmänheten med de kliniska samplen, kan vi närma oss frågan om vad det är som skiljer storkonsumenter som inte vårdas från sådana som vårdas.

Statistiska Centralbyrån (SCB) gjorde hösten 2002 för SoRAD en telefonenkät i den allmänna vuxna befolkningen i Stockholms län. Utgående från en slumpartad förteckning av 6000 personer från befolkningsregistret kunde man genom screeningsintervjuer identifiera 384 respondenter med ett större alkoholbruk eller drogbruk. Dessa respondenter fick en rad ytterligare frågor som motsvarade de frågor som ställdes till dem som intervjuats när de kom till vården: frågorna för ASIs sammanfattande mått (composite scores), om alkohol- och drogberoende, problem på olika levnadsområden som hänför sig till alkohol eller droger, och alkohol- eller drogrelaterade färskta negativa händelser (se den sista kolumnen i tabell 1). Till dem som hade tidigare vårderfarenhet ställdes frågor om vilka vårdhinder de upplevt, om vem som föreslagit vården och om vilken vård som givits, alltså samma frågor som ställdes till klientsamplen.

Vidare utvaldes 800 personer slumpmässigt bland dem som i screeningen inte hänfördes till storkonsumenterna eller drogbrukarna, och till både dem och högkonsument-/drogbruksgruppen ställdes frågor som gällde deras åsikter om hur alkohol- och drogproblem skulle defi-

nieras och behandlas, om olika mål och metoder för vården och en kort serie frågor om hurdan behandling de ansåg kunna hjälpa personer med problem. Med korrekt viktning kan dessa svar ge ett representativt urval av allmänhetens åsikter som kan analyseras i jämförelse med klienternas och vårdpersonalens åsikter.

Vi hoppas kunna följa upp de 384 "screenade" personerna om tolv månader, eftersom detta kommer att göra det möjligt att mäta omfattningen och naturen av "den naturliga läkningen" i ett urval som inte vårdats, i sig ett viktigt analysobjekt, och jämföra gruppen med vårdresultaten i de kliniska samplen.

Framtidsperspektiv

En rad andra studier genomförs i anslutning till studien "Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling" som därmed har blivit utgångspunkten för en expansiv forskning om missbrukarvården i Stockholmsregionen. I framtiden hoppas vi kunna utvidga datainsamlingen till andra lokala eller regionala behandlingssystem. Med utgångspunkt i de data som redan finns eller planeras att insamlas kan detta arbete utvecklas till en motsvarighet till Berkeleymodellen, "ett laboratorium för samhällsepidemiologi" (community epidemiology laboratory) (Weisner & Schmidt 1995).

Projektet erbjuder också ett utmärkt utgångspunkt för komparativa undersökningar, både mellan olika storstadsområden i Sverige och mellan olika länder. Behandlingssystem är komplicerade och historiskt förankrade fenomen som står i relation till och återspeglar flera specifika drag i kulturen och i institutionerna i det samhälle som de är en del av. De är så starkt förankrade i sin särskilda samhällsliga och kulturella ram att det specifika sättet att ordna dem ofta uppfattas som naturligt och nödvändigt, eller åtminstone optimalt, av samhällsmedlemmarna. I detta sammanhang kan ett komparativt perspektiv som kombine-

rar data från klientnivån med data från enhetsnivån och som samtidigt förankras i jämförbara data som gäller befolkningen i allmänhet vara särskilt fruktbart, eftersom det kan ge nya insikter om de avgörande faktorerna och kännetecknen för hur alkohol- och drogproblemen hanteras i samhället.

Översättning: Carl-Erik Skarp

NOTER

1) I detta projekt används uttrycket droger för att beteckna såväl illegal narkotika, lösningsmedel som bruk av psykofarmaka som överskrider läkarordination.

2) Översikten ledde till kritiska kommentarer från tre samhällsvetare (*Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 18:501–513, 2001) med svar och repliker i det första numret av *NAT* år 2002.

3) Man tillämpar en inledande period av en eller två veckor av sjukhusvård på klienter som ordinerats metadonbehandling i Stockholm.

4) Endast alkohol- och drogfall på infektionsavdelningen inkluderades i samplet.

LITTERATUR

Abrahamson, M. (1989): Synen på missbruk – 80 år av diagnostisk rundgång. *Nordisk Socialt Arbeid* 9 (2): 38–49

Bergmark, A. (1998): Expansion and implosion: the story of drug treatment in Sweden. I: Klingemann, H. & Hunt, G.: *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*. Thousand Oaks, CA: Sage

Blomqvist, J. (1998): The "Swedish model" of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems* 25: 253–320

Dunkel-Schetter, C. (1984): Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues* 40:77–98

Greenfield, T.K. (2000): Ways of measuring drinking patterns and the difference they make: Experience with graduated frequencies. *Journal of Substance Abuse* 12: 33–50

Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 2 april 2001. (2002): Stockholm: Socialstyrelsen

Janca, A. & Ustun, T.B. & Sartorius, N. (1994): New versions of World Health Organization in-

struments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90: 73–83

McLellan, A. & Kushner, H. & Metzger, D. & Peters, R. & Smith, I. & Grisson, G. & Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9: 199–213

Palm, J. (2003): En beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården år 2002. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr. 7

Palm, J. & Stenius, K. (2002): Sweden: integrated compulsory treatment. *European Addiction Research* 8: 69–77

Rosenqvist, P. (1986): The physicians and the Swedish alcohol question in the early twentieth century. *Contemporary Drug Problems* 13: 503–525

Rosenqvist, P. & Kurube, N. (1992): Dissolving the Swedish alcohol treatment system. I: Klingemann, H. & Takala, J.-P. & Hunt, G.: *Cure, Care, or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press

SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotika-problem. En evidensbaserad kunskapssammanställning (Treatment of alcohol and drug problems: an evidence-based compilation of knowledge). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Stenius, K. (1999) Privat och offentligt i svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet. Lund: Arkiv förlag

Stenius, K. & Storbjörk, J. (under tryckning): Dynamiken bakom en överrumplande privatisering: avknoppningen av Maria-enheten. *Socialvetenskaplig tidskrift*

Storbjörk, J. (2003): En beskrivning av personalen i Stockholms läns landstings beroendevård och deras syn på missbrukarvården år 2001. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr. 8

Takala, J.-P. & Klingemann, H. & Hunt, G. (1992): Afterword: common directions and remaining divergences. I: Klingemann, H. & Takala, J.-P. & Hunt, G.: *Cure, Care, or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press

Weisner, C. (1986): The social ecology of alcohol treatment in the United States. I: M. Galanter (ed.): *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 5. New York: Plenum

Weisner, C. & Schmidt, L. (1995): The Community Epidemiology Laboratory: studying alcohol problems in community and agency-based populations. *Addiction* 90: 329–341.

Är alkoholberoende en mellankommande faktor mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem?

En studie av en klinisk population i Stockholms län

Inledning

Begreppet alkoholberoende ('alcohol addiction'), som i olika perioder under historiens gångs kallats "dryckenskap", "alkoholism", "hemfallenhet", "alkoholberoende" eller "alkoholberoendesyndromet", kan anses historiskt ha uppstått som en förklaring till varför en del fortsätter dricka trots den skada som uppkommer och ofta trots de bästa avsikter i motsatt riktning (Levine 1978). Denna konstruktion av missbruksbegreppet som en förklaring till att någon dricker trots skadeverkningsarna har fortsatt under den tid man betraktat alkoholism som en sjukdom. Termen "alkoholism" introducerades av den svenske läkaren Magnus Huss 1849, men termen fokuserade ursprungligen på de kroniska fysiska följderna av alkoholkonsumtion. Babor (1996) konstaterade att 39 klassifikationer av

alkoholister utvecklades mellan 1850 och 1941, när Bowman och Jellinek publicerade ett utförligt klassifikationsschema för alkoholism. År 1960 föreslog Jellinek en indelning i fem kategorier av alkoholism i boken *The Disease Concept of Alcoholism*. Trots fortsatta ansträngningar att beskriva subtyper har föreställningen om ett enhetligt alkoholberoendebegrepp levt kvar.

Inom klinisk verksamhet, psykiatrisk terminologi och forskning har alkoholism ersatts av "alkoholberoende" eller "alkoholberoendesyndrom" (ADS), en beteckning som introducerades av Edwards och Gross år 1976 (Edwards & Gross 1976). De diskussioner som fördes i termer av detta begrepp markerade även en klarare åtskillnad mellan alkoholrelaterade problem i allmänhet och alkoholberoendesyndrom i synnerhet. Alkoholberoendesyndromet kan också ses som ett bland många

alkoholrelaterade problem (Edwards & Gross 1976), som samtidigt ökar risken för andra sådana problem. Det här synsättet har på det hela taget kommit att ingå i följande versioner av den internationella sjukdomsklassifikationen ICD (International Classification of Diseases) och den amerikanska diagnosklassifikationen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). I de aktuella versionerna av ICD-10 och DSM-IV beskrivs syndromet ganska likartat (Room 1998). Enligt ICD-10 uppfyller den patient kraven på diagnosen alkoholberoendesyndrom som under de senaste 12 månaderna uppfyller 3 av 6 kriterier (Tabell 1).

Trots att definitionen i de två klassifikationssystemen delvis sammanfaller, råder det i viss mån delade meningar ännu ett kvarts sekel efter introduktionen av alkoholberoendesyndromet om i vilken mån det kan tillämpas interkulturellt (e.g., Room et al. 1996) och om i vilken grad det är en sammanhängande entitet. Faktoranalytiska undersökningar har skilt sig åt beträffande hur många faktorer de funnit (t.ex. Farrell et al. 2003). Eftersom cutoff för diagnosen alkoholberoende är satt som 3 kriterier, vilka som helst, av 6 eller 7 olika utgör de patienter som uppfyller kraven för ett "alkoholberoendesyndrom" inte nödvändigtvis en homogen grupp.

Ett möjligt sätt att studera i vilken utsträckning komponenterna i beroendesyndromet hör samman i en enda enhet är att analysera i vilken utsträckning de har gemensamma korrelat eller förutsäger gemensamma utfall, till exempel i termer av alkoholrelaterad skada. Det finns förvånansvärt lite forskning som specifikt behandlat den här frågan. Drummond (1990) tog dock upp frågan i vilken utsträckning indikatorerna på alkoholberoende är mellankommande faktorer mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterad skada. Han studerade 103 problemdrickare i London och fann ett "starkt positivt samband mellan alkoholrelaterade problem (APQ) på 8 områ-

den och beroendepoäng (SADQ) som existerade oberoende av alkoholkonsumtionens kvantitet" och skriver att "vissa problemområden hade ett närmare samband med en viss aspekt av beroendet än andra". Författaren menade att beroende fungerar som en mellankommande faktor mellan konsumtion och alkoholrelaterade problem genom att det innebär en förändrad inriktning. Han rapporterade liknade resultat i en förnyad analys av data från ett urval ur den allmänna befolkningen i USA (Drummond 1991).

Syfte

I denna artikel, som utgår från ett stort urval patienter som påbörjat behandling för alkoholproblem, undersöks förhållandet mellan dryckesmönster, alkoholberoende och alkoholrelaterad skada från olika perspektiv:

1. Vilket är sambandet mellan dryckesmönstren hos dem som kommer för behandling och tre olika mått på alkoholrelaterad skada: (i) fysisk ohälsa relaterad till alkoholkonsumtion; (ii) självdefinierade sociala rollproblem på grund av alkoholkonsumtion och (iii) alkoholrelaterade sociala problem definierade av andra?

2. I vilken utsträckning fungerar mått på alkoholberoendesyndromet som mellankommande variabler i förhållandet mellan dryckesmönster och dessa tre olika mått på alkoholrelaterad skada?

3. Finns det skillnader mellan beroendesyndromets olika komponentkriterier i den mån de utgör en mellankommande faktor mellan dryckesmönster och alkoholrelaterad skada?

4. I vilken utsträckning förklaras sambanden mellan dryckesmönster, mått på beroende och olika mått på alkoholrelaterad skada av variationer mellan olika demografiska kategorier – kön, ålder, utbildning och sysselsättning?

Tabell 1. Sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholberoende, socio-demografisk status samt hälsoproblem och psykologiska problem till följd av alkoholkonsumtion i olika logistiska regressionsmodeller (uttryckt som oddskvot)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Alkoholkonsumtion, frekvens				
Daglig användning	1.18	1.12	1.02	1.08
Konsumtion av 12+ drinkar, antal tillfällen	1.43	0.90	0.81	0.74
Alkoholberoende, poäng				
Poäng 0–2 (inte beroende; ref.kategori)		1.00		
Poäng 3–5		6.29***		
Poäng 6		17.28***		
Alkoholberoende, kriterier				
Dricker trots hälsoproblem			2.60***	2.51***
Begär efter alkohol				1.60 1.63
Försämrad kontroll			3.45**	3.62**
Alkohol upptar mycket tid			1.14	1.11
Abstinensbesvär			2.74***	3.05***
Tolerans			1.25	1.19
Sociodemografiska förutsättningar				
Ålder: 18–44				0.46*
45–54				0.54
55–64				0.51
65+ (referenskategori)				1.00
Kön: kvinna (vs man som ref.kat.)				0.97
Utbildning: < grundskola (ref.kategori)				1.00
grundskola				0.75
studier efter grundskola				0.95
examen från univ. eller högskola				0.68
Arbetslös (vs yrkesarb. som ref.kat.)				1.01

*** p = 0.001; ** p = 0.01; * p = 0.05

Material och metoder

Analyserna ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” utgår från data i den omfattande studien genomförd i Stockholms stad (Room et al., 2003; för en närmare beskrivning av studien se denna artikel i detta nummer av NAT). Materialet består av intervjuer gjorda av utbildade lekmannaintervjuare med 943 patienter inom hälso- och sjukvårdens specialiserade beroendevård. Av de 943 patienterna som intervjuades när de kom in i hälso- och sjukvårdens behandlingssystem uppgav 409 att de endast hade problem med

alkohol, medan ytterligare 145 hade både alkohol och drogrelaterade problem med alkoholen som det dominerande problemet. Dessa 554 (409+145) patienter, 418 män och 136 kvinnor, ingick i analyserna. Det fanns ytterligare 389 (943 - 554=389) patienter som hade problem med droger men inte med alkohol. De olika områden som togs upp i patientintervjuerna beskrivs i Room et al (2003).

Variabler

Kriterier för alkoholberoende: Beroendekriterierna mättes med frågor från CIDI-instru-

mentet (WHO 1997) för att ställa diagnosen för alkoholberoende i ICD-10. Antalet patienter som uppfyllde de kriterier i ICD-10, som täcktes av 10 CIDI-punkter under de senaste 12 månaderna, var: fortsätter dricka trots psykiska eller fysiska hälsoproblem (n=371), sug (n=392), försämrad kontroll (n=469), alkohol upptar tiden (n=432), abstinensbesvär (n=419) och ökad tolerans (n=268). Separata modeller kördes med logistiska regressionsanalyser och använde summan av hur många beroendekriterier som uppfylldes, indelade i de tre grupperna 0–2 kriterier (n=62) (referens), 3–5 kriterier (n=275) (uppfyllde kraven på en beroendediagnos, men uppfyllde inte alla möjliga kriterier) och 6 kriterier (n=180) (uppfyllde alla möjliga kriterier); och även med de sex separata kriterierna.

Alkoholkonsumtion: Frågorna om alkoholkonsumtion rörde de senaste 12 månaderna och kunde sammanfattas i en graderad frekvensskala (Greenfield 2000), som hittills inte använts i Sverige. Två dikotoma mått användes, nämligen konsumtion av 12 drinkar eller fler vid ett tillfälle minst en gång i veckan (n=334) och ingen sådan konsumtion (referens) samt daglig användning (n=248) mot mindre än daglig användning (referens). Konsumtion av 12+ drinkar minst en gång i veckan betraktades som ett grovt mått på regelbunden hög alkoholkonsumtion, medan dagligt drickande betraktades som en indikator på om patientens drickande var kontinuerligt eller sporadiskt. Korrelationskoefficienten (Pearsons) var 0.214 mellan konsumtionsfrekvens och beroendepoäng och 0.421 mellan konsumtion av 12 drinkar eller fler vid ett tillfälle minst en gång i veckan och beroendepoäng, båda statistiskt signifikanta ($p < .01$).

Ålder: Respondenterna grupperades i fyra åldersgrupper: 18–44 år (n=141), 45–64 år (n=190), 55–64 år (n=121) och 65+ år (n=64) (referenskategori).

Sysselsättning: Kategorierna var här yrkes-

arbetande (n=166) (referens) och arbetslösa (n=388). Hemmafruar fanns inte med som en separat variabel, eftersom få kvinnor i urvalet var hemmafruar.

Utbildning: Kategorierna var följande: mindre än avslutad grundskola (n=162) (referenskategori), grundskola (n=127), studier efter grundskola (n=132) och slutligen avslutad examen från högskola eller universitet (n=96). Den kategori som inte hade avslutat grundskolan omfattade äldre patienter som gick i skolan när den obligatoriska skolorundervisningen var 6, 7 eller 8 år, men omfattade även patienter som hade "hoppat av grundskolan".

Alkoholrelaterade problem (beroende variabler). Information om dessa problem hämtades från frågor rörande de senaste 12 månaderna.

Alkoholrelaterade hälsoproblem och psykologiska problem (AHP). Poäng (0–3) sattes med utgångspunkt från svar på dessa tre frågor, med ett värde på 1 för ett jakande svar på en fråga. En fråga var om en läkare eller någon annan person i hälso- och sjukvården hade sagt att respondenten hade ett allvarligt problem relaterat till alkoholkonsumtion. En annan fråga som ställdes var om respondenten någon gång hade blivit skrämmd av en minneslucka, delirium tremens eller av extra stort intag av alkohol. Dessa frågor kom från studier av Weisner (1987). Den tredje frågan som ställdes var om patienten hade upplevt att hans/hennes alkoholkonsumtion hade påverkat "den fysiska hälsan" negativt under de senaste 12 månaderna (Cahalan & Room 1974). Poängen dikotomiserades i 0–1 mot 2–3 positiva svar, med 58 % av fallen i 2–3 kategorin.

Två uppsättningar frågor användes för att mäta alkoholrelaterade sociala problem.

Självuppfattade sociala problem (SSP). Detta utgick från frågor om självuppfattade problem relaterade till alkoholkonsumtion inom fyra olika livsområden (vänskapsrelatio-

ner eller socialt liv; familjeliv eller äktenskap/partnerskap; studier/arbete/karriär; ekonomi). Dessa frågor kommer också från Berkeley-traditionen (Cahalan & Room 1974). Poäng (0–4) sattes och dikotomiserades i 0–1 mot 2–4 i logistiska regressioner, med 78 % av respondenterna i den senare kategorin.

Sociala problem utgående från omgivningens reaktioner (ASP): Dessa frågor kommer från studier av Weisner (1987) och var följande:

- "allvarliga gräl med familjemedlem eller någon annan närstående som handlade om ditt drickande eller ditt drogbruk eller de effekter det har på personer i din omgivning";
- "blivit tagen för rattfylleri";
- "blivit omhändertagen eller förd någonstans för fylleri på allmän plats eller en överdos";
- "allvarliga klagomål från chef, lärare eller någon motsvarande över ditt arbete eller din arbetsnärvaro som var relaterat till ditt drickande eller drogbruk".

Poäng (0–4) sattes och dikotomiserades i 0–1 mot 2–4 i logistiska regressioner, med 9 % av respondenterna i 2–4-kategorin.

Statistiska analyser

Vi gjorde logistiska regressionanalyser där de tre olika utfallen (alkoholrelaterade hälsoproblem och psykologiska problem (AHP) och självuppfattade sociala problem (SSP) och sociala problem utgående från omgivningens reaktioner (ASP)) mättes som kategoriska variabler, dikotomiserade i 0–1 mot 2+ i de logistiska regressionsanalyserna. För varje utfallsvariabel gjorde vi först en analys med endast de två måtten på alkoholkonsumtion, sedan inkluderade vi ett mått på alkoholberoende (indelade i de tre grupperna 0–2, 3–5 och 6 positiva kriterier) i en andra modell. I en tredje modell använde vi de två måtten på alkoholkonsumtion och sex separata kriterier för alkoholberoende, vilket innebar att vi inkluderade beroendepoängens komponenter i

stället för beroendepoängen. Slutligen införde vi också de sociodemografiska variablerna i den här senaste modellen. Eftersom andelen patienter med fler än ett positivt svar var mycket mindre för svåra sociala problem enligt omgivningens reaktioner än för de andra två måtten på problem, genomförde vi också separata analyser där vi dikotomiserade poängen i 0 respektive 1–4 (30 %). Eftersom detta är en första undersökande analys av sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholberoende och alkoholrelaterad skada kommer vi ej att presentera interaktionsanalys i detta arbete.

Resultat

Alkoholrelaterade hälsoproblem och psykologiska problem

I detta kliniska urval av personer som påbörjar behandling för alkoholproblem är andelen patienter med kraftigt beroende (här 6 positiva punkter), med frekventa högkonsumtionstillfällen, alkoholrelaterade problem och med social marginalisering (arbetslös och utanför arbetsmarknaden) stor. Av tabell 1 framgår att det inte fanns ett statistiskt signifikant samband mellan vare sig daglig alkoholkonsumtion eller regelbunden hög alkoholkonsumtion och hälsoproblem på grund av alkoholkonsumtion. Sambandet med hög alkoholkonsumtion var starkare än sambandet med daglig alkoholkonsumtion (Tabell 1, modell 1). Sambandet med beroendepoängen hade mycket hög, statistiskt signifikant ($p < .0001$) oddskvot, med markant högre oddskvot för dem som uppfyllde 6 beroendekriterier. I den modell som omfattade 6 separata beroendekriterier hade "dricker trots hälsoproblem", "abstinensbesvär" och "försämrad kontroll" statistiskt signifikanta oddskvoter i att förutsäga hälsoproblem på grund av alkoholkonsumtion. Yngre patienter (18–44 år) uppvisade en statistiskt signifikant minskning av ris-

Tabell 2. Sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholberoende, socio-demografisk status och självdefinierade sociala problem i olika logistiska regressionsmodeller (uttryckt som oddskvot).

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Alkoholkonsumtion, frekvens				
Daglig användning	1.02	0.74	0.82	0.94
Konsumtion av 12+ drinkar, antal tillfällen	3.05***	1.91*	1.44	1.12
Alkoholberoende, poäng				
Poäng 0–2 (inte beroende; ref.kategori)		1.00		
Poäng 3–5		12.60***		
Poäng 6		39.23***		
Alkoholberoende, kriterier				
Dricker trots hälsoproblem			2.77***	2.69***
Begär efter alkohol			1.87*	2.24**
Försämrad kontroll			2.79*	3.10*
Alkohol upptar mycket tid			2.38*	2.32*
Abstinensbesvär			2.01*	2.14*
Tolerans			2.07**	1.84*
Sociodemografiska förutsättningar				
Ålder: 18–44				0.21**
45–54				0.45
55–64				0.45
65+ (referenskategori)				1.00
Kön: kvinna(vs man som ref.kat.)				0.61
Utbildning: < grundskola (ref.kategori)				1.00
grundskola				1.02
studier efter grundskola				0.88
examen från univ. eller högskola				1.11
Arbetslös (vs yrkesarbetande som ref.kat.)				0.92

*** p = 0.001; ** p = 0.01; * p = 0.05

ken att ha alkoholrelaterade hälsoproblem i den mest omfattande modellen. Oddskvoten var inte statistiskt signifikant för kön, utbildning eller sysselsättning.

Självupplevda sociala problem

Det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan att dricka 12+ drinkar minst en gång i veckan och en ökad risk att uppge 2–4 självdefinierade sociala problem (SSP) (Tabell 2, modell 1). Sambandet med beroendepoäng hade mycket hög, markant statistiskt signifikant ($p < .001$) oddskvot och sträckte sig upp till 39 för dem med samtliga 6 beroendekrite-

rier. När vi införde poängen för alkoholberoende i modellen minskade prediktionskraften hos hög alkoholkonsumtion.

Samtliga 6 separata beroendekriterier hade ett statistiskt signifikant positivt samband med 2–4 SSP-indikatorer. Oddskvoterna var störst för ”dricker trots hälsoproblem” och för ”försämrad kontroll”. Yngre patienter (18–44 år) visade sig ha en statistiskt signifikant minskad risk att ha dessa problem. Oddskvoterna var inte statistiskt signifikant för kön, utbildning eller sysselsättning.

Tabell 3. Sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholberoende, socio-demografisk status och sociala problem definierade av andra i olika logistiska regressionsmodeller (uttryckt som oddskvot).

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Alkoholkonsumtion, frekvens				
Daglig användning	1.10	1.04	1.13	1.38
Konsumtion av 12+ drinkar, antal tillfällen	1.71*	1.10	1.32	1.01
Alkoholberoende, poäng				
Poäng 0–2 (inte beroende; ref.kategori)		1.00		
Poäng 3–5		10.62***		
Poäng 6		13.30***		
Alkoholberoende, kriterier				
Dricker trots hälsoproblem			1.67	1.37
Begär efter alkohol				1.11 1.52
Försämrad kontroll			0.76	0.68
Alkohol upptar mycket tid			1.29	1.27
Abstinensbesvär			1.66	1.74
Tolerans			1.75*	1.91*
Sociodemografiska förutsättningar				
Ålder: 18–44				0.24***
45–54				0.24**
55–64				0.47
65+ (referenskategori)				1.00
Kön: kvinna (vs man som ref.kategori)				1.00
Utbildning: < grundskola (ref.kategori)				1.00
grundskola				2.77*
studier efter grundskola				1.41
examen från univ. eller högskola				1.61
Arbetslös (vs yrkesarbetande som ref.kat.)				0.84

*** p = 0.001; ** p = 0.01; * p = 0.05

Såra sociala problem utgående från omgivningens reaktioner (ASP)

Det fanns ett statistiskt signifikant samband ($p < 0.01$) mellan konsumtion av 12+ drinkar minst en gång i veckan och ASP-poängen (Tabell 3, modell 1), ett samband som förlorade betydelse när måttet på beroende infördes i modellen.

Oddskvoterna för att ha 3–5 eller 6 beroendeindikatorer jämfört med 0–2 var betydligt större, liksom för det andra måttet på sociala problem. Av de 6 separata beroendekriterierna hade bara "tolerans" ett statistiskt signifikant positivt samband med det dikotomiserade

de ASP-måttet i de slutliga modellerna (modellerna 3 och 4). Risker visade en statistiskt signifikant minskning i ålderskategorierna 18–44 och 45–54 och även bland dem med grundskoleutbildning. Resultatmönstret var liknande när poängen dikotomiserades i 0 mot 1–3 för att omfatta fler patienter i den "positiva" änden (en ökning från 9 % till 30 %). Oddskvoten för den kategoriserade beroendevariabeln var lägre, 2.55 jämfört med 4.01. I den här modellen visade "tolerans" ett statistiskt signifikant samband med utfallet.

Diskussion

I modeller som endast omfattar de två konsumtionsmått – i detta urval med dem som påbörjar behandling – fanns det ett positivt samband mellan konsumtion av 12 eller fler drinkar vid samma tillfälle minst en gång i veckan och de tre utfallen alkoholrelaterade hälsoproblem (AHP) (inte statistiskt signifikant), självuppfattade sociala problem (SSP) och sociala problem, definierade som omgivningens reaktioner (ASP). Sambandet var svagt för daglig alkoholkonsumtion, om man kontrollerar för konsumtion av 12+ (Tabeller 1–3, modell 1).

I modeller som även omfattar måttet på antalet alkoholberoendepoäng (modell 2) och sedan kontrollerar för de två måtten på alkoholkonsumtion (daglig användning och konsumtion av 12+ drinkar minst en gång i veckan), finner vi ett markant statistiskt signifikant samband ($p < .001$) för antal beroendepoäng och en minskning av oddskvoten för måttet konsumtion av 12+ drinkar minst en gång i veckan. Oddskvoten är högst för kategorin med 6 beroendekriterier. Den starka mellankommande effekten hos alkoholberoendesyndromet är förenligt med resultaten och huvudtolkningarna i en studie av en klinisk population från sjukhus i London av Drummond (1990).

Det fanns ett positivt, ibland statistiskt signifikant samband med problem i modeller som omfattar sex separata beroendekriterier och konsumtion, med eller utan de sociodemografiska faktorerna (modeller 3–4).

Självdefinitionen av att drickandet är ett problem är också inbyggd i en del av beroendekriterierna. Prediktionskraften i måtten på alkoholberoende och dess olika kriterier är starkare för självdefinierade (och introspektiva) sociala problem än för problem definierade av andra. Men om man i fallet med självdefinierade sociala problem för in beroendepoängen eller beroendekriterier får samban-

det delvis en tolkning. Det tycks finnas en begreppsmässig överlappning mellan framför allt beroendeindikatorn ”alkohol upptar mycket tid” och självdefinierade sociala problem. En av de två frågor som indikerade ”alkohol upptar mycket tid” var ”har du någonsin under de senaste 12 månaderna slutat eller minskat kraftigt på viktiga aktiviteter för att få tag på eller använda alkohol, t.ex. idrott, arbete eller umgänge med vänner eller släktingar?” Alltså tycks prediktionen delvis bero på sambandet mellan två självdefinierade mått på sociala alkoholrelaterade problem.

Därför är det värt att undersöka vad innebörden i beroendekriterierna och de självdefinierade sociala problemen är. De självdefinierade sociala problemen har alla en gemensam kärna i ett medgivande att ”drickandet fått skadlig inverkan på ...” Alltså innefattar dessa frågor inte bara patientens uppskattning av problemen på olika livsområden, utan även ett medgivande att hans eller hennes drickande har negativ effekt. Den senare faktorn ligger nära andemeningen i beroendefrågorna, vilka också inbegriper en medgivandefaktor som en förutsättning för ett positivt svar. Förhållandet mellan självdefinierade sociala problem och beroende kan alltså delvis betraktas som en svarseffekt. Denna slutsats har stöd av de psykometriska analyserna av självdefinierade problem som Rehm et al. (1999) gjort. De hävdar att det finns ett starkt subjektivt element i dessa problem som ger dem en relativ närhet till begrepp som förutsätts mäta beroende.

Drummond tog med både frågor om problem som hade direkt samband med alkoholkonsumtion (alkoholrelaterade problem) och frågor om problem som inte direkt kunde tillskrivas alkohol. Dessa två slag av frågor blandades på frågeformuläret om alkoholrelaterade problem.

När det gäller att förutsäga hälsoproblem relaterade till alkoholkonsumtion, är det två av de tre kriterier som har starkast samband

med hälsoproblem – ”dricker trots hälsoproblem” och ”abstinensbesvär” – som uppvisar det starkaste sambandet, vilket kunde förväntas. Beläggen i tabell 1, modell 3 talar för att en stor del av den förklarande ”effekten” av antalet beroendepoäng i själva verket kan tillskrivas dessa två frågor, vilka skulle kunna betraktas som artefaktiskt relaterade till utfallet. Men man kan också hävda att om man har de båda symtomen ”abstinensbesvär” och ”dricker trots psykologiska problem och hälsoproblem” indikerar det ett allvarligt tillstånd av alkoholberoende.

Sociala problem definierade av omgivningen beror på olika nivåer av social tolerans, och avspeglar attityder bland personer i omgivningen. Vad som definieras som ett alkoholrelaterat socialt problem av en person definieras inte som ett problem av någon annan. Det är också relaterat till hur olika patienter i behandling uppfattar attityder från personer i omgivningen. Sociala problem som de definieras av andra var minst vanliga.

För sociala problem definierade av andra visar endast ”tolerans” bland de 6 beroendekriterierna en statistiskt signifikant mellankommande effekt. Alltså är inte beroende en så stark prediktor av negativa reaktioner från andra på respondentens alkoholkonsumtion som av de två andra problemkategorierna, enligt våra data. Att föra in information från de sociodemografiska variablerna i modellerna har en begränsad inverkan på sambanden mellan beroende, alkoholkonsumtion och de olika alkoholrelaterade problemen. Det är emellertid tydligt att dessa problem, och framför allt de sociala problemen, är vanligare hos äldre undersökningspersoner (65 år eller äldre).

Begränsningar i studien och metoderna

Studiens population är tämligen representativ för patienter som går i behandling för alkoholberoende inom hälso- och sjukvårdens

missbrukarvård i Stockholms län, där en stor andel har uttalat beroende, frekventa högkonsumtionstillfällen, och där också alkoholrelaterade problem och social marginalisering är vanlig. Resultaten kan varken bli extrapolerade till t.ex. patienter som går i behandling för alkoholberoende någon annanstans – i Sverige framför allt inom den sociala sektorn – eller till dem med alkoholberoende i den vanliga populationen. Vi har för avsikt att upprepa analyserna på de populationerna (Room et al. 2003).

De mått vi använt har sina begränsningar, vilket vi har påpekat i diskussionen. CIDI-måttet på beroende har validerats med hjälp av realitetsstudier i ett antal kulturer (Üstün et al. 1997), men det är uppenbart att svar på 10 frågor som ställts av en utbildad lekmannaintervjuare inte kan jämföras med en klinikers bedömning i diagnostiska termer. Två av de tre alkoholrelaterade mått på problem vi använt har alla ett inslag av medgivande från respondenten, vilket innebär att svareffekterna tenderar att driva upp sambanden.

En begränsning kan vara att dessa data utgör ett tvärsnitt. Men det är troligen ett begränsat problem eftersom det är klart att alkoholbruk och även beroende leder till problem, även om vi bortser från problemet med överlappning mellan beroendekriterier och -problem.

Översättning: Evy Paulsson

REFERENSER:

Babor, T.F. (1996): The classification of alcoholics: typology theories from the nineteenth century to the present. *Alcohol Health and Research World* 20: 6–14

Bowman, K.M. & Jellinek, E.M. (1941): Alcohol addiction and its treatment: *Quarterly Journal*

of Studies on Alcohol 2: 98–176

Cahalan, D. & Room, R. (1974): Problem drinking among American men. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies

Drummond, C. (1990): The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction* 85: 357–366

Drummond, C. (1991): Alcohol consumption and public health, MD thesis. Glasgow: University of Glasgow

Edwards, G. & Gross, M.M. (1976): Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 281: 1058–1061

Farrell, S. & Manning, W.G. & Finch, M.D. (2003): Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics* 22: 117–147

Greenfield, T. (2000): Ways of measuring drinking patterns and the difference they make: Experience with graduated frequencies. *Journal of Substance Abuse* 12: 33–50

Huss, M. (1849): *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholssjukdom*. Stockholm

International Classifications of Diseases (ICD-10) (1989). Geneva: World Health Organisation

Jellinek, E.M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse

Levine, H.G. (1978): The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in American history. *Journal of Studies on Alcohol* 39: 143–174

Rehm, J. & Frick, U. & Bondy, S.J. (1999): A reliability and validity analysis of an alcohol-rela-

ted harm scale for surveys. *Journal of Studies on Alcohol* 60: 203–208

Room, R. & Janca, A. & Bennett, L.A. & Schmidt, L. & Sartorius, N. (1996): WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction* 91: 199–230

Room, R. (1998): Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases: a shifting kaleidoscope. *Drug and Alcohol Review* 17: 305–318

Room, R. & Palm, J. & Romelsjö, A. & Stenius, K. & Storbjörk, J. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift* (20) 2–3

Üstün, T.B. & Compton, W. & Mager, D. & Babor, T. & Baiyewu, O. & Chatterji, S. & Cottler, L. & Gogus, A. & Mavreas, V. & Peters, L. & Pull, C. & Saunders, J. & Smeets, R. & Stipek, M.R. & Vrásti, R. & Hasin, D. & Room, R. & Van den Brink, W. & Regier, D. & Blaine, J. & Grant, B.F. & Sartorius, N. (1997): WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence* 47: 161–169

Weisner, C. (1987): The alcohol treatment-seeking process from a problems perspective: Response to events. *British Journal of Addiction* 85: 561–569

World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Core Version 2.1, 12-month Version*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/msa/cidi/cidi12.pdf>.

Summary

Anders Romelsjö, Robin Room & Elisabeth Ellström: *Is alcohol dependence a mediator between alcohol consumption and alcohol-related problems? A study from a clinical population in Stockholm County*

Several studies have been done on the prevalence of the alcohol dependence syndrome, while other studies have focused on whether the dependence syndrome can be seen as a unity, or not. Few studies have analysed the association between alcohol consumption, the alcohol dependence syndrome (ADS) and alcohol-related problems. A main issue is to what extent an association between alcohol consumption and problems is explained by the dependence syndrome or by its sub-components (drinking despite a health problem, craving, impaired control, preoccupation with alcohol, withdrawal symptoms and increased tolerance). The purpose in this paper is to elucidate this issue in analyses of data from the health care-based clinical sample of the study "Women and Men in Swedish Addiction Treatment", comprising comprehensive interviews of almost 1000 inpatients and outpatients in Stockholm County. These data cover e.g. alcohol and drug use, alcohol dependence (ICD-10) measured by the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), the composite-scores part of the Addiction Severity Index (ASI), sociodemographics and alcohol-related problems. Three measures of alcohol-related problems were constructed covering health and psychological problems, self-defined social problems, and social problems defined by others. In these exploratory analyses of patients with alcohol dependence as a dominating problem, a series of logistic regression analyses were done. A substantial part of the association between the consumption measures and the three outcomes could be accounted for by measures of the ADS. The predictive power of the six criteria composing the ADS varied considerably for the different outcomes. The interpretation is not straightforward, not least as the alcohol dependence syndrome also includes items of alcohol-related problems.

Key-words: Alcohol dependence syndrome, alcohol consumption, alcohol-related problems, treatment

Yhteenvedo

Anders Romelsjö, Robin Room ja Elisabeth Ellström: *Toimiiko alkoholiriippuvuus välittäjänä alkoholinkulutuksen ja alkoholiin liittyvien ongelmien välillä? Tutkimus Tukholman läänin terveydenhuollon päihdehoitojärjestelmän potilaista*

Alkoholiriippuvuus-syndrooman (ADS) prevalenssista on tehty useita tutkimuksia, kun taas muut tutkimukset ovat keskittyneet siihen, voidaanko riippuvuusyndrooma ylipäättään nähdä yhtenäisenä ilmiönä. Harva tutkimus on analysoinut alkoholinkulutuksen, ADS-syndrooman ja alkoholiin liittyvien ongelmien yhteyttä. Keskeinen kysymys on, missä määrin alkoholinkulutuksen ja siihen liittyvien ongelmien suhdetta voidaan selittää riippuvuusyndroomalla tai sen osatekijöillä (juominen vaikka se on todettu terveysongelmaksi, himo, heikentynyt kontrolli, alkoholikeskeinen elämä, vieroitusoireet ja lisääntynyt sietokyky). Artikkelin tarkoituksena on selvittää tätä asiaa analysoimalla tietoja terveydenhuollon päihdehoitojärjestelmän potilaista poimitusta otoksesta, jota käytettiin "Naisten ja miesten päihdehoito Ruotsissa" -tutkimuksessa. Otos koostui miltei 1 000 haastattelusta, jotka tehtiin sairaala- ja avohoito-potilaiden kanssa Tukholman läänin alueella. Tiedot käsittävät seuraavat osa-alueet: alkoholin ja huumeiden käyttö, alkoholiriippuvuus (ICD-10-luokitus) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) -haastattelun avulla mitattuna, Addiction Severity Indexin (ASI) komposiittitulosuus, sosiodemografiset tiedot sekä alkoholiin liittyvät ongelmat. Alkoholiin liittyviä ongelmia varten kehitettiin kolme mittaria, jotka käsittivät terveydellisiä ja psykologisia ongelmia, itse määriteltyjä sosiaalisia ongelmia sekä muiden määrittelemiä sosiaalisia ongelmia. Näissä alustavissa analyyseissä, jotka tehtiin potilaille, joiden pääasiallisena ongelmana oli alkoholiriippuvuus, tehtiin sarja logistisia regressioanalyyskejä. Huomattava osa kulutusmittareiden ja kolmen ongelmamittarin välisestä yhteydestä voitiin osoittaa ADS-mittareiden avulla. ADS-syndrooman kuuden kriteerin ennakkointikyky vaihteli melkoisesti eri ongelmamittareiden osalta. Tulkinta ei ole yksiselitteinen eikä vähiten siksi, että myös alkoholiriippuvuus-syndroomaan sisältyy samoja elementtejä kuin alkoholiin liittyviin ongelmiin.

Orsaker till att inte söka vård

En studie i Stockholms läns beroendevård

Inledning

Den svenska missbrukarvården är omfattande i ett internationellt perspektiv, inte minst när man ser till utgifterna (Bergmark 1998; Blomqvist 1999). I jämförelse med andra vårdsektorer har missbrukarvården trots det inte prioriterats högt i Sverige (Bergmark 1995; Blomqvist 1999). Missbrukarvården når endast en liten andel av dem som har problem (Marlatt m.fl. 1997). Enligt en amerikansk beräkning uppgår kvoten mellan antalet "icke-vårdade" och vårdade individer med *alkoholproblem* till mellan 3:1 och 13:1 (Sobell m.fl. 1992). Humphreys & Tucker (2002) menar att andelen som vårdas av dem som har problem tros vara särskilt låg bland personer med problem som inte är alkoholberoende, vilket kan anses olyckligt, eftersom de utgör den största gruppen av problemkonsumenter. Det finns inget etablerat estimat över hur kvoten ser ut i Sverige.

Behandling kan initiera, underlätta och påskynda förändringsprocesser (Blomqvist 2002; SBU 2001). Det är viktigt att förstå hur

och varför individer kommer till vård samt dröjer med att söka hjälp (Cunningham m.fl., 1994). Marlatt m.fl (1997) noterar att hjälpsökandet inte varit lika uppmärksammat inom missbruksområdet som inom övrig sjukvård. Troligtvis skiljer sig också individers väg till missbrukarvården från vägen till andra vårdsektorer (ibid.; Weisner m.fl. 2003). Humphreys och Tucker (2002) menar att man inom behandlingsforskningen borde fokusera mer på naturalistiska studier och på olika mönster för hjälpsökande.

Det finns olika faktorer som visat sig bidra till att individer dröjer med att söka hjälp för alkohol- eller drogproblem¹ (Cunningham 1993; Thom 1986; Österling 2001). Orsakerna kan indelade i *interna* och *externa* skäl (Beckman 1994). *Interna orsaker* inkluderar förnekelse av problemen, rädsla för att stigmatiseras, oro över att lämna eller förlora sina barn, skam, stolthet, skuld känslor samt mistro till behandlingssystemet och avsaknad av motivation. *Externa orsaker* kan indelas i mellanmänskliga och strukturella skäl. De mellanmänskliga orsakerna refererar till "den so-

En tidigare version av texten presenterades på "the 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettl Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol" (KBS) i Paris 3-7 juni 2002.

ciala kostnaden” av att söka vård, motstånd bland familjemedlemmar och vänner, ansvar i hemmet eller på arbetet. Strukturella hinder avser remitteringsvägar, avsaknad av vård som är anpassad för kvinnor, avsaknad av ekonomiska resurser eller barnomsorg (ibid.).

Det finns fortfarande fler negativa attityder till kvinnors alkohol- och drogproblem än till mäns problem (Blomqvist 1999; Helmersson-Bergmark 2001; Weisner & Schmidt, 1992; Österling 2001). Könet har visat sig sammanhånga med i vilken utsträckning vården utnyttjas och därför är en jämförelse mellan könen viktig (Thom 1986; Walitzer & Connors 1997). Enligt Beckman (1994) upplever kvinnor andra hinder för att söka vård för alkohol- eller drogproblem än män.

Narkotika anses i Sverige utgöra ett av de svåraste sociala problemen (Björkman 2002; Blomqvist 2002). Sverige har en restriktiv narkotikapolitik och narkotikabruk uppfattas som en omoralisk handling. Personer med narkotikaproblem har i stor utsträckning utsatts för repressiva åtgärder från samhällets sida (Kristiansen 1999) och man kan anta att de upplever andra orsaker till att inte söka hjälp än individer med alkoholproblem.

De uppgifter som hittills analyserats är vanligtvis insamlade från individer i behandling och man vet inte mycket om dem som saknar vårdkontakt (Walitzer & Connors 1997). I Sverige fann Blomqvist (1999) att personer i behandling, i jämförelse med dem som inte sökt vård, hade lägre utbildning och var mindre socialt integrerade i samhället. Cunningham m.fl. (1993) fann att hindren för att söka vård skiljde sig mellan dem som intervjuades i och utanför vårdssystemet. De som kommer till vård har oftast överkommit initiala orsaker till att inte söka hjälp. De kan också ha svårare problem eller vara mer nödställda i jämförelse med dem som inte sökt vård. Många av dem vi intervjuat i denna studie kan ha känt ett motstånd mot att söka hjälp innan de kom och flera kom under någon

form av tvång. Denna artikel kan därför ge en första inblick i vad som hindrar individer från att söka hjälp för alkohol- och drogproblem.

Artikeln ingår i studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en studie av klienter och behandlingsenheter i Stockholms län”. Syftet är att beskriva och analysera i vilken mån olika faktorer som skamkänslor, familjesituation och förväntningar på vården bidragit till att patienter i Stockholms läns landstings specialiserade beroendevård *inte* sökt hjälp tidigare. De frågeställningar som artikeln avser att försöka besvara är: *Vilka orsaker bidrog till att patienterna inte sökt hjälp för alkohol- och drogproblem tidigare? Finns det skillnader mellan kvinnor och män vad gäller orsaker till att de inte sökt hjälp tidigare? Finns det skillnader mellan individer med alkohol- respektive drogproblem vad gäller orsaker för att inte söka hjälp?* I studien och artikeln definieras ”behandling” som ”alla medicinska, psykosociala och sociala insatser som inriktas på att initiera eller vidmakthålla att enskilda individer kommer ifrån sitt missbruk och att förhindra återfall, inklusive avgiftning, samt insatser av mera stödjande och vårdande karaktär som syftar till social integrering av den enskilda” (Holmberg 1999).

Tidigare forskning om orsaker till att inte söka vård för alkohol- och drogproblem

Studier har genomförts internationellt, framför allt i Nordamerika, om vilka faktorer som inverkar på om en individ med alkohol- eller drogproblem kommer till vård eller inte. I Sverige har Blomqvist (1999 & 2002) berört ämnet i sitt arbete kring s.k. ”sjävläkning”. I övrigt är den svenska forskningen på området sparsam, vilket är synd eftersom hjälpsökandet troligen skiljer sig mellan olika länder beroende på olika kulturella kontexter (Vogt 1998).

En orsak som i olika studier lyfts fram till att man inte påbörjar behandling är det stigma som är kopplat till alkohol- och drogproblem. När Cunningham m.fl. (1993) studerade orsaker till att inte söka vård bland individer med alkohol- och drogproblem, i och utanför vårdsystemet, i Kanada fann de att de viktigaste orsakerna var skamkänslor, stolthet och en negativ syn på behandlingen. En schweizisk studie visar att heroinmissbrukare inte sökte vård för att de kände stolthet och ville klara av sina problem själva och för att de var kritiska till missbrukarvården (Klingemann 1991). Thom (1986) intervjuade individer som påbörjade öppenvårdsbehandling för alkoholproblem och fann att den vanligaste orsaken till att dröja med att söka hjälp var att man inte uppfattade problemet som så allvarligt att det behövde åtgärdas. Finney och Moos (1995) studerade vilka faktorer som stimulerade respektive motverkade att individer kom till vård för alkoholproblem. Den viktigaste faktorn de fann, i linje med Thoms (1986) resultat, var huruvida individen uppfattade sina problem som allvarliga eller inte. Liknande orsaker återfanns i en svensk studie: rädsla för stigmatisering, officiell registrering, samt oro över att vänner, släktingar och arbetskamrater skulle få veta om problemen (Blomqvist 1999). Thom (1986) fann också att skamkänslor, motstånd mot att betecknas som "alkoholist" samt svårigheter att förmå sig att be om hjälp bidrog till att individer inte sökt hjälp tidigare.

Meningarna går något isär vad gäller kvinnors representation i missbrukarvården och ifall de dröjer längre än män innan de söker hjälp. I Sverige fann Blomqvist (1999) att kvinnor med alkoholproblem var överrepresenterade bland dem som inte sökte hjälp, och att de var mer oroad över att andra skulle få reda på deras problem. I två amerikanska översikter om kön och alkohol och kön och vård för alkoholproblem menar författarna att kvinnor dröjer längre med att söka vård än

män (Walitzer & Connors 1997; Weisner & Schmidt 1992). De menar att en kvinnas beteendeproblem ofta bemöts mer fördömande än en mans, vilket resulterar i ett motstånd bland kvinnor att betecknas som "alkoholist". I sin studie fann också Thom (1986) att denna motvilja var särskilt vanligt bland kvinnor. Likaså har Beckman (1994) funnit att kvinnor erfar mer negativa konsekvenser – som att förlora jobb och vänner eller upplösta familjerelationer – i samband med att de sökt vård. Andra forskare, bland dem svenskar, menar att det finns tendenser till att kvinnor söker hjälp tidigare än män och att deras representation i missbrukarvården ökar (Helmerson-Bergmark 2001; Österling 2001). Finney och Moos (1995) följde upp individer som tidigare sökt sig till avgiftning eller enheter för information om vård för alkoholproblem. De fann att en högre andel av kvinnorna påbörjade vård efter denna kontakt. Deras studie var emellertid inte representativ. I sina genomgångar menar också Walitzer och Connors (1997) och Weisner och Schmidt (1992) att det finns tendenser som tyder på att kvinnors underutnyttjande av missbrukarvård kompenseras av en ökad användning av allmän sjukvård och psykiatri, samt att kvinnor ofta svarar mer positivt på behandling än män.

Den viktiga roll barn har nämns ofta i samband med kvinnors motiv både till att sluta missbruka och till att undvika vård (Vogt 1998). Kvinnor kan undvika behandling eftersom de inte vill lämna sina barn, de inte har tillräckliga resurser för att arrangera barnvakt eller för att de är rädda för att deras barn ska tas ifrån dem på grund av deras missbruk (Beckman 1994). Detta är tydligt i en svensk studie med kvalitativa intervjuer med missbrukande kvinnor om bl.a. moderskap och alkohol- och drogproblem (Trulsson 1999). Ett centralt inslag i berättelserna var "koreografin med myndigheter". Hotet att förlora vårdnaden om barnen fanns hela tiden – och var starkare bland kvinnor – och kvinnorna ut-

vecklade därför strategier för att skydda sin familj och sina alkohol- eller drogproblem från insyn (ibid.).

En anledning till att inte söka hjälp som ofta nämns är att vårdssystemet i allmänhet inte motsvarar de problem och behandlingsmål som vårdsökarna har. I de flesta länder är missbrukarvården organiserad för att behandla de tyngsta missbrukarna (Humphreys & Tucker 2002). Blomqvists studie (1999) ger stöd för att mer socialt integrerade individer med alkohol- eller drogproblem inte söker hjälp eftersom de anser att vården inte passar dem. Denna fråga berör också kvinnor, eftersom missbrukarvården främst varit utformad för män (Vogt 1998; Walitzer & Connors 1997; Österling 2001). I dag finns det fler alternativ till mansdominerad behandling (Vogt, 1998). Helmersson-Bergmark (2001) menar dock, baserat på den omfattande SBU-rapporten (2001), att behandlingssystemen fortfarande är uppbyggda i huvudsak för mäns behov.

Blomqvist (1996) påpekar att olika attityder till socialt accepterade och illegala droger kan influera vägen till ett tillfrisknande. Blomqvist (1999 & 2002) har studerat hur individer med alkohol- och drogproblem blir fria från sina problem. I en jämförelse mellan dessa två grupper fann han emellertid förvånansvärt få skillnader mellan individer med alkohol- och drogproblem. Drogkonsumenterna var mer marginaliserade, mer involverade i subkulturer, och därmed innebar tillfrisknandet en större omvälvning (Blomqvist 2002b). Klingemann (1992) jämförde individer med alkohol- och heroinproblem på liknande sätt i en schweizisk studie och fann liknande tendenser. I Kanada fann Cunningham och hans kollegor (1993) inga skillnader mellan individer med alkohol- och drogproblem i vård vad gäller hinder för att söka vård.

Datamaterial och metod

Studien *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling* påbörjades år 2000 och har en explorativ design. Syftet är att beskriva och analysera behandlingssystemet och dess klienter och patienter, personal och organisation, samt den allmänna befolkningens syn på och erfarenheter av missbrukarvården (se vidare om studien i Palm & Storbjörk 2003, samt i presentationen av vårdprojektet i detta nummer).

Artikeln baseras på 942 face-to-face intervjuer med patienter i Stockholms läns landstings beroendevård. Från 1 januari 1997 till 1 september 2001 var beroendevården indelad i två organisationer; Beroendecentrum Nord (BCN) och Beroendecentrum Syd (BCS). Från och med september 2001 ingår de två centren i Beroendecentrum Stockholm (se Stenius & Storbjörk 2003). Patienterna rekryterades från ett urval av BCN:s och BCS:s enheter som tillsammans skulle representera olika typer av vård i olika geografiska områden. Urvalet består av nio slutenvårdsenheter (tre för alkoholavgiftning, tre för narkotikaavgiftning, en inom metadonprogrammet, en för infektionssjuka, och en för läkemedelsberoende patienter) och åtta öppenvårdsenheter (sex lokala enheter samlokaliserade med socialtjänsten, en centraliserad enhet på ett sjukhus, ett program för kvinnor och en enhet för läkemedelsberoende patienter). Patienterna kunde själva vända sig till de olika enheterna. Förutsättningen för en planerad avgiftning är emellertid att man har en behandlingsplan. Är tillståndet akut kan man naturligtvis komma till avgiftningsenheterna. För att påbörja vård inom metadonprogrammet krävs att patienterna uppfyller särskilda kriterier.

Intervjuer gjordes med dem som: (1) påbörjade vård på en av de utvalda enheterna; (2) inte hade vårdats på enheten under de senaste tre månaderna; och (3) inte hade deltagit i studien tidigare. Urvalet innehåller därmed både individer som kom till vård för första

gången och sådana som vårdats tidigare. Intervjuerna gjordes från november år 2000 till november år 2001. Personal inom projektet eller behandlingspersonalen frågade patienterna om de ville delta. Intervjuerna gjordes av projektets personal och tog omkring en timme. Intervjun innehöll frågor om sociodemografisk bakgrund, konsumtion av och problem med samt beroende av alkohol och droger, attityder till alkohol- och drogproblem och behandling av sådana problem, väg till behandling och tidigare vårderfarenheter (frågeformuläret finns i Palm & Storbjörk 2003).

Vi har ännu inte kontrollerat hur väl intervjupersonerna representerar samtliga "nya" patienter som kom till BCN och BCS under studieperioden. Här finns två typer av bortfall: patienter som inte ville delta och patienter som av olika anledningar inte tillfrågades om att delta. Troligtvis är patienter i slutenvård överrepresenterade i materialet (se vidare i Palm & Storbjörk 2003).

Patienternas motstånd mot att söka vård studerades med nio påståenden: "Olika saker kan hindra människor som söker hjälp för alkohol- eller drogproblem. Jag vill att du talar om hur väl följande påståenden stämde för dig innan du beslutade dig för att söka hjälp eller innan du kom hit". Patienterna ombads därmed att ange om de olika faktorerna bidragit till att de inte sökt vård tidigare genom att instämma "helt och hållet", "delvis", "inte särskilt" eller "inte alls" i påståendena (se tabell 2). För de påståenden som handlar om barn presenteras också svaren från dem som hade barn under 18 år separat. Detsamma gäller de som hade fått lön under den senaste månaden vad gäller påståendet om arbetet. Skillnader mellan kvinnor och män och mellan personer med alkohol- och drogproblem har analyserats med tvåsidiga χ^2 -test. De nio påståendena som analyseras är något svårtolkade. Avsikten var att få grepp om de hinder som patienterna upplevt innan de kom till vård *denna* gång, men det är de facto oklart

vilken tidsperiod patienterna avsett och vad de exakt hänvisar till.

Resultat

En beskrivning av respondenterna

I tabell 1 beskrivs respondenterna med avseende på vissa bakgrundsfaktorer samt skillnader mellan kvinnor och män och mellan dem som huvudsakligen kommit till vård för alkohol- respektive drogproblem. En högre andel bland dem som kom till vård för drogproblem var kvinnor. En högre andel av männen kom till vård för alkoholproblem. De som kom till vård för drogproblem var avsevärt yngre än de som kom för alkoholproblem. En högre andel av kvinnorna var gifta eller sammanboende, medan en högre andel bland männen var ensamstående. Vad gäller respondenternas boendesituation och utbildning så hade kvinnor och de som kom till vård för alkoholproblem i större utsträckning egen bostad och hög utbildning, medan män och de som kom för drogproblem i högre grad var hemlösa och hade låg utbildning. Majoriteten var födda i Sverige. En ganska hög andel av de personer som kom för drogproblem var emellertid födda i ett icke-nordiskt land. En fjärdedel av dem som kom för alkoholproblem har en anställning, medan drygt en tredjedel av dem som kom för drogproblem var arbetslösa. Det var också vanligare att män var arbetslösa. Det finns inga stora skillnader mellan grupperna vad gäller vårderfarenheter för alkohol- eller drogproblem under det senaste året. Däremot ser man att en högre andel av männen och av dem som kom till vård för drogproblem hade omfattande vårderfarenheter tidigare i livet. En högre andel av kvinnorna, jämfört med männen, saknade tidigare vårderfarenheter. Det framgår tydligt i tabellen att män och de med drogproblem skiljde sig från övriga i många avseenden.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer uppdelat på patienternas kön och alkohol- eller drogproblem, procent

		Totalt	Kön		Orsak kom till vård	
			Kvinnor	Män	Alkohol	Droger
Kön	Kvinnor	30	100	0	26	36
Ålder	Medelvärde (år)	44	43	45	50	37
Civilstånd	Gift/Sammanboende	27	35	24	27	27
	Ensamstående	73	66	76	73	73
Har barn under 18	Ja	30	30	30	24	39
Boende	Egen bostad	65	78	59	75	52
	Hos släktingar/vänner m.m.	17	11	19	9	25
	Ordnat av myndigheter	5	4	6	4	7
	Hemlös	11	5	14	10	13
	Annat	2	3	2	2	3
Utbildning	Låg (grundskola)	35	30	37	31	40
	Medel (gymnasiet)	42	38	44	41	43
	Hög (eftergymnasial utb.)	23	32	19	28	17
Född	Sverige	82	88	80	84	80
	Annat nordiskt land	82	8	10	14	4
	Icke-nordiskt land	108	4	10	2	16
Sysselsättning	Anställd	21	19	22	25	17
	Pensionerad	21	19	22	29	12
	Arbetslös	26	20	29	19	36
	Sjukskriven/föräldraledig/institution	22	30	19	20	24
	Annat	9	11	9	7	11
Huvudsakligt problem	Alkohol	56	48	59	100	0
	Droger (inkl. läkemedel)	44	52	41	0	100
Beroende enl. ICD-10	Alkohol	58	51	60	88	19
	Droger (inkl. läkemedel)	46	52	48	10	91
Typ av enhet rekryterades från	Alkoholavgiftning, slutenvård (slv)	39	28	45	67	5
	Drogavgiftning, slv	25	17	25	1	49
	Öppenvård, öv	22	26	20	30	12
	Läkemedelsenhet, slv/öv	10	24	5	1	22
	Metadonprogram, slv	3	3	4	1	7
	Infektionsklinik, slv	3	3	3	1	5
Vård senaste år	Ja	74	74	77	76	76
Tidigare vård- erfarenheter (antal typer av vård av totalt 20)	Medelvärde (n)	4,9	4,2	5,2	4,8	5,1
	Inga (%)	9	13	7	7	10
	1–4	55	41	75	38	36
	5–6	24	23	24	28	19
	7+	27	24	35	27	35
		n=942	284	658	517	409

Orsaker till att inte söka hjälp och skillnader mellan kvinnor och män

Tabell 2 visar att cirka hälften av respondenterna menade att de inte sökt vård tidigare eftersom de *inte ville sluta dricka eller använda droger, för att de bekymrade sig över vad andra människor skulle tycka om dem eller trodde de kunde hantera sina problem själva*.

En något högre andel av kvinnorna svarade att de dröjt med att söka vård eftersom de *inte ville sluta dricka eller använda droger* ($p < .01$). Viljan att sluta kan vara relaterad till problemens svårighetsgrad och typ av drog. Bland personer som har lindrigare problem och alkoholproblem finner man fler som vill minska sin konsumtion snarare än sluta helt. Skillnad i svårighetsgraden vad gäller alkohol- och narkotikaproblem skiljer sig också mellan kvinnor och män i materialet (som framgår i tabell 1). Män hade något svårare alkoholproblem medan kvinnor hade något allvarligare drogproblem. Männerna i urvalet drack alkohol betydligt oftare än kvinnorna (mätt hur ofta individen under de senaste tolv månaderna druckit fem respektive tolv drinkar på 4 cl alkohol, $p < .001$). De var också i större utsträckning beroende av alkohol enligt ICD-10 ($p < .01$). Förhållandet för droger var det motsatta. En högre andel av kvinnorna var beroende av droger ($p < .05$).

Hälften av respondenterna *bekymrade sig för vad andra skulle tycka om dem*, vilket stöder antagandet att rädslan för att stigmatiseras och fördömas upplevdes som ett hinder för att söka hjälp. Skillnaden mellan kvinnor och män är också här liten men signifikant. Detta är inte i linje med tidigare forskning som indikerar att det är mer skamligt för en kvinna att ha alkohol- eller drogproblem, vilket antas medföra ett starkare motstånd mot att söka hjälp.

Det tredje orsakspåstående som cirka hälften av patienterna instämde i var att de *trodde att de kunde hantera sina problem själva*. Det är svårt att tolka detta. En del individer kan-

ske förnekade allvarliga problem, medan andra inte hade särskilt allvarliga problem eller kunde hantera problemen själv. Det finns ett allt starkare stöd för att s.k. "sjävläkning" existerar. Färre än hälften svarade att de inte sökt vård för att de *inte tyckte att deras problem var så allvarliga*. Man kan också se att kvinnor i högre grad än män svarade så ($p < .05$). Även detta innebär tolkningssvårigheter. Är det så att kvinnor förnekar sina problem i större utsträckning än män eller tror kvinnorna i större utsträckning att de kan lösa sina problem själva?

Behandlingsskepticism utgjorde ett hinder för en tredjedel (36 %) av patienterna som *inte trodde att behandlingen skulle hjälpa dem*, vilket överensstämmer med forskning som indikerar att en negativ syn på vården kan utgöra ett hinder för att söka vård. I denna studie fick patienterna också svara på huruvida de tror att "det finns behandlingar som ofta lyckas för människor som vill minska eller sluta dricka/använda droger" (samma svarsalternativ som i tabell 2). Korrelationen (Gamma) mellan att instämma i dessa attitydpåståenden och att uppge att man hindrats från att söka vård tidigare eftersom man inte trodde vården skulle hjälpa är signifikant men inte stark. För drogkonsumenterna är korrelationen mellan tron på lyckade behandlingsresultat och att man inte sökt vård på grund av att man inte trodde att behandlingen skulle hjälpa $-0,25$ ($p < .05$). Motsvarande korrelation för alkoholkonsumenter är $-0,19$ ($p < .01$). En annan möjlighet är att patienternas tidigare vårderfarenheter kan förklara inställningen. De som tidigare "misslyckats" i behandling kan ha förlorat sin tro på lyckade resultat, medan de som kommer till vård för första gången kan vara hoppfulla. Det finns också en icke-signifikant tendens ($-0,07$, $p = 0,08$), i denna riktning i materialet. En annan möjlighet är att de som har omfattande erfarenheter av vård också har svårare och mer svårbehandlade problem, vilket kan inverka på tron på vårdssystemet.

Tabell 2. Andel av patienterna som instämde helt och hållet, delvis, inte särskilt eller inte alls i olika påståenden om orsaker till att de inte sökte vård tidigare, samt skillnader mellan kvinnor (K) och män (M), procent.

Orsaker som hindrat patienter från att söka hjälp innan de bestämde sig för att söka hjälp/kom till enheten.	Helt och hållet	Delvis	Inte särskilt	Inte alls	Ja (totalt)	n	p
Jag ville inte sluta dricka/sluta använda droger	24	26	6	44	50	886	,008
K :	22	31	3	44	53	267	
M:	25	24	37	44	49	619	
Jag bekymrade mig över vad andra människor skulle tycka om mig	27	23	6	44	50	897	,391
K :	31	23	6	40	54	269	
M:	26	23	6	46	48	628	
Jag kände att jag kunde hantera mitt problem själv	31	18	8	44	48	885	,554
K :	31	19	9	41	50	267	
M:	31	17	7	45	48	618	
Jag tyckte inte att mitt problem var så allvarligt	29	15	6	49	44	896	,041
K :	34	17	4	45	51	268	
M:	27	15	7	51	42	628	
Jag trodde inte att behandlingen skulle hjälpa mig	15	22	12	52	36	862	,731
K :	13	21	13	53	34	256	
M:	15	22	11	52	37	606	
Jag kände att jag hade för mycket ansvar hemma	18	13	9	60	31	896	,000
K :	26	15	11	48	41	269	
M:	14	12	9	65	26	627	
Jag kände att jag hade för mycket ansvar på jobbet	14	9	4	74	22	894	,812
K :	15	9	4	72	24	266	
M:	13	8	4	75	22	628	
<i>Fått lön: Totalt:</i>	27	18	8	47	45	264	,300
K :	34	18	10	38	52	71	
M:	24	18	8	50	42	193	
Jag var rädd att förlora vårdnaden om mina barn	8	2	1	90	9	897	,002^a
K :	11	3	0	86	14	268	
M:	6	1	1	92	7	629	
<i>Hade barn < 18: Totalt:</i>	23	5	2	70	29	266	,004^a
K :	34	9	-	57	43	76	
M:	19	4	3	75	23	190	
Det fanns ingen som kunde ta hand om mina barn	2	0	0	9	2	895	,001^a
K :	5	0	1	94	5	267	
M:	1	0	-	99	1	628	
<i>Hade barn < 18: Totalt:</i>	6	1	1	93	7	265	,001^a
K :	13	1	3	83	15	76	
M:	3	1	-	96	4	189	

^a Chi² test baserat på dikotomiserade variabler (instämmer helt och hållet eller delvis vs. instämmer inte särskilt eller inte alls) för att undvika att det förväntade värdet i någon cell understiger fem, två-sidig signifikansnivå.

Endast en femtedel instämde i att *ansvar på arbetet* bidragit till att de inte hade sökt vård tidigare. Bland dem som hade fått lön instämde emellertid nästan 45 procent i påståendet. Inga könsskillnader syntes för detta påstående.

De tydligaste könsskillnaderna avser påståendena om *ansvar i hemmet och om barn*. En tredjedel (31 %) av patienterna svarade att de inte påbörjat vård eftersom de kände att de hade för stort ansvar hemma, 41 procent av kvinnorna och 26 procent av männen ($p < .001$). Avsaknad av barnomsorg upplevdes inte som ett hinder för att söka vård. Bland de patienter som hade barn under 18 år, indikerade endast sju procent att avsaknad av barnomsorg hade bidragit till att de dröjt med att söka vård. Skillnaden mellan könen är dock tydlig. Fyra procent av männen och 15 procent av kvinnorna svarade så. Nästan 30 procent av personerna bedömde att det fanns en risk att förlora vårdnaden om sina barn ifall de sökte hjälp. Hotet upplevdes som påtagligt bland de kvinnor som hade barn, 43 procent av dem uppgav att detta hindrat dem från att söka hjälp.

Få skillnader mellan individer med alkohol- och drogproblem

Liknande analyser som de i tabell 2 gjordes för att se om det fanns skillnader mellan dem som uppgav att de kom till vård på grund av alkohol- respektive drogproblem (presenteras inte i tabellform eftersom mycket få skillnader återfanns). Den enda signifikanta skillnaden var att en högre andel av alkoholkonsumenterna uppgav att de inte sökt vård för att *de inte ville sluta dricka* (52 %), i jämförelse med drogkonsumenterna (48 %) ($p < .001$). Skillnaden är emellertid mycket liten. I studien tillfrågades patienterna också om sina behandlingsmål. Fler än hälften (55 %) av dem som använt droger under det senaste året svarade att de ville sluta helt med droger, jämfört

med 38 procent av dem som hade druckit alkohol under det senaste året vad gäller deras alkoholkonsumtion. Alkoholkonsumenterna var också mer benägna att säga att de ville minska sin konsumtion (27 %) eller eliminera olika negativa konsekvenser som följde av deras konsumtion (4 %) jämfört med drogkonsumenterna. Problemens svårighetsgrad och typ av preparat ger ingen enkel förklaring till den lilla skillnaden mellan könen då det gäller oviljan att sluta dricka eller använda droger.

När samtliga patienter ingår i analysen, finner man skillnader vad gäller ansvar på jobbet, barnomsorg och rädsla att förlora sina barn. Dessa skillnader försvinner dock när analysen begränsas till dem som fått pengar från anställning och dem som har barn under 18 år. Exempelvis är patienter med drogproblem mindre benägna att rapportera att de inte påbörjat vård på grund av sitt ansvar på jobbet ($p < .05$), vilket reflekterar det faktum att färre av dem har arbete i jämförelse med patienter med alkoholproblem. En högre andel av drogkonsumenterna rapporterade att de var rädda för att förlora sina barn (13 %) jämfört med alkoholkonsumenterna (7 %) ($p < .05$). Resultaten är rimliga och tendensen kvarstår (30 % jämfört med 27 %) men skillnaden är inte längre signifikant när bara de som hade barn ingår i analysen (antagandena vid χ^2 -testning uppfylls inte här: två celler har förväntade värden under fem).

"Socialt utslagna" individer uppgav i mindre utsträckning hinder för att söka hjälp

De 85 (ca 10 %) personer som inte instämde i något av de nio påståendena jämfördes slutligen med hela urvalet (se tabell 1) för att beskriva dem som inte rapporterade några hinder för att söka vård.

Resultaten (som inte redovisas i tabellform) visar att en lägre andel av dem som inte instämde i något av påståendena var kvinnor jämfört med hela urvalet (24 % vs. 30 %). Ål-

dersmässigt skiljde sig inte de två grupperna (medelålder 43 vs. 44 år). En avsevärt lägre andel av dem som inte instämde i påståendena hade egen bostad (48 % vs. 65 %) och en högre andel var bostadslösa (27 % vs. 11 %). Färre hade ett arbete (10 % vs. 21 %) och fler var arbetslösa (47 % vs. 26 %). En lägre andel var sjukskrivna (22 % vs. 30 %), medan lika höga andelar var pensionerade. Det var vanligare att de som inte rapporterade några hinder för att söka hjälp hade drogproblem (56 %), jämfört med de som uppgav att de kommit till vård p.g.a. sitt alkoholbruk (44 %). En lägre andel hade ett alkoholberoende (45 % vs. 58 %). En högre andel av dem som inte rapporterade några hinder för att söka hjälp påbörjade vid intervjun en behandling i öppenvård (80 vs. 71 %). Bland de som inte rapporterade några hinder saknade en lägre andel tidigare vårderfarenheter (5 % vs. 9 %) och en högre andel hade vårdats inom minst 7 av 20 olika vårdkategorier (44 % vs. 27 %). I snitt hade de som inte uppgav några hinder för att söka hjälp tidigare vårdats inom sex olika vårdtyper/kategorier, jämfört med fem i hela urvalet (av 20 möjliga). De hade också i större utsträckning vårdats tidigare under de senaste tolv månaderna (87 % vs. 74 %).

Det är möjligt att dessa individer upplevde andra hinder för att söka vård, hinder som inte ingick i denna intervju. Resultaten indikerar emellertid att denna grupp, dvs. de som inte instämde i att olika faktorer hindrat dem från att söka hjälp, var mer socialt utslagen (arbetslösa och hemlösa) och hade mer omfattande vårderfarenheter jämfört med hela urvalet. Vidare var det bland dem vanligare med drogproblem. Det är möjligt att de har mindre att förlora på att söka vård. Deras problem var troligen redan kända hos myndigheterna, eftersom de hade mer omfattande vårderfarenheter. Flera påståenden i denna analys berör arbete, hem och barn, något som ju inte utgör ett hinder för att söka vård om man saknar familj och arbete.

Orsaker till att inte söka vård bland dem som inte kommit till behandling på eget bevåg

För att delvis kringgå problemet i materialet att patienterna faktiskt kommit till vård valdes de 116 individer ut som inte alls instämde i att "det var min egen idé att påbörja behandling" för en separat analys. Av dem var det endast tre procent som inte instämde i något av de nio påståendena. I tabell 3 redovisas hur dessa individer besvarade frågorna samt skillnader mellan kvinnor och män och mellan dem som kommit till vård för alkohol- respektive drogproblem.

Jämfört med samtliga respondenter instämde en högre andel av dem som inte kommit självmant i att de dröjt med att söka hjälp eftersom de *inte ville sluta dricka eller använda droger* (67 % vs. 50 % i tabell 2), *inte tyckte deras problem var så allvarligt* (61% vs. 44 %), *inte trodde behandlingen skulle hjälpa dem* (49 % vs. 36 %), samt *kände att de kunde hantera sina problem själva* (60 % vs. 48 %). Tendensen känns rimlig och det är noterbart att det är så höga andelar av dem som instämmer i påståendena. Däremot uppgav en lägre andel att *de bekymrade sig över vad andra skulle tycka om dem* (39 % vs. 50 %). Den enda signifikanta skillnaden mellan könen är att kvinnorna var *rädda för att förlora vårdnaden om sina barn*. Här skiljer sig också de med drogproblem signifikant från dem med alkoholproblem. Samtidigt visar det sig att män i större utsträckning än kvinnor inte kom till vård för att *de kände de hade för mycket ansvar på jobbet*. Antalet respondenter i varje grupp är här betydligt lägre, vilket inverkar på signifikansnivåerna.

Diskussion

Resultaten visar att en majoritet av patienterna instämde i åtminstone ett av de nio påståendena om olika orsaker till att de inte sökt

Tabell 3. Andel av dem som inte kom till vård självmant som instämde helt och hållet eller delvis (vs. inte särskilt eller inte alls) i påståenden om orsaker till att de inte sökt hjälp, uppdelat på kvinnor och män och på individer med alkohol- och drogproblem, procent.

Orsaker som hindrat patienter från att söka hjälp innan de bestämde sig för att söka hjälp/kom till enheten.	Totalt	Kvinnor	Män	p	Alkohol	Drog	p
Jag ville inte sluta dricka/sluta använda droger	67	66	68	0,834	62	75	0,116
Jag bekymrade mig över vad andra människor skulle tycka om mig	39	38	40	0,490	46	31	0,087
Jag kände att jag kunde hantera mitt problem själv	60	63	59	0,432	61	59	0,469
Jag tyckte inte att mitt problem var så allvarligt	61	71	55	0,071	55	68	0,120
Jag trodde inte att behandlingen skulle hjälpa mig	49	47	49	0,510	46	51	0,393
Jag kände att jag hade för mycket ansvar hemma	26	24	27	0,823	25	27	0,489
Jag kände att jag hade för mycket ansvar på jobbet	16	7	21	0,045	20	10	0,145
Fått pengar från anställning ^a	39	25	44	0,312	54	23	0,113
Jag var rädd att förlora vårdnaden om mina barn	9	17	5	0,034	3	17	0,020
Hade barn < 18 ^b	32	50	19	0,090	25	35	0,484
Det fanns ingen som kunde ta hand om mina barn	4	2	3	0,673	2	4	0,416
Hade barn < 18 ^b	11	8	13	0,611	13	10	0,652
n=116		43	73		64	52	

^a Antal personer som fått lön: 8 kvinnor, 18 män, 13 med alkoholproblem, 13 med drogproblem.

^b Antal personer med barn under 18: 13 kvinnor, 18 män, 9 med alkoholproblem, 22 med drogproblem.

vård tidigare. Andelen som instämde var särskilt hög bland dem som inte självmant hade kommit till vård. Ganska stora andelar av patienterna instämde i olika påståenden. Omkring hälften instämde i vart och ett av följande påståenden om varför de dröjt: de ville inte sluta dricka eller använda droger, de kände att de kunde hantera sina problem själv och de bekymrade sig över vad andra skulle tycka.

Flera av de påståenden som analyserats är problematiska. Påståendet om oviljan att sluta behöver inte betyda att respondenterna inte vill få vård. Det kan snarare handla om att de motsätter sig att målet är avhållsamhet. Sverige har en stark tradition av abstinensorienterad vård för alkohol- och drogproblem, vilket innebär att vården inte attraherar dem som vill minska sin konsumtion. Blomqvist (2002) menar att man inom vården måste utgå från individens önskningar och förutsättningar. Det finns studier som indikerar att tidigare problemkonsumenter, av framför allt alkohol, kan övergå till ett kontrollerat

drickande (se bl.a. Klingemann 1991; Sanchez-Craig & Lei 1986). Blomqvist (1999) fann också i sin studie att det var vanligare bland individer med alkoholproblem att de vill *minska* sin konsumtion snarare än sluta helt. En annan förklaring till patienternas svar, som troligen får starkare stöd i Sverige, är att patienterna inte ännu nått "botten" (se Klingemann 1991; Kristiansen 1999) eller inte befinner sig i rätt motivations- eller förändringsfas (se Proschaska m.fl. 1994).

Vad gäller påståendet om att patienterna kände att de kunde hantera sina problem själva så är inte heller behandlingens roll vid "tillfrisknande" från alkohol- och drogproblem klarlagd, och s.k. "sjävläkning" förekommer. Det är emellertid oklart vem som kan bli av med problemen själv och vem som behöver formell hjälp (Blomqvist 1999 & 2002; Klingemann 1991; Sobell m.fl. 1993). Påståendet "jag tyckte inte att mitt problem var så allvarligt", som 44 procent instämde i, medför liknande tolkningssvårigheter. En del kanske

skulle säga att individen förnekar sina problem. Resultaten visade emellertid att problemets svårighetsgrad (alkohol- eller drogberoende) inte självklart korrelerade med upplevelsen av problem. Anhängare av s.k. "sjävläkning" skulle å andra sidan kanske hävda att detta stöder att individer själva faktiskt kan hantera problemen. Cunningham m.fl. (1993) fann också att det bland "sjävläkare" var vanligare att de rapporterade att de inte sökt vård eftersom de inte tyckte att deras problem var så allvarligt och eftersom de kände de kunde hantera problemet själva, jämfört med individer med alkoholproblem i behandling. Detta leder in på begreppet "barriers to treatment" som används ganska frekvent men saknar en klar definition. Begreppet förefaller inkludera det problematiska antagandet att alla med problem vill få vård men att det finns olika hinder för detta. Resultaten i denna analys, och i andra studier, indikerar att alla inte vill ha behandling och att individer kanske kan bli av med alkohol- och drogproblem själva.

Oron över vad andra ska tycka ansågs utgöra en orsak för att inte söka vård bland hälften av patienterna. Liknande attityder har rapporterats tidigare, även i Sverige (Blomqvist 1999 & 2002). De patienter som inte kommit till vård självmant instämde i mindre utsträckning i detta påstående.

Fler än en tredjedel av patienterna *trodde inte att behandlingen skulle hjälpa dem* och därför hade de inte sökt hjälp tidigare. Detta kunde inte förklaras helt av deras allmänna uppfattning om hur väl vården kan handskas med alkohol- och drogproblem och inte heller av deras värderfarenheter. Den tidigare forskningen går här isär. Cunningham m.fl. (1993) fann att synen på missbrukarvården inverkade på vårdsökandet, medan Finney och Moos (1995) upptäckte att detta inte inverkade på hjälpsökandet när man kontrollerade andra faktorer. Det var i Cunninghams (aa) studie emellertid vanligast bland "sjävläkare" med tidigare alkoholproblem att man sa

så, jämfört med de individer med alkohol- eller drogproblem som intervjuades i vårdssystemet.

Ansvar på arbetet betraktades som ett hinder för att söka vård av nästan hälften av dem som hade fått lön under den senaste månaden, medan *ansvar i hemmet* upplevts som ett skäl att inte söka vård bland en tredjedel av respondenterna. Av de patienter som hade barn under 18 år indikerade nästan 30 procent att de inte sökt vård eftersom de var rädda för att förlora vårdnaden om barnen. Barnomsorg utgjorde ett problem för 15 procent av de kvinnor som hade barn och för fyra procent av männen. Den slutsats som kan dras är emellertid att barnomsorg inte utgör något stort hinder för vårdsökande. Endast sju procent av de som hade barn uppfattade detta som ett skäl för att inte påbörja behandling.

Vad gäller risken att *förlora vårdnaden om barnen* så är det fortfarande ganska vanligt i Sverige att tvångsvård motiveras med olika sociala skäl (Palm & Stenius 2002). Missbruk i hemmet är också den vanligaste orsaken till att barn placeras på barn- eller i familjehem (Trulsson 1999). Samhället kan behöva skydda barn till missbrukande föräldrar, men det är inte heller bra, varken för barn eller föräldrar, att en person med alkohol- eller drogproblem undviker att söka hjälp p.g.a. rädslan att förlora sina barn.

Den tydligaste skillnaden mellan kvinnor och män gäller hotet om att förlora vårdnaden om barnen. I linje med det instämde kvinnor också i högre grad än män i att de inte sökt vård p.g.a. det ansvar de hade hemma. Kvinnor var också underrepresenterade bland dem som inte instämde i något av de nio påståendena. Kvinnor var mer benägna att svara att de inte uppfattade sitt problem som så allvarligt. Skillnaden är liten men i linje med Thoms (1986) studie. Thom (aa) fann att kvinnor i större utsträckning än män inte uppfattade sitt problem som tillräckligt allvarligt för att kräva någon åtgärd.

Forskningen indikerar att kvinnor känner

en starkare rädsla för att bli "stämplad" när de påbörjar behandling. Resultaten i denna artikel visar emellertid inga skillnader mellan könen på denna punkt. De flesta könsskillnader försvinner när analysen begränsas till dem som inte kom till vård självmant (tabell 3). Sammantaget indikerar resultaten att kvinnor i större utsträckning upplever olika hinder för att söka hjälp än män.

Individer med alkohol- respektive drogproblem skiljer sig inte avsevärt vad beträffar uppgivna hinder för att söka hjälp, vilket går i linje med de studier som presenterades tidigare (ovan). Den enda skillnaden var att individer med alkoholproblem i något högre grad svarade att de inte sökt hjälp eftersom de inte ville sluta dricka. En möjlig förklaring är skillnaden i legal status mellan alkohol och droger som nämnts. Det är möjligt att de med alkoholproblem enbart vill minska sin konsumtion, istället för att sluta helt. Skillnaden var emellertid liten.

Forskare har kritiserat de analyser av hinder för att söka vård som inte använder sig av en kontrollgrupp utanför vårdssystemet. Det här eftersom det har visat sig att personer med alkohol- eller drogproblem i och utanför vården skiljer sig från varandra i flera avseenden (se bl.a. Cunningham m.fl. 1994). Resultaten i denna artikel kan troligtvis inte generaliseras till andra grupper. Detta är den första analysen om vägen till vård från projektets material och resultaten väcker många frågor för senare analyser.

Vård inom socialtjänsten kan uppfattas som mer stigmatiserande. Därför föreslår Humphreys och Tucker (2002) att missbrukarvården skjuts över från socialtjänsten och kriminalvården till sjukvården för att minska det stigma som är kopplat till vården och för att attrahera nya klienter. Senare analyser kommer att inkludera såväl klienter inom socialtjänstens missbrukarvård som individer ur den allmänna befolkningen som upplever alkohol- eller drogproblem och möjliggöra jämförelser mellan dessa tre grupper.

NOT

1. I detta projekt används ordet droger för att beteckna såväl illegal narkotika, läsningsmedel som bruk av psykofarmaka som överskrider läkarordination.

REFERENSER

Beckman, L. (1994): Barriers to alcoholism treatment for women. *Alcohol Health & Research World* (18): 208

Bergmark, A. (1998): Expansion and Implosion: The Story of Drug Treatment in Sweden. I: Klingemann, H. & Hunt, G., (red.): *Drug Treatment Systems in International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*, s. 33–47. Thousand Oaks, CA: Sage

Bergmark, Å. (1995): Prioriteringar i socialtjänsten: rättvisa och ekonomi. Stockholm: Stockholms universitet, Socialhögskolan (rapport i socialt arbete nr 73)

Björkman, J. (2002): Knarkarens förvandling: bilden av knarkaren varierar som en följd av statens narkotikapolitik. *Tvårsnitt*, 3: 42–51

Blomqvist, J. (1996): Paths to Recovery from Substance Abuse: Change of Lifestyle and the Role of Treatment. *Substance Use & Abuse* 31(13): 1807–1852

Blomqvist, J. (1999): Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruk. Vaxholm: Bjurner och Bruno

Blomqvist, J. (2002): Att sluta med narkotika – med och utan behandling. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU-rapport 2002:2)

Blomqvist, J. (2002b): Recovery With and Without Treatment: A Comparison of Resolutions of Alcohol and Drug Problems. *Addiction Research & Theory* 10(2): 119–158

Cunningham, J. & Sobell, L. & Sobell, M. & Agrawal, S. & Toneatto, T. (1993): Barriers to Treatment: Why Alcohol and Drug Abusers Delay or Never Seek Treatment. *Addictive Behaviours* 18: 347–353

Cunningham, J. & Sobell, L. & Sobell, M. & Gaskin, J. (1994): Alcohol and Drug Abusers' Reasons for Seeking Treatment. *Addictive Behaviours* 19: 691–696

Finney, J. & Moos, R. (1995): Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model.

Addiction 90: 1223–1240

Helmersson-Bergmark, K. (2001): Alkohol-forskning om kvinnor – från marginalitet till möjlighet, Alkohol & Narkotika 6 (Jubileumsutgåva, CAN 100 år, 1901–2001): 106–111

Holmberg, R. (1999): Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 31 mars 1999 (IKB 1999). Stockholm: Socialstyrelsen

Humphreys, K. & Tucker, J. (2002): Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97: 126–132

Klingemann, H. (1991): The Motivation for Change from Problem Alcohol and Heroine Use. *British Journal of Addiction* 86: 727–744

Klingemann, H. (1992): Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions* 27 (12): 1359–1388

Kristiansen, A. (1999): Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare. Umeå universitet: Institutionen för socialt arbete

Marlatt, A. & Tucker, J. & Donovan, D. & Vuchinich, R. (1997): Help-Seeking by substance abusers: the role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. I: Onken, L. et al. (red.): *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*, s. 44–84. NIDA Research Monograph # 165. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services

Palm, J. & Stenius, K. (2002): Sweden: Integrated Compulsory Treatment. *European Addiction Research* 8: 69–77

Palm, J. & Storbjörk, J. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård. Stockholms universitet: SoRAD, Forskningsrapport nr 9

Proschaska, J. & Velicier, W. & Rossi, J. & Goldstein, M. & Marcus, B. & Rakowski, W. & Fiore, C. & Harlow, L. & Redding, C. & Rosenbloom, D. & Rossi, S. (1994): Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychology* 13: 39–46

Room, R. & Palm, J. & Romelsjö, A. & Stenius, K. & Storbjörk, J. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en översikt över en studie i Stockholms län. *Nordisk Alkohol- & narkotikatidskrift*, 20 (2/3)

Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986): Disadvan-

tages to Imposing the Goal of Abstinence on Problem Drinkers: an empirical study. *British Journal of Addiction* 81: 505–512

SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Sobell, L. & Sobell, M. & Toneatto, T. (1992): Recovery from alcohol problems without treatment. I: N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (red.): *Self-control and the addictive behaviours*, s. 198–242. New York: Maxwell Macmillian

Sobell, L. & Sobell, M. & Toneatto, T. & Leo, G. (1993): What Triggers the Resolution of Alcohol Problems Without Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17 (2): 217–224

Stenius, K. & Storbjörk, J. (2003): Dynamiken bakom en överrumplande privatisering: avknoppningen av Maria-enheten. *Socialvetenskaplig tidskrift* (accept. för publ. i dec 2002)

Thom, B. (1986): Sex Differences in Help-seeking for Alcohol Problems – 1. The Barriers to Help-seeking. *British Journal of Addiction* 81(6): 777–788

Trulsson, K. (1999): Moderskap och missbruk. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 16(6), 335–351

Vogt, I. (1998): Gender and Drug Treatment Systems. I: Klingemann, H. & Hunt, G., (red.): *Drug Treatment Systems in International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*, s. 281–297. Thousand Oaks, CA: Sage

Walitzer, K. & Connors, G. (1997): Gender and Treatment of Alcohol-Related problems. I: Wilsnack, R.W. & Wilsnack S.C. (red.): *Gender and Alcohol: Individual and social perspectives*, s. 445–461. New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies

Weisner, C. & Matzger, H. & Tam, T. & Schmidt, L. (2003): Who Goes to Alcohol and Drug Treatment? Understanding Utilization within the Context of Insurance. *Journal of Studies on Alcohol* 63: 673–682

Weisner, C. & Schmidt, L. (1992): Gender Disparities in Treatment for Alcohol Problems. *The Journal of the American Medical Association* 26: 1872–1876

Österling, A. (2001): Missbruksbehandling anpassad efter kvinnors behov. Alkohol & Narkotika 6 (Jubileumsutgåva, CAN 100 år, 1901–2001): 128–137.

Summary

Jessica Storbjörk: *Reasons for not seeking treatment. A study of the health-based addiction treatment system in Stockholm.*

This article is part of a larger treatment system study entitled *Women and Men in Swedish Alcohol and Drug Treatment* carried out in Stockholm County. The goal is to analyse and describe the reasons people have for not entering the health-based addiction treatment system in Stockholm County. The following questions were raised: What reasons for not seeking treatment did the patients have prior to treatment entry? What are the differences between females and males and alcohol and drug abusers with regard to reasons for not seeking help? The material analysed consists of 942 face-to-face interviews with patients entering alcohol and drug treatment units. The analysis is based on nine items about various things that might get in the way of people getting help for an alcohol or drug problem.

The majority of the patients (90 %) endorsed at least one of the statements. The three most prevalent reasons for not entering treatment among the patients were that they *did not want to stop drinking or using drugs; they were concerned about what others would think; and thought they could handle their problem themselves*. Approximately half of the respondents agreed with each of these items. Forty-four per cent *did not think their problem was that serious*, and therefore had not sought treatment earlier. Treatment scepticism constituted a barrier for 36 per cent of the respondents that *did not think treatment would help them*. *Responsibilities at work* are not considered an important barrier to entering treatment as only 22 per cent agreed with this statement. However, when focusing on those who had a job nearly 45 per cent of the respondents agreed with the statement. Thirty-one per cent of the respondents did not enter treatment since they felt they had *too many responsibilities at home*. Only 7 per cent indicated the reason for not seeking treatment as *there was nobody to take care of their children* (among those who had children). A present threat to abusers with children seems to be *fear of losing custody of their children*. Nearly 30 per cent considered this a reason for not entering treatment.

The females support five out of nine statements to a significantly greater extent than the men do and also support three of the four remaining statements to a greater extent than the males, although not to a significant degree. There is no doubt that women experience more home- and child-related barriers to entering treatment. The only difference between alcohol and drug abusers was that alcohol abusers reported unwillingness to stop usage more frequently as a reason for not entering treatment than the drug abusers.

Key words: Alcohol and drug treatment, paths to treatment, barriers to treatment, gender, Sweden

Yhteenvedo

Jessica Storbjörk: *Hoitoon hakeutumatta jättämiseen johtavia syitä. Terveystienhoitoon perustuvaan päihdehoitojärjestelmän tutkimus Tukholman läänissä*

Tämä artikkeli on osa Tukholman läänissä tehtävää isompaa tutkimusta nimeltään ”Kvinnor och män i svensk missbrukarbehandling”. Tavoitteena on analysoida ja kuvailla syitä, jotka johtavat terveydenhoitoon perustuvaan päihderiippuvuushoitoon hakeutumatta jättämiseen Tukholman alueella. Tutkimuksessa keskitytään potilaitten omiin näkemyksiin, ja siten keskeisiksi kysymyksiksi nousevat ne syyt, jotka olivat estäneet potilaita hankkiutumasta hoitoon aikaisemmin. Samalla etsittiin naisten ja miesten sekä huumeiden ja alkoholin käyttäjien välisiä eroja hoitoon hakeutumatta jättämiseen johtaneissa syissä. Analysoitu materiaali koostuu 942:n alkoholi- ja huumevieroitusyksikköihin hankkiutuneen potilaan henkilökohtaisista haastatteluista. Analyysi perustuu yhdeksään eri seikkaan, jotka voisivat estää ihmisiä hakeutumasta hoitoon alkoholi- tai huumeongelman takia.

Enemmistö potilaista (90 %) puolsi ainakin yhtä väitteistä. Kolme yleisintä syytä siihen, etteivät haastateltavat olleet aikaisemmin hakeutuneet hoitoon olivat, että *he eivät halunneet lopettaa juomista tai huumeiden käyttöä; he olivat huolissaan siitä, mitä muut ajattelisivat heistä; he uskoivat pystyvänsä hoitamaan ongelmansa itse*. Liki puolet haastateltavista puolsi kaikkia näistä väitteistä. Heistä 44 % ei uskonut ongelmansa olevan vakavanlaatuinen ja ei siksi ollut hakeutunut hoitoon aikaisemmin. Hoitoon liittyvät ennakkoluulot muodostivat esteen ainakin 36 %:lle haastatelluista, sillä *he eivät uskoneet hoidon auttavan heitä*. Työhön liittyviä velvollisuuksia ei pidetä merkittävänä esteenä hoitoon hakeutumiselle, sillä vain 22 % haastatelluista vastasi myöntävästi tähän väitteeseen. Työssä käyvistä haastatelluista kuitenkin melkein 45 % puolsi kyseistä väitettä. Vastaajista 31 % ei ollut hakeutunut hoitoon, siitä syystä, että heillä oli omasta mielestään *liikaa velvollisuuksia kotona*. Vain seitsemän prosenttia vastaajista (joilla oli lapsia) mainitsi syyksi siihen, etteivät he olleet hakeutuneet hoitoon, sen, ettei ollut ketään, joka olisi voinut pitää huolta heidän lapsistaan. Ajankohtainen uhka väärinkäyttäjille, joilla on lapsia, näyttää olevan pelko huostaanotosta. Lähes 30 % vastaajista piti tätä mahdollisena syynä siihen, että he eivät hakeutuisi hoitoon.

Naiset kannattivat yhdeksästä väitteestä viittä merkittävässä määrin enemmän kuin miehet ja lisäksi kolmea neljästä jäljellä olevasta väitteestä enemmän kuin miehet, vaikakaan eivät merkittävästi enemmän. Toisaalta erot eivät aina ole suuria, ja koska osaa niistä on vaikea ymmärtää, ne vaativat lisäselvitystä. Naiset kokivat enemmän kotiin ja lastenhoitoon liittyviä esteitä hoitoon hakeutumiselle. Ainoa ero alkoholin ja huumeiden väärinkäyttäjien välillä oli se, että alkoholin väärinkäyttäjät olivat vastahakoisempia lopettamaan päihteiden käytön kuin huumeiden väärinkäyttäjät.

Moraliskt, medicinskt och socialt problem

Syn på alkohol- och drogproblem bland personal inom Stockholmsläns beroendevård

Introduktion

Hur ett socialt problem betraktas har betydelse för hur vi vill behandla problemet och för hur målen med behandlingen bedöms. Det har också relevans för relationen mellan klient och behandlare. Attityderna hos personal som arbetar med alkohol- och drogproblem¹ kan tänkas vara viktiga för den behandling som ges (Nunes-Dinis 1996). Enligt Brickman och hans kolleger (1982) är antaganden om individens ansvar för uppkomsten och lösningen av sina problem – antaganden som de antar att vi gör oavsett om vi är medvetna om dem – betydelsefulla för de strategier som anammas. Blackwell (1988) skriver också om synen på alkohol- och drogproblem och dess betydelse för behandling. Hon tar upp vikten av att ta in flera möjliga förklaringsmodeller till alkohol- och drogproblem för att behandlingen ska kunna anpassas och bli framgångsrik.

Även sättet att se på patienten, vilket kan hänga samman med hur man ser på dennes

problem, kan ha betydelse för vilken behandling som erbjuds. Synen på patienten inverkar på hur denne tas emot och på hur relationen mellan patient och behandlare utvecklas. (Cartwright & Hyams & Spratley 1996; Moodley 1988; Soverow & Rosenberg & Ferneau 1972.)

Lite är känt om attityder till alkohol- och drogproblem bland behandlingspersonal i Sverige och hur attityderna påverkar behandlingen. Denna artikel kommer att presentera resultat från en studie om personal som arbetar inom landstingets (hälso- och sjukvårdens) specialiserade beroendevård i Stockholms län. Huvudsyftet är att försöka besvara frågor om hur personalen ser på individens ansvar, att undersöka vilken av Brickman och hans kollegers (1982) modeller den bäst passar in på och om personalen främst har ett moraliskt, medicinskt eller socialt synsätt. Vidare presenteras skillnader i hur personalen ser på alkohol- respektive drogproblem.

Metod och material

All personal som arbetade inom landstingets hälsovård för alkohol- och drogproblem, Beroendecentrum Nord och Beroendecentrum Syd² i Stockholms län, ombads fylla i ett frågeformulär om behandling, vårdens organisation, sin arbetsplats och sin syn på alkohol- och drogproblem under våren 2001. Totalt ingår 32 öppenvårdsenheter och 12 slutenvårdsenheter, vilket innebär flera avgiftningsenheter och lokala öppenvårdsmottagningar, men även specialiserade enheter som metadonprogrammet och TUB-mottagningen för läkemedelsproblem. Tillsammans representerar de hela Stockholms läns beroendevård.

Svarsfrekvensen var 56 procent, vilket innebär att 344 personer besvarade formuläret.³ Svarsfrekvensen var relativt låg, vilket kan betyda att urvalet är skevt. För att kontrollera för det här har en bortfallsanalys genomförts, i vilken populationens fördelning av olika yrken, åldrar och kön jämförts med urvalets fördelning av samma frågor. Bortfallsanalysen indikerar att de som deltog i undersökningen inte skiljer sig avsevärt från dem som inte besvarade den (Storbjörk 2003). Likväl återstår möjligheten att de som inte besvarade enkäten inte har samma attityder som de som besvarade den.

Ett stort problem med enkätmetoden är i detta fall svårigheterna att förstå vad en person menar när denne instämmer i ett påstående. De centrala begreppen är tvetydiga. Om en person instämmer i att alkoholism är en sjukdom vet vi inget om vilken typ av sjukdom personen i fråga avser. Detsamma gäller sociala problem. Eventuellt kan det som tycks vara motstridiga attityder enkelt förklaras utifrån respondentens tolkning av frågan. Den största bristen anser jag dock vara att vi som forskare definierat vad respondenterna ska ta ställning till. Respondenterna har ingen möjlighet att uttrycka attityder utöver de ställda frågorna. Frågorna om attityder ställdes uti-

från tidigare forskning om syn på alkohol- och drogproblem, vilken huvudsakligen inte var svensk, även om tillägg gjordes för att fånga attityder som förväntas förekomma i en svensk kontext. Valet av enkät som metod tycktes ändå motiverat då avsikten var att fånga en större grupps syn på ett fenomen.

Beskrivning av respondenterna

På samma sätt som män är överrepresenterade i patientpopulationen är kvinnor överrepresenterade bland personalen. Av 344 respondenter var 22 procent män och 78 procent kvinnor. Majoriteten (59 %) av respondenterna arbetade i slutenvård, huvudsakligen inom avgiftningsenheter, och 34 procent i öppenvård.⁴ Närmare hälften (45 %) av urvalet arbetade på enheter som behandlade både alkohol- och drogproblem, 29 procent arbetade på enheter som huvudsakligen behandlar drogproblem, 15 procent på enheter för alkoholproblem, fyra procent på enheter som behandlar läkemedelsberoende (huvudsakligen kodein och benzodiazepiner) och i sju procent av fallen är enheten okänd.

Den genomsnittliga åldern bland respondenterna är relativt hög, 41–50 år. Sju procent var i åldrarna 21–30, 22 procent var 31–40 år gamla, 35 procent var 41–50 år, 30 procent var 51–60 år och sex procent var över 61 år gamla. Majoriteten hade arbetat med alkohol- och drogproblem relativt länge (68 procent i sex år eller längre). Respondenterna var hyfsat välutbildade, 57 procent hade examen från universitet eller högskola, 18 procent hade annan eftergymnasial utbildning och 25 procent hade högst gymnasieutbildning. Den höga utbildningsnivån återspeglas även i respondenternas yrken. Nio procent var läkare, 38 procent var sjuksköterskor, 34 procent undersköterskor, 10 procent psykologer, terapeuter eller socialarbetare och fem procent hade administrativa yrken, som receptionist

Tabell 1. Andel som ansåg att alkoholberoende respektive drogberoende personer är fullt ansvariga, delvis ansvariga eller inte alls ansvariga för att de blivit beroende och för att bli av med sitt beroende, i procent.

Ansvarig för att...	n	Fullt ansvarig	Delvis ansvarig	Inte ansvarig	Totalt
... de blivit alkoholberoende?	337	30	63	7	100
... bli av med sitt alkoholberoende?	339	75	25	0,3	100
... de blivit drogberoende?	335	35	60	5	100
... bli av med sitt drogberoende?	338	73	27	0,3	100

eller sekreterare. Större delen av respondenterna (85%) arbetade huvudsakligen med behandling, åtta procent fungerade som arbetsledare och åtta procent svarade att de huvudsakligen hade administrativa arbetsuppgifter.

I denna artikel kommer resultat främst från frågor som handlar om synen på individens ansvar, alkohol- och drogproblemens natur samt synen på behandling att presenteras.

Resultat

Individens ansvar

Brickman med flera⁵ (1982) menar att hur man ser på en individs ansvar för sina problem är avgörande för om och vad man kommer att göra för att hjälpa personen med problemen. De identifierar fyra olika synsätt på individens ansvar. Tillsammans bildar synsätten ett fyrfält som ligger till grund för frågorna i tabell 1. Enligt den moraliska modellen ses individen som ansvarig för uppkomsten av problemen och ansvarig för lösningen på dem, enligt upplysningsmodellen är individen ansvarig för uppkomsten, men inte för lösningen, enligt den kompensatoriska modellen är individen inte ansvarig för uppkomsten men däremot för lösningen och enligt den medicinska modellen är individen varken ansvarig för uppkomsten eller för lösningen. De fyra modellerna utgör olika idealtyper som det förekommer olika variationer på. I föreliggande studie ställdes frågor till personalen om individens ansvar med tre svarsalternativ för

att tillåta mer variation i svaren.

Som synes i tabell 1 ansåg en stor majoritet av respondenterna att alkoholberoende och drogberoende personer är ansvariga både för att de blivit beroende och för att bli av med sitt beroende. Ytterst få svarade att de inte är ansvariga alls. Flertalet svarade att alkoholberoende personer delvis är ansvariga för att ha blivit alkoholberoende, men fullt ansvariga för att bli av med sitt problem. Det innebär att landstingspersonalen hamnade mellan Brickman och hans kollegers (1982) moraliska modell, i vilken individen ses som ansvarig både för uppkomsten av och lösningen på problemet, och deras kompensatoriska modell, i vilken individen är ansvarig för att lösa problemen, men inte för uppkomsten av dem (den hjälpsökande ses dock inte som sjuk eller skyldig utan mer som socialt eller biologiskt drabbad). I den moraliska modellen består hjälpen främst av straff och belöningar, medan hjälparen i den kompensatoriska modellen ska erbjuda hjälp och stödja individens egna ansträngningar även om det är upp till individen att göra något av hjälpen.

Det kan tilläggas att det enligt Brickman m.fl. (1982) finns olika sätt att se på den mänskliga naturen inbakat i de fyra modellerna. Inom den moraliska modellen ses människan som stark, i den kompensatoriska är människan i grunden god, i den medicinska är människan svag och inom upplysningsmodellen ses människan som i grunden dålig. Inom den moraliska modellen ska vi klara oss själva och är i bästa fall varandras påhejare, vilket kan leda till ensamhet. Den negativa si-

dan av den kompensatoriska modellen är att personer som ständigt tvingas lösa problem som de inte själva skapat kan komma att känna stor press på sig och få en negativ, på gränsen till paranoid, syn på världen. En negativ konsekvens kan därmed bli alienation (Brickman m.fl. 1982).

Moraliskt, medicinskt eller socialt problem?

I Sverige dominerade en starkt moraliserande syn på alkohol före och under nykterhetsrörelsen, som tog fart på allvar under senare delen av 1800-talet (Abrahamson 1989; Blomqvist 1998). Det ansågs vara en synd att berusa sig och ansvaret för alkoholens skadeverkningar lades på individen. Därefter påbörjades sökandet efter orsakerna till problemen bortom drickandet i sig. Till en början söktes orsakerna inom individen, genetiskt och fysiologiskt, och bilden av alkoholproblem som en sjukdom dominerade. Den medicinska expertisen hade i Sverige stort inflytande, vilket är tydligt inte minst i utredningen som ledde fram till 1954 års nykterhetsvårdslag (Rosenqvist 1986; Abrahamson 1989). AA-rörelsen nådde Sverige mycket sent, men "Länkarna" en svensk tillämpning av AA, etablerades strax efter andra världskriget (Kurube 1997). Även de hade en sjukdomssyn, men en egen syn på botemedlet. Så här långt påminner utvecklingen i Sverige i stor utsträckning om utvecklingen i många andra västerländer (Levine 1978). I Sverige finns dock en stark tradition av att betrakta alkohol- och drogproblem som sociala problem (Rosenqvist & Kurube 1992; Bergmark 1998; Blomqvist 1998), vilket lyftes fram särskilt under 1960- och 1970-talet (Abrahamson 1989; Sutton 1998).

Dessa tre synsätt på alkohol- och drogproblem förekommer också i litteraturen vid beskrivningar av diskurser i olika samhällen och tider samt i studier av attityder. Enligt det *moraliska synsättet* fördöms individens beteende som syndigt och därmed definieras även indi-

viden som svag och dålig. Det överensstämmer med Brickmans och hans kollegers moraliska modell där individen ses som ansvarig för framförallt uppkomsten av problemet. Inom det *medicinska synsättet* ses individen som sjuk antingen genom att hon eller han fötts med en brist eller svaghet eller att han eller hon smittats eller ådragit sig en sjukdom. Enligt Brickmans medicinska modell är individen inte ansvarig vare sig för uppkomsten eller lösningen, men man kan även tänka sig ett medicinskt synsätt där individen ses som ansvarig för att ha ådragit sig en sjukdom och/eller där individen förväntas ta aktiv del i behandlingen av sjukdomen. Det tredje synsättet som vi valt att uppmärksamma är det *sociala synsättet*, vilket inte förekommer på samma sätt i den internationella litteraturen, men som haft en framträdande roll i det svenska välfärdssamhället. Det sociala synsättet ser alkohol- och drogproblem som samhällsproblem som manifesteras hos individer som genom viss klasstillhörighet eller andra yttre omständigheter är de som drabbats. För att koppla till Brickman m.fl. läggs ansvaret för uppkomst och kanske även lösning i större utsträckning på samhället än på individen, som mer är ett offer för omständigheterna. Det är inte heller huvudsakligen individen som ska reformeras, utan snarare omständigheterna omkring denne.

Personalen inom landstingets beroendevård fick ta ställning till en rad påståenden om alkohol- och drogproblem och dess behandling. Generellt sett kan sägas att respondenterna var samstämmiga i de flesta frågor och svarsfördelningen är skev. För de flesta påståenden var det över 70 procent som antingen instämde eller tog avstånd. Det kan antingen reflektera att påståendena är så allmänt hållna att det är lätt att antingen ta avstånd eller instämma. En annan förklaring är att det råder konsensus om hur alkohol- och drogproblem ska betraktas och hanteras. Fördelningen för de tre påståendena som är tänkta att reflektera de tre

Tabell 2. Andel som instämde "helt och hållet", "delvis", "inte särskilt" och "inte alls" i tre påståenden om syn på alkoholproblem och motsvarande påståenden om drogproblem, i procent. (Antalet respondenter varierar mellan 331 och 342)

	ALKOHOL					DROGER				
	Helt och hållet	Delvis	Inte särskilt	Inte alls	Totalt	Helt och hållet	Delvis	Inte särskilt	Inte alls	Totalt
Alkoholberoende personer /Drogmissbrukare är viljesvaga	3	30	32	35	100	2	30	36	32	100
Alkoholism/Drogberoende är en sjukdom. ***	41	47	7	5	100	24	46	19	11	100
Alkoholproblem/Drogproblem är ett socialt problem snarare än ett medicinskt problem.	6	65	22	7	100	8	66	20	6	100

T-test användes för att studera signifikanta skillnader mellan de fyrgradiga alkoholpåståendena och motsvarande drogpåståenden. *** p<0.001

ovan beskrivna synsätten redovisas i tabell 2 för alkohol respektive droger. Det första påståendet "Alkoholberoende personer/Drogmissbrukare är viljesvaga" har använts tidigare för att reflektera ett moraliskt synsätt (se Mulford & Miller 1964 eller Roizen 1977). Det andra påståendet "Alkoholism/Drogberoende är en sjukdom" som även det använts av många (se Roizen 1977; Caetano 1987) är tänkt att reflektera ett medicinskt synsätt. Påståendet "Alkoholproblem/Drogproblem är ett socialt problem snarare än ett medicinskt problem" används för att studera stödet för ett socialt synsätt.

De flesta respondenterna motsatte sig påståendet om att alkoholberoende/drogmissbrukare är viljesvaga, vilket skulle kunna tyda på att det inte finns mycket stöd för ett moralistiskt synsätt bland personalen inom landstingets beroendevård. Däremot tycks sjukdomsbegreppet vara ett populärt synsätt, trots att en majoritet också instämde i att alkohol- och drogproblem är sociala problem snarare än medicinska. Det innebär i viss mån en motsättning. Hur kan man samtidigt som man menar att det rör sig om sjukdom anse att det är socialt snarare än medicinskt? En möjlig förklaring är att personalen, liksom anonyma alkoholisters ideologi, ser på alkohol- och drogproblem som sjukdomar som

inte kräver medicinska insatser. Förklaringen stöds också av svar på andra frågor i samma undersökning, där personal motsatte sig att läkare skulle vara bäst lämpade att ta hand om problemen (Storbjörk 2003; Palm 2003). En anledning till att så många instämmer i att "alkoholism är en sjukdom" kan vara att det påståendet har upprepats så många gånger av så många att det blivit en sanning oavsett vad det faktiskt innebär (se också Room 1983). Det återstår att förklara på vilket sätt respondenterna ser på problemen som sociala.

Flera synsätt på samma gång

För att underlätta den fortsatta presentationen kommer påståendena "alkoholism är en sjukdom" och "drogberoende är en sjukdom" att benämnas sjukdomspåståenden och ett instämmande i dessa kommer att kallas för ett medicinskt synsätt. Likaså kommer påståendena "alkoholberoende personer är viljesvaga" och "drogmissbrukare är viljesvaga" att benämnas moraliska påståenden och ett instämmande i dessa kommer att kallas för ett moraliskt synsätt. Påståendena "alkoholproblem är ett socialt problem snarare än ett medicinskt problem" och "drogproblem är ett socialt problem snarare än ett medicinskt problem" kommer att kallas för sociala påståenden och

ett instämmande i dessa påståenden kommer att kallas för ett socialt synsätt.

En korrelationsmatris (Pearsons) visade att de sociala och moraliska påståendena korrelerar signifikant positivt, om än inte särskilt starkt (0,20–0,24), med varandra. Sjukdomspåståendena och de sociala påståendena har en signifikant negativ korrelation (även denna svag, <0,20), men inga korrelationer var signifikanta mellan sjukdomspåståendena och de moraliska påståendena.⁶

En fjärdedel (25 %) av respondenterna instämde i sjukdomspåståendet samt i både det moraliska och i det sociala påståendet i fråga om alkohol. Motsvarande andel avseende droger var 19 procent. Sextiotvå procent av respondenterna instämde både i att alkoholism är en sjukdom och att det är ett socialt problem snarare än ett medicinskt (för droger var andelen 52 %). Tjugonio procent av respondenterna instämde både i sjukdomspåståendet och i det moraliska påståendet (22 % avseende droger), vilket kan jämföras med ett resultat av en studie i den allmänna befolkningen i USA, där 41 procent hade ett sådant "dubbelt" synsätt (Mulford & Miller 1961 ref. i Room 1983).

En bredare bild

För att få en något mer nyanserad bild av landstingspersonalens syn på alkohol- och drogproblemens natur ställdes ytterligare två frågor, en gällande alkoholproblem och en gällande drogproblem. Respondenterna ombads markera det eller de påståenden av fem som bäst beskrev deras syn på alkohol- respektive drogerberoende.⁷ I tabell 3 nedan redovisas respondenternas svar.

Som framgår av tabell 3 utnyttjade en stor del av respondenterna möjligheten att ge mer än ett svar på frågan om vad som bäst beskriver deras syn på alkohol- respektive drogproblem⁸. Påståendet att alkoholism/alkoholberoende/drogerberoende "blir en sjukdom när

Tabell 3. Andel av respondenterna som svarade att de olika påståendena bäst (av de tillgängliga) beskriver deras syn på alkohol- och drogproblem, i procent.

	Alkohol n=343	Droger n=338
Det är en sjukdom som människor föds med eller har med sig från barndomen.	34	19
Det blir till en sjukdom när människor förlorar kontrollen över sitt beteende.	81	73
Det är ett sätt att tala om vad som egentligen utgör sociala problem i samhället.	24	33
Det är ett sätt att tala om vad som egentligen är ett psykologiskt problem.	35	45
Det är en vana som utvecklas till ett problem.	60	59

människor förlorar kontrollen över sitt beteende" var det mest populära bland respondenterna, men även påståendena om att det är "en vana som utvecklas till ett problem" och, i viss mån, att det är ett "psykologiskt problem" appellerade till en stor andel respondenter. När påståendena ställdes på detta vis emot varandra förefaller synen att alkoholproblem främst är sociala problem förlora terräng. Bland dem som såg på problemet som en sjukdom valde de flesta att se det som en sjukdom som uppstått när människor tappat kontrollen över sitt drickande snarare än som en medfödd sjukdom.

Skillnader i synen på alkoholproblem och synen på drogproblem

Synen på alkoholproblem bland personalen inom landstingets beroendevård tycks inte skilja sig markant från dess syn på drogproblem. Den största skillnaden som kan noteras i tabell 2 och tabell 3 är att sjukdomskonceptet inte tycks vara lika etablerat när det gäller droger som när det gäller alkohol. Även om en majoritet av personalen såg både alkohol- och

drogberoende som sjukdomar som utvecklas när människor förlorar kontrollen över sitt beteende, är det tydligt att det är vanligare att drogberoende uppfattas som sociala och/eller psykologiska problem och att fler såg på alkoholproblem som en sjukdom man föds med eller har med sig från barndomen.

Det bör dock nämnas att korrelationerna mellan alkoholpåståendena och motsvarande drogpåstående var signifikanta och höga. Korrelationerna (Pearsons' R) mellan påståendena i tabell 2 varierar mellan 0,52 (socialt problem snarare än medicinskt) till 0,81 (viljesvaga). Korrelationerna (Phi) mellan påståendena i tabell 3 varierar mellan 0,54 (sjukdom vid förlorad kontroll) och 0,70 (psykologiskt problem).

Samband mellan Brickman-modellen och de tre synsätten

Det bör – ifall Brickman m.fl. har rätt – finnas ett samband mellan hur respondenterna ser på individens ansvar och hur de ser på problemens art (socialt, medicinskt och moraliskt). Därför jämfördes de som såg personer med alkoholproblem som fullt ansvariga med dem som uppfattade dem som delvis ansvariga och med dem som inte tyckte att de var ansvariga alls. Ju mer respondenterna instämmer i det moraliska påståendet desto mer ansvariga för uppkomsten av problemen förväntas de uppfatta personer med alkoholproblem respektive drogproblem. Ju mer respondenterna instämmer i det medicinska påståendet desto mindre ansvariga för uppkomsten av problemen förväntas de uppfatta personer med alkoholproblem respektive drogproblem. Även ett socialt synsätt borde innebära att mindre ansvar läggs på individen.

Enligt tabellerna 4 och 5 går resultaten vad gäller det medicinska synsättet i förväntad riktning. De som inte ansåg att individen var ansvarig för uppkomsten av alkoholproble-

Tabell 4. Grad av instämmande i de moraliska och sociala påståendena samt i sjukdomspåståendena bland dem som ansåg att alkoholberoende personer är fullt, delvis respektive inte alls ansvariga för uppkomsten av problemen (siffrorna avser medelvärden, min.=0 max.=3).

	Totalt	Fullt ansvarig	Delvis ansvarig	Inte alls ansvarig
n	337	102	213	22
Moral**	1,01	1,19	0,98	0,55
Sjukdom**	2,24	2,21	2,20	2,77
Social*	1,69	1,75	1,70	1,27

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 Signifikansberäkningarna genomfördes med envägs ANOVA.

men i större utsträckning instämde i påståendet att alkoholism är en sjukdom. För alkohol stämde även förväntningarna i fråga om det moraliska synsättet. De som ansåg att individen är fullt ansvarig för uppkomsten av alkoholproblem instämde i större utsträckning än de som inte alls ansåg individen ansvarig i påståendet att alkoholberoende personer är viljesvaga.

Det hade givetvis varit intressant att genomföra motsvarande analys gällande frågan om ansvaret för att bli av med sitt beroende. Detta verkade dock inte meningsfullt när enbart en person svarat att individen inte var ansvarig alls och cirka tre fjärdedelar ansåg individen vara fullt ansvarig. I sammanhanget är det trots de noterade skillnaderna i tabell 4 och 5 viktigt att påminna om att en stor ma-

Tabell 5. Grad av instämmande i de moraliska och sociala påståendena samt sjukdomspåståendena bland dem som ansåg att drogberoende personer är fullt, delvis respektive inte alls ansvariga för uppkomsten av problemen (siffrorna avser medelvärden, min.=0 max.=3).

	Totalt	Fullt ansvarig	Delvis ansvarig	Inte alls ansvarig
n	337	118	200	17
Moral	1,03	1,11	1,01	0,76
Sjukdom**	1,82	1,68	1,86	2,44
Social	1,76	1,75	1,80	1,47

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 Signifikansberäkningarna genomfördes med envägs ANOVA.

Tabell 6. Andel som svarade att följande sätt att se på alkoholberoende bäst passar deras uppfattning bland dem som ansåg att alkoholberoende personer är fullt, delvis respektive inte alls ansvariga för uppkomsten av problemen, i procent.

	Totalt	Fullt ansvarig	Delvis ansvarig	Inte alls ansvarig
n	337	102	213	22
Sjukdom man föds med**	34	26	34	68
Blir sjukdom vid förlorad kontroll	80	87	77	82
Sociala problem	23	26	24	5
Psykologiska problem*	35	43	33	18
Vana som blir problem**	60	66	61	27

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 Signifikansberäkningarna baseras på Chi2-test

joritet instämde både i påståendena att det rör sig om sjukdom och påståendena att det är sociala problem snarare än medicinska och att mycket få svarade att individen inte alls är ansvarig för problemets uppkomst. Det sistnämnda utgör en trolig förklaring till varför skillnaderna i fråga om det moraliska påståendet i tabell 5 inte är signifikanta.

Även då det gäller de mer förfinade frågorna om alkohol- och drogproblemens natur syns tendensen att ju mindre ansvarig man anser individen vara för uppkomsten av problemen desto vanligare är det att man instämmer i att det rör sig om en sjukdom man föds med eller har med sig från barndomen (tabell 6 och 7). Då det gäller påståendet att det är en vana som utvecklas till ett problem, liksom då det kommer till psykologiska problem i alkoholfrågan, råder det motsatta förhållandet.

Skillnader mellan grupper av personal

Eftersom det moraliska påståendet är det minst skeva av de tre påståendena om alkohol- och drogproblemens natur, begränsas analyserna av skillnader mellan grupper av personal till det påståendet⁹. Nedan redovisas hur olika grupper av personal skiljer sig från varandra i synen på det moraliska påståendet.

Personal med olika kön, ålder, arbetsplats, arbetsuppgifter, yrke och utbildning har jämförts vad gäller deras medelvärde för graden av instämmande i påståendena "Alkoholberoende personer är viljesvaga" och "Drogmissbrukare är viljesvaga", med t-test eller envägs ANOVA, beroende på antalet grupper. Resultaten visar att män och kvinnor, liksom personer i tre olika åldersgrupper inte skiljer sig signifikant från varandra. Däremot instämmer personal i slutenvård i större utsträckning än personal i öppenvård i att såväl alkohol- som

Tabell 7. Andel som svarade att följande sätt att se på drogberoende bäst passar deras uppfattning, bland dem som ansåg att drogberoende personer är fullt, delvis respektive inte alls ansvariga för uppkomsten av problemen, i procent.

	Totalt	Fullt ansvarig	Delvis ansvarig	Inte alls ansvarig
n	335	118	200	17
Sjukdom man föds med***	18	9	21	47
Blir sjukdom vid förlorad kontroll	74	78	71	82
Sociala problem	33	30	36	18
Psykologiska problem	45	24	46	47
Vana som blir problem*	59	60	61	24

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 Signifikansberäkningarna baseras på Chi2-test

drogproblemet är förknippat med viljesvaghet. Personal som främst arbetade med administration instämde i större utsträckning än de som i huvudsak arbetade med behandling och ledarskap (alkohol och droger). Vidare skiljde personer med olika yrken sig signifikant ifrån varandra. Terapeuter tycktes mindre moraliserande och läkare och undersjuksköterskor mer moraliserande, åtminstone att döma av reaktionerna på påståendena att alkoholberoende och drogmissbrukare är viljesvaga. Slutligen menade lågutbildade i större utsträckning än sina mer utbildade kolleger att såväl alkoholberoende som drogmissbrukare är viljesvaga.

Diskussion

Resultaten som presenterats i denna artikel kan ses som en början på en serie analyser som behandlar attityder till alkohol- och drogproblem och vad de står för bland personer inom vårdssystemet (vårdgivare och vårdtagare) samt personer utanför vårdssystemet.

Till att börja med är det på sin plats att diskutera validiteten och reliabiliteten i undersökningen. Syftet med denna undersökning har varit att beskriva synen på alkohol- och drogproblem bland den personal inom hälso- och sjukvården som arbetar med alkohol- och/eller drogproblem i Stockholms län. När det gäller validiteten är som nämnts det största problemet att respondenterna enbart gavs möjlighet att ta ställning till attityder som definierats av oss som konstruerat frågorna. Det innebär att studien inte ger någon heltäckande bild av personalens syn på alkohol- och drogproblem, utan enbart en bild av synen inom de ramar som satts upp inom studien. Ett problem som tas upp av Österman (ref. i Hübner 2001) gäller huruvida uttryckta attityder är individens egna eller en följd av i samhället rådande uppfattningar. Omvärlden styr därmed respondenternas svar.

En annan del av validiteten gäller i vilken utsträckning man kan göra generaliseringar utgående från materialet. Svarsfrekvensen var relativt låg (60 %). De som inte besvarat enkäten kan tänkas skilja sig från dem som besvarat den. Som nämntes inledningsvis skiljer sig inte respondentgruppen nämnvärt från hela populationen vad gäller köns-, yrkes- och åldersfördelningar, vilket ökar chansen att inte heller attityderna skiljer sig mellan respondenter och population. Attityder är dock inte nödvändigtvis kopplade till kön, ålder och yrke. Det enda som enligt resultaten tycks ha viss betydelse är yrke. Efter att även ha studerat synen på alkohol- och drogproblem bland personalen inom socialtjänsten (Palm 2003) tycks dock resultaten något mer valida. Samma mönster som förekommer bland personal i föreliggande studie förekommer bland personal inom socialtjänsten, även om vissa förväntade skillnader framträder.

Då det gäller reliabiliteten, eller tillförlitligheten, finns det inget som tyder på att respondenterna inte skulle ha förstått frågorna, eller svarsalternativen. Formuläret testades på målgruppen i förhand och frågor som var problematiska anpassades till respondenterna. Däremot kan olika tolkningar av påståendenas innebörd förekomma. Olika respondenter kan exempelvis ha olika definitioner av vad en "sjukdom" är, vilket bör hållas i minnet vid tolkningen av resultaten. Wärneryd (1993) identifierar tre frågeegenskaper av vikt för svarsstabiliteten; hårdheten i frågan (ju mer faktabetonad fråga desto högre stabilitet), specificering av tidsperspektiv (ju mer obestämt och längre bak i tiden desto större osäkerhet) och avståndet till objektet som efterfrågas (att fråga om respondenten själv ger största säkerheten). När det gäller hårdheten kan vi konstatera att attitydfrågor, vilket alltid rör sig om bedömningar, innebär en högre grad av osäkerhet jämfört med faktafrågor. Däremot utgör tidsperspektivet nutid och objektet respondenten själv, vilket ökar reliabili-

teten. Givetvis påverkar även andra mindre kontrollerbara faktorer reliabiliteten. Exempelvis kan en nyligen inträffad speciell händelse (exempelvis insmuggling av droger på en avdelning) på någon av arbetsplatserna starkt ha inverkat på personalens svar på frågorna. Hübner (2001) tar upp en viktig aspekt som gäller opinionsundersökningar i allmänhet, nämligen att respondenten inte behöver ta ansvar för eller försvara sin åsikt i en dylik undersökning. Därmed kan respondenter vara djärv och behöver inte tänka efter närmare om svaren är inbördes samstämmiga.

Med undersökningens brister i åtanke diskuteras nedan resultaten som redovisats i artikeln. Resultaten visar att majoriteten av personalen inom landstingets beroendevård i Stockholms län ser på individen som delvis ansvarig för uppkomsten av sina alkohol- eller drogproblem och fullt ansvarig för att bli av med problemen. Få respondenter svarade att individen inte var ansvarig när det gäller uppkomsten av problemen och enbart en svarade så avseende lösningen på problemen. Som nämnts innebär detta förhållningssätt ett melanting mellan Brickman och hans kollegers (1982) moraliska modell (individen är ansvarig för både uppkomst och lösning) och deras kompensatoriska modell (ej ansvar för uppkomst, men ansvar för lösning).

Även Blomqvist (1998) och Järvinen (1998, 2002) har använt sig av Brickmans modell för att förstå den svenska respektive den danska hanteringen av alkohol- och drogproblem. Blomqvist (1998) gör en historisk genomgång av Sveriges reaktioner på alkoholproblem med hjälp av Brickmanmodellen. Han menar att den medicinska modellen alltmer tog över efter den moraliska modellen under 1900-talet (Blomqvist 1998), men att upplysningsmodellen och den moraliska modellen på nytt vunnit terräng under de senaste tio åren (Blomqvist 2002). Järvinen (2002) identifierar också ett återinträde av det moraliska perspektivet i den danska behandling-

skulturen. Vid intervjuer med behandlingspersonal påpekades gång på gång att individerna själva var ansvariga för sina problem och att ingen annan kan lösa dem åt dem. Behandlingshemmen ställde höga krav på de klienter som skulle tas emot, särskilt tydligt var kravet på motivation. Järvinen (1998) menar också att den danska sjukdomsmodellen grundar sig på ett moraliskt perspektiv. Både Blomqvists och Järvinens forskning tyder på att den moraliska modellen stärkts, men inte den kompensatoriska, vilken framträder bland landstingspersonalen. Varken upplysningsmodellen (individen ses som ansvarig för uppkomsten, men inte lösningen) eller den medicinska modellen (individen inte alls ansvarig) framträder hos landstingspersonalen.

Trots bristen på stöd för den medicinska modellen är det just synsättet att alkohol- och drogproblem är sjukdomar som får mest stöd i jämförelsen med ett moraliskt synsätt (alkoholberoende personer/drogmissbrukare är viljesvaga) och ett socialt synsätt. Resultaten kan tyckas motstridiga, men samtidigt visar sig de som inte ser individen som ansvarig för uppkomsten av problemen i större utsträckning ta avstånd från ett moraliskt synsätt. Ju mer ansvarig man såg personen desto mindre benägen var man också att instämma i att alkoholism/drogberoende är en sjukdom. Personalen tenderar vidare att se på problemen som en sjukdom som utvecklas när man förlorar kontrollen över sitt beteende snarare än en sjukdom man föds med eller har från barndomen. Det är också vanligt att de ser på problemen som en vana som utvecklas till ett problem. Kanske är det så man ska förstå synen att individen är delvis ansvarig för uppkomsten; de är ansvariga så till vida att de försatt sig i en situation där de tappat kontrollen.

Även ett socialt synsätt får stöd av stora delar av personalen (ca 70 %) som instämmer i att alkohol- och drogproblem främst är sociala problem snarare än medicinska. Det sociala

synsättet tycktes dock inte få stöd i samma utsträckning när det ställdes mot sjukdomsförklaringar och andra förklaringar mer kopplade till individen (se tabell 3). Vi finner alltså i viss mån stöd för ett moraliskt synsätt, för sjukdomsförklaringar och för sociala orsaksförklaringar bland personalen.

Stödet för en sjukdomssyn är inte förvånande då liknande resultat återfinns från flera delar av världen (Se t.ex. Crawford & Heather 1987; Jurd & Lee 1989 och Rivers & Sarata & Anagnostopoulos 1986). Foucault beskriver (1961) hur "de vansinniga" i slutet av 1700-talet släpptes ut från de inhumana asylerna. Istället för frihet möttes de dock av nya sorters bojer i form av normativa klassificeringar som väntades leda till självförebärelse. Utan sådan självdisciplinering förblev man inlåst. Den psykiatriska expertisen beskrivs av Foucault som nära kopplad till makten som vill normalisera. Förnuftet blir förnuft i förhållande till vansinnet. Kopplingar kan göras till hanteringen av alkohol- och drogproblem. Alkoholisten förväntas erkänna att han/hon är alkoholist eller sjuk och genom att klassa alkoholisten som sjuk och den som behöver korrigeras kan vi andra anse oss friska. Vi blir friska i förhållande till den sjuke. Analysen stämmer med den Christie & Bruun (1968) gör av våra definitioner av alkoholberoende.

Varför är det viktigt att se individen som ansvarig? I "Övervakning och straff" beskriver Foucault (1975) hur fängelseväsendets framväxt är en del av den individualisering som krävs i ett kapitalistiskt samhälle. Där produktivitet är viktigt krävs disciplinering och kontroll av de individer som ska producera. Målet med disciplineringen är att skapa fogliga individer som kan användas, utvecklas och styras. Disciplinering kräver att individer särskiljs från kollektivet och utsätts för sanktioner. Vidare krävs för att kunna straffa individen att denne uppfattas som ansvarig för sina handlingar. Foucault påpekar att disciplinering inte enbart är av ondo utan även repre-

senterar en produktiv kraft. Även Brickman m.fl. (1982) identifierar vissa fördelar med en moralisk modell, såsom upplevelse av möjlighet att påverka sin egen situation.

Trots att etablerandet av sjukdomskonceptet innebar att ansvar och skuld lyftes bort från problembäraren krävdes ändå att denne skulle inse att han/hon var sjuk och försöka göra något åt det. Om den sjuke däremot inte gick med på klassificeringen kan denne hållas ansvarig för problemets upkomst. Eller som en svensk AA-förespråkare uttryckte det "Som nykter alkoholist behöver man inte skämmas längre." (Dagens Nyheter 2002). Sjukdomssynen kom enligt Levine (1978) och Blackwell (1988) att innebära ett nytt sätt att kontrollera människor på, med rötter i nykterhetsrörelsen. Enligt Blackwell (1988) var den amerikanska befolkningens sjukdomssyn på 60-talet (65% instämde i att alkoholism är en sjukdom) enbart en läpparnas bekännelse. När det kom till kritan och den ombads bedöma fall där alkoholproblematiker exempelvis förlorat arbetet eller försummat familjen ansågs de likväl "dåliga" eller "viljesvaga". Bruun (1971) redogör för olika sätt som beroende kan uppfattas på. En "ny medicinsk modell" hämtad från Siegler m.fl. anses till skillnad från den gamla modellen inte moralisera. Likväl, menar Bruun, är det oklart vad som händer om "alkoholisten", som förväntas godta att han/hon är sjuk och delta i behandling, inte samarbetar. Det finns med andra ord, vilket också tagits upp av Järvinen (1998), möjliga kopplingar mellan ett sjukdomsperspektiv och ett moraliskt perspektiv trots att de i teorin förefaller motsätta varandra.

De motsägelsefulla attityderna är svåra att förklara, men de är långtifrån en ny företeelse. Roizen (1977) refererar till Linsky (1972) som skrev "... beliefs about alcoholism are not tightly integrated into a consistent ideology among the public." Roizen skriver även själv om den irrationella allmänna opinionen som varandes: "...fully capable of adopting a

percept here and rejecting an associated percept there.”. Det har också sagts om introduktionen av sjukdomskonceptet, som snabbt spreds till gemene man, att konceptet inte ersatte det äldre moraliserande synsättet utan snarare lade sig ovanpå detta (Room 2001). Room skriver ”take what you can use and leave the rest” som ett sätt att summera hur vi använder olika koncept och uppfattningar. På många sätt tycks detta som en rimlig tolkning även i denna studie där 62 procent instämde både i sjukdomspåståendet och det sociala påståendet, 29 procent instämde i sjukdomspåståendet och det moraliska påståendet samt 25 procent instämde i samtliga av de tre påståendena.

Synen på alkohol skilde sig inte markant från synen på droger i denna studie. Främsta skillnaden var att drogproblem inte i samma utsträckning som alkoholproblem uppfattades som en sjukdom, och att drogproblem i större utsträckning än alkoholproblem uppfattades som ett socialt problem. Christie & Bruun (1968) har försökt förklara skillnaden mellan vårt sätt att hantera alkohol och vårt sätt att hantera droger. De menar, som nämnts, att behovet av att skilja ut problematiska användare från icke-problematiska användare gäller alkohol eftersom vi på det viset kan legitimera alkoholanvändning. Det behovet finns inte när det gäller droger, där all användning är att betrakta som problematisk¹⁰. Det här kan utgöra en förklaring till att personalen i större utsträckning tenderar att betrakta alkoholproblem som en sjukdom jämfört med drogproblem.

En annan möjlig förklaring till skillnaderna är att i ett land som Sverige, där drogbruk är ovanligt, förknippas drogbruk mer än alkohol med marginalisering och lägre sociala klasser. Därmed ligger sociala förklaringsmodeller närmare till hands. Ytterligare en möjlig förklaring är, som nämnts tidigare, att påståendet ”alkoholism är en sjukdom” har upprepats så många gånger av så många, på ett sätt som

inte skett med påståendet ”drogberoende är en sjukdom”, vilket gör det lättare att instämma i det förra. Om och i så fall hur denna skillnad i synen på alkohol och droger påverkar behandlingen är oklart, men kommer i viss mån att kunna studeras inom projektets ramar genom de intervjuer som gjorts med personer som erhåller vård.

Det moraliska påståendet ”Alkoholberoende personer/Drogmissbrukare är viljesvaga” användes för att studera eventuella skillnader mellan grupper av personal i synen på alkohol- och drogproblem. De skillnader som noterades mellan grupperna indikerar att slutenvårdspersonal, administrativ personal, mindre utbildad personal, läkare och undersköterskor i större utsträckning än övriga instämmer i det moraliska påståendet (både alkohol och droger). Trots att dessa skillnader var signifikanta var de dock inte särskilt stora.

Vad betyder dessa resultat? Kan personalens attityder säga oss något om hur människor behandlas? Det material som presenterats i denna artikel kan inte besvara denna fråga. Vi saknar ännu information om hur personalen behandlar sina patienter, liksom om patienternas erfarenheter av denna behandling.

De trots allt små skillnaderna i attityder mellan personal kan dock indikera att attitydskillnader inte kan förklara eventuella olikheter i hur individer behandlas. Om det finns konsensus om åsikter är eventuella olikheter i behandling kanske inte ett resultat av olika attityder. Eventuellt kommer de fortsatta analyserna att kunna ge en bättre förståelse av hur attityderna till alkohol- och drogproblem påverkar behandlingen och dess utfall. I de fortsatta analyserna kommer såväl attityder bland socialtjänstens personal (se Palm 2003), landstingets och socialtjänstens patienter/klienter som den allmänna befolkningen att studeras. Kvalitativa intervjuer skulle också kunna vara till hjälp i att förstå hur personalen resonerar kring alkohol- och drogproblem och reda ut de noterade motsägelserna.

Konklusioner

Trots de metodproblem som undersökningen av landstingspersonalens syn på alkohol- och drogproblem har, tyder resultaten på en samstämmig bild personalen emellan och på att både moraliserande, sociala och medicinska inslag finns i personalens syn. Moraliserande genom att de i stor utsträckning ser individen som ansvarig både för uppkomst, men främst för lösningen av problemen. Socialt genom att en majoritet instämde i att det rör sig om sociala problem snarare än medicinska, även om detta inslag inte fick lika mycket stöd som det medicinska inslaget. En stor majoritet ansåg att alkohol- och drogproblem är sjukdomar som uppstått när människor förlorat kontrollen över sitt beteende. Enligt tidigare forskning tycks dock starka kopplingar förekomma mellan ett moraliskt och ett medicinskt synsätt trots att de vid en första anblick tycks motsäga varandra. Motsägelsefulla attityder när det gäller alkohol- och droger är heller ingen ny företeelse i forskningen.

NOTER

1. I detta projekt används uttrycket droger för att beteckna såväl illegal narkotika, läsningsmedel som bruk av psykofarmaka som överskrider läkarordination.
2. Numera har de två organisationerna slagits ihop till ett Beroendecentrum Stockholm.
3. För en fullständig beskrivning av urval, frågeformulär och insamling se Storbjörk (2003).
4. I åtta procent av svaren saknades uppgifter om var personen arbetade.
5. Inspirationen att använda Brickman med fleas modell hämtades från Blomqvists (1998).
6. Enbart korrelationer inom samma substansgrupp (alkohol eller drog) när det gäller olika typer av påståenden avses ovan.
7. Eftersom endast en person när det gäller alkohol och elva personer när det gäller droger avstod från att kryssa för samtliga alternativ har en tom ruta tolkats som att respondenten inte tycker att påståendet beskriver hennes/hans syn på problemen.

8. I genomsnitt gav respondenterna 2,3 svar på både alkohol- och drogfrågan (aritmetiskt medelvärde).

9. Försök gjordes att använda kombinationer av de tre påståendena, men huruvida man instämde i det moraliska påståendet blev ensamt avgörande för resultaten. Även frågorna om ansvar testades som oberoende variabler, men analysen visade ingen större skillnad mellan grupperna.

10. Målet för den svenska narkotikapolitiken är alltså "ett narkotikafritt samhälle" (SOU 2000:126).

REFERENSER

- Abrahamson, M. (1989): Synen på missbruk – 80 år av diagnostisk rundgång. *Nordisk Socialt Arbeid* 9 (2): 38–49
- Bergmark, A. (1998): Expansion and implosion: the story of drug treatment in Sweden, s. 33–47. I: Klingemann, H. & Hunt, G.: *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Beroendecentrum Nord (2001). *Verksamhetsberättelse år 2000*
- Blackwell, J. (1988): Sin, Sickness, or Social Problem? The Concept of Drug Dependence. I: Blackwell, J. & Erickson, P.: *Illicit Drugs in Canada*. Toronto: Nelson
- Blomqvist, J. (1998): The "Swedish model" of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems* 25:253–320
- Blomqvist, J. (2002): Att sluta med narkotika – med och utan behandling. (FoU-rapport 2002:2) Stockholm: Socialtjänstförvaltningen
- Brickman, P. & Rabinowitz, V. C. & Karuza, J. J. & Coates, D. & Cohn, E. & Kidder, L. (1982): Models of helping and coping. *American Psychologist* 37: 368–384
- Bruun, K. (1971): Finland: The non-medical approach. I: Kiloh, L. G. & Bell, D. S. (Red.): *29th International congress on alcoholism and drug dependence*. Sydney, Australia: Butterworths
- Caetano, R. (1987): Public opinions about alcoholism and its treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 48 (2)
- Cartwright, A. & Hyams, G. & Spratley, T. (1996): Is the interviewer's therapeutic commitment an important factor in determining whether alcoholic clients engage in treatment? *Addiction Research* 4 (3): 215–230

Christie, N. & Bruun, K. (1968): Alcohol problems: The conceptual framework. 28th international congress on alcohol and alcoholism. Vol.2: Lectures in plenary sessions

Crawford, J. & Heather, N. (1987): Public attitudes to the disease concept of alcoholism. *International Journal of the Addictions* 22 (11): 1129–1138

Dagens Nyheter (2002). Alkoholist fick kärleken tillbaka. Dagens nyheter 15.4.02

Foucault, M. (1961, övers. 1973): Vansinnets historia under den klassiska epoken. Stockholm: Bonnier

Foucault, M. (1975, övers. 1987): Övervakning och straff. Fängelsets födelse. Lund: Arkiv moderna klassiker

Hübner, L. (2001): Narkotika och alkohol i den allmänna opinionen. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan

Jurd, S. & Lee, M. (1989): Attitudes to alcoholism in a Sidney teaching hospital. *Medical Journal of Australia* 151 (3): 153–154, 157

Järvinen, M. (1998): Det dårlige selskab. Missbruk – behandling – omsorg. Holte, Danmark: SOCOPOL

Järvinen, M. (2002): Institutionalized resignation – on the development of the Danish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 19: English Supplement 5–15

Kurube, N. (1997): Självhjälp och överlevnad. En studie av Länkarna. Rapport i socialt arbete nr. 85. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan

Levine, H. G. (1978): The discovery of addiction. *Journal of Studies on Alcohol*, s. 143–174

Linsky, A. S. (1972): Theories of behaviour and the social control of alcoholism. *Social Psychiatry* 7: 47–52

Moodley Kunnie T. (1988): Attitudes and perceptions of health professionals toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *International Journal of the Addictions* 23 (5): 469–475

Mulford, H. A. & Miller, D. E. (1964): Measuring public acceptance of the alcoholic as a sick person. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 25: 314–323

Nune-Dinis, M. (1996): An analysis of Model Choice of Service Providers Using Scott's and Lipsky's Theoretical frameworks: Women (Pregnant and Non-pregnant) and Men Drinkers. Berkeley: University of California

Palm, J. (2003): Kvinnor och män i svensk miss-

bruksbehandling: En beskrivning av personalen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län och deras syn på missbrukarvården år 2002. Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 7

Rivers, P. B. Sarata, B. P. V. & Anagnostopulos, M. (1986): Perceptions of deviant stereotypes by alcoholism, mental health, and school personnel in New Zealand and the United States. *International Journal of the Addictions* 21 (1):123–129

Roizen, R. (1977): Barriers to alcoholism treatment. Berkeley, CA: Alcohol Research Group

Room, R. (1983): Sociological Aspects of the disease concept of alcoholism. I: Smart, R. G. & Glaser, F.B. & Israel, Y. & Kalant, H. & Popham, R.E. & Schmidt, W. (red.): *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. Vol. 7. New York: Plenum

Room, R. (2001): Governing images in public discourse about problematic drinking. I: Heather, N & Peters, TJ & Stockwell, T: *Alcohol dependence and problems*. John Wiley & Sons

Room, R. & Palm, J. & Romelsjö, A. & Stenius, K. & Storbjörk, J. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling Beskrivning av en studie i Stockholmslän. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 20 (2–3)

Rosenqvist, P. (1986): The physicians and the Swedish alcohol question in the early twentieth century. *Contemporary Drug Problems* 13: 503–525

Rosenqvist, P. & Kurube, N. (1992): Dissolving the Swedish alcohol treatment system, s. 65–86. I: Klingemann, H. & Takala, J.-P., & Hunt, G.: *Cure, Care, or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press

SOU 2000:126 (2000). Vägvalet. Stockholm: Fritzes

Soverow, G. & Rosenberg, C. M. & Ferneau, E. (1972): Attitudes toward drug and alcohol addiction: Patients and staff. *British Journal of Addiction* 67 (3):195–198

Storbjörk, J. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: En beskrivning av personalen i Stockholms läns landstings beroendevård och deras syn på missbrukarvården år 2001. Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 8

Sutton, C. (1998): *Swedish Alcohol Discourse. Constructions of a Social Problem*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis

Wärneryd, B, m.fl. (1993): Att fråga? Om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postenkäter. Örebro: SCB.

Summary

Jessica Palm: *A problem of moral, medical and social nature. The views on alcohol and drug problems among staff in the addiction treatment in Stockholm*

One of the aims of the study "Men and Women in Swedish Alcohol and Drug Treatment" is to find out how both the staff and clients in the system, as well as with the general population view alcohol and drug problems. The aim of the paper is to analyse with the help of a questionnaire how the staff in the Stockholm County Addiction Treatment System, within the health sector, view alcohol and drug problems and treatments of these problems.

The results show that staff comply with the disease concept, although more so for alcohol than for drugs, as well as with the idea of alcohol and drug problems as mainly a social problem. At the same time, they tend to view the patients as partially responsible for becoming alcohol or drug addicts, and fully responsible for resolving their problems, which in itself implies a somewhat moralistic view. All the respondents seem to hold much the same views, which in turn skews answer distributions and produces negligible differences between the various groups. Nonetheless these attitudes can be of some importance to the relationship between the patients and staff and for treatment in general.

Keywords: treatment, alcohol and drug problems, attitudes, staff

Yhteenveto

Jessica Palm: *Moraalinen, lääketieteellinen ja sosiaalinen ongelma. Tukholman läänin terveydenhuollon päihdehoitohenkilöstön asennoituminen alkoholi- ja huumeongelmiin*

"Kvinnor och män i svensk missbrukarbehandling" -tutkimuksen yhtenä päämääränä on selvittää, miten päihdehoitojärjestelmän henkilökunta ja potilaat sekä muu väestö kokevat alkoholi- ja huumeongelmat. Artikkelin tarkoituksena on analysoida kyselylomakkeen avulla saatujen tietojen pohjalta Tukholman läänin terveydenhuollon päihdehoitojärjestelmän henkilökunnan asenteita alkoholi- ja huumeongelmia ja näiden ongelmien hoitoa kohtaan. Tulokset osoittavat, että henkilökunta yhtyy sairausmääritelmään, joskin enemmän huumeiden kuin alkoholin osalta, sekä myös ajatukseen siitä, että alkoholi- ja huumeongelmat ovat pääosin sosiaalinen ongelma. Samalla se on myös taipuvainen näkemään, että potilaat itse ovat ainakin osittain vastuussa siitä, että heistä on tullut alkoholin ja huumeiden väärinkäyttäjiä, ja täysin vastuussa ongelmiansa ratkaisemisesta, mikä sinänsä voidaan nähdä moralistisena tulkintana. Vastaajilla on miltei samanlaiset näkemykset, mikä osiltaan johtaa vääristyneeseen vastausjakaumaan ja vähäisiin ryhmien välisiin eroihin. Näillä asenteilla voi silti olla jonkinlainen merkitys potilaan ja henkilökunnan suhteen kannalta, sekä hoidon kannalta yleensä.

Sverigefinländska och svenska patienter i Stockholms läns beroendevård

Sverige har under efterkrigstiden förändrats, från ett kulturellt och språkligt ovanligt homogent land, till ett multikulturellt samhälle, som ett resultat av en omfattande invandring. Idag är knappt 1/5 av landets ca 9 miljoner invånare första eller andra generationens invandrare (SCB, befolkningsstatistik).

Under 1960- och 1970-talet dominerade arbetskraftsinvandringen och den största invandrargruppen kom från Finland. Den finska invandringen nådde sin kulmen åren 1969 och 1970, när 50 000 personer per år flyttade från Finland till Sverige för att söka arbete eller bättre utkomst (Majava 1979). År 1999 fanns det 450 000 personer i Sverige som var första eller andra generationens finländare. En tredjedel av dem var bosatta i Stockholms län (Korkiasaari 2000). 67 000 personer, 3,1 % av befolkningen i länet, var födda i Finland (Befolkning och befolkningsförändringar 2002, tabell 2.9).

Under de sista 10–20 åren har den finska immigrationen planats ut och under 1990-talet flyttade lika många från Finland till Sverige som i motsatt riktning. Korkiasaari

(ibid) karakteriserar 1980-talet som sverigefinländarnas blomstringsperiod, när de var speciellt socialt aktiva och mobila (och det forskades mycket om finländare i Sverige). Under 1990-talet fick de finskspråkiga i Sverige en viss formell minoritetsstatus och ett visst språkskydd, och erkändes som en permanent grupp med särskilda rättigheter och behov. Stabiliteten i den sverigefinländska befolkningen märks idag i det faktum att över 90 % av de finlandsfödda år 1999 hade bott i Sverige längre än 10 år, och 2/3 mer än 20 år.

Det har framhållits att det svenska välfärds-systemet inte bara bygger på en universalitetsprincip utan också på en konformitets- eller likhetsidé (Stenius 1997). Den kulturella diversifieringen under de senaste decennierna har inneburit utmaningar för olika delar av välfärdssystemet. Problemen har inte bara rört sig om svårigheter att kommunicera rent tekniskt, utan framförallt om att svara på nya kulturella och sociala utmaningar, med bibehållande av de universalistiska värderingarna - lika stöd och service för alla. Missbrukarvården har naturligtvis mött samma utmaning.

Blomqvist (1998, Tabell 1, s. 8) visar att år 1964 endast ungefär 3 procent av klienterna i den socialtjänstfinansierade institutionsvården var födda utanför Sverige. Mellan åren 1983 och 1993 var motsvarande siffror i Stockholms stad, som givetvis inte är representativ för landet, 18–21 procent.

Den kulturella utmaning som de finländska invandrarna inneburit har i jämförelse varit relativt beskedlig. Det finns visserligen en utbredd, populär föreställning i Norden, delvis bekräftad av forskningen, om att finländare dricker mera och mer berusningsinriktat än svenskar. Men de finska och svenska dryckeskulturerna är mycket lika varandra, med en traditionell betoning på veckosluts- och berusningsdrickande. Det finska berusningsdrickandet kan dock ha fått en speciell betydelse, både i Sverige och i Finland, som en kulturell markör för det (manliga) finska.

”Den halvsakrala innebörd fyllan ofta ges i den finska allmogekulturen överflyttas till den nya invandrarkulturen och blir där snarast förstärkt” skrev Rosenberg och Sulkunen i en studie av finländare i Eskilstuna på 1980-talet (Rosenberg & Sulkunen 1987). Författarna såg en del av orsakerna till alkoholproblemen särskilt bland de sverigefinska männen i att de sociala relationerna bland invandrarna ofta inskränkte sig till kärnfamiljen. För dem som saknade kärnfamilj eller önskade andra nätverk fanns mycket få alternativa finska gemenskaper eller svenska gemenskaper som var öppna för invandrare. Arbetsplatsen gav sällan en sådan möjlighet på grund av språkbarriärer och arbetets karaktär. Framförallt för männen kunde livet i Sverige innebära social isolering. En av de få identitetsskapande gemenskaperna utanför den moder-scentrerade familjen var det finska, manliga dryckeslaget.

Kuosmanen (2001) är inne på liknande tankegångar, i sin analys av finska män ”på parkbänken” i Göteborg och deras överlevnadsstrategier. De män i hans studie som hade

orienterat sig mot manliga gemenskaper, och alltså inte så mycket mot familjegemenskapen, löpte större risk att bli missbrukare.

Relationen mellan sverigefinländarnas konsumtion av alkohol och konsumtion av missbrukarvård i Sverige har varit omdiskuterad (se bl.a. Haavio-Mannila & Stenius 1977; Stenius 1983). Den relativa betydelsen av å ena sidan de invandrade finländarnas sociala ställning och sociala nätverk i det svenska samhället och å andra sidan av det faktum att de avviker och märks på grund av sitt språk har försvårat slutsatserna. Utan tvekan hörde de finskspråkiga finländarna i varje fall till de första invandragrupper som identifierades som problematiska för den svenska psykiatri och missbrukarvården.

Tidigare forskning om sverigefinländarnas ohälsa och diagnosticerade alkoholproblem

De svenska levnadsnivåundersökningarna år 1968 och 1974 noterade att de finländska invandrarna hade mera hälsoproblem, inklusive psykiatriska problem, än svenskarna (Haavio-Mannila & Johansson 1974). Finska invandrare hade mera ångestsymptom än socialt jämförbara svenskar och finländare i Finland. Trots detta var finländarna på 1970-talet underrepresenterade bland landets patienter med psykiatrisk diagnos (Lindegård 1971). Undantaget var Stockholm där finländarna hade en 20%-ig överrepresentation bland patienter mellan 20 och 44 år (Invandrades psykiska problem 1979).

Under 1980-talet kom flera rapporter om dålig hälsa bland finländska invandrare (se Leiniö 1995 för en sammanfattning). En studie av dödsorsaker i hela Sverige visade att finländska invandrare hade högre alkoholrelaterad mortalitet än svenskarna, andra invandrare och finländare i Finland under 1970-talet (Ågren & Romelsjö 1992). Leiniö (ibid) ana-

lyserade hälsodata från Statistiska centralbyråns Undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) 1986-1991. Finländska invandrare (med båda föräldrar födda i Finland) jämfört med svenskar av samma kön, ålder och socio-ekonomisk grupp, hade signifikant mera sömnproblem, trots att de behövde vård sökte de signifikant mera sällan läkarvård än svenskar och det fanns en signifikant högre andel långtidssjuka och arbetsoförmögna bland dem.

Inom psykiatri noterades finländarnas alkoholproblem. I två studier, i Västerås 1971 (Haavio-Mannila & Stenius 1977) och Huddinge 1979 (Invandrarprojektet i Huddinge 1979), hade 25–33 % av de finländska patienterna alkoholproblem. Utgående från en enkät till de psykiatriska klinikerna i Sverige år 1980 noterades att antalet finländska patienter med alkoholproblem hade ökat i flera delar av landet. Bristen på finsktalande personal betraktades som en anledning att i värsta fall skicka några av patienterna till Finland för behandling (Stenius 1983).

Sammanfattningsvis kan man säga att alkoholproblemets omfattning bland de finländska invandrarna noterades inom den svenska psykiatri, men att det fanns tecken på att sjuka finländare inte sökte hälsovård i samma omfattning som svenskarna och att de inte, på grund av språksvårigheter, kunde beredas samma vård.

Syfte och frågeställningar

Under 1990-talet har det inte bedrivits mycket forskning om sverigefinländare i svensk psykiatri i allmänhet eller om sverigefinländare i beroendevård specifikt. Denna artikel är ett försök att fylla denna kunskapslucka genom att ge en aktuell bild av sverigefinländarna i den svenska beroendevården i början av 2000-talet, i det invandrantäta Stockholms län. Är sverigefinländarna under- eller överre-

presenterade bland beroendevårdens patienter? Hur ser deras sociala situation och alkohol- och drogbruk (såväl bruk av illegala droger som bruk av psykofarmaka utöver läkarordinerat sådant) ut jämfört med de svenska patienternas? Kan man urskilja en särskild "invandrareffekt" i vårdens tillgänglighet, i vårdinsatserna eller i patienternas attityder till vården?

Data och metoder

I studien "Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling" intervjuades 942 vuxna (över 18 år) som var patienter i Stockholms landstings beroendevård (Beroendecentrum Nord och Beroendecentrum Syd) mellan november 2000 och november 2001. Landstingets beroendevård har huvudansvar för avgiftning och avhjälpande av medicinska komplikationer som en följd av missbruk. Intervjuerna genomfördes på nio slutenvårdsenheter (tre avdelningar för alkoholavgiftning, tre för drogavgiftning, en avdelning i metadonprogrammet, en för infektionssjuka och en för läkemedelsberoende patienter) och nio öppenvårdsenheter (sex lokala enheter som var samlokaliserade med socialtjänsten, en centraliserad enhet på ett sjukhus, ett program för kvinnor och en enhet för läkemedelsberoende patienter) som valts ut för att representera hela vårdssystemet (för en närmare berskrivning av projektet och datainsamlingen se Room m. fl. 2003).

De strukturerade intervjuerna med patienterna tog ca en timme och genomfördes av projektets skolade intervjuare, face-to-face. Patienterna i urvalet skulle uppfylla följande kriterier, de skulle: påbörja vård på en av de utvalda enheterna, inte ha vårdats där under de tre senaste månaderna och inte ha deltagit i vår studie tidigare. Intervjun täckte bakgrundsdata, alkohol- och drogbruksmönster, alkohol- och drogrelaterade problem, orsaker

till att man sökt vård eller väntat med att söka vård, förväntningar på vården, attityder till alkohol- och drogproblem och tidigare behandlingserfarenheter.

I våra data från BCN och BCS var nästan 18 % (167 personer) av respondenterna födda utanför Sverige¹. Dessa kan indelas i följande grupper:

Finland	9 %	(n= 82)
Andra västeuropeiska länder	3 %	(n=24)
Östeuropeiska länder	1 %	(n=10)
USA, Australien	0,2 %	(n=2)
Afrika	1 %	(n=10)
Mellanöstern	2 %	(n=22)
Sydamerika	1 %	(n=6)

De utomlands födda är med största sannolikhet något underrepresenterade i vår studie, eftersom intervjun krävde att respondenten förstod det svenska intervjuformuläret.² Undersökningen i landstinget kunde dock under en lång tid dra fördel av att en av intervjuarna hade finska som modersmål, vilket kan ha minskat det här problemet just bland de finskspråkiga. Det är ändå viktigt att notera att intervjuarna bedömde att 19 % av de intervjuade finnsfödda patienterna hade svårigheter med att förstå frågorna, jämfört med 5 % av de svenskfödda. (Skillnaden är signifikant, $p=0.000$, χ^2).

Det bör också konstateras att det bland de 9 % som var födda i Finland också kan finnas finlandssvenskar, dvs personer som hör till den minoritet i Finland som har svenska som modersmål, och som därför inte har språkproblem. Tyvärr har vi ingen möjlighet att säga hur många de är i vårt urval.³

Sjuttio procent av intervjuerna i hela studien genomfördes i slutenvård. Detta innebär att patienter med relativt sett allvarligare problem hade större sannolikhet att inkluderas än de som bedöms klara sig med öppenvårdsinsatser. Bland de finlandsfödda intervjuade genomfördes något fler av intervjuerna, 33 %, i öppenvård.

Artikeln kommer att presentera ett antal distributioner och enkla jämförelser. Jag gör först vissa jämförelser mellan samtliga intervjuade patienter som var födda i Sverige och dem som var födda i Finland för att beskriva dessa två patientkategorier inom beroendevården. För att utröna den relativa betydelsen av social status respektive invandrarposition och av alkohol- respektive drogproblem (huvuddrog) bland patienterna vägdes det svenska urvalet. Två variabler valdes ut för viktningen: patienternas vanligaste eller senaste arbete, som mått på social position, samt andelen patienter som kommit till behandling med alkohol- respektive drogbruk som huvudsak. Vanligaste eller senaste arbete som mått på social position grupperades i tre grova kategorier. Den första kategorin innehåller oskolade arbetare, samt det fåtal som aldrig haft något arbete (se nedan, tabell 3), den andra facklärdas arbetare och den tredje tjänstemän samt företagare. En gruppering enligt alkohol- respektive drogproblem tycktes naturlig av två orsaker: dels organiseras behandlingen fortfarande i stor utsträckning kring alkohol å ena sidan och narkotika å den andra, och dels kan det finnas viktiga skillnader i inställningar eller attityder till de två missbruksproblemen. Vi kunde snabbt också konstatera att relativt få av de finlandsfödda huvudsakligen behandlades för drogproblem.

Ålder kunde ha varit en ytterligare grund för viktning. Det visade sig dock att en kombinerad viktning ålder- och huvuddrog skulle ha gett mycket grova kategorier, eftersom antalet narkotikabrukare bland finländare över 40 år var mycket litet. När vi kontrollerade för huvuddrog minskade också åldersskillnaderna mellan det finländska och det svenska urvalet, även om det kvarstod en signifikant skillnad ($p=0.013$, χ^2): 85 % av finländarna var över 40 år, jämfört med 71 % i det viktade svenska urvalet.

Signifikanstest utfördes med Pearsons χ^2 -test.

Vad karakteriserade de finlandsfödda repektive de svenskfödda patienterna?

Ett första viktigt fynd var att de finlandsfödda patienterna i vårt urval var betydligt flera, 9 %, än de finlandsföddas andel av befolkningen över 20 år i Stockholms län, som är cirka 4 % (30.12.2000: Befolkning och befolkningsförändringar 2002). Vi har dessutom, som ovan konstaterats, skäl att tro att de finlandsfödda kan vara något underrepresenterade i vårt urval, på grund av de krav på kunskaper i svenska som intervjun ställde. Vi kan därmed konstatera att de finlandsfödda är överrepresenterade i ett stort urval patienter i Stockholms läns landsting, ett urval där det förmodligen finns en viss överrepresentation av personer med tyngre problem som kräver slutet vård.

Andelen män var högre bland de finlandsfödda i studien än bland de patienter som var födda i Sverige, 77 % jämfört med 68 %. Skillnaden var signifikant ($p=0.004$, χ^2).

Det fanns också en signifikant ålderskillnad mellan de finlandsfödda och de svenska patienterna (tabell 1). De svenska patienterna var oftare yngre än 40 år, medan hela två tredjedelar av de finländska patienterna var mellan 40 och 54 år.

Det fanns inga stora skillnader mellan de två grupperna vad gäller civilstånd. Majoriteten var fränskilda (56 % i båda grupperna), ca 15 % hade alltid varit ensamstående och de övriga var antingen gifta eller sammanboende. Med tanke på åldersskillnaden kunde man ha tänkt sig att flera finländare än svenskar skulle ha hunnit varit sammanboende/gifta eller fränskilda. Knappt 10 % i båda grupperna levde tillsammans med alkohol- eller drogmissbrukare – således en ganska stor andel av dem som levde med en partner. Bland de finlandsfödda patienterna var det något fler, 68 % jämfört med 59 % bland svenskarna, som hade barn. Skillnaden är inte signifikant, och kan möjligen sammanhånga med åldersskill-

Tabell 1. Åldersfördelning bland intervjuade patienter födda i Sverige och Finland i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001

Födelse- land	Ålder				Summa
	–29 år	30–39 år	40–54 år	55 år –	
Sverige	17	21	43	19	100 %
Finland	5	10	67	18	100 %

naden.

Medan immigrationen från Finland till Sverige under 1960- och 1970-talen främst rörde arbetare, har senare immigranter en mera blandad bakgrund (Korkiasaari 2000). Tyvärr har vi inga uppgifter om när våra intervjuade kom till Sverige. De finlandsfödda hade alla avslutad grundskolegång och oftare avslutad gymnasieutbildning eller folkhögskola, medan det bland de svenska patienterna fanns flera (5 %) utan avslutad grundutbildning liksom flera med universitetsexamen (16 % jämfört med finländarnas 10 %). Skillnaderna kan delvis förklaras av den större andelen yngre patienter bland svenskarna, men indikerar också en större social heterogenitet i den svenska patientgruppen.

De finlandsfödda patienterna var till stor del icke-facklärdare arbetare eller fack lärdare arbetare, medan de svenska patienterna var något mera spridda över de olika yrkeskategorierna, även om icke-facklärdare och facklärdare arbetare klart dominerade också i den gruppen (tabell 2).

Vi kan också notera att en något större andel bland de finländska patienterna var pensionerade medan svenskarna oftare var arbetslösa. En förklaring till denna skillnad kan ligga i åldersfördelningen.

Två tredjedelar i båda grupperna hade ett eget hyreskontrakt eller en egen bostad. Svenska patienter bor oftare än finländarna inneboende hos släktingar eller i kollektiva, privata bostäder, medan finländarna oftare har tillfälliga, myndighetsordnade bostäder (försöks- eller träningslägenheter). Det var flera bland de finlandsfödda som var bostads-

Tabell 2. Vanligast eller senaste yrke/arbete bland intervjuade patienter födda i Sverige och Finland i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001

Födelse-land	Yrke							Summa
	Har aldrig arbetat	Ej facklärdd arbetare	Facklärdd arbetare	Lägre tjänstemän	Tjänste-män på mellannivå	Högre tjänstemän	Företagare	
Sverige	2	35	29	14	8	8	4	100 %
Finland	1	40	35	12	2	6	2	100 %

lösa, hela 16 % jämfört med 10 % av svenskarna. Dessa siffror är anmärkningsvärt höga. Sammanlagt tyder uppgifterna på att de finlandsfödda patienterna hade en något otryggare bostadssituation.

Avslutningsvis noterar vi att 83 % av de finlandsfödda patienterna uppgav att alkohol var huvudorsaken till att de var i behandling. Andelen bland svenskarna var endast 60 %.

Sammanfattningvis kan man säga att en stor del av de finlandsfödda patienterna utgjorde en socialt ganska homogen grupp, dominerad av medelålders eller äldre män, med alkohol som dominerande drog. De hade en avslutad grundutbildning och oftast en yrkesidentitet som arbetare, facklärdd eller icke-facklärdd. Familjesituationen liknade svenskar-nas, medan bostadssituationen däremot var sämre för en betydande grupp av sverigefinlän-darna.

Jämförelse med viktat svenskt urval

I följande steg jämförde jag de finlandsfödda patienterna med det viktade svenska urvalet, och beaktade alltså huvuddrog och ett mått på social position. Syftet var att se om de finlandsfödda patienterna särskiljde sig från jämförbara svenskar vad gäller arbete som mått på social status och med samma huvuddrog, dvs alkohol respektive narkotikabruk.

Finska män mera marginaliserade

Trots att yrkespositionen kontrollerats i denna jämförelse, fanns det vissa tecken på att de finlandsfödda (främst manliga) patienterna var mera socialt marginaliserade än svenskarna i det viktade urvalet. En genomgång av svaren visade att bostadssituationen och det sociala kontaktnätet skiljde sig något åt i de två grupperna. En större andel av finlän-darna levde på institution eller saknade ett ordnat boende (20 % jämfört med 9 %), medan svenskar oftare bodde med en partner eller en släkting. Vidare tillbringade en signifikant större andel av de finlandsfödda patienterna sin fritid i huvudsak med andra missbrukare (38 % av finlän-darna jämfört med 22 % i det viktade svenska urvalet) ($p=0.017$, χ^2). I detta avseende var könsskillnaderna signifikanta ($p=0.16$, χ^2). Bland de finska männen umgicks över 40 % huvudsakligen med andra missbrukare och 14 % uppgav att de knappast hade något umgänge alls. Motsvarande siffror bland svenska män var 25 % och 10 %. Bland finlandsfödda kvinnor umgicks en dryg fjärdedel huvudsakligen med andra missbrukare medan endast 5 % uppgav att de egentligen saknade umgänge. De svenska kvinnornas motsvarande siffror var 14 % och hela 22 % av dem uppgav att de knappast hade något umgänge alls.

Något tyngre dagligt alkoholbruk men mindre narkotika

Det var ungefär lika stora andelar av de här två urvalen som intervjuades i slutet vård, 67 % av finländarna och 72 % av svenskarna i det viktade urvalet, vilket skulle tyda på att det relativt sett var lika många finlandsfödda som jämförbara svenskar som bedömdes ha intensivt vårdbehov.

Tabell 3 visar, inte oväntat, att alkoholkonsumtionen bland patienterna var hög. Antalet patienter som uppgav att de druckit dagligen under det senaste året var något högre bland de finlandsfödda patienterna, men skillnaden i dryckesfrekvenser var inte signifikant. Flera svenskar uppgav i sin tur att de drack 3–6 gånger per vecka. Ett sammanfattande mått över det senaste årets konsumtion visar att i båda grupperna hade två tredjedelar druckit 1100 drinkar⁴ eller mera.

Det fanns en något högre andel bland de finlandsfödda patienterna än i det viktade svenska urvalet som rapporterade att de druckit 12 drinkar eller mera dagligen under de senaste 12 månaderna (36 % jämfört med 25 %) – en mycket hög konsumtion, med andra ord. Inte heller här är dock skillnaden signifikant.

Femtiofem procent i det viktade svenska urvalet och 68 % av de finlandsfödda patienterna hade inte använt någon narkotika eller psykofarmaka utöver receptbelagd sådan under det senaste året, och 63 % respektive 74 % hade inte använt några droger de senaste 30 dagarna. Också i det viktade svenska urvalet var således narkotikabruket vanligare än bland de finlandsfödda, vilket tyder på ett mera utbrett blandmissbruk bland svenska patienter. I båda grupperna var opiater och benzodiazepiner, följda av cannabis, de vanligaste narkotiska preparaten (mellan 9 % och 14 % av patienterna i de två grupperna rapporterade att de använt dessa droger; för cannabis bland finländarna var dock siffran en-

Tabell 3. Dryckesfrekvens bland patienter födda i Finland och i ett viktat urval patienter födda i Sverige i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001, procentandelar i olika dryckesfrekvenskategorier

Födelse-land	Dryckesfrekvens senaste 12 mån.				
	Aldrig	En gång per mån. el. mera sällan	Min. två ggr per månad, max två ggr per vecka	3–6 ggr per vecka	Dagligen
Sverige	3	14	13	26	41
Finland	3	10	20	16	52

dast 5 %).

Sammanfattningsvis tycks de finlandsfödda jämfört med svenskarna också i denna studie något oftare ha en högre daglig alkoholkonsumtion och i mindre utsträckning använda såväl alkohol som droger, men skillnaderna är inte signifikanta.

Något mera hälsorelaterade alkoholproblem bland finlandsfödda

I intervjun ställdes de frågor som enligt det s.k. CIDI instrumentet (WHO 1997) mäter alkoholberoende enligt sjukdomsklassificeringen ICD-10. De sex kriterierna i ICD-10, som täcks av tio CIDI frågor, berör drickande efter det man upplevt psykologiska eller fysiska problem, begär eller "sug", kontrollförlust, tidsåtgång för drickande/återhämtning, bakrus och ökad tolerans. I denna analys har en tudelning av respondenterna gjorts, så att de som fyller minst tre av de sex beroendekriterierna anses beroende.

Analysen visade att 75 % i det viktade svenska urvalet och 83 % bland sverigefinländarna var alkoholberoende enligt denna definition. Skillnaden var dock inte signifikant.

Om vi separat betraktar svaren på de tio frågor, som ingår i CIDI instrumentet (tabell 4), visar det sig att finländarna något oftare instämmer med nästan samtliga påståenden (observera att svarsbörfallet är stort på tre av frågorna).

En stor majoritet i båda grupperna dricker

Tabell 4. Andel (%) bland patienter födda i Finland och svenska patienter i ett viktat urval i Stockholms landstings beroendevård år 2000–2001 som instämde med följande påståenden som tecken på alkoholberoende (enligt ICD-10) (N=853)

Andel (%) som instämmer i att de under de senaste 12 månaderna...	Födelseland	
	Finland	Sverige
..druckit/fortsatt dricka trots/ känslomässiga eller psykiska problem (ointresserad, deprimerad, misstänksam, paranoid, konstiga idéer)	88 ⁽¹⁾	91 ⁽¹⁾
.. druckit/fortsatt dricka trots/ hälsoproblem såsom leversjukdom, hepatit, mag-sjukdom, domningar, minnesproblem när nykter, bukspottskörtelinflammation etc.	94 ⁽²⁾	89 ⁽²⁾
.. haft så stark önskan eller begär att dricka att du inte kunde låta bli	75	65
.. ofta druckit mycket mera än du tänkt eller under längre period än du tänkt	73	72
.. velat sluta dricka eller minska drickandet utan att kunna	75	68
.. haft period när du tillbringat mycket tid med att dricka eller med att återhämta dig från effekterna av alkohol	78	67 *
.. slutat eller minskat viktiga aktiviteter för att dricka, t.ex. idrott, arbete, umgänge	56	53
.. någonsin fått problem när du slutat dricka, såsom skakningar, rastlöshet, illamående, hallucinationer	79	71
.. tagit en drink för att undvika dessa problem	89 ⁽³⁾	91 ⁽³⁾
.. haft period då du måste dricka mycket mer för samma effekt	54	46

¹⁾ Stort bortfall, 512 personer svarade

²⁾ Stort bortfall, 319 personer svarade

³⁾ Stort bortfall, 604 personer svarade

* Signifikant på 5%-nivå, Chi²

trots psykiska och fysiska negativa konsekvenser, de känner ett starkt sug och har upplevt kontrollförlust samt haft kraftiga bakrus. Omkring hälften uppger att de upplevt ökad tolerans. Den enda signifikanta skillnaden mellan de två grupperna finns dock i svaret på frågan "Under de senaste 12 månaderna, har du haft någon period då du tillbringat mycket tid med att dricka eller med att återhämta dig från effekterna av alkohol?"

Vi frågade också om alkoholkonsumtionen under det senaste året vid något tillfälle inverkat negativt på vänskapsrelationer eller socialt liv, familjeliv eller äktenskap/samboförhållanden, studier eller möjligheter i arbetet eller ekonomin. Ingen skillnad fanns mellan de två grupperna i detta avseende. 17 % av de finlandsfödda och 19 % av dem som var födda i Sverige hade inte upplevt några av de här alkoholrelaterade problemen, 56 % respektive 51 % uppger tre eller fyra sådana problem.

Om vi gjorde ett sammanfattande mått som också inbegrep en femte fråga, negativa konsekvenser av drickandet på hälsan, blev skillnaden däremot signifikant ($p=0.03$, Chi²). 78 % av de finlandsfödda upplevde tre eller flera av dessa problem, mot 61 % av svenskarna.

De finlandsfödda patienterna uppgav i intervjuerna signifikant oftare än de jämförbara svenskarna att de under det senaste året blivit skrämda efter att ha haft delirium eller blackout (58 % versus 42 % i det viktade svenska urvalet, $p=0.006$, Chi²). De finländska patienterna uttryckte också mera oro över sin fysiska hälsa i allmänhet under de senaste 30 dagarna: 62 % i det viktade svenska urvalet uppgav att deras fysiska hälsa inte oroade dem alls eller endast litet, medan motsvarande siffror för finländarna var 53 % ($p=0.05$, Chi²). En närmare analys visade att skillnaden var störst och signifikant ($p=0.008$, chi²) i åldersgruppen 40–54 år.

Inga skillnader mellan de två grupperna fanns vad gäller de narkotikarelaterade problemen. 24 % av finländarna och 26 % bland de viktade svenskarna rapporterade minst tre kriterier på drogberoende enligt ICD-10. 70 % respektive 73 % av de svenska respektive sverigefinländska patienterna hade inte upplevt att deras narkotikakonsumtion inverkat negativt på deras sociala liv, familjeliv, arbete eller ekonomi.

Sammanfattningsvis tycks de finländska patienterna något oftare, även om sällan signifikant mer, uppleva alkoholrelaterade problem. Det faktum att de tillbringar mera tid med att dricka och oftare har blivit rädda efter blackout eller delirium kan ses som indikationer på ett hårdare drickande. Däremot fanns inga skillnader i deras upplevelser av drogrelaterade problem.

Flera men kortare behandlingserfarenheter

I det följande granskade vi hur mycket erfarenhet av vård för alkohol eller drogproblem och av vilket slag de två patientgrupperna uppgav att de fått. De intervjuade fick ta ställning till en lista med tjugo kategorier av vård, som täckte såväl den vård som landstinget ger, privat sjuk- och annan missbrukarvård, vård via frivillig- eller självhjälsorganisationer samt den vård som ges inom eller finansierad av socialtjänsten. Svarsalternativen var "aldrig", "ja, för mer än tolv månader sedan" och "ja, under de senaste tolv månaderna" (se Palm & Storbjörk 2003).

I båda grupperna var det endast 6–7 % som aldrig tidigare fått missbrukarvård och knappt 60 % hade fem eller fler vårderfarenheter. De båda grupperna såg närmast identiska ut i detta avseende.

Tabell 5 visar att finländarna däremot oftare haft fem eller flera behandlingserfarenheter under det senaste året, medan svenskarna oftare haft bara en tidigare vårdkontakt. Skillnaden mellan de två grupperna är liten men

Tabell 5. Andel (%) finlandsfödda patienter och patienter i ett viktat svenskt urval i Stockholms läns landstings beroendevård år 2000–2001 med antal missbruksbehandlingserfarenheter inom hälso- och socialvården under de senaste 12 månaderna

Födelseland	Antal vård- och behandlingserfarenheter			
	0	1	2–4	5–
Sverige	23	28	41	8
Finland	25	20	42	13

signifikant ($p=0.04$, χ^2).

Tabell 8 ger en mera detaljerad bild av vilka slags behandlingsslag patienterna haft. Tre slags kontakter är klart vanligast i båda grupperna: tidigare vård på samma enhet i landstingets beroendevård, vård på behandlingshem i socialtjänstens regi och kontakt med självhjälsgrupp. Den stora andelen som varit i behandlingshem är kanske det mest förvånande och visar att en stor del av landstingets patienter har haft kontakt också med socialtjänsten med anledning av sitt missbruk.

De finlandsfödda skiljer sig från det viktade svenska urvalet i så måtto att de signifikant

Tabell 6. Andel (%) finlandsfödda patienter och patienter i ett viktat svenskt urval i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001 enligt olika slags tidigare missbrukarvård

Tidigare vårderfarenhet	Födelseland	
	Finland	Sverige
Tidigare på samma enhet	64	49 *
Någonsin, psykiatrisk slutenvård	10	10
Någonsin, psykiatrisk öppenvård	14	16
Någonsin, socialtjänstens intensiva öppenvård	17	13
Någonsin, behandlingsinstitution via socialtjänsten	46	51
Någonsin, stödboende	19	13
Senaste år, stödboende	14	5**
Någonsin, tvångsvård	11	15
Någonsin, fängelse	5	6
Någonsin, AA, länkarna	54	55

* Signifikant på 5 %-nivå, χ^2

** Signifikant på 1 %-nivå, χ^2

oftare tidigare behandlats på samma enhet och fått boendestöd. Det sistnämnda är förstås kopplat till deras sämre bostadssituation. Skillnaden vad gäller tidigare behandling på samma enhet kan inte förklaras av att intervjuerna med svenskar och finländare gjorts på olika slags enheter – lika stora andelar av intervjuerna gjordes exempelvis på alkoholavgiftningssenheter, dit man kan tänka sig att en stor del av patienterna återvänder.

Underligt nog visade det sig, å andra sidan, att det inte fanns någon skillnad mellan de två grupperna vad gäller antalet dagar i vård och behandling under de senaste 12 månaderna före intervjun. 31 % av svenskarna i det viktade urvalet och 33 % av finländarna hade varit 60 dagar eller mera i behandling, 42 % i båda urvalen 4 dagar eller mindre.

Det tycks alltså som om finländarna haft flera men kortare vård- och behandlingskontakter under det senaste året. Att de oftare varit på samma enhet tyder också på att de oftare kommer tillbaka till samma enheter.

På frågan om de tyckte det varit lätt att få kontakt med och komma in på den behandlingsenhet där de intervjuades svarade å andra sidan 2/3 i båda grupperna jakande. Patienterna uttryckte alltså inte att de skulle ha upplevt någon skillnad i tillgängligheten till den vård där de befann sig beroende på om de var födda i Finland eller i Sverige.

Minimala skillnader i attityder till alkohol- och drogproblem och behandling

Vi bad också patienterna ta ställning till ett antal påståenden om behandling och om alkohol- och drogproblem. Ett syfte var här att utröna om det fanns skillnader i attityder mellan grupperna som kunde förklara i vilken mån man söker sig till vård och vilka behandlingserfarenheter man hade.

Tabell 7 visar att de finlandsfödda patienterna jämfört med svenskar med liknande ställning i arbetslivet och med motsvarande

Tabell 7. Andel (%) finlandsfödda patienter och svenskar i ett viktat urval patienter i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001 som instämde helt eller delvis med några påståenden om behandling och alkohol- och drogproblem

Instämmer helt och hållet eller delvis med följande påstående	Födelseland	
	Finland	Sverige
Det finns behandlingar som är framgångsrika för människor som vill minska sitt drickande eller sluta dricka	87	89
Alkoholberoende personer är viljesvaga	63	56
Alkoholism är en sjukdom	94	91
En persons drickande är dennes ensak och angår inte samhället	34	38
Det är ibland nödvändigt att tvinga någon till behandling av alkoholproblem för personens eget bästa	81	83
Det finns behandlingar som är framgångsrika för människor som vill sluta använda droger	91	91

huvuddrog har närmast identiska attityder. Patienterna har en stor tilltro till att det finns verkningsfull vård, både för alkohol- och drogproblem. De understöder tvångsvård i vissa situationer. En minoritet anser att en persons drickande inte angår samhället. De flesta betecknar alkoholism som en sjukdom men mer än hälften menar också att alkoholister är viljesvaga.

Det fanns inga skillnader mellan de två grupperna i hur viktigt de bedömde det var att de fick behandling för sina alkoholproblem. 54–59 % i båda grupperna tyckte att de hade ett påtagligt eller mycket stort behov av hjälp. Två tredjedelar uppgav att de var påtagligt eller mycket oroad över sitt drickande i båda grupperna. Här fanns alltså inte någon skillnad, trots att finländarna, vilket vi såg ovan, hade upplevt mera negativa effekter på sin hälsa av sitt drickande.

Det två patientgrupperna har mycket liknande förväntningar på behandlingen. Realis-

tiskt nog tycktes ganska få vänta sig att bli helt bra efter avgiftningen. Ungefär hälften tror på personalens möjlighet att förändra deras livssituation. Nästan $\frac{3}{4}$ trodde att behandlingen skulle påverka dem. De svenska patienterna trodde, intressant nog, i större utsträckning att behandlingen skulle kräva mycket arbete av dem, medan de finlandsfödda var mera säkra på att få den behandling de önskade på enheten. Vi har redan konstaterat att de finlandsfödda patienterna oftare vårdats tidigare på samma enhet och därmed förmodligen hade en klarare uppfattning av vad som väntade dem. I hela patientmaterialet var också "gamla" patienter signifikant mera säkra på att få vad de ville, medan det inte där fanns någon korrelation mellan tidigare erfarenhet av samma vård och uppfattning om att vården skulle bli ansträngande.

Diskussion

Jämfört med de patienter i denna studie som var födda i Sverige, utgör de finlandsfödda en mer homogen grupp. Gruppen domineras av män som är över 40 år, arbetare, facklärd eller icke-facklärd, med avslutad grundutbildning och som vårdas för sitt alkoholmissbruk. Den dominerande gruppen svarar i många avseenden mot de traditionella föreställningarna om den stordrickande finnen. Behandlingssystemets erfarenheter kommer alltså lätt att reproducera denna föreställning om det speciella finska, även om det givetvis finns många svenska patienter som passar in på samma bild.

Den åldersmässiga snedvridningen i den finlandsfödda befolkningen i Stockholms län är en viktig förklaring till homogeniteten. Endast en dryg procent av de finlandsfödda i länet var år 2000 under 20 år (30.12.2000: Befolkning och befolkningsförändringar 2002).

En mera noggrann belysning av patienternas representativitet för sverigefinlänarna i

Tabell 8. Andel (%) finlandsfödda patienter och svenskar i ett viktat urval patienter i Stockholms landstings beroendevård 2000–2001 som instämde helt eller delvis med några påståenden om förväntningar på den aktuella vårdinsatsen mot alkohol- och drogproblem

Tror eller tycker...	Födelseland	
	Finland	Sverige
helt och hållet eller delvis att behandlingen kommer att kräva mycket jobb från min sida	71	82 *
helt och hållet eller delvis att jag bli bra så snart kroppen är fri från alkohol eller droger	25	22
helt och hållet eller delvis att behandlingspersonalen här ska kunna hjälpa mig att förändra min livssituation	57	56
helt och hållet eller delvis inte att behandlingen här kommer att påverka mig	23	30
att jag är mycket eller ganska säker på att få den behandling jag önskar på eller av den här enheten	80	69 *

* Signifikant på 5%-nivå, Chi²

länet kommer vi att få när vi kan jämföra den här patientpopulationen med socialtjänstens missbrukarvårds klienter och med de intervjuer i den allmänna befolkningen som också gjorts inom projektet. Om inget dramatiskt sker i flyttrörelsen mellan Finland och Sverige kan man dock spå att gruppen finlandsfödda patienter med företrädesvis alkoholproblem om något eller ett par decennier kommer att vara ett mycket litet inslag i länets beroendevård.

Vår studie tyder på att sverigefinlänarna idag är överrepresenterade inom Stockholms landstings beroendevård. Överrepresentationen kan till stor del förklaras av de finlandsföddas åldersstruktur och sociala position. Beroendevårdens patienter är till övervägande del icke-facklärd eller facklärd arbetare eller lägre tjänstemän, vilket ju innebär att det finns en relativt sett större rekryteringsbas

bland de sverigefinländare som är medelålders och äldre. Men det är sannolikt att en viss överrepresentation kvarstår efter dessa korrigeringar. Resultaten här kan tyda på att det bland de finlandsfödda finns en grupp som på grund av sitt mycket tunga alkohol- och drogbruk och dess hälsokonsekvenser är i särskilt stort behov av vård. Jämfört med svenskfödda patienter i samma yrkesposition och med samma huvuddrog (alkohol eller narkotika) tycks det som om fler av de finlandsfödda patienterna har en kraftigare daglig konsumtion av alkohol, fler än 12 drinkar dagligen under det senaste året. Flera av dem svarar jakande på de frågor som mäter alkoholberoende, signifikant flera hade skrämts av blackout eller delirium och signifikant flera var allmänt oroad över sin hälsa. Allt detta kan tyda på problem förorsakade av kraftigt alkoholmissbruk. Det verkar också finnas en grupp finskfödda män som kan behöva mer vård för att deras sociala miljö är särskilt sårbar och erbjuder mindre stöd, som kunde motivera alkohol- och drogproblemen och minska behoven av vårdinsatser. I hela studien fanns ett signifikant samband så att de som bodde med släktingar eller i privata kollektiva boendeformer (vilket var vanligare bland svenskarna) hade upplevt mindre negativa effekter av sitt drickande, medan de som bodde i försöks- och träningslägenheter, vilket var vanligare bland sverigefinlänarna, hade upplevt särskilt mycket negativa konsekvenser av sin alkoholkonsumtion. Bostadssituation för de finlandsfödda, där flera var bostadslösa och flera bodde i försöks- eller träningslägenhet, visar att det bland dem kan finnas en relativt stor grupp som saknar stöd i sin omgivning för en alternativ, mindre alkoholtung levnadstil, eller som lever i en miljö med mindre tolerans för kraftig alkoholkonsumtion. Insatser för att komma åt bostadsproblemen borde därför prioriteras för att eventuellt lindra problemen för de finlandsfödda patienterna.

De finlandsfödda patienternas attityder till och förväntningar på vården är mycket lika de jämförbara svenska patienternas och finns det skillnader är de snarare mer positivt inställda. Det tyder på att de finlandsfödda patienterna inte känner sig negativt särbehandlade av vården.

De finlandsfödda uppger att de genomsnittligt varit med om flera olika slags vårdinsatser under det senaste året och också oftare tidigare vårdats på samma enhet i landstingets beroendevård än svenskarna i det viktade urvalet. Antalet dagar i behandling är dock det samma i båda grupperna. Vårdsystemet bör ordentligt utreda om det faktiskt är så att de finlandsfödda patienterna har flera och kortare vårdinsatser och vad det i så fall beror på. Det högre antalet vårdinsatser kan eventuellt förklaras med att deras alkoholkonsumtion är så pass hög och konsekvenserna av drickandet därmed så allvarliga att de oftare kräver intensiva insatser, men insatserna borde då eventuellt också vara av mera långvarigt slag. Resultaten av den här studien lämnar en misstanke om att vården inte på ett adekvat sätt lyckas ge de sverigefinländska patienterna den vård de behöver.

Resultaten från den här studien kommer att kunna belysas noggrannare när vi analyserat intervjuerna från socialtjänstens klienter i länet, resultaten från intervjustudien i den allmänna befolkningen och framförallt uppföljningsintervjuerna ett år efter de första intervjuerna. Till dess bör de här framlagda slutsatserna betraktas som preliminära.

NOTER

1) Jag valde att göra analysen enligt födelseland snarare än enligt nationalitet, med tanken att fånga in dem som säkert själva levt i såväl Finland som i Sverige.

2) Tyvärr finns det inte någon statistik inom Landstinget över patienternas födelseland som kan användas för att se i vilken mån vårt urval var re-

presentativt i detta avseende.

3) Notera också att det inte tycks finnas några tillförlitliga uppgifter om finlandssvenskarnas antal i Stockholms län.

4) Med drink avses här ett glas sprit à 12 cl, 1 burk folköl eller 2/3 burk folköl.

LITTERATUR

Befolkning och befolkningsförändringar 2002. Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret. www.rtk.sll.se/publikationer/index

Blomqvist, Jan (1998): Beyond treatment. Widening the approach to alcohol problems and solutions. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete: Stockholm Studies in Social Work 13

Haavio-Mannila, Elina & Johansson, Sten (1974): Finska invandrades levnadsnivå i Sverige. *Sociologia* 4: 192–204

Haavio-Mannila, Elina & Stenius, Kerstin (1977): Mental health of immigrants in Sweden. Research Report No 211, Institute of Sociology, University of Helsinki

Invandrades psykiska problem (1979). Rapport från en arbetsgrupp. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens invandrarverk

Invandrarprojektet i Huddinge (1979). Rapport över erfarenheter från en psykiatrisk mottagning för finska, jugoslaviska och grekiska invandrare. Stockholm: Delegationen för social forskning. Rapport 1979: 2

Korkiasaari, Jouni & Tarkiainen, Kari (2000): Suomalaiset Ruotsissa (Finländare i Sverige). Suomalaisen siirtolaisuuden historia 3. Turku: Siirtolaisinstituutti

Kuosmanen, Jari (2001): Finnkampen: en studie av finska mäns liv och sociala karriärer i Sverige. Göteborgs universitet, Institutionen för

socialt arbete. Hedemora: Gidlund

Leiniö, Tarja-Liisa: Invandrarnas hälsa. I: Invandrarnas hälsa och sociala förhållanden. SoS-Rapport 1995:5. Stockholm: Socialstyrelsen

Lindegård, Bengt (1971): Invandrarnas sjukvårdsmönster. *Socialmedicinsk tidskrift* 7

Majava, Antti (1979): Migrations from and to Finland in 1978. Helsinki: Ministry of Labour

Palm, Jessica & Storbjörk, Jessica (2003): Kvinnor & män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000–2001. Stockholm: SoRAD – Forskningsrapport nr. 9

Room, Robin & Palm, Jessica & Romelsjö, Anders & Stenius, Kerstin & Storbjörk, Jessica. (2003): Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: En översikt över en studie i Stockholms läns. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 20 (2–3)

Rosenberg, Thomas & Sulkunen, Pekka (1987): Den moderscenterade familjekulturen, alkoholen och sverigefinnarnas skolproblem. *Alkoholpolitik – Tidskrift för nordisk alkoholforskning* 4: 3, 156–166

SCB, Statistiska Centralbyrån 2002. Befolkningsstatistik. www.scb.se

Stenius, Henrik (1997): The good life is a life of conformity: The impact of the Lutheran tradition on Nordic political culture. I: Sørensen, Ø. & Stråth, B. (red.): The cultural construction of Norden. Oslo, Copenhagen, Oxford, Boston: Scandinavian University Press

Stenius, Kerstin (1983): Invandrarna och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen redovisar 1983:3. Stockholm: Socialstyrelsen

Ågren, Gunnar & Romelsjö, Anders: (1992): Mortality in alcoholrelated diseases in Sweden during 1971–80 in relation to occupation, marital status and citizenship in 1970. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 20: 134–142.

Summary

Kerstin Stenius: *Finnish-born and Swedish-born patients in the Stockholm county health-based addiction treatment system*

Even though the Finnish and Swedish alcohol cultures and societies are very similar, Finns have a reputation for drinking more heavily than Swedes. Earlier research in Sweden has shown that Finnish immigrants in Sweden experience more health problems and more alcohol related deaths than Swedes. Research results concerning their treatment consumption have been contradictory.

Based on interviews with 942 persons entering the health-based addiction treatment system in Stockholm county between November 2000 and November 2001, this article sets out to study to what extent the patients that were born in Finland (N = 82) differ from those born in Sweden (N = 771). It also examines to what extent the Finnish-born differ from Swedes if you control for work position as a sign of social status, and main drug use (alcohol or illegal drugs).

The data consists of structured interviews, conducted by trained interviewers in the research project. The results are presented as distributions and correlations tested with Pearson Chi2. In order to be able to say to what extent the problems of the Finnish born were related to their particular immigrant position compared to social status, a weighted sample of Swedes was constructed, using the variables "most common or last work position" and "main drug as reason for coming to treatment (alcohol or illicit drugs)".

The results showed that the Finnish born patients were overrepresented in treatment. This could largely, but not fully, be explained by their social position and age structure.

The Finnish-born were a much more homogeneous group than the Swedes as they were mostly male and workers, and predominantly treated for their alcohol problems. They had a more problematic housing situation than comparable Swedes. Their alcohol consumption was somewhat higher than among comparable Swedish patients, and they had experienced some more symptoms of dependency and negative consequences of drinking, particularly those associated with health issues. They had more treatment experiences during the year before this treatment round, but not more days in treatment. Their attitudes to drinking and drug problems, and to treatment in general, as far as attitudes and expectations were concerned, seemed rather positive and very similar to the Swedish patients, however.

The fact that they received a lot of treatment but shorter treatment contacts than comparable Swedes might indicate that the Swedish system has not been able to meet their needs particularly well.

Key words: alcohol and drug treatment, Finnish immigrants, Sweden

Yhteenveto

Kerstin Stenius: *Suomalaissyntyiset ja ruotsalaissyntyiset potilaat Tukholman läänin sairaanhoidon päihdehoitojärjestelmässä*

Vaikka suomalaiset ja ruotsalaiset alkoholikulttuurit sekä yhteiskunnat ovat hyvin samankaltaiset, niin suomalaisilla on maine vielä suurempina alkoholinkuluttajina kuin ruotsalaisilla. Aikaisemmin tehdyt tutkimukset Ruotsissa osoittavat, että suomalaisten maahanmuuttajien keskuudessa esiintyy enemmän terveysongelmia ja alkoholiin liittyviä kuolemia. Tutkimustulokset, jotka liittyivät heidän hoidonsaantiinsa ovat tosin olleet riistiäisiä.

Tämän artikkelin tarkoitus on tutkia, missä määrin Suomessa syntyneet potilaat (N = 82) eroavat Ruotsissa syntyneistä potilaista (N = 771) Tukholman läänin sairaanhoidon päihdehoitojärjestelmässä. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, missä määrin suomalaissyntyiset potilaat eroavat ruotsalaispotilaista, jos heitä tarkastellaan ammattiaseman ja päihdeongelman (alkoholi tai laittomat huumeaineet) mukaan.

Aineisto koostuu strukturoiduista haastatteluista, jotka tehtiin koulutettujen haastattelijoiden toimesta. Tuloksissa esitettyjä jakaumia ja korrelaatioita on testattu Chi²-lla. Jotta voitaisiin sanoa missä määrin suomalaissyntyisten potilaiden ongelmat johtuvat heidän erityisestä maahanmuuttaja-asemastaan ja sosiaalisesta statuksesta, käytettiin vertailukohteena ruotsalaispotilaista painotettua otosta, joka perustui seuraaviin muuttujiin: "yleisin tai viimeinen ammatti" ja "Päällimmäinen syy hoitoon hakeutumiseen (alkoholi tai laittomat huumeaineet)".

Tulokset osoittivat, että suomalaissyntyiset potilaat olivat yliedustettuna hoidossa. Tämä voitiin selittää suurelta osin, muttei täysin, heidän sosiaalisella asemallaan ja ikärakenteellaan. Suomalaissyntyiset potilaat olivat paljon homogeenisempi ryhmä kuin ruotsalaispotilaat, he olivat suuremmaksi osaksi miehiä ja työläisiä ja pääosin hoidossa alkoholiongelmiensa takia. Heidän alkoholinkulutuksensa oli jonkin verran suurempi kuin vastaavien ruotsalaispotilaiden, ja he olivat kokeneet vähän enemmän riippuvuuteen liittyviä oireita ja negatiivisia seurauksia juomisesta, etenkin terveyteen liittyviä seurauksia. Heille oli niin ikään vuoden aikana kertynyt enemmän hoitokertoja ennen tätä hoitosuhdetta, mutta ei kuitenkaan enempää hoitopäiviä. Yleensä heidän asenteensa alkoholi- ja huumeongelmiin sekä odotuksensa hoidon suhteen olivat positiiviset ja hyvin samankaltaiset kuin vastaavien ruotsalaispotilaiden.

Se tosiasia, että he saivat usein hoitoa, mutta että hoitokontaktit ovat lyhyet, saattaa viitata siihen, että ruotsalainen järjestelmä ei ole pystynyt vastaamaan heidän tarpeisiinsa kovin hyvin.

Vilka dricker mer alkohol i Sverige?

En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor och i olika åldersgrupper under perioden 1990 till 2002

Inledning

Denna studie handlar om hur svenska folkets alkoholkonsumtion har förändrats under perioden 1990 till 2002 och speciellt efter det att Sverige blev medlem i EU år 1995. Under de inledande åtta åren Sverige varit medlem i EU har totalkonsumtionen av alkohol ökat markant, från 7,7–7,8 liter i mitten (och början) av 1990-talet till ca 9,9 liter 2002 (i ren [100 %] alkohol per invånare 15 år och äldre). Vilka grupper som står bakom denna ökning är oklart. Denna studie syftar till att beskriva konsumtionstrenderna för de två socio-demografiska variabler som i Sverige uppvisat starkast samband med uppgiven alkoholkonsumtion: kön och ålder.

Svensk alkoholpolitik har under flera decennier arbetat med att via allmänna (generella) restriktiva åtgärder – med hög alkoholbeskattning, låg tillgänglighet samt begränsningar av utrymmet för privat vinstintresse i alkoholhanteringen som främsta kännetecken – hålla nere totalkonsumtionen och därmed

alkoholens skadeverkningar. Detta är en alkoholpolitik som i ett europeiskt perspektiv måste bedömas som framgångsrik (se t.ex. Norström 2002). Men efter EU-medlemskapet har denna politik utsatts för stora påfrestningar. År 1995 avskaffades de nationella monopolen på produktion, import, export och partihandel och samma år höjdes de tillåtna införselkvoterna av vin och öl vid inresor från andra EU-länder. Därefter har införselkvoterna höjts stegvis, även för sprit, och kommer att fortsätta att höjas fram till och med år 2004, då Sverige kommer att ha uppnått samma indikativa nivåer som övriga EU-länder (10 liter sprit, 20 liter starkvin, 90 liter vin, 110 liter öl).

Den 1 januari 1997 sänktes skatten på starköl och den 1 december 2001 skatten på vin. Spritskatten har ännu inte sänkts, men de redan genomförda och de kommande ökade införselkvoterna – den 1 januari 2003 fem liter och den 1 januari 2004 tio liter – liksom en kommande spritskattesänkning i Danmark på 45 procent i oktober 2003 kommer

att öka trycket på regeringen att sänka även denna skatt. Vidare har realpriserna på alkoholdrycker sjunkit under senare år eftersom alkoholskatterna inte längre justeras uppåt i takt med inflationen.

Även tillgängligheten till den i Sverige beskattade alkoholen har ökat sedan mitten av 1990-talet vilket bland annat beror på fler Systembutiker, inte minst självbetjäningbutiker, och förlängt öppethållande, inklusive lördagsöppet. Vidare har antalet restauranger med serveringstillstånd ökat (1995–2001: + 19 procent), likaså det antal butiker som säljer folköl (1989–1998: + 43 procent). Dessutom har nya alkoholdrycker introducerats. De nya cidersorterna, med en alkoholstyrka på minst 3,5 volymprocent, som sedan 1996 säljs på Systembolaget och i restauranger, är de mest betydelsefulla, åtminstone räknat i försäljningskvantiteter. Det är också högst sannolikt att introducerandet av en ny förpackningsform för försäljning av vin, så kallade "bag-in-box" viner (lådvin) i sig bidragit till en ökad vinförsäljning. Lådvin har funnits på Systembolaget sedan november 1996 och svarade år 2002 för ca 40 procent av Systembolagets totala vinförsäljning.

Det är ingen överdrift att påstå att de alkoholpolitiska förändringar som skett, och som håller på att ske, är de största under hela efterkrigstiden, till och med större än motbokens avskaffande. Många av dessa har genomförts under en tidsperiod med, relativt sett, kraftigt ökade disponibla realinkomster. Sammantaget har de med all sannolikhet varit den dominerande orsaken till den kraftiga konsumtionsökningen under senare år.

Det är inte givet att förändringar i totalkonsumtionen av alkohol innefattar samtliga, eller ens de flesta, grupper av befolkningen. Avgörande för vilka grupper som förändrar sin konsumtion under en given tidsperiod är givetvis vilken eller vilka konsumtionspåverkande faktorer som förändras över tid – om de är mer generella, omfattande de flesta

grupper i befolkningen, eller mer specifika, i första hand riktade mot vissa grupper, exempelvis ungdomar. Den drygt 20-procentiga konsumtionsminskningen (mätt i försäljning) mellan 1976 och 1984, som till stor del var resultatet av förbudet att sälja mellanöl i livsmedelsbutiker från och med den 1 juli 1977 (Nilsson 1984), skedde först och främst i de yngre åldrarna. Sannolikt förändrades konsumtionen allra mest bland ungdomar under 20 år som inte hade tillgång till alkohol på Systembolaget (Hibell 1984a). Olika alkoholrelaterade problem uppvisade generellt sett mindre förändringar och de som framkom återfanns framför allt, i vissa fall enbart, bland de yngre (se Hibell 1984b; Ramstedt 2002; Romelsjö 1987).

Konsumtions- och skadeutvecklingen har också visats skilja sig mellan olika socialklasser. Enligt Romelsjö och Lundberg (1996), som studerade utvecklingen från 1971 till 1994 i Stockholms län, visade sig andelen måttlighets- och/eller storkonsumenter vara lägre bland arbetarna än bland tjänstemännen år 1971. I mitten av 1980-talet var andelen ungefär densamma i båda grupperna och 1994 var den högst bland arbetarna, alltså det omvända förhållandet mot år 1971.

Det mest tydliga exemplet på att olika grupper uppvisar olikartade konsumtionstrender är ändå de minskade könsskillnaderna i alkoholkonsumtion under efterkrigstiden. Under denna period har kvinnornas alkoholkonsumtion ökat mer än männens och det mesta tyder på att en stor del av denna utjämningsprocess inträffade under de första årtiondena efter motbokens avskaffande 1955, nämligen under 1960- och 1970-talen (Kühlhorn 1998a). Den konsumtionsökning som ägde rum bland kvinnorna under dessa årtionden var, enligt Kühlhorn (1998a), åtminstone delvis resultatet av motbokens avskaffande. Giftna kvinnor kunde i regel inte få egen motbok eftersom motboken skrevs ut för männen i respektive hushåll. Ogiftna kvinnor kunde inneha

motbok, men ransonen var oftast mindre än för ogifta män. Den stora skillnaden i alkoholvanor mellan könen under motbokstiden var alltså resultatet av en starkt genusdifferentierad dryckeskultur och en alkoholpolitik som var anpassad till denna.

Tidigare forskning visar att en ökning av alkoholkonsumtionen i ett samhälle även innefattar storkonsumenter och att andelen storkonsumenter ökar när konsumtionen ökar (t.ex. Edwards m.fl. 1994; Skog 1985; för analyser på nordiska och svenska data, se Room 2002; Kühlhorn 1994). Vidare visar forskning om samband mellan totalkonsumtion av alkohol och olika medicinska och sociala alkoholrelaterade skador överlag på positiva samband. Detta gäller inte minst de tidsseriestudier som under senare år genomförts i flera länder, däribland Sverige (se t.ex. Norström 1993, 1995; Norström m.fl. 2002; Norström & Andersson 1996; Leifman & Romelsjö 1997; Ramstedt 2001ab).

Sett ur ett folkhälso- och socialpolitiskt perspektiv är således storleken på alkoholkonsumtionen och förändringar av denna av stor betydelse. Det är därför också viktigt att få en bättre bild av hur ökningen ser ut; vilka alkoholdrycker (vin, sprit, folköl, starköl, cider) som ökar och, inte minst, om ökningen gäller både män och kvinnor samt olika åldersgrupper. Bättre kunskap om vilka grupper som står bakom konsumtionsökningen under senare år bör också kunna öka förståelsen då det gäller de olika samhällsprocesser som bidragit till denna utveckling.

Studien börjar med att ge en närmare beskrivning av hur totalkonsumtionen av alkohol och konsumtionen av de olika dryckesslagen har förändrats över tid, med betoning på perioden 1990 till 2002. Det är enbart med data från frågeundersökningar (surveydata) som vi kan studera hur konsumtionen och konsumtionsutvecklingen ser ut för olika grupper av befolkningen. Denna typ av data används därför därefter i syfte att närmare

analysera konsumtionstrenderna för båda könen och för olika åldersgrupper (16–29, 30–49, 50–75 år) för män och kvinnor separat. En central fråga är om konsumtionsökningen under senare år gäller både män och kvinnor och de tre åldersgrupperna, en annan om även andelen storkonsumenter i dessa grupper förändrats i takt med konsumtionen.

Material och metod

Analyserna i denna studie baseras på självrapporterade konsumtionsuppgifter som samlats in i riksrepresentativa frågeundersökningar. Det bör understrykas att konsumtionsmängder som beräknats utifrån sådana data inte kan användas som mått på den faktiska konsumtionen. Detta förhållande är sedan lång tid känt inom alkoholforskningen och beror bland annat på ett bortfall som i större utsträckning än bland de svarande består av alkoholmissbrukare och, framför allt, på att de som svarar i stor utsträckning underrapporterar sin alkoholkonsumtion (se t.ex. Kühlhorn m.fl. 2000).

I vissa analyser, särskilt en del av dem som är genomförda för olika åldersgrupper, är antalet respondenter relativt litet vilket ger större utrymme åt slumpmässiga variationer. Dessutom är det delvis olika frågeinstitut som genomfört undersökningarna, vilket i sig kan ha bidragit till att ytterligare förstärka skillnaderna dem emellan. Det finns därför goda skäl till att tolka data med försiktighet, speciellt den exakta storleken på förändringarna.

Presentation av och jämförelse mellan undersökningarna

I tabell 1 beskrivs de fem olika undersökningarna närmare. Samtliga fem har använt sig av samma metod för att ställa frågor om hur mycket alkohol man dricker under en period av 12 månader, den så kallade KF-skalan

Tabell 1. Beskrivning av de fem frågeundersökningarna genomförda under perioden 1990 till 2002

Institut	Ålders- intervall (i denna studie)	Nettourval	Urvalsmetod	Datainsamlings- metod och när på året	Frekvensskala	Svars- frekvens
1990 Del av en omnibussurvey.						
SIFO	16–75 (16–75)	1 051; i denna studie: 1 007	Två steg: geografiskt kluster i första, slumpmässigt urval av individer i andra	Besöksintervju/ våren	1. Flera gånger i veckan 2. En gång i veckan 3. 2–3 ggr i månaden 4. En gång i månaden 5. Någon gång per kvartal 6. Någon gång per halvår 7. Någon gång per år 8. Aldrig	Ca 70 %
1996 KALK-studien: Konsumtion igår och i förrgår till alla. KF-frågor, normalveckofrågor och senaste 7 dagarna till vardera 1/5 av stickprovet.						
GfK	16–80 (16–75)	10 073, i denna studie: 1 958	RDD	Telefonintervju. 365 oberoende dagliga stickprov intervjuades varje dag från mars 1996 till februari 1997	2. I stort sett varje dag 3. 4–5 gånger i veckan 4. 2–3 gånger i veckan 5. Ungefär en gång i ve 6. Ett par gånger i mån 7. Ungefär en gång i mån 8. Några få ggr om året 9. En gång om året e. mer sällan 10. Har aldrig druckit eller bara smakat på det	Drygt 50 %
1998 Del av en undersökning om registrerad alkoholkonsumtion med betoning på svartsprit. 16–24-åringar överrepresenterade.						
TEMO	16–80 (16–75)	5 504, i denna studie: 5 042	Slumpmässigt urval av telefon- nummer	Telefonintervju/ våren	1. Dagligen eller nästan dagligen 2. Någon eller några ggr i ve 3. Ett par ggr i månaden 4. En gång i månaden 5. Ungefär en gång per kvartal 6. Någon eller några ggr om året 7. Mer sällan än så 8. Aldrig	Ca 60 %
2000 Del av en undersökning om registrerad alkoholkonsumtion med betoning på svartsprit. 16–24-åringar överrepresenterade.						
IB	16–80 (16–75)	6 020, i denna studie: 3 591	Slumpmässigt urval av telefon- nummer	Telefonintervju/ våren	Se 1996-års undersökning	Ca 60 %
2002 Specialundersökning inom ramen för Monitorprojektet men med 12-månadersfrågor och frågor om alkoholproblem.						
TEMO	16–80 (16–75)	2 034, i denna studie 1948	Slumpmässigt urval av telefon- nummer	Telefonintervju/ hösten	Se 1996-års undersökning	Ca 60 %

(kvantitet*frekvensskalan), vilket är en förut-sättning för att kunna jämföra konsumtions-nivåer mellan olika undersökningar (se exem-pelvis Köhlhorn 1998b). En individs totala alkoholkonsumtion under en given tidsperi-od är resultatet av hur ofta han/hon dricker (frekvens) och hur mycket han/hon i genom-snitt dricker per dryckestillfälle (kvantitet). KF-skalan, som har använts i många svenska och utländska frågeundersökningar, är en kombination av frågor om frekvens och kvan-titet. Eftersom frågorna är dryckesspecifika har frågan om frekvens (hur ofta) och kvanti-tet (hur mycket under ett vanligt dryckestill-fälle) ställts separat för respektive alkoholsort: folköl, starköl, vin, sprit och i vissa fall även för starkvin och cider.

I många avseenden är undersökningarna ganska lika, men det finns några skillnader som bör poängteras. SIFO-1990 genomför-des som besöksintervjuer, de övriga som tele-fonintervjuer. Andelen av det totala antalet i nettourvalen som av olika skäl inte deltog, bortfallet, uppgick till ca 30 procent 1990, 50 procent 1996 och har i de resterande legat på ca 40 procent.

Urvalsproceduren i SIFO-1990 avviker från de senare genomförda undersökningarna ge-nom att i ett första steg välja geografiska klus-ter och i ett andra dra ett slumpmässigt urval av individer. I samtliga övriga undersökning-ar består urvalen av slumpmässigt utvalda te-lefonnummer.

KALK-undersökningen (se Köhlhorn m.fl. 2000) genomförde intervjuer varje dag under ett års tid – fr.o.m. mars 1996 t.o.m. februari 1997. KF-frågor ställdes till ungefär en femte-del av urvalet. Datainsamlingen för frågeun-dersökningarna 1990, 1998 och 2000 ägde rum under våren, medan 2002-års undersök-ning genomfördes under hösten.

Tre av undersökningarna – 1996, 2000 och 2002 – använde sig av exakt samma frekvens-skala för respektive alkoholdryck. De skalor som användes 1990 och 1998 var inte lika

detaljerade och hade färre svarsalternativ vid höga frekvenser.

Den andra dimensionen i KF-skalan – kvantiteterna – skiljer sig något mellan un-dersökningarna med avseende på antalet möjliga svarsalternativ. Volymstorleken på glas, flas-kor och burkar har standardiserats mellan un-dersökningarna (ex 15 cl för ett vinglas, 33 cl för en flaska öl, 50 cl för en burk öl). Samma volymprocent alkohol har använts i samtliga undersökningar med undantag av folköl. År 1995 infördes en svagare typ av denna dryck (2,8 %) vilket innebar att den genomsnittliga procentstyrkan sjönk från 3,3 till 3,1 volym-procent.

En jämförelse av andelen nykterister mellan de fem undersökningarna visade på en högre andel i undersökningar från år 2002 jämfört med övriga, vilka sinsemellan uppvisade små skillnader. Det är troligt att denna olikhet, åt-minstone delvis, beror på att endast un-dersökningar från år 2002 inkluderade en inle-dande fråga om man druckit någon alkohol (förutom lättöl) under de senaste 12 måna-derna. Som nykterister definierades således de som svarade nekande. I de övriga undersök-ningarna ställdes inte någon inledande fråga om man druckit alkohol. Istället definierades nykterister som de som för varje alkoholdryck svarat att de inte druckit någon sådan under de senaste 12 månaderna.

Konsumtionsmätt och analysmetoder

I samtliga undersökningar avser de dryckes-specifika kvantitetsfrågorna typiska dryckes-kvantiteter, dvs. de konsumtionsmängder som man vanligtvis dricker vid ett dryckestill-fälle. Ett högsta tak har vid våra analyser satts för den uppgivna kvantiteten per dryckestill-fälle. Det fåtal personer som för respektive dryck uppgav en konsumtion per tillfälle motsvarande minst 0,5 liter ren alkohol eller mer gavs detta konsumtionsvärde. Extrem-värden, där det är uppenbart att det rör sig om

felkodning eller överrapportering, har exkluderats. För att beräkna årskonsumtionen (12 månader) för respektive dryck och undersökning har antalet dryckestillfällen, omräknat till antal dagar under 12 månader, multiplicerats med den typiska konsumtionsmängden per dryckestillfälle, dvs. K*F för respektive alkoholdryck.

I beskrivningarna av konsumtionsutvecklingen används två olika centralmått. Det ena är (det aritmetiska) medelvärdet, vilket är det absolut vanligast förekommande centralmålet och beskriver tyngdpunkten i en fördelning. Eftersom medelvärdet, speciellt vid små urval, är känsligt för enskilda observationers värden när dessa avviker mycket från de övriga, har vi kompletterat medelvärdet med medianvärdet. Medianen är det variabelvärde som delar en frekvensfördelning mitt itu, dvs. den femtionde procenten och påverkas inte av enskilda extremvärden. När ordet konsumtion används i texten nedan i resultat- och diskussionssavsnitten avses medelvärdet, inte medianen.

Ett annat mått på utvecklingen av konsumtions- eller dryckesvanorna är andelen storkonsumenter (eller riskkonsumenter). För männen definieras de respondenter som i genomsnitt konsumerar minst 30 gram alkohol per dag (ca 27 cl ren alkohol i veckan) som storkonsumenter. För kvinnorna är gränsen satt till en genomsnittlig alkoholkonsumtion motsvarande 20 gram alkohol per dag (ca 18 cl ren alkohol i veckan). Dessa gränsvärden för hög alkoholkonsumtion har rekommenderats både i Sverige (SPF/Spri, 1997) och i andra länder (t.ex. Ashley m.fl. 1994). Gränserna ligger också nära "Testarens" gräns för riskkonsumtion (Testaren 4-5, för männen: > 75 cl 40 % alkohol i veckan, för kvinnorna: > 55 cl 40 % alkohol i veckan) som använts flitigt i Sverige (se Rydberg 1983; Rydberg m.fl. 1993).

Samtliga analyser bygger på viktade värden. Åldersfördelningen i samtliga undersökningar är viktad mot folkmängden i Sverige den 31

december 2001 för åldrarna 16–75. För att beräkna om skillnaderna i andelen storkonsumenter över tid är statistiskt säkerställda genomfördes Chi-två tester och för att testa samma sak för förändringar i medelvärdet (konsumtionsvolymerna) och medianvärdet användes t-test (dubbelsidig) respektive mediantest.

Undersökningarnas jämförbarhet

Täckningsgrad

En förutsättning för att studier av självrapporterade konsumtionstrender enligt de nämnda frågeundersökningarna skall kunna anses vetenskapligt relevanta är att de överensstämmer med trenderna i den faktiska eller totala alkoholkonsumtionen, dvs. summan av den registrerade och oregistrerade alkoholkonsumtionen. Detta kan inte testas för olika befolkningsgrupper eftersom alkoholförsäljningen, som svarar för ca 70 procent av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige, inte kan brytas ner i olika grupper av befolkningen. Däremot är det möjligt att studera om konsumtionstrenderna för hela den vuxna befolkningen enligt frågeundersökningarna stämmer med trenderna i den totala alkoholkonsumtionen.

Att så är fallet framgår av tabell 2. Som väntat ligger de självrapporterade konsumtionsnivåerna betydligt lägre än de faktiska (totala alkoholkonsumtionen), men båda uppvisar konsumtionsökningar som, relativt sett, ligger nära varandra. Åren 1990 och 1996 uppgick den självskattade konsumtionen för 16–75-åringarna till ca 3,0–3,1 liter ren alkohol per respondent, 2002 till ca 4,1 liter. Detta innebär en ökning med 36 procent sedan 1990 och drygt 30 sedan 1996, att jämföras med ökningen av den totala alkoholkonsumtionen under samma perioder med 27 respektive 24 procent (från 7,8 liter 1990, 8,0 liter 1996 och 9,9 liter 2002 [per invånare 15 år

Tabell 2. Alkoholkonsumtionen i Sverige under olika år: total och registrerad alkoholkonsumtion (i antal liter ren ([100 %] alkohol per invånare 15 år och äldre), samt självrapporterad alkoholkonsumtion enligt frågeundersökningar (åldrarna 16–75 år).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total registrerad konsumtion	6,4	6,3	6,3	6,2	6,3	6,2	6,0	5,9	5,8	6,1	6,2	6,5	6,9
Total alkoholkonsumtion	7,8	–	–	7,7	7,8	7,8	8,0	–	8,1	–	8,4	9,1	9,9
Självrapporterad alkoholkonsumtion	3,0	–	–	–	–	–	3,1	–	3,4	–	3,8	–	4,1
I procent av den registrerade kons. ¹	46	–	–	–	–	–	52	–	59	–	62	–	60
I procent av den totala konsumtionen ¹	38	–	–	–	–	–	39	–	42	–	46	–	41

Källor: Köhlhorn m.fl. 2000; Köhlhorn 2001; Leifman & Gustafsson 2002; Leifman 2003; Norström 1997

¹Täckningsgraderna (två nedersta raderna) är beräknade utifrån två decimaler på konsumtionsuppgifterna, ex 2002: totalkonsumtion = 9,87 och självrapporterad konsumtion = 4,07 vilket ger täckningsgraden 41 %.

och äldre]).

Täckningsgraden i förhållande till den registrerade konsumtionen låg på drygt 40 procent i början av 1990-talet (och även 1978 enligt en frågeundersökning med KF-frågor, se Köhlhorn 1998a), men ökade till ca 60 procent i slutet av 1990-talet och år 2002. Däremot har inte täckningsgraden i förhållande till totalkonsumtionen förändrats nämnvärt utan uppgår till ca 40 procent vid samtliga mätningar. Den ökade täckningsgraden i förhållande till den registrerade konsumtionen förklaras av att den sistnämndas andel av den totala konsumtionen har sjunkit under de senaste åren: 84 procent 1990, 72 procent 1998 och 70 procent 2002.

Frågeundersökningen från år 2000 uppvisar den största avvikelsen i fråga om täckningsgrad med en självrapporterad konsumtion motsvarande 46 procent av den totala alkoholkonsumtionen samma år (ca 8,4 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre). Om detta beror på att de självrapporterade uppgifterna är förhållandevis höga och/eller om skattningen av den totala konsumtionen år 2000 är för lågt räknad är omöjligt att besvara.

Bortfallet

Bortfallet var lägst 1990 och högst 1996. Det är emellertid inte alls säkert att detta nämnvärt försvårar jämförbarheten i denna studie. Genom att flera tidigare svenska studier baserats på registerurval, inte telefonnummerurval, har man fått tillgång till olika registeruppgifter, även tidigare känd alkoholproblematik, för alla personer i urvalet. Dessa studier har visat att andelen som uppvisat olika former av alkoholproblem är större i bortfallet, såsom en större andel som vårdats på sjukhus för olika alkoholdiagnoser (Romelsjö 1989) eller blivit registrerade för fylleri (Nilsson & Svensson 1971) för att nämna två exempel.

Vid traditionella alkoholfrågeundersökningar är gruppen tunga alkoholmissbrukare således klart underrepresenterad. Men det är troligt att denna grupp är ungefär lika svår att nå, och att därmed graden av underrepresentation är ungefär lika stor, i de flesta undersökningar, exempelvis i de fem som analyseras i denna studie. Sannolikt förklaras skillnaderna i bortfallet mellan de fem undersökningarna i denna studie med hur väl man lyckats nå

och intervjuar personer som är svåra att nå men som ändå kan tänkas delta i undersökningar. Mycket talar för att konsumtionen i dessa grupper inte avviker i nämnvärd utsträckning från personer som är lättare att nå och som deltar. Detta visar bland annat uppföljningsstudier av bortfallet, dvs. av en grupp av bortfallet som man ändå så småningom har lyckats nå och som till slut har gått med på att besvara frågor om egen alkoholkonsumtion. Flera sådana studier har visat att de bortfallsuppföljda inte uppvisar högre alkoholkonsumtion än de svarande (t.ex. Gmel 2000; Kühlhorn m.fl. 2000). Liknande resultat har också framkommit vid konsumtionsjämförelser dels mellan respondenter som var svåra att nå men som slutligen deltog (många kontaktförsök) och de som var lätta att nå och deltog efter få kontaktförsök (Kühlhorn m.fl. 2000), dels mellan undersökningar genomförda med samma datainsamlingsmetod, av samma population, under samma tidsperiod, men med stora skillnader i bortfall (Plant m.fl. 1980; Kühlhorn m.fl. 1999, 2000). Kühlhorn m.fl. (2000) jämförde två svenska studier genomförda under ungefär samma tidsperiod (1996-97 och 1997) genom telefonintervjuer med samma alkoholfrågor, men med stora skillnader i bortfall (50 % respektive 25 %). Den beräknade alkoholkonsumtionen uppvisade dock små skillnader mellan undersökningarna.

Sammanfattningsvis är det sannolikt att skillnaderna i bortfall mellan undersökningarna är av liten betydelse för jämförbarheten mellan konsumtionstrenderna. Den eventuella effekt, som ändå kan finnas, skulle i så fall innebära att konsumtionsnivåerna ligger något för lågt i 1996-års undersökning med det högsta bortfallet och något för högt i 1990-års undersökning med det lägsta bortfallet jämfört med de tre senaste undersökningarna. Detta skulle innebära att konsumtionsökningen mellan exempelvis 1996 och 2002 överskattas något.

Frekvensfrågorna

Frekvensfrågorna i 1990- och 1998-års undersökningar innehöll färre svarsalternativ än de övriga, speciellt vid de höga alternativen. De resterande tre hade identiska och fler svarsalternativ vid höga frekvenser. Denna skillnad kan ha lett till att frekvenserna, relativt sett, blir något lägre 1990 och 1998 jämfört med de tre övriga åren.

För samtliga fem undersökningar kan man dock för respektive alkoholdryck dela in materialet i dem som dricker minst en gång i veckan och dem som dricker mer sällan. Trenderna i andelen veckokonsumenter för de olika alkoholdryckerna 1990 till 2002 har visat sig stämma väl med trenderna i konsumtionen av respektive alkoholdryck under samma period: stor ökning av andelen veckokonsumenter för starköl och vin, nedgång i andelen veckokonsumenter av folköl och nedgång av andelen veckokonsumenter av sprit från 1990 till 1996 men därefter en relativt stabil andel (se Leifman & Gustafsson 2003).

Nykteristerna

Det är möjligt att andelen nykterister blir något lägre när det krävs att respondenterna på fem eller sex dryckesspecifika frågor svarar att de inte druckit (1990–2000) istället för att svara på en enda fråga (2002). Det finns inget som skulle tyda på att den faktiska andelen nykterister ökat i Sverige under de senaste åren (se t.ex. Bergman & Källmén 2003). Skillnaden i andelen nykterister gör emellertid att analyserna i denna studie genomförts dels på samtliga respondenter, dels enbart på konsumenterna. De konsumtionsvärden som redovisas avser dock samtliga. Om resultaten av testerna för statistisk signifikans blir annorlunda när enbart konsumenterna studeras är detta markerat i tabellerna.

Tabell 3. Alkoholkonsumtionen i Sverige under olika år: totalt och per dryckesslag (i antal liter ren ([100 %] alkohol per invånare 15 år och äldre) (registrerad plus skattningar av oregistrerad alkoholkonsumtion).

Dryckesslag	1976	1978	1989	1990	1993	1995	1996	1998	2000	2001	2002
Sprit	–	–	3,0	2,9	2,9	2,7	2,7	2,5	2,3	2,5	2,6
Vin ¹	–	–	2,3	2,4	2,2	2,2	2,3	2,6	3,0	3,4	3,8
Starköl	–	–	1,3	1,3	1,3	1,6	1,7	1,8	2,1	2,4	2,7
Folköl	–	–	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	1,0	0,9	0,8
Total alkohol-konsumtion	8,8	8,1	7,7	7,8	7,7	7,8	8,0	8,1	8,4	9,1	9,9

Källor: Kühllhorn m.fl. 2000; Kühllhorn 2001; Leifman & Gustafsson, 2003; Leifman 2003; Norström 1997

¹Inkl. cider och blanddrycker.

P.g.a. avrundning är summan av delmängderna inte alltid densamma som totalsumman.

Resultat

Konsumtionsutvecklingen totalt och för olika dryckesslag

År 1976 uppnåddes den högsta alkoholförsäljningen under hela 1900-talet med 7,7 liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre. Indirekta uppskattningar av den oregistrerade konsumtionen tyder på att denna uppgick till drygt 1 liter under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet (Kühllhorn 2001; Kühllhorn m.fl. 2000; se också Norström 1997). På basis av dessa uppgifter har totalkonsumtionen för år 1976 skattats till ca 8,8 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre (Kühllhorn 2001) och 1978-års totalkonsumtion till ca 8,1 liter. Detta framgår av tabell 3, som visar utvecklingen av alkoholkonsumtionen i Sverige under vissa år av perioden mellan 1976 och 2002. I början av 1990-talet uppskattades totalkonsumtionen till 7,7–7,8 liter, år 1996 till ca 8,0 och år 2002 till ca 9,9 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre.

Konsumtionsökningen har varit speciellt kraftigt sedan år 2000 och är till stor del resultatet av en ökad vin- och starkölskonsumtion (se Leifman & Gustafsson 2003). Den totala alkoholkonsumtionen har ökat med ca 24 procent sedan 1996 och ligger nu (2002) på en nivå som är högre än under mellanölspe-

riodens sista år i mitten av 1970-talet. Konsumtionen är därmed, med stor sannolikhet, den högsta på över etthundra år.

Konsumtionsutvecklingen bland män och bland kvinnor

Den självrapporterade konsumtionen av alkohol bland män och bland kvinnor, enligt de fem frågeundersökningarna genomförda under perioden 1990 till 2002, framgår av tabell 4. Sett till hela perioden är konsumtionsökningen, mätt i liter ren alkohol per respondent, sannolikt något större för männen (från 4,4 till 5,6 liter) än för kvinnorna (från 1,5 till 2,5 liter). Eftersom kvinnorna uppvisar klart lägre konsumtion blir däremot den relativa ökningen större bland dem (67 %) än bland männen (27 %). Även mediankonsumtionen har ökat för båda könen. Också här är ökningen i procent större bland kvinnorna, men ökningen i antal liter ren alkohol större bland männen.

För männen uppvisade varken konsumtionen eller andelen storkonsumenter några statistiska säkerställda förändringar mellan de tre första mätperioderna (1990, 1996, 1998). För kvinnorna däremot ökade konsumtionen signifikant både mellan 1990 och 1996 och mellan 1996 och 1998 (så också mediankonsumtion mellan 1990 och 1996/1998). Även andelen storkonsumenter bland kvinnorna

Tabell 4. Självrapporterad alkoholkonsumtion (medelvärde och median i liter ren alkohol), andelen storkonsumenter bland män och kvinnor i åldrarna 16-75 år och deras andelar av totalkonsumtionen enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990	1996	1998	2000	2002
	SIFO	KALK	OAS/TEMO	IB	TEMO
Män					
Andel storkonsumenter (>30g/dag)	5,6*	4,7*	5,2* [#]	6,9	8,3
Medelvärde (liter ren alkohol)	4,4*	4,3*	4,7* [#]	5,3	5,6
Andel av totalkonsumtionen	75 %	70 %	69 %	71 %	70 %
Median (liter ren alkohol)	2,6* [#]	3,0*	3,2 ^(*)	3,5	3,5
n	562	901	2339	1616	898
Kvinnor					
Andel storkonsumenter (>20g/dag)	1,9*	2,1*	2,9*	3,4	4,7
Medelvärde (liter ren alkohol)	1,5* [#]	1,9* [#]	2,1*	2,2*	2,5
Andel av totalkonsumtionen	25 %	30 %	31 %	29 %	30 %
Median (liter ren alkohol)	0,7* [#]	1,1 ^(*)	1,1 ^(*)	1,2	1,2
n	548	1023	2685	2056	1050

Angående cider/alkoläsk, se tabell 5.

* statistiskt säkerställd skillnad jämfört med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test (medelvärden), mediantest och Chi-två test (andelen storkonsumenter), ^(*) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

[#] statistiskt säkerställd skillnad jämfört med nästkommande undersökning enligt t-test (medelvärden), mediantest och Chi-två test (andelen storkonsumenter); ^(*) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

ökade från 1990 till 1998 men ökningen visade sig inte vara statistiskt säkerställd.

Under perioden efter EU-inträdet – från 1996 till 2002 – har konsumtionen ökat för båda könen med drygt 30 procent vardera. I absoluta tal (i liter ren alkohol) är därmed ökningen större bland männen. För männen tycks denna ha varit som kraftigast mellan 1998 och 2000, för kvinnorna mellan 2000 och 2002. Även mediankonsumtionen uppvisar för männen statistiskt säkerställda ökning-
ar under denna period och så även för kvinnorna om jämförelserna baseras på enbart konsumenterna (de som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna). Andelen storkonsumenter har också ökat under senare år och även detta gäller för båda könen. Denna ökning är i procent större än ökningen av den självrapporterade alkoholkonsumtionen. Sedan år 1996 har andelen storkonsumenter bland kvinnor ökat från ca 2,1 procent detta år till 4,7 procent 2002 och bland männen

från 4,7 till 8,3 procent.

Enligt den s.k. RUS-undersökningen, som genomfördes 1968 på uppdrag av Alkoholpolitiska utredningen (se Nilsson & Svensson 1971), svarade kvinnorna för 20 procent och männen därmed för 80 procent av alkoholkonsumtionen i Sverige. Enligt den svenska delen av en samnordisk undersökning hade kvinnornas andel av totalkonsumtionen ökat till 27 procent år 1978 (Kühlhorn 1998a). Hur utvecklingen sett ut sedan 1990 framgår av tabell 3. Enligt 1990-års undersökning svarade kvinnorna för ca 25 procent av totalkonsumtionen, alltså något lägre andel än 1978, men i samtliga därefter följande undersökningar (sedan 1996) för ca 30 procent.

Tabell 5 visar den självrapporterade konsumtionsutvecklingen 1990–2002 för olika alkoholdrycker bland män och bland kvinnor. Av denna framgår att kvinnornas ökade konsumtion under studieperioden främst är resultatet av en ökad vinkonsumtion. År

Tabell 5. Självrapporterad alkoholkonsumtion totalt och för de olika dryckesslagen (medelvärde) i liter ren (100 %) alkohol bland män och kvinnor i åldrarna 16–75 år enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990 SIFO	1996 KALK	1998 OAS/TEMO	2000 IB	2002 TEMO
Män					
Sprit	1,5 ^{*#}	1,1	1,1	1,2	1,1
Vin	1,1	1,1 [*]	1,2 [*]	1,3	1,4
Starköl	1,2 [*]	1,2 [#]	1,4 [#]	1,7 [*]	2,1
Folköl	0,7 [#]	1,0 [#]	0,8	0,9	0,8
Cider ¹	..	..	0,1	0,2	0,1
Totalt	4,4 [*]	4,3 [*]	4,7 [#]	5,3	5,6
n	562	901	2339	1616	898
Kvinnor					
Sprit	0,3	0,3 [*]	0,2 [*]	0,3	0,4
Vin	0,9 [*]	1,0 [*]	1,2	1,2	1,3
Starköl	0,2 [#]	0,4	0,3 [*]	0,3 [*]	0,4
Folköl	0,2 [#]	0,3 [#]	0,2	0,2	0,2
Cider ¹	..	..	0,1	0,2	0,2
Totalt	1,5 [#]	1,9 [#]	2,1 [*]	2,2 [*]	2,5
n	548	1023	2686	2056	1050

^{*} Statistiskt säkerställd skillnad jfr med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test av medelvärden

[#] Statistiskt säkerställd skillnad jfr med nästkommande undersökning enligt t-test av medelvärden.

Totalsumman är beräknad på basis av två decimaler. P.g.a. avrundning är summorna av de olika delmängderna inte alltid densamma som totalsumman.

¹ 1998 och 2000 avser cider och alkoholisk, 2002 enbart cider, detta eftersom bruket av alkoholisk minskat på senare år och 2002 var obetydligt – ca 6 % av ciderförsäljningen. Före 1996 var försäljningssiffrorna för såväl cider som alkoholisk mycket små och för totalsumman obetydliga. 1996 ställdes ingen fråga om cider/alkoholisk. Konsumtionen (försäljningen) av cider/alkoholisk var dock fortfarande låg – ca 30 procent av ciderkonsumtionen år 2002.

1990 skattades den till 0,9 liter ren alkohol och 2002 till 1,3 liter, vilket är en statistiskt säkerställd ökning. Även starkölskonsumtionen har ökat, men detta tycks främst ha ägt rum under första hälften av 1990-talet. Under de senaste fyra åren har även ciderkonsumtionen bidragit till kvinnornas ökade alkoholkonsumtion. I 1990- och 1996-års undersökningar ställdes inga frågor om konsumtion av cider (och alkoholisk). Före 1996 var emellertid försäljningen av cider/alkoholisk obetydlig och 1996 uppgick den endast till ca 30 procent av 2002-års ciderförsäljning. Att ingen fråga ställdes om konsumtion av cider/alkoholisk 1990 och 1996, men i samtliga efterföljande undersökningar, kan således inte mer än mar-

ginellt förklara konsumtionsökningen sedan 1990 eller 1996, vare sig för män eller för kvinnor.

Som framgår av tabell 5 dominerar starköl bland männen och svarar också för den största delen av konsumtionsökningen. År 1990 uppgick männens självrapporterade starkölskonsumtion till ca 1,2 liter ren alkohol, år 2002 till 2,1 liter, alltså en ökning med ca 75 procent. Även vinkonsumtionen har ökat, från 1,1 liter både 1990 och 1996 till 1,4 liter år 2002. Spritkonsumtionen bland männen minskade däremot mellan 1990 och 1996 och har sedan dess legat tämligen stilla. Folkölskonsumtionen har också minskat, men denna minskning har ägt rum efter år 1996.

Tabell 6. Självrapporterad alkoholkonsumtion (medelvärde och median i liter ren alkohol) och andelen storkonsumenter bland män i olika åldersgrupper enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990 SIFO	1996 KALK	1998 OAS/TEMO	2000 IB	2002 TEMO
16–29 år					
Andel storkons. (> 30 g/dag)	7,4	7,8*	9,8	12,0	13,7
Medelvärde	5,2*	6,0	6,2* [#]	7,5	7,3
Median	2,7* [#]	4,1	4,0 ^(*) [#]	5,0	4,6
n	123	271	1106	389	225
30–49 år					
Andel storkons. (> 30 g/dag)	6,8	3,8	3,6* [#]	5,8	6,4
Medelvärde	5,2* [#]	3,9* [#]	4,6*	5,0	5,6
Median	3,3	2,8* [#]	3,5	3,5	3,7
n	240	349	639	642	329
50–75 år					
Andel storkons. (> 30 g/dag)	3,2	3,6*	4,1*	4,7	6,9
Medelvärde	3,1*	3,7 ^(*)	3,8 ^(*)	4,5	4,5
Median	1,8*	2,1	1,9* [#]	2,7	2,4
n	199	281	594	585	344
Totalt (16–75 år)					
Andel storkons. (> 30 g/dag)	5,6*	4,7*	5,2* [#]	6,9	8,0
Medelvärde	4,4*	4,3*	4,7* [#]	5,3	5,6
Median	2,6*	3,0*	3,2 ^(*)	3,4	3,5
n	562	901	2339	1616	898

Angående cider/alkoläsk, se tabell 5.

* statistisk säkerställd skillnad jfrt med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test (medelvärden), mediantest och Chi-två test (andelen storkonsumenter); ^(*) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

[#] statistiskt säkerställd skillnad jfrt med nästkommande undersökning enligt t-test (medelvärden), mediantest och Chi-två test (andelen storkonsumenter); ^(#) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

Konsumtionsutvecklingen i olika åldersgrupper

Konsumtionsutvecklingen och förändringar i andelen storkonsumenter från 1990 till 2002 för de tre åldersgrupperna (16–29, 30–49, 50–75 år) framgår av tabell 6 (män) och tabell 7 (kvinnor). Samtliga grupper, med undantag av 30–49-åriga män, uppvisade stora ökningar av konsumtionen (medelvärde och medianen) och av andelen storkonsumenter 2002 jämfört med 1990.

Enbart bland 30–49-åriga män var konsumtionen signifikant lägre år 1996 än år

1990. De två yngsta kvinnogrupperna uppvisade däremot statistiskt säkerställda ökningar av alkoholkonsumtionen, men inte av andelen storkonsumenter, medan övriga tre grupper uppvisade icke signifikanta ökningar år 1996 jämfört med år 1990.

Med undantag av 16–29- och 30–49 åriga kvinnor uppvisade övriga grupper större ökningar 1996–2002 än 1990–1996 och för samtliga grupper, undantaget 30–49-åriga kvinnor, var ökningarna i konsumtionen och/eller andelen storkonsumenter 1996–2002 och/eller 1998–2002 statistiskt säkerställda.

Tabell 7. Självrapporterad alkoholkonsumtion (medelvärde och median i liter ren alkohol) och andelen storkonsumenter bland kvinnor i olika åldersgrupper enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990 SIFO	1996 KALK	1998 OAS/TEMO	2000 IB	2002 TEMO
16–29 år					
Andel storkons. (> 20 g/dag)	2,5	4,6	6,1	5,5	6,3
Medelvärde	1,6 [#]	2,5 [#]	3,0	2,9	3,2
Median	0,7 [#]	1,5 ^(*)	1,9	1,8	1,9
n	128	282	1268	427	240
30–49 år					
Andel storkons. (> 20 g/dag)	1,7	1,3	1,6	2,2	2,9
Medelvärde	1,6 [#]	2,1	2,0	2,1	2,3
Median	0,9 ^{(*)#}	1,3	1,2	1,2	1,2
n	237	376	743	795	376
50–75 år					
Andel storkons. (> 20 g/dag)	1,7 [*]	1,3 [*]	2,2 [*]	3,3	5,5
Medelvärde	1,2 [*]	1,4 [#]	1,8 [*]	2,0	2,2
Median	0,4 [*]	0,5 ^{*(#)}	0,7 ^(*)	1,0	0,7
n	183	365	674	834	434
Totalt (16–75 år)					
Andel storkons. (> 20 g/dag)	1,9 [*]	2,1 [*]	2,9 [*]	3,4	4,7
Medelvärde	1,5 [#]	1,9 [#]	2,1 [*]	2,2 [*]	2,5
Median	0,7 [#]	1,1 ^(*)	1,1 ^(*)	1,2	1,2
n	548	1023	2686	2056	1050

Angående cider/alkoläsk, se tabell 5.

^{*} statistisk säkerställd skillnad jfrt med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test (medelvärden) och Chi-två test (andelen storkonsumenter); ^(*) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

[#] statistiskt säkerställd skillnad jfrt med nästkommande undersökning enligt t-test (medelvärden) och Chi-två test (andelen storkonsumenter); ^(#) enbart statistiskt säkerställd skillnad för konsumenterna.

Även mediankonsumtionen uppvisade säkerställda ökningar 2002 jämfört med 1996 för alla grupper utom 50–75-åriga män och 30–49-åriga kvinnor.

Ökningarna är även här större i vissa grupper än andra. Ökningen av såväl konsumtionsnivån (medelvärdet) som andelen storkonsumenter 1996–2002 och 1998–2002, såväl i absoluta som i relativa tal, var för kvinnorna störst bland 50–75-åringarna och minst bland 30–49-åringarna. Noterbart är att de äldsta kvinnornas alkoholkonsumtion

gradvis närmat sig 30–49-åringarnas, för att i de senaste två undersökningarna ligga på ungefär samma nivå. Bland männen är skillnaderna mellan åldersgrupperna inte lika tydliga. De yngsta uppvisade dock den största ökningen av andelen storkonsumenter från 1996 till 2002 medan 30–49-åringarna uppvisade den största konsumtionsnivåökningen, båda i absoluta tal.

Också värt att notera är att under de senaste fyra åren (1998–2002) är det bland kvinnorna enbart de äldsta som uppvisar statistiskt sä-

kerställda ökningar, medan samtliga tre grupper bland männen uppvisar signifikanta ökningar av andelen storkonsumenter och/eller av konsumtionen.

I tabellerna 8–9 redovisas köns- och åldersspecifika konsumtionstrender för respektive alkoholdryck. Den ökade konsumtionen bland de unga männen (16–29 år) sedan 1990 är främst resultatet av en ökad starkölskonsumtion; en ökning som uppgår till drygt 40 procent från år 1998 fram till år 2002 (tabell 8). Noterbart är att deras starkölskonsumtion inte ökade mellan 1990 och 1998. Ökningen under denna period var istället främst resultatet av en ökad folkölskonsumtion men till viss del också en ökad vinkonsumtion (dock ej statistiskt säkerställd). Sedan 1996 är konsumtionsökningen också orsakad av en ökad ciderkonsumtion. Däremot har varken folköls- eller vinkonsumtionen ökat sedan detta år, snarare tvärtom. Spritkonsumtionen har sjunkit mellan 1990 och 2002, men denna minskning inträffade endast mellan 1990 och 1996, varefter konsumtionen sannolikt har ökat något.

Bland de yngsta kvinnorna ser bilden annorlunda ut (tabell 9). Ökningen under perioden 1990 till 2002 är resultatet dels av en gradvis ökad vinkonsumtion (+ ca 80 procent), dels av bruket av cider som, utgående från försäljningssiffrorna, var knappt mätbart före 1996.

Som framgår av tabell 8 var konsumtionsnedgången under perioden 1990 till 1996 bland män i åldrarna 30–49 främst resultatet av en kraftigt minskad spritkonsumtion. Därefter (sedan 1996) har starkölskonsumtionen bland 30–49-åriga män ökat kraftigt och svarar för ca tre fjärdedelar av den totala konsumtionsökningen från 1996 till 2002. Resterande ökning svarar vinet för, från 1,2 liter alkohol 1996 till 1,6 liter 2002 (i ren alkohol).

Kvinnorna i samma åldersgrupp uppvisade, i motsats till männen, en konsumtionsökning 1990–1996 som bestod av en något ökad vin-

konsumtion (dock ej statistiskt signifikant ökning) och något större, statistiskt signifikanta, ökningar av både folköls- och starkölskonsumtionen. Förändringarna i totalkonsumtionen och av de olika alkoholdryckerna efter år 1996 är små. Bruket av såväl folköl som sprit tycks dock ha minskat mellan 1996 och 1998, en minskning som för folkölet troligen fortsatte fram till år 2000. Vinkonsumtionen har gradvis ökat något, från 1,0 liter år 1990 till 1,1 liter år 1996 och 1,3 liter år 2002 (i ren alkohol). Inte heller i denna åldersgrupp är ciderkonsumtionen negligerbar utan var år 2002, omräknat i ren alkohol, ungefär lika omfattande som konsumtionen såväl av folköl som av sprit.

Den äldsta åldersgruppen, 50–75-åringar, uppvisade för båda könen en större konsumtionsökning mellan åren 1990 och 2002 än 30–49-åringarna. Bland de äldsta männen är ökningen resultatet av en ungefär lika stor ökning av starkölskonsumtionen (+ 0,7 liter) som av vinkonsumtionen (+ 0,6 liter). Bland de äldsta kvinnorna består ökningen främst av en ökning av vinkonsumtionen (+ 0,5 liter), men även av en mindre konsumtionsökning av starköl och, sedan år 1998, av sprit.

Diskussion

Som tidigare nämnts bör jämförelserna mellan de olika undersökningarna tolkas med försiktighet. Men som framgått ovan visade sig konsumtionstrenderna för respektive alkoholdryck enligt frågeundersökningarna stämma överens med respektive alkoholdrycks faktiska konsumtionstrend (enligt försäljningen plus den oregistrerade konsumtionen). Dessutom har den beräknade genomsnittskonsumtionen (i liter ren alkohol per respondent) i samtliga undersökningarna, med visst undantag av 2000-års undersökning, uppvisat ungefär samma täckningsgrad i förhållande till den faktiska totala alkoholkonsumtionen. Vidare

Tabell 8. Självrapporterad alkoholkonsumtion totalt och för de olika dryckesslagen (medelvärde) i liter ren alkohol bland män i olika åldersgrupper enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990 SIFO	1996 KALK	1998 OAS/TEMO	2000 IB	2002 TEMO
16–29 år					
Sprit	1,8	1,3*	1,4	1,7	1,5
Vin	0,5	0,8	0,8	0,9	0,7
Starköl	2,5	2,5*	2,5*#	3,4	3,6
Folköl	0,5*#	1,4#	1,0	0,9	1,2
Cider ¹	..	..	0,5	0,6	0,4
Totalt	5,2*	6,0	6,2*#	7,5	7,3
n	123	271	1106	389	225
30–49 år					
Sprit	1,5*#	0,8	1,0	1,0	0,9
Vin	1,5	1,2	1,1*	1,2	1,6
Starköl	1,3*	1,0*#	1,6*	1,7*	2,3
Folköl	1,0	0,9	0,9	0,9	0,7
Cider ¹	..	..	0,1	0,1	0,1
Totalt	5,2#	3,9*#	4,6*	5,0	5,6
n	240	349	639	642	329
50–75 år					
Sprit	1,2	1,2	1,1	1,2	1,0
Vin	1,1	1,2*	1,5	1,7	1,7
Starköl	0,3*#	0,5*	0,6*	0,7*	1,0
Folköl	0,5	0,8	0,7	0,8	0,7
Cider ¹	..	..	0,01	0,04	0,01
Totalt	3,1*	3,7	3,8	4,5	4,5
n	199	281	594	585	344
Totalt (16–75 år)					
Sprit	1,5*#	1,1	1,1	1,2	1,1
Vin	1,1	1,1*	1,2*	1,3	1,4
Starköl	1,2*	1,2*#	1,4*#	1,7*	2,1
Folköl	0,7#	1,0#	0,8	0,9	0,8
Cider ¹	..	..	0,1	0,2	0,1
Totalt	4,4*	4,3*	4,7*#	5,3	5,6
n	562	901	2339	1616	898

* Statistiskt säkerställd skillnad jfrt med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test av medelvärdena.

Statistisk säkerställd skillnad jfrt med nästkommande undersökning enligt t-test av medelvärdena.

Totalsumman är beräknad på basis av två decimaler. P.g.a. avrundning är summorna av de olika delmängderna inte alltid densamma som totalsumman.

¹ 1990 och 1996 ställdes ingen fråga om cider/alkoläsk. Konsumtionen totalt (försäljningen) av cider/alkoläsk var dock låg 1996 – mindre än hälften av 1998-års och knappt 30 procent av 2002-års ciderkonsumtion

Tabell 9. Självrapporterad alkoholkonsumtion totalt och för de olika dryckesslagen (medelvärde) i liter ren alkohol bland kvinnor i olika åldersgrupper enligt frågeundersökningar 1990–2002.

	1990 SIFO	1996 KALK	1998 OAS/TEMO	2000 IB	2002 TEMO
16–29 år					
Sprit	0,3*	0,4*	0,4	0,5	0,6
Vin	0,6*	0,9	1,0	1,1	1,1
Starköl	0,6	0,9	0,8 [#]	0,6*	0,9
Folköl	0,1 [#]	0,3 [#]	0,3	0,2	0,2
Cider ¹	..	..	0,5	0,5	0,5
Totalt	1,6 [#]	2,5 [#]	3,0	2,9	3,2
n	128	282	1268	427	240
30–49 år					
Sprit	0,3	0,3 [#]	0,2	0,2	0,2
Vin	1,0*	1,1	1,2	1,2	1,3
Starköl	0,1 [#]	0,3	0,3	0,4	0,4
Folköl	0,2 [#]	0,4 [#]	0,3	0,2	0,2
Cider ⁴	..	..	0,1 [#]	0,1	0,2
Totalt	1,6 [#]	2,1	2,0	2,1	2,3
n	237	376	743	795	376
50–75 år					
Sprit	0,3	0,2*	0,2*	0,3	0,4
Vin	0,9*	0,9 [#]	1,3	1,4	1,4
Starköl	0,02 [#]	0,1*	0,1 [#]	0,1	0,2
Folköl	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Cider ⁴	..	..	0,01	0,03	0,03
Totalt	1,2*	1,4 [#]	1,8*	2,0	2,2
n	183	365	674	834	434
Totalt (16–75 år)					
Sprit	0,3	0,3*	0,2*	0,3	0,4
Vin	0,9*	1,0*	1,2	1,2	1,3
Starköl	0,2 [#]	0,4	0,3*	0,3*	0,4
Folköl	0,2 [#]	0,3 [#]	0,2	0,2	0,2
Cider ⁴	..	..	0,1	0,2	0,2
Totalt	1,5 [#]	1,9 [#]	2,1*	2,2*	2,5
n	548	1023	2686	2056	1050

* Statistisk säkerställd skillnad jfrt med 2002 ($P < 0,05$) enligt t-test av medelvärdena.

[#] Statistisk säkerställd skillnad jfrt med nästkommande undersökning enligt t-test av medelvärdena.

Totalsumman är beräknad på basis av två decimaler. P.g.a. avrundning är summorna av de olika delmängderna inte alltid densamma som totalsumman.

¹ 1990 och 1996 ställdes ingen fråga om cider/alkoläsk. Konsumtionen totalt (försäljningen) av cider/alkoläsk var dock låg 1996 – mindre än hälften av 1998-års och knappt 30 procent av 2002-års ciderkonsumtion.

framkom överlag för både män och kvinnor och olika åldersgrupper öknings över tid för samtliga tre mått – konsumtionsnivån (medelvärde), mediankonsumtionen och andelen storkonsumenter. Detta styrker ytterligare bilden av att svenska folkets alkoholvanor förändrats under senare år.

Den dominerande teoretiska modellen inom den svenska, folkhälsoinriktade alkoholpolitiken har under de senaste årtiondena varit den s.k. totalkonsumtionsmodellen. Modellen sätter befolkningens totala (per capita) alkoholkonsumtion i blickpunkten. Genom att totalkonsumtionen av alkohol hålls på en låg nivå, något som främst sker genom begränsningar av tillgängligheten och höga priser, påverkas alkoholkonsumtionen för i stort sett hela befolkningen, inklusive gruppen av storkonsumenter och missbrukare. I den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop. 2001/01:20), som riksdagen antog år 2001, står det följaktligen att målet för den svenska alkoholpolitiken – att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av alkohol – skall uppnås genom att den totala alkoholkonsumtionen sänks och åtgärder mot skadliga dryckesbetenden vidtas. Under de första åtta år som Sverige varit EU-medlem har emellertid alkoholkonsumtionen ökat med ca 27 procent.

Modellens grundläggande utgångspunkter, att man genom allmänna befolkningsinriktade åtgärder kan påverka konsumtionens storlek och att en ökad totalkonsumtion av alkohol leder till en ännu större ökning av andelen storkonsumenter och därmed till en stegring av olika alkoholrelaterade problem, har starkt vetenskapligt belägg (se t.ex. Skog 1985; Edwards m.fl. 1994; Kühlhorn 1994; Room 2002). Föreliggande studie ger ytterligare empiriskt belägg för dessa utgångspunkter. Enligt de riksrepresentativa frågeundersökningar som studerats har svenska folkets självrapporterade alkoholkonsumtion ökat med mer än 30 procent och andelen storkonsumenter

mycket mer än så sedan 1996. Det är knappast heller någon tillfällighet att dessa konsumtionsökningar inträffat samtidigt som de viktigaste nationella alkoholpolitiska styrmedlen försvagats, vilket inneburit sänkta realpriser på alkoholdrycker och ökad tillgänglighet till såväl den i Sverige beskattade alkoholen som den privatinförda och insmugglade alkoholen.

En alltför ensidig fokusering på svenska folkets per capita konsumtion av alkohol medför dock risken att sikten skymms för andra viktiga aspekter av svenskarnas dryckesvanor, inte minst dryckesmönster och konsumtionstrender i olika grupper av befolkningen. Denna studie har visat att konsumtionsförändringarna mellan olika år under perioden 1990 till 2002 sett olika ut för män och kvinnor och i olika åldersgrupper. Det finns många exempel, från alla nordiska länder, på att olika alkoholpolitiska åtgärder resulterat i större förändringar för vissa, eller enbart ändringar i vissa grupper men inte i andra. Ibland har dessa resulterat i mätbara förändringar av den totala alkoholkonsumtionen, ibland inte. Detta har nyligen redovisats i ett samnordiskt projekt, som studerat effekterna av olika alkoholpolitiska åtgärder i detalj; dels på konsumtionen totalt, men framför allt på alkoholvanorna i olika grupper av befolkningen, inklusive effekterna på olika alkoholskador (se Room 2002).

I takt med att konsumtionsförändringar i Sverige studeras är det därför viktigt att förlöpande också följa konsumtionsutvecklingen i olika befolkningsgrupper. Kön och ålder är två viktiga variabler, men studier bör också genomföras exempelvis för olika regioner (t.ex. södra Sverige), för olika familjeförhållanden och samhällsklasser och inte minst för olika alkoholvanegrupper, däribland storkonsumenter.

I sökandet efter svar på frågor om varför konsumtionsutvecklingen skiljer sig mellan olika grupper är det möjligt att andra förkla-

ringsfaktorer än de gängse hamnar i förgrunden. Åtminstone bör förståelsen för hur olika samhälleliga faktorer inverkar på konsumtionsutvecklingen kunna förbättras. Ett exempel är den kraftiga konsumtionsökningen mellan 1996 och 2002. Ökningen tycks visserligen ha ägt rum både för män och kvinnor och i alla åldersgrupper, med undantag av kvinnor i åldrarna 30–49 år. Ökningarna i de övriga grupperna inträffade inte under samma perioder. Bland unga män ökade konsumtionen som allra mest mellan 1998 och 2000 för att därefter vara relativt oförändrad, för 30–49-åriga män under perioden 1996–1998. Unga kvinnor uppvisade en blygsam ökning mellan 1998 och 2002 men en större ökning mellan 1996 och 1998.

Även de drogvaneyundersökningar gjorda bland skolelever i årskurs 9 (15–16-åringar), som årligen genomförs av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) visar på en konsumtionsökning under 1990-talet, men en stabilisering eller t.o.m. en viss nedgång i flera alkoholmått under de senaste åren (CAN 2002a). Det bör i detta sammanhang också nämnas att försäljningen av folköl, en dryck som, åtminstone tidigare, varit vanlig bland de yngre, speciellt bland tonåringar (se t.ex. CAN 2002b), har minskat med nästan 40 procent från 1996 till 2002.

En intressant iakttagelse i detta sammanhang är att konsumtionsökningen bland kvinnorna sedan 1996 varit störst och sedan 1998 enbart statistiskt säkerställd bland 50–75-åringarna. En stor del av konsumtionsökningen sedan 1996 svarar vinet för, speciellt bland kvinnor, och i synnerhet de äldre av dem (50–75 år). Lådvinet introducerades, som nämntes, i november 1996 och svarade år 2002 för ca 40 procent av Systembolagets totala vinförsäljning. Under samma period ökade Systembolagets totala vinförsäljning med ungefär 35 procent. Det har tidigare visats att konsumtionsökningen i Sverige under senare år främst är resultatet av ett ökat antal

dryckestillfällen (se Leifman & Gustafsson 2003). Detta gäller inte minst för vin. Det är högst sannolikt att lådvinet bidragit till denna utveckling för båda könen, men speciellt bland de äldre kvinnorna.

Ytterligare en förklaring avseende de äldsta kvinnorna har med kohorteffekter att göra. En stor andel av alla 50–75-åringar utgörs år 2002 av 40-talisterna vilket inte var fallet i början och mitten av 1990-talet. Även de äldsta 50-talisterna återfinns i denna åldersgrupp 2002 men inte 1998 eller tidigare. De flesta 20-talister faller utanför åldersintervallet år 2002 men de flesta innanför intervallet 1996. Sannolikt uppvisar 40- och 50-talisterna, som har benämnts den ”våta” generationen (Sulkunen 1981), andra, mer avancerade dryckesvanor än kvinnor födda på 1930- och, speciellt, 1920-talen. En liknande, men sannolikt inte lika stark, kohorteffekt kan möjligen också förklara en del av ökningen bland 50–75-åriga män och 30–49-åriga män. För de sistnämnda rör det sig i så fall om de män som år 1996 var 24–29 år (och som svarade för en del av konsumtionsökningen i åldersgruppen 16–29 år mellan 1990 och 1996) och som år 2002 (i 30–35-årsåldern) fortfarande dricker relativt mycket. En sådan generationseffekt kan dock knappast förklara mer än en liten del av den kraftiga konsumtionsökningen av starköl som ägde rum mellan 1996 och 1998.

Kvinnor i åldern mellan 30 och 49 år uppvisar minst förändringar av samtliga grupper och ingen signifikant ökning under perioden 1996 till 2002. Det är svårt att finna någon förklaring till detta. Men sannolikt har det att göra med rollen som småbarnsförälder som i många fall innebär ett större arbete, och kanske mer ansvar, för kvinnor än män och ett mer begränsat ekonomiskt utrymme. Det är också möjligt att alkoholvanorna bland gravida och ammande kvinnor, som för de allra flesta innebär avhållsamhet från alkohol eller mycket låg konsumtion (se FHI 2003), inte

förändrats nämnvärt under senare år. (Genomsnittsåldern för förstföderskor i Sverige är idag ca 28 år.)

Bergman & Källmén (2003) har nyligen publicerat en studie om svenskarnas enkätsvar på den s.k. AUDIT-skalan 2001 och hur de har förändrats jämfört med år 1997. AUDIT består av 10 frågor varav de tre första avser konsumtionsmönster (hur ofta man dricker, hur många "glas" man dricker en typisk dag och hur ofta man dricker sex "glas" eller mer vid samma tillfälle: frågorna är alltså inte dryckesspecifika). De tre efterföljande frågorna handlar om alkoholberoende och de sista fyra om alkoholrelaterade problem eller skador.

För kvinnorna ökade andelen med riskabla alkoholvanor (minst 6 poäng på skalan) med 41 procent från 1997 till 2001. Ökningen var, liksom ökningen av totalpoängen på skalan från 2,7 till 3,2 poäng, statistiskt säkerställd. Svaren på de tre första frågorna är mest intressanta i detta sammanhang eftersom de kan ge en viss, dock mycket grov, bild av förändringar i konsumtionsmönster. För kvinnorna sammantaget framkom en signifikant ökning av poängsumman (medelvärdet) på dessa tre frågor, så även för åldersgrupperna 28–38 år och 50–60 år. De yngsta kvinnorna (17–27-åringarna), 39–49-åringarna och de äldsta (61–70-åringarna) uppvisade i stort sett oförändrade poäng år 2001 jämfört med år 1997.

Den i stort sett oförändrade nivån för de yngsta kvinnorna stämmer överens med resultaten i denna studie. Även ökningen bland 50–60-åringar ligger i linje med den konsumtionsökning som ovan redovisats i den bredare åldersgruppen 50–75 år. Ökningen bland 28–38-åringarna, men en oförändrad nivå bland 39–49-åringarna, stämmer mindre väl med resultaten från denna studie, som visade på en svag, icke signifikant, ökning av konsumtionen och andelen storkonsumenter bland 30–49-åriga kvinnor. Vidare framkom

i nämnda undersökning att kvinnor i åldrarna 28–38 och 61–71 år uppvisade signifikanta öknings av poängsumman på frågorna om alkoholberoende och alkoholproblem (frågorna 4–10).

Även männen uppvisade en ökning av andelen med riskabla alkoholvanor (minst 8 poäng) från 17,9 procent 1997 till 21,1 procent 2001. Vare sig denna ökning med 18 procent, eller ökningen av totalpoängen 1997–2001 var dock statistiskt säkerställd. Författarna menar att detta kan bero på ett större bortfall bland yngre män (17–27 år) 2001 jämfört med 1997 (1997: 24 %, 2001: 41 %). Några åldersspecifika analyser av förändringar 1997–2001 bland männen redovisades inte.

Att kvinnorna dricker mer alkohol och närmar sig männens konsumtion är ett ofta återkommande påstående i medier. Denna iakttagelse framkom också i Bergman & Källmén's studie (2003) av de tre konsumtionsfrågorna i AUDIT 1997 och 2001. Föreliggande studie, som i motsats till Bergmans och Källmén's, innehåller dryckesspecifika frågor och i fyra av de fem ingående undersökningarna fler respondenter, visar att kvinnornas konsumtion närmade sig männens under första hälften av 1990-talet, men att skillnaderna därefter varit i stort sett oförändrade eller t.o.m. ökat något.

Kühlhorn (1998a) har visat att kvinnornas alkoholkonsumtion inte mer än marginellt närmade sig männens under perioden från slutet av 1970-talet eller början av 1980-talet fram till början av 1990-talet. I slutet av 1970-talet svarade kvinnornas självrapporterade alkoholkonsumtion för 27 procent av den totala alkoholkonsumtionen. I samtliga undersökningar sedan 1996, vilka redovisats i denna studie, har kvinnorna svarat för ca 30 procent av totalkonsumtionen. Det tycks således som om kvinnornas konsumtion närmade sig männens, men att det rör sig om relativt små förändringar från slutet av 1970-talet till början av 2000-talet. I en studie av

Bloomfield m.fl. (2001) fann man inte heller några tydliga tecken på minskade könsskillnader i alkoholkonsumtion under 1980- och början av 1990-talet i tre av de fyra europeiska länder som studerades, nämligen Nederländerna, Schweiz och Tyskland. Undantaget var Finland. Betraktar man trenden under hela efterkrigstiden har alkoholkonsumtionen i Sverige ökat mer bland kvinnor än bland män, men det mesta tyder på att detta främst inträffade under 1960- och 1970-talen (se Kuhlhorn 1998a).

REFERENSER

- Ashley, M.J. & Ferrence, R. & Room, R. & Rankin, J. & Single, E. (1994): Moderate drinking and health: Report of an international symposium. Toronto, Ontario, 1993. Canadian Medical Association 152 (6). Special Supplement
- Bergman, H. & Källmén, H. (2003): Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor 1997–2001. *Läkartidningen* 100: 1028–1035
- Bloomfield, K. & Gmel, G. & Neve, R. & Mustonen, H. (2001): Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands, and Switzerland: A repeated survey analysis. *Substance Abuse* 22: 39–54
- CAN (2002a): Skolelevers drogvanor 2002. Pressmeddelande. Stockholm: CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, www.can.se)
- CAN (2002b): Drogutvecklingen i Sverige Rapport 2002 – rapport nr 68. Stockholm: CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning)
- Edwards, G. & Anderson, P. & Babor, T.F. & Casswell, S. & Ferrence, R. & Giesbrecht, N. & Godfrey, C. & Holder, H.D. & Lemmens, P. & Mäkelä, K. & Midanik, L.T. & Norström, T. & Österberg, E. & Romelsjö, A. & Room, R. & Simpura, J. & Skog, O.-J. (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press
- FHI (2003): Underlag till fortbildning för personal inom mödrhälsovården inriktad på att höja kunskapen om sambandet mellan alkoholkonsumtion under graviditet och fosterskador. Redovisning av regeringsuppdrag. Stockholm: Folkhälsoinstitutet
- Gmel, G. (2000): The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption: a split sample study in Switzerland. *Addiction* 95: 123–134
- Hibell, B. (1984a): Ölets betydelse för alkoholkonsumtionen bland unga och vuxna. I: Nilsson, T. (red.): *När mellanölet försvann*, s. 94–107. Linköpings universitet: Samhällsvetenskapliga institutionen
- Hibell, B. (1984b): Mellanölets borttagande och indikatorer på alkoholskadeutvecklingen. I: Nilsson, T. (red.): *När mellanölet försvann*, s. 121–172. Linköpings universitet: Samhällsvetenskapliga institutionen
- Kuhlhorn, E. (1994): Totalkonsumtionen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet. I: *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge*. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Statens offentliga utredningar 1994: 25. Stockholm: Socialdepartementet
- Kuhlhorn, E. (1998a): Svenska alkoholvanor i ett förändringsperspektiv. I: Kuhlhorn, E. & Björ, J.: *Svenska alkoholvanor i förändring*, s. 49–80. Stockholm: Sober Förlag
- Kuhlhorn, E. (1998b): Problem och nya grepp i kartläggningar av alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna. I: Kuhlhorn, E. & Björ, J.: *Svenska alkoholvanor i förändring*, s. 304–348. Stockholm: Sober Förlag
- Kuhlhorn, E. (2001): Sveriges alkoholpolitiska styrmedel försvagas. *Apropå* 2: 16–17
- Kuhlhorn, E. & Hibell, B. & Larsson, S. & Ramstedt, M. & Zetterberg, H.L. (1999): Can surveys measure alcohol consumption? *Advances in survey methodology in the KALK project*, Innovation 12: 647–663
- Kuhlhorn, E. & Ramstedt, M. & Hibell, B. & Larsson, S. & Zetterberg, H. (2000): Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet. Stockholm: Socialdepartementet
- Leifman, H. & Gustafsson, N.-K. (2003): En skäl för det nya millenniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet. Forskningsrapport nr 11. Stockholm: SoRAD
- Leifman, H. & Romelsjö, A. (1997): The effect of changes in alcohol consumption on mortality and admissions with alcohol-related diagnoses in Stockholm County – a time series analysis, *Addiction* 92: 1523–1536
- Nilsson, T. (1984): *När mellanölet försvann*.

Linköpings universitet: Samhällsvetenskapliga institutionen

Nilsson, T. & Svensson, P.-G. (1971): Svenska folkets alkoholvanor – RUS (Riksundersökningen). I: Svenska folkets alkoholvanor. Rapport från den Alkoholpolitiska utredningen, s. 1–102. SOU 1971:77. Stockholm: Finansdepartementet

Norström, T. (1993): Familjevård och totalkonsumtion av alkohol. Nordisk Alkoholtidskrift 10: 311–318

Norström, T. (1995): Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. Addiction 90: 1463–1469

Norström, T. (1997): Alkoholkonsumtionens mörkertal i Sverige 1960–94. Nordisk alkohol & narkotikatidskrift 14: 65–73

Norström, T. (red.) (2002): Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Folkhälsainstitutet

Norström, T. & Andersson, J. (1996): Utvärdering av 1990 års reform av trafikbrottslagen. Stockholm: Brottsförbyggande rådet

Norström, T. & Hemström, Ö. & Ramstedt, M. & Rossow, I. & Skog, O.-J. (2002): Mortality and population drinking. I: Norström (red.): Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, s. 149–168. Stockholm: National Institute of Public Health

Plant, M. & Chick, J. & Kreitman, N. (1980): The effects of response rates on levels of self-reported alcohol consumption and alcohol-related problems: conclusions from a Scottish study, British Journal of Addiction 15: 158–163

Prop. 2001/01:20 (2001): Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. Stockholm: Socialdepartementet

Ramstedt, M. (2001a): Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries, Addiction Supplement 96 (1): 19–34

Ramstedt, M. (2001b): Alcohol and suicide in 14 European countries, Addiction Supplement 96 (1): 59–76

Ramstedt, M. (2002): The repeal of medium-

strength beer in grocery stores in Sweden – the impact on alcohol-related hospitalisations in different age groups. I: Room, R. (red.): The effects of Nordic alcohol policies. NAD publication 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research

Romelsjö, A. (1987): The decline in alcohol-related problems in Sweden was greatest among young people, British Journal of Addiction 82: 1111–1124

Romelsjö, A. (1989) The relationship between alcohol consumption and social status in Stockholm. Has the social pattern of alcohol consumption changed? International Journal of Epidemiology 18: 842–851

Romelsjö, A. & Lundberg, M. (1996): Changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. Addiction 91: 1307–1323

Room, R. (2002) (red.): The effects of Nordic alcohol policies. NAD-publication 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research

Rydberg, U. (1983): Normalkonsumtionens risiker. I: Arvidsson, O. (red.): Risken att bli alkoholist. Rapport från ett symposium om uppkomst av alkoholmissbruk, s. 163–183. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond

Rydberg, U. & Damström-Thakker, K. & Skerfving, S. (1993): Risk Evaluation of Alcohol. I: Costa E Silva, J.A. & Nadelson, C.C. (red.): International Review of Psychiatry, s. 563–600, Vol. I. Washington: American Psychiatric Press

Skog, O.-J. (1985): The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption. British Journal of Addiction 80: 83–99

(SPF/Spri) Svenska Psykiatriska Föreningen/Spri (1997) Alkoholproblem – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm

Sulkunen, P. (1981): Wet generation: Living conditions and drinking patterns in Finland. Continuities in a reanalysis of Finnish drinking survey data. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies.

Summary

Håkan Leifman: *Who drinks more in Sweden?*

A study on consumption trends among men and women and in various age groups during 1990–2002

This study examines trends in alcohol consumption in Sweden from 1990 to 2002, with the emphasis on the period after 1995 with Sweden as a member of the European Union (EU). The specific aim of the study is to study gender-specific and age-specific trends in self-reported consumption by means of five general population surveys conducted between 1990 and 2002. Trends in the proportion of high consumers were also studied.

Alcohol sales and estimates of unrecorded consumption indicate that Swedish per capita alcohol consumption (per person aged 15 or older) rose by approximately 27 per cent, from 7.8 litres of pure alcohol in 1990 to 9.9 litres in 2002. Approximately 90 per cent of this increase has occurred since 1996. Analyses of self-reported consumption from survey data confirm this trend with more than a 30 per cent increase for both genders (aged 16–75 years) since 1996. Among women, this is mainly due to increased wine consumption, and among men to augmented consumption of wine as well as beer. Furthermore, the proportion of high consumers has increased – and more so than the per capita consumption. The study also shows that changes in consumption during the period of 1990 to 2002 differ for the various gender- and age-specific groups. Among women, for instance, the increase since 1996 has been strongest for the oldest women (50–75 years of age), and since 1998 statistically significant only among this group. The weakest, and thus not statistically significant, increase has occurred among women between the ages of 30 and 49.

It is important to track the changes not only among men and women and various age groups, but also in the different sub-groups of the population, since changes in per capita consumption are strongly related to changes in different alcohol-related problems. Other groups of importance are e.g. various social classes (including the long-term unemployed and people on long-term disability benefits), regions, family units and, not least, different drinking groups, including high consumers. Improved knowledge of how consumption changes in different socio-demographic groups will also improve our understanding of the causes and mechanisms behind changes in alcohol consumption in society.

Keywords: consumption trends, recorded consumption, unrecorded consumption, high consumers, Sweden, EU, alcohol policy

Yhteenveto

Håkan Leifman: *Ketkä juovat enemmän alkoholia Ruotsissa? Kulutustrendejä naisten ja miesten, sekä eri ikäryhmien keskuudessa vuodesta 1990 vuoteen 2002*

Tutkimus tarkastelee alkoholinkulutustrendejä Ruotsissa vuodesta 1990 vuoteen 2002, ja erityisesti vuoden 1995 jälkeistä aikaa, jona Ruotsi on ollut Euroopan unionin jäsenmaana. Tutkimuksen erityisenä päämääränä on tutkia ikä- ja sukupuolilähtöisiä trendejä viiden väestötutkimuksen avulla, jotka on tehty vuosien 1990 ja 2002 välisenä aikana. Samalla kartoitettiin myös trendejä liittyen suurkuluttajien osuuteen väestöstä.

Alkoholin myynti ja arvio tilastoimattoman kulutuksen määrästä osoittavat alkoholinkulutuksen nousseen Ruotsissa 27 prosenttia jokaista yli 15-vuotiaasta asukasta kohti, eli 7,8 litrasta vuonna 1990 yli 9,9 litraan vuonna 2002. Liki 90 prosenttia kasvusta on tapahtunut vuoden 1996 jälkeen. Raportoidun kulutuksen analyysi vahvistaa tämän trendin, kulutuksen noustua 30 prosenttia 16–75-vuotiaiden keskuudessa molempien sukupuolten osalta vuoden 1996 jälkeen. Naisten keskuudessa tämä johtuu pääosin lisääntyneestä viinin kulutuksesta, kun taas miesten osalta sekä viinin, että oluen lisääntyneestä kulutuksesta. Suurkuluttajien osuus on niinkinään noussut, jopa enemmän kuin kulutus asukasta kohti. Tutkimus osoittaa myös että kulutus vaihtelee eri ikä- ja sukupuoliryhmien osalta vuosina 1990–2002. Esimerkiksi naisten osalta vuoden 1996 jälkeinen kasvu on ollut erityisen merkittävää vanhempien naisten keskuudessa (50–75 v.), ja vuoden 1998 jälkeen tilastollisesti merkittävää ainoastaan tässä ryhmässä, kun taas 30–49-vuotiaiden naisten kulutuksen kasvu on ollut heikointa ja tilastollisesti merkitsetöntä.

Koska väestön kulutuksessa tapahtuneiden muutosten on osoitettu olevan vahvasti sidoksissa alkoholiin liittyvien ongelmien muuttumiseen, on tärkeää seurata näitä muutoksia myös eri väestöryhmissä, eikä ainoastaan naisten ja miesten, sekä eri ikäryhmien osalta. Muita tärkeitä ryhmiä ovat eri sosiaaliluokat (kuten pitkäaikaistyöttömät ja pitkäaikaisseläkkeellä olevat ihmiset), eri alueet, eri perheolot, sekä ennen kaikkea eri kuluttajaryhmät mukaan lukien suurkuluttajat. Parantunut tieto kulutusmuutoksista eri sosiodemograafisissa ryhmissä tulee lisäämään meidän ymmärrystämme syistä ja mekanismeista jotka ovat yhteiskunnan alkoholinkulutuksen muutosten taustalla.

Motsägelsernas narkotikapolitik – normaliseringen av narkotikaproblemet i Finland

Inledning

Narkotikafrågans politiska status i 1970- och 1980-talens Finland var relativt anspråkslös. På den tiden utgick man från att myndigheterna på det hela taget hade narkotikasituationen under kontroll. På 1990-talet skedde sedan en snabb och dramatisk förändring, i vars kölvatten hela narkotikafältet har tagit ny gestalt: narkotikans utbredning och bruksmönstren, hälsoriskerna och brottsligheten, medborgaropinionen och den offentliga narkotikadebatten samt narkotikapolitikens strategier och metoder.

Narkotikamissbruket och narkotikaproblemen i Finland är visserligen alltså långt mindre än i de europeiska länder där situationen är svårast. Likväl kan man hävda att den narkotikapolitiska situationen hos oss under en mycket kort period har blivit avsevärt mer motsägelsefull än förr. En företeelse som tidigare upplevdes som högst främmande inom den finländska kulturen är numera ett vardagligt bekymmer och ett återkommande tema i den offentliga debatten. Under de knappt tio senaste åren har drogerna erkänts som ett so-

cialt faktum: ett problem som måste bekämpas men som knappast går att utrota.

I den föreliggande artikeln analyserar vi den omläggning av den finländska narkotikapolitiken som skett i dessa förändringens virvlar. Inspiration till vår studie har vi hämtat framför allt av den engelske kriminologen David Garland, som publicerat intressanta analyser av de senaste årens nya trender inom brottslighetskontrollen och de statliga kontrollstrategierna (Garland 1996, 2000, 2001). Också den brittiska narkotikadebatten har varit en viktig källa, i synnerhet till den del den gällt normaliseringen av narkotikabruket (Parker et al. 1998; Shiner och Newburn 1999; South 1999).

Kriminologins nya predikament och tiden om narkotikabrukets normalisering

David Garland talar om ett "kriminologins nya predikament". Det har sitt ursprung i två parallella processer som tycks vara gemensamma för västländerna. Å ena sidan har det faktum att antalet brott trots motsatta ansträng-

ningar ökat allt sedan 1960-talet småningom lett till att vi börjat se detta sakernas tillstånd som någonting naturligt, någonting som vi rutinmässigt anpassar oss till på otaliga vardagliga sätt (från lås till kamerabevakning, från väktare till försäkringar). Å andra sidan har statens straffrättsliga maskineri småningom börjat erkänna sina egna begränsningar i brottsbekämpningen. Det har resulterat i att såväl brottskontrollens objekt som dess metoder har genomgått betydande metamorfoser allt sedan 1970-talet.

Garland tycks förespråka ett slags mättnadstes: då brotten nått en viss nivå förvandlas de till en del av vår normala vardag, dvs. till ett socialt faktum. Samtidigt har de tidigare strategierna för brottsbekämpning förlorat sin dominerande position. Mer än någonsin tidigare präglas kontrollpolitiken av osäkerhet, motstridighet och splittring.

Det statliga straffrättsystemet har blivit blygsammare och liksom mer tvehåget. Samhället och dess institutioner litat inte längre lika starkt på sina egna lösningar, utan man är benägen att dela ansvaret för upprätthållandet av den samhälleliga ordningen med privata företag, frivilligorganisationer, lokala aktörer osv. Ett betecknande exempel är att programmet för brottsbekämpningen i Finland kallats för "säkerhetstalko" (talko = ung. frivilligt gratisarbete – ö. a.). Samtidigt har tyngdpunkten förskjutits från ett moraliskt fördömande av individen till en attitydmässigt neutralare kollektiv riskhantering. Numera betonas vikten av att reda ut inte bara orsakerna till, utan också konsekvenserna av brotten.

Mot den bakgrunden är det lättare att förstå att pragmatiska kontrollstrategier som innebär en anpassning till detta fundamentala kriminologiska trångmål – t.ex. skadelindring – vunnit spridning. Men Garland tillägger att det parallellt med denna anpassning löper en tidvis återkommande benägenhet till ett "hysteriskt förnekande av den sociala verkligheten i kombination med ett starkt vädjande till

den gamla myten om den allsmäktiga staten" (Garland 1996, 450; se också Garland 2001, 110).

Garland gör åtskillnad mellan den adaptiva respektive icke-adaptiva respons på brottslig verksamhet som samhället idag framkallar. De adaptiva reaktionerna innebär i allmänhet en sänkning av samhällets politiska ambitioner, eftersom målen ter sig orealistiska. Om det bästa är utom räckhåll kan man eftersträva det goda. Icke-adaptiva eller repressiva reaktioner behövs för att legitimera bilden av staten som en effektiv och handlingskraftig aktör. Ett paradexempel på en sådan reaktion är det krig mot droger (War on Drugs) som USA förklarat och som visserligen fyllt landets fängelser med färgade ynglingar från usla sociala förhållanden, men vars faktiska effekter på narkotikabrottsligheten kan ifrågasättas. Den här typen av reaktioner kan ibland framträda i form av en mycket expressiv politik, där man försöker ge uttryck åt den vrede som brotten framkallat. Enligt Garland är drastiska åtgärdsförslag som förnekar den rådande verkligheten typiska i synnerhet för politiker, medan åter tjänstemännen snarare söker adaptiva lösningar. Han sluter sig därför till att den senmoderna brottskontrollens och straffrättens utformning har dikterats snarare av förvaltningsapparatusens motsägelsefulla och tvehågsna reaktioner på kriminologins nya predikament än av något konsekvent program eller någon viss strategi (Garland 2001, 110).

I vår skissering av de senaste årens förändringar inom narkotikapolitiken i Finland anser vi att dessa Garlands kriminologiska tankar åtminstone i vissa stycken är träffande. Narkotikan är ju inte bara formellt illegal i vårt land, utan överlag har narkotikaproblematikens olika aspekter primärt hanterats som straffrättsliga fenomen allt sedan det moderna narkotikaproblemet uppstod i skiftet mellan sextio- och sjuttiotalen (Hakkarainen 1992). Nu har detta sätt att gestalta problematiken börjat krackelera.

Sporrade av Garlands tankar konfronteras vi med den kvistiga diskussionen om huruvida narkotikan normaliseras. Den mest kända normaliseringstesen framförs i Howard Parkers, Judith Aldridges och Fiona Meashams verk *Illegal Leisure – The normalization of adolescent recreational drug use* (1998). Enligt dem har det ”rekreationella” narkotikabruket i Storbritannien vuxit till sådana proportioner att man redan kan tala om att narkotikabruket har normaliserats. Författarna anger sex kriterier som skall uppfyllas för normalisering:

- tillgången på narkotika förbättras,
- drogexperiment blir vanligare,
- regelbundet narkotikabruk blir vanligare,
- narkotikan blir ett vardagligt fenomen som är accepterat bland ungdomen,
- också vuxna prövar på och använder narkotika,
- legala och illegala berusningsmedel används om varandra (Parker et al. 1998, 152–157).

Kärnan i dessa sex aspekter kan såvitt vi kan se komprimeras i två faktorer: dels den växande *tillgången och efterfrågan*, dels narkotikabrukets växande sociala och kulturella *acceptabilitet*. Som det framgår av vår studie av kriminologins nya predikament handlar normaliseringen emellertid inte bara om att utbudet och användningen av narkotika når en viss nivå i samhället (normal i betydelsen allmänt förekommande), liksom inte heller om ett moraliskt eller ideologiskt godkännande av narkotika och narkotikabruk (normal i betydelsen accepterat). Utöver dessa aspekter måste normaliseringen dryftas som en situation där narkotikapolitikens samhälleliga aktörer för det första erkänner narkotikafenomenets existens som ett samhälleligt faktum som inte ens i en idealisk situation kan elimineras och för det andra utformar sina mål, sina arbetsmetoder och sina samarbetsrelationer utgående från detta faktum. Så uppfattad innebär en normalisering väsentligen också *en definition av narkotikafrågan och ett val av narkotikapolitiska strategier* (normal i betydelsen socialt faktum).

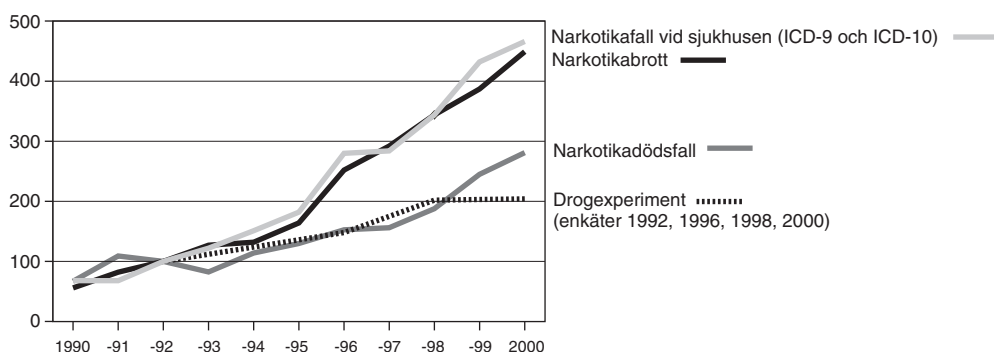
Narkotikafrågan i 2000-talets Finland

Efter en lång period av relativ stabilitet förändrades narkotikaproblemens proportioner och karaktär i Finland avsevärt i 1990-talets Finland. Cannabisbruket växte till det dubbla, och det till partykulturen hörande rekreationella narkotikabruket (ecstasy, GHB, LSD och amfetaminer) blev populärt inom de yngre generationernas natt- och nöjesliv. Den viktigaste förändringen är emellertid heroinets klart starkare fotfäste. En bidragande orsak till detta var Sovjetunionens kollaps; efter det steg narkotikautbudet i Finland till en helt ny nivå, varvid också priserna sjönk kännbart.

Till följd av dessa förändringar har antalet socialt utslagna narkomaner med multiproblem vuxit kraftigt. Samtidigt har de samhälleliga skadeverkningarna av narkotikabruket – brottslighet, sjukfrekvens, dödsfall p.g.a. förgiftning – ökat. Narkotikaproblemet har blivit allvarigare än tidigare.

Figur 1 jämför 1990-talets olika utvecklingstrender vad gäller de narkotikarelaterade skadeverkningarnas och drogexperimentens utbredning (livstidsprevalens). Figuren visar att narkotikabruket och skadeverkningarna ökade under hela decenniet: drogexperimenten blev dubbelt fler, narkotikadödsfallen nästan tredubblades, den narkotikarelaterade prevalensen och antalet narkotikarelaterade brott fyrdubblades mellan åren 1992 och 2000. Tillväxten var särskilt stark mot slutet av årtiondet.

Då man granskar trenderna i figuren är det skäl att notera att kurvornas branthet delvis beror på den låga utgångsnivån 1990. I befolkningsenkäterna steg narkotikabrukets livstidsprevalens från fem procent 1992 till tio procent 2000 (Hakkarainen & Metso 2000). Under samma tid steg antalet narkotikarelaterade vårdperioder från 464 till 2 209, antalet brott från 2 399 till 10 771 och antalet narkotikafynd i rättskemiska obduktioner från 57 till 160. Bland narkotikadödsfallen



Narkotikafall vid sjukhusen = narkotikasjukdomar enligt huvud- och bidiagnos i Stakes statistik över hälsovårdsanmälningar
 Narkotikabrott = narkotikabrott som kommit till polisens kännedom
 Narkotikadödsfall = narkotikafynd vid dödsfall enligt rättsmedicinska institutionen vid Helsingfors universitet
 Drogexperiment = personer som enligt befolkningsenkäter en gång i sitt liv prövat cannabis

Källa: Virtanen 2000

Figur 1. Drogexperiment och narkotikaskador: trender 1990–2000 (1992 = 100)

steg heroinets andel från praktiskt taget noll till en dryg tredjedel: år 1995 gjordes ett heroinfynd i obduktionerna, följande år nio, därpå följande femton, år 1998 27, år 1999 36 och år 2000 hela 60.

Trots att utgångsnivån i början av nittiotalet var relativt låg anser vi att förändringen i narkotikasituationen har varit inte bara uppenbar, utan också ytterst betydelsefull: narkotikabruket och narkotikaproblemen har uppnått en kvalitativt sett ny nivå och storleksklass. Men antyder dessa högre utslag samtidigt också att narkotikafrågan på något vis har normaliserats i Finland?

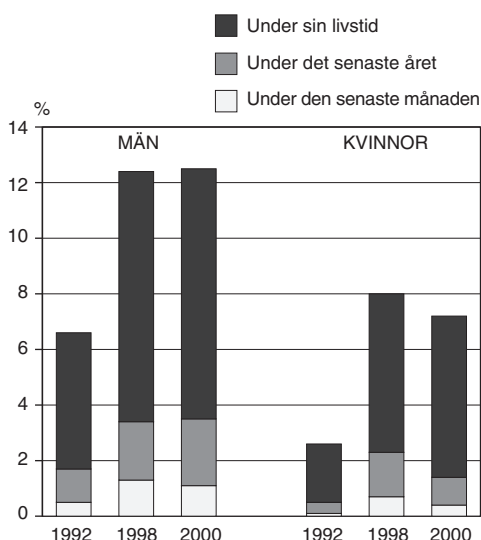
Urbud och efterfrågan

Figur 2 presenterar resultaten från befolkningsenkäterna åren 1992, 1998 och 2000 (Hakkarainen och Metso 2001). Av siffrorna kan man utläsa att användningen av illegala droger i Finland visserligen har ökat, men att fenomenet fortfarande är långt ifrån allmänt. I den senaste undersökningen meddelade endast tolv procent av männen och sju procent av kvinnorna att de någon gång i sitt liv hade använt eller prövat cannabis. Ännu ovanligare

var det att de skulle ha gjort det nyligen: bara tre procent av männen och en procent av kvinnorna uppgav att de hade använt cannabis under det senaste året. Under den senaste månaden var andelen mindre än en procent (männen en procent, kvinnorna 0,4 procent).

I de yngre åldersklasserna var prevalenserna förvisso högre. Vanligast var narkotikabruket i åldersklassen 20–24 år, där en femtedel uppgav att de någon gång i sitt liv hade prövat eller använt cannabis. Också här uppgav dock bara sex procent att de använt ämnet under det senaste året och bara två procent att de gjort det under den senaste månaden. (Hakkarainen & Metso 2001.)

Det intravenösa bruket av amfetamin och heroin ökade märkbart under nittiotalet. På basis av registeruppgifterna för år 1999 uppskattades amfetamin- och heroinmissbrukarnas antal till mellan 11 000 och 14 000 (Partanen et al. 2001). Siffran är likafullt relativt låg i jämförelse med allmänneuropeisk nivå och motsvarar högst 0,5 procent av Finlands befolkning i åldern 15–55 år. Dessutom är det intravenösa bruket av amfetamin och heroin starkt koncentrerat till Helsingforsregio-



Källor: Dryckesvaneundersökningen 1992 och 2000; Narkotikaenkäten 1998.

Figur 2. Narkotikabrukets utbredning bland män och kvinnor 1992, 1998 och 2000, procent

nen (0,7–0,9 procent) och övriga delar av södra Finland (0,6–0,7 procent).

Också utbudet i Finland ligger långt under normal europeisk nivå, trots att narkotikamängderna på den illegala marknaden har vuxit och utbudet stabiliserats. T.ex. de unga upplever att det blivit lättare att få tag på narkotika. Andelen skolelever som tyckte att det var lätt att skaffa cannabis växte mellan åren 1995 och 1999 från fjorton till tjugo procent (Ahlström et al. 2001). I Folkhälsoinstitutets enkät våren 2001 uppgav å andra sidan 93 procent av finländarna att de inte hade erbjudits droger under det senaste året. Bland de unga i Helsingforsregionen var situationen dock klart en annan: en tredjedel av dem hade erbjudits droger under det senaste året. (Jallinoja et al. 2002.)

Acceptabilitet

Narkotikabrukets acceptabilitet i Finland är låg. Ett klart flertal av finländarna förhåller sig mycket avvisande till droger (Partanen &

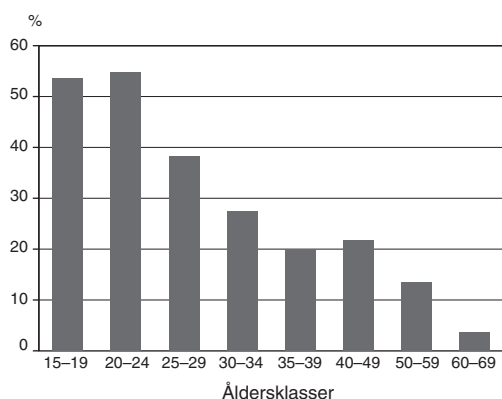
Metso 1999). I en undersökning av drogattityderna bland den vuxna befolkningen år 1992 ansåg bara tio procent av de tillfrågade att man bör ha rätt att använda marijuana eller hasch. För heroinets del var andelen under två procent. (Narkotikaenkäten 1998, Stakes, opublicerad uppgift). Om stränga narkotikaattityder vittnar också det faktum att 72 procent av männen och 79 procent av kvinnorna ansåg att det inte går att använda narkotika utan att det orsakar problem. Oron för narkotikabruket växte något mellan åren 1996 och 1998, vilket också antyder en föga accepterande inställning. År 1998 såg 85 procent av männen och 92 procent av kvinnorna narkotikan som ett ganska stort eller stort problem i vårt land. (Partanen & Metso 1999, 147.)

Också bland de unga är attityderna starkt negativa. I en europeisk undersökning som gällde skolelever i åldern 15–16 år uppgav 73 procent av de finländska pojkarna och 68 procent av flickorna att de inte accepterar marijuana- eller haschexperiment. Regelbundet bruk av dessa droger fördömdes praktiskt taget unisont (pojkarna 89 procent, flickorna 91 procent). (Ahlström et al. 2001.)

En del av vardagen

Men fastän drogbruket i Finland fortfarande är ett minoritetsfenomen, fastän droger sällan bjuds ut och fastän drogbrukets acceptabilitet är låg kan man också hävda att narkotikan har normaliserats.

För det första uppgav enligt figur 3 inemot hälften av alla finländare i åldern 15–30 år i en enkätundersökning år 2000 att de personligen känner en eller flera personer som använder narkotika (Hakkarainen & Metso 2001). Således tycks det vara mycket vanligt att unga finländare har personliga kontakter med narkotikabrukare. Dessutom har sannolikheten vuxit för att man möter utslagna narkomaner i städernas centrum, i de egna hemkvarteren eller i andra vardagliga sammanhang.



Källa: Dryckesvaneundersökningen 2000

Figur 3. Förekomsten av minst en narkotikabrukare inom bekantskapskretsen i olika åldersklasser, procent

För det andra har missbruket av narkotika vuxit snabbt och spridit sig till olika delar av landet. Det har stabiliserats på en nivå från vilken åtminstone en snabb återgång inte är möjlig. För första gången har också Finland en stor skara narkomaner som har det sämre ställt och som i årtal kommer att vara såväl storkonsumenter inom social- och hälsovårdssystemet som ett bekymmer för ordningsmakten. Den växande smugglingen och handeln har i sin tur tvingat tullen och polisen att medge att narkotikainförslenn inte går att strypa helt och hållet: gripna längre ersätts strax av nya.

För det tredje har narkotikafrågan efterhand som skadeverkningarna vuxit kännbart fått en ny status som ett socialt problem. Den betraktas inte längre som enbart ett moraliskt problem bland otaliga andra ungdomsproblem, utan också som både ett folkhälsoproblem och ett problem med kopplingar till organiserad och annan brottslighet.

För det fjärde har narkotikan och den oro den framkallar kommit att bli ett ständigt återkommande diskussionsämne i offentligheten. Dagstidningarna och andra medier rapporterar så gott som dagligen om narkotikaproblem och narkotikamissbruk. T.ex. i samband med våldsamma trafikolyckor, bru-

talt våld och andra exceptionella olyckor och brott har det numera blivit rutin att ställa frågan om narkotikan var en bidragande faktor (Piispa 2001).

Sammantaget kan man säga att narkotikan och narkotikaproblemen också i Finland har vuxit till ett viktigt vardagligt bekymmer. Situationen liknar Garlands (1996, 446) skildring av hur "brottshotet har blivit en rutinmässig del av det moderna medvetandet, en vardaglig risk som man i många avseenden bedömer och hanterar på samma sätt som risken för trafikolyckor". Utvecklingen har skapat ett slags *narkotikapolitiskt predikament*. I och med att narkotikaproblemen erkänts som ett socialt faktum har myndigheter, politiker och andra aktörer tvingats att bedöma narkotikapolitiken och narkotikastrategierna från nya utgångspunkter.

Politiska anpassningsförsök

Nedan granskar vi statsmaktens och andra aktörers reaktioner på narkotikapolitikens predikament ur tre perspektiv. Det första utgår från det strategiska programarbetet, dvs. statliga kommittéers och arbetsgruppers betänkanden och promemorior. Det andra belyser de administrativa omställningarna och de nya arbetsfördelningsarrangemangen inom det förebyggande narkotikaarbetet. Till sist ger vi sju exempel på nya narkotikapolitiska åtgärder. Tillsammans indikerar dessa tre perspektiv en pågående skyndsam mobilisering av hela det narkotikapolitiska maskineriet.

För att åskådliggöra förändringarnas omfattning inom narkotikapolitiken har vi i tabell 1 sammanställt de viktigaste betänkandena, dokumenten och åtgärderna från de senaste tio åren. Vår studie är gjord ur riksperspektiv och beaktar således inte olika kommunala narkotikastrategier och -projekt.

Förteckningen över färska strategiska dokument är imponerande. För att hitta någonting motsvarande får man gå trettio år tillbaka i tiden, till skiftet mellan 1960- och 1970-talen: då svepte den s.k. första narkotikavågen över Finland, och narkotikan lyftes för första gången fram som ett allvarligt hot mot nationens välstånd (Kaukonen & Hakkarainen 2002).

Vi skall kommentera tre nyckeldokument. Det första är ett epokgörande verk från "den andra narkotikavågen", ett kommittébetänkande med titeln Narkotikastrategin 1997. "Epokgörande" kan förefalla som en pompös etikett på ett betänkande som präglas av politisk kompromiss, konsensus och försiktighet (Hakkarainen 1997). Kommittén lät bli att diskutera förbudet mot personligt bruk av narkotika och förbigick frågan om att göra åtskillnad mellan tunga och lätta droger. Det som emellertid är viktigt är att detta dokument tillsammans med sina efterföljare (Statsrådets principbeslut 1998 och 2000) lyckades bredda uppfattningen av dels själva föremålet för narkotikapolitiken, dels de åtgärder med vilka narkotikaproblemet kan bekämpas.

Betänkandets kreativa bidrag kan sammanfattas så här: i jämförelse med de rådande diskurserna i offentligheten skildrade Narkotikastrategin 1997 narkotikaproblematiken som ett mer komplext och motsägelsefullt fenomen; narkotikabruket granskades inte bara som ett kriminellt beteende, utan med enfaset också som ett socialt problem och en folkhälsorisk. De kriminalpolitiska medlen, som traditionellt har haft en dominerande position, kompletterades med en stark betoning av förebyggande åtgärder, vård och behandling, pragmatiska hälsovårdspolitiska åtgärder i skadelindrande syfte (t.ex. nålutbyte, som kom i gång strax innan betänkandet publicerades våren 1997) samt social stödverksamhet och rådgivningstjänster. För det andra pekade betänkandet på statsmaktens begränsade möj-

ligheter att befria samhället från narkotika och narkotikaproblem. I stället erbjöds ett synsätt som satte närmiljön i centrum och som omformulerade statens ansvar. De centrala myndigheternas roll tonades ner samtidigt som lokala, tvärssektoriella och multiprofessionella nätverk gjordes till en nödvändig del av narkotikapolitiken. (Huumausaine-strategia 1997.)

I betänkandet av kommissionen för förhinderande av narkotikamissbruk bland unga (Nuorten huumeiden... 2000) ersattes den tidigare kommitténs (1997) försiktighet med klara besked. Nu skulle narkotikapolitiken allt tydligare differentieras och fokuseras. Till skillnad från Narkotikastrategin 1997, som i enlighet med sitt namn eftersträvade en allmän och enhetlig strategi, förkastade det nya betänkandet idén om "en enda, heltäckande strategi". I stället skulle man eftersträva en "flexibel och pragmatisk" approach utgående från en "så bred konception som möjligt av ungdomskulturen" (Nuorten huumeiden... 2000).

Uppspjälkningen av narkotikafrågan i dess beståndsdelar löpte som en röd tråd genom betänkandet. Man konstaterade helt sonika att olika droger används på olika sätt inom olika användargrupper och -kulturer. Denna dekonstruktion av efterfrågesidan följdes av ett krav på mångsidigare politiska åtgärder. Principen om skadelindring spelade en viktig roll, och kommissionen ville utsträcka den till att gälla också det primära förebyggande arbetet. Med andra ord skulle man av narkotika-informationen kräva att den förmår framhålla specifika risker i samband med drogexperiment ("hur du inte bör använda heroin om du alls gör det").

Den tredje arbetsgruppens uppgift var att föreslå förbättringar i narkomanvården (Huumausaineiden... 2001). På det hela taget har narkomanvården varit en svag och dåligt samordnad sektor inom den finländska hälsovårdspolitiken. Inställningen till substitu-

Tabell I. Betänkanden och dokument om narkotika samt nya bestämmelser och åtgärder 1993–2002

	1993	1994	1995	1996	1997
Dokument och betänkanden	Promemoria av arbetsgruppen för vård av opioid-narkomaner				Betänkande av narkotikapolitiska kommittén
Författningar och nya åtgärder		Gynnande av penningtvätt och narkotikabrottslighet kriminaliseras (ändring av strafflagen) Åtalseftergift vid frivillig vård (ändring av strafflagen)	3–5 personer i läkemedelsbaserad substitutions- och underhållsbehandling Polisen ges rätt till televlyssning, teleövervakning och teknisk observation (L 402/1995)		Substitutions- och underhållsbehandling med läkemedel inleds (social- och hälsovårdsministeriets föreskrift om behandling av opioidberoende) Första rådgivningsenheten som byter ut sprutor och nålar

tions- och underhållsbehandling har varit avog, till och med i jämförelse med Norge och Sverige, som bägge företräder en stram vårdpolitik. Mot den bakgrunden representerade betänkandet ett nytt tänkesätt, som byggde på optimistiska, ”medikalliberala” åsikter. Betänkandet återspeglade också mer allmänt förekommande, strängt kritiska uppfattningar om den finländska missbrukarvården.

Betänkandet dryftade uttryckligen läkemedelsbaserade metoder, med särskild fokus på den för heroinister avsedda metadon- eller buprenorfinbehandlingen. I betänkandet föreslogs bland annat

- att denna behandlingsform skall utbyggas kännbart (från ca 200 till ca 1 200 patienter inom ett år)

- att den centraliserade läkemedelsbehandlingen avvecklas och ersätts med normal receptpraxis

- att narkomanerna på ett så tidigt stadium som möjligt hänvisas till lättillgänglig underhållsbehandling, s.k. lågtröskelvård.

En ny omständighet som var gemensam för alla tre betänkanden var att de i hög grad utgick från vikten av skadelindring och förebyggande av risker på befolkningsnivå.

Aktörsfältet omorganiseras

Reaktionerna på det narkotikapolitiska predikamentet framträder också som förskjutningar i arbets- och ansvarsfördelningen mellan aktörerna på det narkotikapolitiska fältet. Förändringar sker både internt inom statliga

1998	1999	2000	2001	2002
Statsrådets principbeslut om narkotikapolitiken	Finska Läkarföreningen Duodecims och Finlands Akademis konsensusutlåtande om behandling av narkotikaberoende Statsrådets narkotikapolitiska koordineringsgrupp	Betänkande av kommissionen för förhindrande av narkotikamissbruk bland unga Statsrådets principbeslut om effektivisering av narkotikapolitiken Polisens narkotikastrategi	Promemoria av arbetsgruppen för utveckling av narkomanvården Promemoria av arbetsgruppen för utveckling av läkemedelsbehandling av opioidberoende	Promemoria av arbetsgruppen för drogtester Finlands nationella hiv/aids-strategi Polisens strategi mot narkotika
		Substitutions- och underhållsbehandlingen med läkemedel utvidgas (F 607/2000)	Polisen får rätt till bevisprovokation genom köp, täckoperationer och effektiviserad teknisk observation (L21/2001) Ny brottssklass för narkotikabruk ("snabböter", L 654/2001) Ca 200 personer får läkemedelsbehandling Riksomfattande narkotikakampanj 2001–2003	Substitutions- och underhållsbehandlingen med läkemedel utvidgas (F 289/2002) Ca 400 personer får läkemedelsbehandling Ca 20 rådgivningsenheter byter ut nålar och sprutor

myndigheter och i deras relationer till icke-statliga aktörer.

Den massiva statliga narkotikapolitiska mobilisering som påbörjades under senare hälften av 1990-talet är ett talande exempel på detta. Under trycket från den andra narkotikavågen skulle den kriminalpolitiska hållningen i narkotikafrågan – den som hade varit dominerande i ett par decenniers tid och vidmakthållits av polisen – visa sig vara otillräcklig. Följden blev att social- och hälsovårdsministeriet började spela en aktivare roll och fick en starkare narkotikapolitisk ställning. Dels har ministeriet med större pondus försvarat narkotikapolitikens social- och hälsovårdspolitiska dimension, framför allt genom att utveckla behandlingsmetoderna och försvara en skadelindrande linje. Dels har so-

cial- och hälsovårdsministeriet också stärkt sina egna insatser i samordningen av de olika ministeriernas narkotikapolitiska samarbete.

Genom ett statsrådsbeslut år 1999 anförordades social- och hälsovårdsministeriet ledningen av den narkotikapolitiska koordineringsgrupp som består av representanter för fem centrala ministerier (handels- och industri-, justitie-, undervisnings-, social- och hälsovårds- samt utrikesministeriet) och ämbetsverk och inrättningar som är underställda dem. Gruppen svarar för programmet för effektivisering av narkotikapolitiken på längre sikt. Förutom i denna koordineringsgrupp, som arbetar i konsensusanda, har ministerierna börjat ta upp narkotikafrågorna också i sina egna målprogram och verksamhetsplaner. Inrikesministeriets polisavdelning har

profilerat sig med helt egna program (det nyaste: Poliisin huumausaineiden... 2002).

Dessa exempel antyder dels en fördjupad arbetsfördelning i statsmaskineriet och en större självständighet för de enskilda förvaltningsområdena (Mäkelä 2000, 465), dels en politik som med riksdagens välsignelse kan bygga lika väl på hårda och oförsonliga tag som på mjukare, anpassande metoder.

Ett annat uttryck för den nya ansvarsfördelningen är att de statliga myndigheterna under de fem senaste åren formligen har uppeggat medborgare och organisationer till att diskutera narkotikan, skrida till åtgärder för att bekämpa den och organisera sig i lokala nätverk av föräldrar, ungdomar, lärare, närpolis och anställda inom ungdoms-, social- och hälsovårdsväsendena. Utan stöd från dessa mer eller mindre löst sammansatta hjälptrupper tror sig myndigheterna inte kunna klara av det växande problemet. Detta har lett till att Finland i dagens läge är till brädden fyllt av olika narkotikaprojekt. Vissa av dem är lokalt organiserade, medan andra bildar led i landsomfattande storsatsningar.

Nya åtgärder

De senaste åren erbjuder åtskilliga exempel på nya typer av åtgärder som återspeglar å ena sidan pragmatiska, å andra sidan rigida attityder till de narkotikapolitiska problemen. Dylika åtgärder finner man inom såväl vården och behandlingen, kontrollen som informationsverksamheten.

1. I takt med det växande narkotikamissbruket på nittioalet växte också behovet av förebyggande åtgärder mot smittsamma sjukdomar. Åren 1994–1996 utbröt först en hepatit A- och sedan en hepatit B-epidemi bland narkomanerna. På hösten 1998 började också hiv-infektioner att sprida sig kraftigt bland sprutnarkomanerna. (Virtanen 2001.) Uppfattningarna om hur situationen borde hanteras gick emellertid kraftigt isär. Frustre-

rade över den växande skaran narkomankunder vägrade allt fler apotekare i början av nittioalet att sälja nålar och sprutor till dem. Då en grupp tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet hösten 1996 i en tidningsinsändare öppet tog ställning för utbyte av nålar (Mäki et al. 1996) var den allmänna inställningen fortfarande avvisande. Insikten om risken för infektionssjukdomar ledde likväl strax till att *utbyte av nålar och sprutor* gjordes möjlig i Helsingfors våren 1997. Det är den enskilda åtgärd som kanske allra klarast manifesterar skadelindringens landstigning i Finland. Senare har ett tjugotal utbytesenheter inrättats runtom i landet. Enbart på rådgivningsenheten "Vinkki" i Helsingfors utbyttes år 2001 drygt en halv miljon injiceringsverktyg (dvs. spruta plus nål; Kullat et al. 2002, 14). Likafullt blir frågan tidvis föremål för dispyter. T.ex. våren 2002 fördes en hätsk riksdagsdebatt i ämnet. Den ena sidan hävdade att utbyte av sprutor är liktydigt med "att dela ut brottsattiraljer", den andra talade om "att skydda hälsan" (Helsingin Sanomat 9.3.2002).

2. En annan tvistefråga i anslutning till skadelindringen är läkemedelsbehandlingen, som man nyligen börjat omvärdera i grunden. Ännu i mitten av nittioalet fanns det enligt officiella uppgifter bara några enstaka (3–5) personer som fick långvarig underhållsbehandling med metadon. Nya patienter hade inte tagits med i programmet på flera år, och såväl de allmänna attityderna som den officiella linjen i fråga om substitutionsbehandling med läkemedel var starkt avvisande. En privatläkare i Helsingfors väckte stor uppståndelse 1990 genom att börja ge substitutionsbehandling med buprenorfinpreparatet Temgesic, vilket strax gav honom många nya narkotikaberoende patienter (Hakkarainen & Hoikkala 1992). I efterdyningarna från den invecklade affären intog två arbetsgrupper (Narkomaanien hoidon järjestäminen... 1991; Opioidiriippuvaisten... 1993) en för-

siktigt positiv ståndpunkt till substitutionsbehandling med läkemedel. Dock hände det ingenting förrän i slutet av årtiondet. Då förändringen väl kommit i gång har villkoren för substitutionsbehandling med läkemedel uppluckrats raskt. På förordningsnivå har avvänjning samt substitutions- och underhållsbehandling med opioidbaserade läkemedel (främst metadon och buprenorfin) gjorts möjlig, och i de färskaste promemoriorna talar man redan om lågtröskelvård med underhållsbehandling (Huumausaineiden ongelmakäyttäjien... 2001; Opioidiriippuvaisten... 2001; se också Suomen kansallinen... 2002).

Sommaren 2001 deltog omkring 200 finländska heroinister i särskilda program för läkemedelsbehandling (Nuorvala & Turunen 2001). Senare har möjligheterna att ge sådan vård ytterligare underlättats genom en förordning som innebär att det inte bara är central-sjukhusen och socialsjukhuset i Järvenpää som kan erbjuda sådan behandling, utan också hälsocentralerna, kretssjukhusen, missbrukarvårdens enheter och fångvårdsväsendets hälsovårdsenheter. Kritik har riktats mot bl.a. förändringarnas strama tidtabell, den rätlinjiga tron på läkemedelsbehandling och de diffusa kriterierna för när sådan behandling får ges (Mäkelä & Poikolainen 2001).

3. Också inom det straffrättsliga kontrollmaskineriet har vårdaspekten vunnit terräng. Bland annat har strafflagen kompletterats med *nya möjligheter till vårdbetonade åtgärder*. Enligt de nyaste stadgandena kan en narkoman undgå åtal eller straff om han eller hon är villig att söka vård (Kainulainen 2000, 2002). Justitieministeriet bereder också ett förslag som skall göra det möjligt att ersätta straff med vård.

4. Likväl är det skäl att minnas att *övervakningen* och *polis kontrollen* har utökats i flera repriser under de senaste tio åren. År 1994 reviderades strafflagens bestämmelser om narkotikakontroll så att gynnande av penningtvätt och narkotikabrottslighet kriminaliserades.

Likåsa har polisens rätt att använda så kallade okonventionella undersökningsmetoder steg för steg utökats märkbart. Telefonavlyssning och användning av identifieringsuppgifter om telemeddelanden har redan fått en etablerad ställning i det polisiära arbetet, och i mars 2001 utvidgades polisens rätt till teleavlyssning, teknisk observation och säkerhetskontroller ytterligare. Samtidigt fick polisen sin länge efterlängtade rätt till bevisprovokation genom köp samt täckoperationer. Frågan har visserligen väckt en kritisk diskussion om hur de medborgerliga rättigheterna och skyddet av privatlivet skall kunna tryggas, men åtminstone pressen har, hänvisande till hotet från narkotikan, snabbt anpassat sig till situationen (Hakkarainen & Törrönen 2002).

5. I en lagrevision som trädde i kraft i september 2001 definierades bruk av narkotika som en egen brottsklass, *straffbart bruk av narkotika*. Straffet är böter eller fängelse i högst sex månader. Samtidigt blev det möjligt att tillämpa strafforderförfarande (motsvaras i Sverige av strafföreläggande – ö. a.) på dessa brott. Som motivering till lagrevisionen har man anført att den sparar både tid och pengar, vilket har blivit desto viktigare ju mer narkotikabruket har vuxit. Tillämpningen av de nya stadgandena är ännu en öppen fråga, men den ursprungliga tanken var att de skall möjliggöra större flexibilitet inte bara i de fall där missbrukaren själv söker vård, utan också i fråga om minderåriga missbrukare. Vad just minderåriga beträffar håller man också på att utveckla en särskild samtalsmodell. Den går ut på att åklagaren ordnar ett möte där förutom den unga missbrukaren också socialmyndigheter och familjen deltar. Det har också förekommit farhågor om att lagrevisionen leder till ett allt mer omfattande och rutinmässigt bestraffande av narkotikabruk (Kainulainen 2002). Summa summarum tycks lagrevisionen och den fortfarande öppna frågan om dess tillämpning liksom i ett nötskal sammanfatta narkotikapolitikens olika tendenser.

6. Narkotikakontrollen har skärpts i form av *drogtester*. Enligt en enkät som Institutet för arbetshygien gjort växte antalet företag som drogtestade sin personal från 103 år 1997 till 464 år 2000. Vissa uppgifter gör gällande att det årligen görs omkring 10 000 drogtester på arbetsplatserna i Finland (Helsingin Sanomat 10.7.2001; se Bothas 2002). Tillförlitliga uppgifter om vilken testpraxis som tillämpas vid läroanstalterna saknas. Polemiken i frågan har dock väckt uppmärksamhet. I en grundskola och en yrkesskola ledde drogtesterna år 2000 till ett klagomål hos både riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern.

Den stränga narkotikapolitikens företrädare har sett drogtesterna som ett mycket lovande fenomen. Riktade tester och till och med masscreeningar har föreslagits både som en allmänpreventiv varning och som en teknisk-klinisk metod att få fast unga som prövar droger. Kravet på drogtester i skolor och på arbetsplatser har för vissa politiker, bl.a. samlingspartiets ordförande Ville Itälä, kommit att bli ett narkotikapolitiskt emblem.

Testerna har också starkt folkligt stöd. Enligt Finska notisbyråns opinionsundersökning år 2002 stödde rentav 60 procent av finländarna tanken på obligatoriska drogtester på arbetsplatserna och i skolorna (Turun Sanomat 30.6.2002). Testerna har dock också väckt högljudd kritik. Tvivlarna påpekar att de är tekniskt otillförlitliga och socialt stämplande och att de kränker privatlivet (se t.ex. utbildningsstyrelsens PM till skolor och läroanstalter 18.10.2000 angående drogtester).

Frågan om drogtester har nyligen dryftats också av en arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet (Huumausainetestien... 2002). Arbetsgruppen förhöll sig försiktigt positiv till riktade drogtester på arbetsplatserna och motiverade sin ståndpunkt med hänvisningar till arbetarskyddet, personalens hälsa och trivseln på arbetsplatserna. Drogtester vid läroanstalter var däremot en fråga som arbetsgruppen

inte ännu ville ta ställning till.

7. Och till sist genomgår också *narkotikaupplysningen* för närvarande en grundlig revidering (t.ex. Piispa 1999; Soikkeli 2002). År 2002 påbörjade Centralen för hälsofrämjande ett offentligt finansierat, för finländska förhållanden exceptionellt omfattande treårigt projekt som försöker befrämja en mångsidig narkotikadebatt. Det är fråga om en kampanj som på många sätt representerar ett nytt slag av narkotikainformation och narkotikapolitik. Här tar man avstånd från katederundervisning, förmanande pekfingerar och skrämselfpropaganda. Kampanjen utgår från två krav: dels erkännandet av att det förekommer olika användningssätt och drogkulturer, dels insikten om att varje försök att hantera narkotikaproblematiken är en komplex process.

Enligt detta nya synsätt skall narkotikan och dess följdverkningar förklaras i synnerhet för unga med hjälp av diskussioner och upplevelseorienterad pedagogik. Vad man eftersträvar är en situation där medborgarna behärskar vissa basfakta om de olika narkotiska preparaten och deras skillnader, de olika drogkulturernas särdrag, utbudet av social- och hälsovårdstjänster åt narkomaner, (bi)effekterna av olika narkotikapolitiska lösningar, narkotikamarknadens globala karaktär osv. Narkotika är en fråga som man både får och bör diskutera; med små barn lika väl som med gamla gubbar och gummor, om det kan göra det lättare att komma ifrån de djupt rotade, schablonmässiga åsikterna om knarkande knäppskallar. Det är just dessa svartvita, narkofobiska attityder till narkotikan som kampanjen främst vill råda bot på.

Parallella spår

Slutsatsen blir således att det är svårt att tala om en normalisering av narkotikan i så måtto att den vore allmän eller accepterad. Däremot ser man drag av normalisering i den växande

oron för narkotikaproblemet, i narkotikafrågans trivialisering till ett vardagligt fenomen och framför allt i den nya definitionen av narkotikaproblemet och de strategiska förskjutningarna i narkotikapolitiken.

Efter de senaste decenniernas förhållandevis stabila konstellationer har narkotikapolitiken i Finland slungats mitt in i en mer genomgripande omvälvning. Olika krafter drar åt olika håll, och det är svårt att förutsäga vilken kurs narkotikapolitiken kommer att slå in på under den närmaste framtiden (se Tammi 2002). Åtminstone tre olika linjer har åtnjutit starkt stöd, såväl professionellt som politiskt:

- kontrollen och den kriminalpolitiska traditionen har förstärkts under de senaste åren,
- inom medicinen och även på annat håll kan man skönja en stark tilltro till de möjligheter läkemedelsbehandlingen erbjuder,
- skadelindringens företrädare har med hänvisning till både de mänskliga rättigheterna och folkhälsan kraftigt argumenterat för socialt stöd, vård och utbyggande av tjänster för narkomaner.

Dessa parallella infallsvinklar är i sina detaljer sinsemellan motstridiga. Inom det omfattande statliga narkotikapolitiska programarbetet har man eftersträvat konsensus och också lyckats i det. Därför har också omställningarna inom den narkotikapolitiska förvaltningen skett i gott samförstånd. Det förefaller således som om narkotikapolitiken är under kontroll.

Likafullt blir vår slutsats en annan: både innehållsligt och administrativt befinner sig narkotikapolitiken i Finland i ett rörligt och instabilt läge. De senaste årtiondenas straffrättsligt baserade homogenitet har börjat ge vika för en mer mångfasetterad och motsägelsefull politik.

Översättning: Markus Sandberg

LITTERATUR

- Ahlström, S. & Metso, L. & Tuovinen, E. L. (2001): ESPAD 1995 and 1999. Country report, Finland. Themes from Finland 1. Helsinki: Stakes
- Bothas, H. (2002): Huumetestit suomalaisissa yrityksissä. Lääke todelliseen vai kuviteltuun uhkaan? Yhteiskuntapolitiikka 67 (1): 44–53
- Garland, D. (1996): The limits of the sovereign state: Strategies of crime control in contemporary society. British Journal of Criminology 36, 445–471
- Garland, D. (2000): The culture of high crime societies. Some preconditions of recent 'law and order' policies. British Journal of Criminology 40: 347–375
- Garland, D. (2001): The Culture of Control. Crime and social order in contemporary society. Oxford: Oxford university press
- Hackman, J. (2001): Drogtester i skolorna. Panikåtgärd eller preventionsredskap? Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift 18 (1): 79–91
- Hakkarainen, P. (1992): Suomalainen huumeekysymys. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 42
- Hakkarainen, P. (1997): Förändras linjedragningen i Finlands narkotikapolitik? Narkotikastrategin för åren 1997–2001. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 14 (3): 187–191
- Hakkarainen, P. & Hoikkala, T. (1992): Temgesic: lättlurade läkare, narrande narkomaner. Nordisk alkohol & narkotikatidskrift 9 (5): 261–274
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2001): Onko huumeiden käytön yleistyminen taittumassa? Vuoden 2000 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 66 (3): 277–283
- Hakkarainen, P. & Törrönen, J. (2002): Huumeet ja hyvinvointivalttiollisen kehityksen muutos lehtiin pääkirjoituksissa. Stakes. Yhteiskuntapolitiikka 67 (6): 539–551
- Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. (2001) Työryhmämuistioita 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Huumausainestrategia 1997. (1997) Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Huumausainetestien käyttöä selvittäneen työryhmän muistio. (2002) Työryhmämuistioita 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Jallinoja, P. & Helakorpi, S. & Uutela, A. (2002): Suomalaisen aikuisväestön kontaktit huume-

meisiin ja mielipiteet huumeista vuonna 2001. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2

Kainulainen, H. (2000): Huumeiden käytön rangaistavuus Suomessa. Lisensiaatintutkimus. Oikeustieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

Kainulainen, H. (2002): Pitääkö huumeiden käyttäjää rangaista? I: Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (red.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, 229–251. Helsinki: Gaudeamus

Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (red.) (2002): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus

Kullat, M. & Laisi, R. & Viljanen, M. & Ovaska, A. (2002): Toimintakertomus Helsingin terveysneuvontapiste Vinkin toiminnasta vuonna 2001

Mäkelä, K. (2000): Om alkoholpolitik, hövlighet och blicken för det konkreta. (Intervju av Christoffer Tigerstedt.) Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 17 (3): 213–219

Mäkelä, K. & Poikolainen, K. (2001): Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta. Yhteiskuntapolitiikka 66 (4): 360–365

Mäki, J. & Rosenqvist, P. & Saarinen, M. (1996): Huumetaudit yritetään taltuttaa: Puhtaat ruiskut ja neulat vähentävät huumeiden käyttäjien tarttuvia sairauksia. Helsingin Sanomat 25.10.1996

Narkomaanien hoidon järjestäminen Helsingissä. (1991) Työryhmän raportti. Helsinki: Helsingin kaupunki

Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö. (2000) Komiteamietintö 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Nuorvala, Y. & Tourunen, J. (2001): A study of legal aspects of substitution treatment programmes in the EU Member States: Finland. (Manuskript.)

Opioidiriippuvaisten narkomaanien lääkehoito-työryhmän muistio. (1993) Aiheita 13 Helsinki: Stakes

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehit-

täneen työryhmän muistio. (2001) Työryhmämuistio 21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Parker, H. & Aldridge, J. & Measham, F. (1998): Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use. London: Routledge

Partanen, J. & Metso, L. (1999) Suomen toinen huumeaalto. Yhteiskuntapolitiikka 64, 2:143–149

Partanen, P. & Hakkarainen, R. & Holmström, P. & Kinnunen, A. & Lammi, R. & Leinikki, P. & Partanen, A. & Seppälä, T. & Simpura, J. & Virtanen, A. (2001): Amfetamiinien ja opiaattien käytön yleisyys Suomessa 1999. Suomen lääkäri-lehti (56) 43: 4417–4420

Piispa, M. (1999): Alkoholi, huumeet ja media. Viisi tapaustutkimusta päihdevalistuksen mahdollisuuksista. Helsinki: Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja 9

Piispa, M. (2001): Sanomalehtien tarjoamat huumeviestit. Yhteiskuntapolitiikka 66: 5 463–470

Poliisin huumausaineiden vastainen strategia vuosille 2003–2006. (2002) Helsinki: Sisäasiainministeriö, Poliisiosasto

Shiner, M. & Newburn, T. (1999): Taking tea with Noel: the place and meaning of drug use in everyday life. I: South, N. (red): Drugs. Cultures, controls and everyday life, 139–159. London: Sage

Soikkeli, M. (2002): Miten puhua huumeista. Helsinki: Stakes

South, N. (red) (1999): Drugs. Cultures, controls and everyday life. London: Sage

Suomen kansallinen HIV/AIDS-strategia. (2002) HIV-asiantuntijaryhmän ehdotus Suomen kansalliseksi HIV/AIDS-strategiaksi. Työryhmämuistioita 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Tammi, T. (2002): Onko suomen huume politiikka muuttunut? I: Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (red.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa, 252–271. Helsinki: Gaudeamus

Virtanen, A. (2001): Huumausainetilanne Suomessa 2000. Tilastoraportti 1/2001. Helsinki: Stakes.

Summary

Pekka Hakkarainen & Christoffer Tigerstedt:
*A conflicted drug policy – the normalisation of
the drug problem in Finland*

Drug use and its attendant problems in Finland are still far removed from the top levels in Europe. Nonetheless, a considerably more conflicted drug political situation than the earlier prevailing consensus around a restrictive policy has quickly emerged. In less than a decade, drugs have become a recognised social fact and problem that must be addressed, though probably never entirely eradicated.

The article tests the thesis of the normalisation of drug use that is often brought up in the international debate. The British debate can be summarized in two main points: the significant increase of supply and demand ('normal' as "widespread") as well as the increased social and cultural acceptance of drug use ('normal' as "accepted"). The article shows that there can be no talk of normalisation in Finland in terms of these two issues. However, in many ways drug problems have become a commonplace in the country and have thus forced the authorities, political decision-makers and other actors to re-evaluate thoroughly the drug issue. In this sense there are grounds for the normalisation of drugs ('normal' as "a social fact").

The article reviews the reports, official documents and new statutes drawn up on drugs during the past decade. In addition, drug political reforms that have caused controversy are also covered. It is thus concluded that drug policy has retreated from a unified policy based on a penal conception towards a more varied and conflicted policy model.

Yhteenveto

Pekka Hakkarainen & Christoffer Tigerstedt:
*Ristiriitojen huumepoliitiikka – huumeongel-
man normalisaatio Suomessa*

Huumeiden käyttö ja sen aiheuttamat ongelmat Suomessa ovat vielä kaukana eurooppalaisesta huipputasosta. Meillä on kuitenkin nopeasti kehittynyt entiseen verrattuna huomattavasti ristiriitaisempi huumepoliittinen tilanne. Vajaan kymmenen viime vuoden aikana huumeet on tunnustettu sosiaalisiksi tosiasiksi, ongelmaksi jota vastaan täytyy taistella, mutta jota tuskin pystytään kirkemään tyystin pois.

Artikkelissa testataan kansainvälisessä keskustelussa esillä ollutta teesiä huumeiden käytön normalisaatiosta. Brittiläinen keskustelu on tiivistettävissä kahteen seikkaan: kysynnän ja tarjonnan oleelliseen kasvuun (normaali merkityksessä yleistä) sekä huumeiden käytön sosiaalisen ja kulttuurisen hyväksymisen lisääntymiseen (normaali merkityksessä hyväksyttyä). Artikkelissa osoitetaan, että näiltä osin normalisaatiosta ei Suomen kohdalla voida puhua. Monessa mielessä huumeongelmat ovat kuitenkin arkipäiväistyneet maassamme ja pakottaneet viranomaiset, poliittiset päättäjät ja muut toimijat arvioimaan huumeekysymystä perinpohjaisesti uudelleen. Tässä mielessä on perusteltua huumeiden normalisaatiosta (normaali merkityksessä sosiaalinen tosiasia).

Artikkelissa käydään läpi viimeisen kymmenen vuoden aikana laaditut huumeita koskevat mietinnöt, viranomaisdokumentit ja uudet säädökset. Lisäksi käsitellään keskeiset kiistoja aiheuttaneet huumepoliittiset toimenpideuudistukset. Johtopäätöksenä esitetään, että huumepoliitiikka on vetäytynyt rikosoikeudelliseen näkemykseen perustuvasta, yhtenäisestä huumepoliitikasta kohti monipuolisempaa ja ristiriitaisempaa politiikkaa.

Storpolitikk, alkoholpolitikk og forskning

På 80-tallet arbeidet jeg i noen år med utenriks-, forsvars- og u-hjelpspolitikk som politisk funksjonær og dessuten som styreformann i en forskningsinstitusjon (PRIO).

Det var slående hvor lite kontakt det var over de formelle faglige grensene, hva enten det gjaldt akademia, forvaltning eller administrasjon. De sikkerhetspolitiske ekspertene kunne lite om markedsøkonomiske spørsmål, og søkte sjelden etter en økonomisk agenda i de sikkerhetspolitiske motiver. Og økonomene var kanskje enda mindre orientert om tradisjonell sikkerhetspolitikk. De skarpe fagskillene gjør at beslutningstakere får liten fagkompetanse å støtte seg til på helhetsnivå, derimot tung faglig styrke på sektorfeltet. Forhold som kan ha stor betydning for politikken blir ikke adressert fordi forholdet ligger utenfor fagfeltet. Jeg har sett mange eksempler på hvorledes et faglig "kikkertsyn" kunne føre til helt feilaktige konklusjoner.

Det er slående hvorledes man også på rusfeltet har svak faglig kontakt mellom de ulike sektorer fra alkoholpolitikk og allmennforebygging til behandling og ettervern.

Å få til tverrfaglighet for å sikre helhetsspektivet er vanskelig. Jeg kjenner det fra alle

områdene jeg har arbeidet med. Og det er beslutningstakeren som savner det mest.

Forvaltning og forskning skal gi politikerne et godt grunnlag for de valg hun må gjøre. Mange forskere på alkoholområdet kvier seg for å komme i en posisjon der de skal gi råd om politikken. De vil peke på at en politisk beslutning bygger på mange valg som ikke er strengt vitenskapelige, og at de ikke ønsker å bli trukket inn i den. En høy politisk profil fra forskningens side er ikke uten negative virkninger, spesielt på lengre sikt. Allmennhetens tillit til det faglige votum kan bli svekket, slik man kanskje ser tendenser til på miljösidene. Men det må ikke forhindre dem som arbeider med systematisert viten i å utvikle kunnskap på det helhetlige nivå. (Jeg vil komme mer tilbake til dette på et senere tidspunkt i denne spalten.)

Diskusjonene rundt endringene i EUs konstitusjon ved det kommende konventet kunne lett ha blitt oversett alkoholpolitisk. De som følger "the grand design" har sjelden noen oppmerksomhet rettet mot hvilke virkninger dette vil få for, for eksempel, rusfeltet. De som følger rusfeltet vil på sin side sjelden ha interesse av konstitusjonelle spørsmål i EU.

Det er en rekke spørsmål som står på konventets dagsorden og det er lett å bli forvirret. Den offentlige oppmerksomhet er rettet mot landenes styrkeforhold i de ulike EU-organer i fremtiden.

Vel så viktig på lang sikt er hvor skillet i ansvar mellom EU og medlemslandene skal gå. Skal EU få flere politiske oppgaver og på den måten bli noe mer enn et fellesmarked?

Det økonomisk baserte paradigme utfordres av dem som peker på at dersom EU skal kunne beholde folkelig oppslutning må den også kunne drive politikk, ikke bare være markedspoliti. Endringene i EU- traktaten på 90-tallet (Maastricht og Amsterdam) innebar en forsiktig oppgradering av en slik bredere politisk ambisjon. Men den viktigste motstand mot en slik utvikling var og er knyttet til frykten for å overlate mer politikk til EU-byråkratiet.

European Public Health Organisation (EPHA), med den ledende anti-tobakkbevegelsen European Cancer League som en sentral medlemsorganisasjon, er en pådriver for å styrke EUs kompetanse, og redusere medlemslandenes rett til å bestemme for eksempel reklamereglene. En grunn er at Tyskland reiste sak mot EU i EF-domstolen om reklameforbudet og vant. Eurocare er engasjert av de samme grunnene. Også på miljøområdet er det mange NGO-er som vil ha økt makt til EU på bekostning av nasjonalstaten.

Antakelig kommer ikke konventet til å legge seg på en radikal endring i EUs politiske kompetanse i denne omgang. De har mer enn nok å slite med når det gjelder styringsregler for beslutningene med ti nye medlemsland. Men problemstillingen om økt EU-kompetanse på folkehelse og miljø er reist. Den krever en diskusjon også i en nordisk kontekst: Er vi tjent med å styrke EUs kompetanse på folkehelseområdet eller ikke. Forskningen skal selvsagt ikke produsere argumenter for den ene eller andre politikken, men den skal sammen med forvaltning og organisasjoner få

fram hva det kan få av konsekvenser på vårt lille område av politikken dersom ansvarsdeling mellom EU og medlemslandene endres. Denne siden av prosessen rundt konventet har liten oppmerksomhet. Feltets aktører må selv forstå betydningen av å følge med i "storpolitikken" for å fange opp forhold som kan få betydning for politikken på det spesialiserte nivå.

Statsviteren Trygve Ugland har gjennom sitt doktorgradsarbeid fra 2002 "Policy Re-categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies." (Sirus Report No 1/2002) lagt et meget verdifullt grunnlag for å forstå hvilken påvirkning den europeiske integreringspolitikk har på alkoholpolitikken i Norden og i Europa. EU befinner seg hele tiden i forandring, rent geografisk, men også strukturelt. Ugland har påvist en gjensidig påvirkning.

Nå blir utfordringen å følge endringene i EU videre vurdert i forhold til alkoholpolitikken.

Endringer i kompetansen når det gjelder folkehelse spørsmål kombinert med økende ambisjoner om å trekke folkehelseparametere som tobak- og alkoholbruk inn i EU- planen for styrket konkurranseevne (Lisboaprosessen), kan gi muligheter for en betydelig styrking av den "europeiserte" alkoholkontrollpolitikken. Men dette må avveies mot hva man taper i nasjonal kontroll på folkehelseområdet. Forskning, forvaltning og organisasjonene må alle være med og få fram et faglig grunnlag for å foreta disse politiske vurderingene.

Men globaliseringen betyr at man også på andre politiske arenaer vil kunne få beslutninger som påvirker alkoholpolitikken. En kommende arena for diskusjon er Verdens handelsorganisasjons arbeid med felles regler for handel med tjenester (GATS).

Det er viktig at alle er seg bevisst at "storpolitikken" kan ha direkte betydning for små politikkområder. Følger man ikke med kan reaksjonene komme for seint. Her har alle aktører et ansvar.

Bernt Bull

Nya analyser av alkoholpolitiska erfarenheter

Robin Room (red.): The Effects of Nordic Alcohol Policies – What happens to drinking and harm when alcohol controls change? NAD publication 42, 2002. 180 s.

Alkoholpolitiken har som ett led i folkhälsopolitiken varit ett viktigt inslag i de nordiska välfärdsstaterna med dess betoning på prevention eller, med modern terminologi, hälsofrämjande. Det har dock blivit allt svårare att försvara denna viktiga del av välfärdspolitiken på grund av den allt starkare marknadsekonomin och globaliseringen. Det tog många århundraden innan man lärde sig något om alkoholens skadliga verkningar. Det var först 1849 en svensk psykiater vid namn Magnus Huss införde sjukdomsbegreppet ”kronisk alkoholism”, och under den senare hälften av 1800-talet fick nykterhetsrörelsen förfäste i de nordiska länderna. Som ett resultat av denna utveckling infördes system för strikt alkoholkontroll under den första fjärdedelen av det tjugonde århundradet. Strax därefter inledde flera intressegrupper kampanjer för att mildra kontrollen och i dag har man lyckats minska den avsevärt.

Det går mycket snabbare att glömma bort något än att lära sig. Därför kommer denna boks granskning och nya analyser av undersökningar som under de senaste ca femtio åren genomförts i de nordiska länderna om alkoholpolitikens inverkan på alkoholkonsumtionen och drickandets skadeverkningar högst lägligt. Många av dessa viktiga studier

har dessutom tidigare endast publicerats på ett nordiskt språk.

I det inledande kapitlet ingår en kortfattad granskning av alkoholkontrollens bakgrund och utveckling samt en översikt av nordisk socialvetenskaplig alkoholforskning sedan 1950. Läsaren påminns om att alkoholpolitiken sågs som en del av välfärdsstaten och att evidensbaserad kunskap uppfattades som ett nödvändigt inslag i den sociala planeringen. Det är anmärkningsvärt att författarna använder imperfektum när de skriver detta. Därmed förmedlar de ett budskap till läsaren om att denna aspekt kanske ibland förbises i dag. Konsumtionen per capita förblir alltjämt en viktig indikator på den allmänna alkoholpolitiken, men det är viktigt att förstå att olika åtgärder har särskilda effekter på olika segment av befolkningen.

Beläggen från 50 år av nordiska studier i hur förändringar i alkoholkonsumtionen är kopplade till förändringar i politiken, vanligen en minskning av kontrollen, granskas i kapitel två. Bortsett från upphävandet av förbudslagarna i Finland, Island och Norge som ägde rum före den period som granskningen täcker, gav avskaffandet av motboken i Sverige år 1955 och införandet av mellanöl i livsmedelsaffärerna i

Finland år 1969 de mest drastiska effekterna tillsammans med den stora ökningen av försäljningsställen för alkoholdrycker. Alla dessa omständigheter ledde till en markant ökning av både konsumtionen per capita och de alkoholrelaterade skadorna. En vanlig common sense-observation bekräftas av denna översikt, dvs. att liberaliseringen av alkoholpolitiken har den största inverkan på de individer som är mest restriktiva i sitt beteende, men även på storkonsumenter, som börjar dricka ännu mera. Denna utvärdering av erfarenheterna från det förflutna borde kunna hjälpa såväl beslutsfattare som den stora allmänheten att förstå vilka effekter som kan väntas av alkoholpolitiska beslut i framtiden.

De följande sju kapitlen, som grundar sig på en analys av data från samtliga nordiska länder belyser ytterligare denna sistnämnda effekt och gör det lättare att förstå de särskilda effekterna av olika alkoholpolitiska linjedragningar på olika segment av befolkningen.

Två kapitel grundar sig på en ny analys av data från finländska enkäter från år 1968 och 1969, för att undersöka vem som började dricka mera och hur konsumtionstillfällenas kännetecken förändrades. Dessa undersökningar visade att förändringar i konsumtionen tycks i stora drag vara proportionella mot den ursprungliga konsumtionsnivån i en bestämd grupp (kapitel 3) och att ökad tillgänglighet till alkoholdrycker inte bara leder till kvantitativa utan också kvalitativa förändringar (kapitel 4).

I kapitel 5 används data från upprepade enkätundersökningar och tidsserieanalyser av alkoholförsäljning för att undersöka kon-

sekvenserna av legaliseringen av mellanölet på Island år 1989. De största förändringarna i konsumtionsmönstret skedde under det första året efter att ölet införts och kvarstod till stor del tre år senare. Försäljningen per capita ökade som väntat det första året, men minskade åter temporärt i samband med en allvarlig ekonomisk recession för att år 1999 på nytt nå 1989 års nivå.

Hur avskaffandet av mellanölet i livsmedelsaffärerna i Sverige år 1977 (kapitel 6) och hur vin- och spritförsäljarstrejken i Norge år 1982 (kapitel 7) inverkade på alkoholrelaterade sjukhusvister undersöks genom tidsserieanalys. Resultaten visar en klar nedgång i konsumtionen per capita i Sverige och en minskning av alkoholrelaterade intagningar på sjukhus i båda länderna.

Effekterna av ett experiment

med förlängda tider för alkoholservering i Reykjavik undersöks i kapitel 8. Erfarenheterna var i allmänhet negativa, utom att nattskiftet blev lättare för polisen eftersom folksamlingarna på gatorna efter stängningsdags fördelades mer jämnt över hela natten!

I kapitel 9 visas det med surveydata att politiska åtgärder kan vara användbara för att minska alkoholkonsumtionen bland unga. En 15-års åldersgräns för inköp av alkoholdrycker infördes i Danmark år 1998. Avsikten var att ge föräldrarna ett budskap om att barn och alkohol inte hör ihop.

I det avslutande kapitlet riktas uppmärksamheten på den nordiska erfarenheten att omfattande förändringar i den fysiska eller ekonomiska tillgängligheten (bl.a. alkoholpriserna) kan ha stora konsekvenser. Effekttorleken på-

verkas emellertid också av andra samtidiga omständigheter, som t.ex. den allmänna ekonomiska situationen. Förändringar i politiken har dessutom olika effekter på demografiska och andra grupper, även om missbrukare tenderar att påverkas i proportion till sin tidigare konsumtionsnivå.

Under det ökande trycket från alkoholindustrin är det nödvändigt att hålla bokens viktiga avslutande budskap i minnet: "Från ett politiskt perspektiv är det verkningarna på omfattningen av missbruksproblemen som spelar den avgörande rollen." De nordiska undersökningarna av effekter av politiska beslut stödjer en generell alkoholpolitik snarare än mer snävt inriktade åtgärder.

Tómas Helgason

Översättning: Carl-Erik Skarp

I pendelrörelsen mellan

behandling och straff

Hildigunnur Ólafsdóttir (red.): Skyldig eller sjuk? Om valet av påföljd för narkotikabruk. NAD-publikation Nr 40. Helsingfors, Hakapaino Oy 2001. 246 s.

Själva titeln på denna publikation implicerar att samhället kan välja mellan att betrakta narkotikabrukaren som sjuk eller skyldig och att betraktelsesättet har betydelse för vilken påföljd som anses lämplig, troligen ett straff om man anses skyldig (till att ha begått en ogärning) och någon form av vård om man anses sjuk. Nu kunde denna antologi ha varit

just så enkel och beskrivit hur man i olika nordiska länder resonerat kring detta dilemma, men författarna behandlar ärendet på ett mer komplext sätt. I själva verket får läsaren klart för sig att en narkotikabrukare varken behöver vara sjuk eller skyldig och att kontroll och behandling kan vara svåra att skilja åt och att de kan tjäna samma eller skilda syften.

En nordisk översikt

I den första delen "Straff og behandling – översikt over lovgivning og praksis" ger Annette Storgaard (DK), Heini Kainulainen, Aarne Kinnunen & Petra Kouvo-nen (FIN), Hildigunnur Ólafsdóttir & Erlandur S. Baldursson (I), Ragnar Hauge (N) och Per Ole Träskman (S) en genomgång av hur man valt att hantera narkotikabruk i de olika nordiska länderna. I den andra delen, "Strategi og ideologi bak kontroll og behandling" resonerar Britta Kyvsgaard, Ingrid Sahlin, Astrid Skretting, Torbjörn Tännsjö och Hedda Giertsen kring hur man kan förstå vårt sätt att hantera narkotikabruk utifrån vår historia och ideologi. I den sista delen "Erfaringer fra igangvaerende

projekt” redogör Anette Storgård, Kerstin Svensson, Heini Kainulainen, Patrik Johansson & Monica Skrinjar och Mika Ikkala för resultat av sina pågående studier av olika myndigheters sätt att hantera narkotikabrukare. Delarna är inte alltid så väl sammanhållna och några av författarnas bidrag kunde lika väl ha passat in i någon annan del än den de hamnat i. Exempelvis skulle Kerstin Svenssons kapitel ha kunnat ingå i delen ”Strategi og ideologi bak kontroll og behandling”. Det här problemet ligger kanske inbyggt i ”antologin” som form, i vilken olika forskare självständigt och utan exakta instruktioner skriver om sin forskning och dess koppling till ett visst ämne som sedan ska fogas samman till en helhet med en klar struktur.

I detta fall är ämnet av sådan karaktär att det kan innehålla en mängd olika infallsvinklar; praktik, ideologi, filosofi, psykologi, juridik, epidemiologi och sociologi är bara några exempel på ämnen utifrån vilka man kan studera hanteringen av narkotikabruk. I denna antologi utgör sociologi med inslag av juridik utgångspunkten. Det handlar om en kritisk sociologi där man försöker gå bakom praktiken och förstå samt kritiskt granska dess utformning. Jag ska i det fortsatta genom att beskriva innehållet och lyfta fram det jag ser som särskilt intressant försöka besvara frågan om hur författarna lyckas med denna uppgift.

Pendlingsrörelser i Norden

Hildigunnur Ólafsdóttir beskriver i introduktionen till boken utvecklingen av den gamla, och fortfarande aktuella, konflikten mellan kontroll och behandling

samt den nya behandlingsvågen som på olika sätt berört de nordiska länderna. Detta är själva upprinnelsen till boken som bygger på föredrag från en konferens om kontroll och behandling.

I den första delen av antologin framkommer att vi i Norden haft en likartad utveckling av straffsystemen även om vissa element slagit igenom mer i vissa länder. På Island och i Finland fick behandlingstanken inte samma genomslag som i övriga länder. Kanske är den annars generella utvecklingen från strafftänkande till behandlingstanke och åter till strafftänkande tydligast i Träskmans beskrivning av det svenska systemet. Under 1800-talet dominerade den klassiska skolan, där brottets allvarlighetsgrad bedömdes och straff sattes därefter. Senare (när varierar lite mellan länderna) uppstod behandlingsideologin med tanken att brottslingen i grunden var sjuk och därmed skulle botas. Behandlingstanken fick till följd att proportionaliteten mellan brott och straff åsidosattes till förmån för ett beaktande av individens situation och behov vid valet av påföljd. Under 1900-talets andra hälft kritiserades dock behandlingstanken bl.a. för bristande rätts-säkerhet och bristande rättvisa med följden att ett nyklassicistiskt synsätt tog vid. Återigen betonades rättvisa och proportionalitet. Samtliga författare i den första delen av boken ger en allmän beskrivning av straffsystemets utveckling i sitt land och går sedan in på de möjligheter att hantera drogbrukare på som existerar idag. Det framgår att det finns en stor flora av åtgärder och jag frågar mig om det är möjligt att använda sig av dessa med någon konsekvens?

Träskman ger en bra genom-

gång av hur drogbrukare kontrolleras i Sverige, men jag saknar motsvarande genomgång när det gäller vården. Trots att han själv påpekar att missbrukarvården domineras av frivillig vård domineras Träskmans del om behandling av en beskrivning av tvångsvården. Man får inte heller någon förståelse för hur svårskiljaktiga de två begreppen kontroll och behandling är. När framställningen koncentreras på rättsliga aspekter, vilket är förståeligt emedan flera av författarna är jurister eller kriminologer, innebär det att bilden av drogbruk som ett brottslighetsproblem förstärks. Det finns dock flera likheter mellan hur ett problematiskt alkoholbruk och drogbruk hanteras trots att det ena är kriminaliserat och det andra inte. Förutom skillnaderna mellan länderna avseende behandlingstanke kontra klassisk straffrätt märks skillnader i narkotikapolitiken på skalan mellan ”harm reduction” och nolltolerans, där Danmark har den mest skadelindringsinriktade politiken och Sverige hårdast håller fast vid ”det narkotikafria samhället” som mål. I Sverige har också tvångsvården haft ett starkare fäste än i övriga länder.

Rättssäkerhet kontra behandlingsoptimism

I den andra delen vill jag särskilt lyfta fram Britta Kyvsgaards kapitel ”Straffrelig ideologi og praksis i det 20. århundrede” och Ingrid Sahlins kapitel ”Gränskontroll och disciplin – strategier för kontroll och förändring”. Kyvsgaards kapitel kan ses som en fördjupning av de beskrivningar som gavs i den första delen av boken av de olika ländernas sätt att hantera drogbrukare. Hon visar hur vi har pendlat mellan två ytter-

ligheter, en strikt behandlings-tanke kontra en strikt klassisk straffrätt, samt hur båda extrem-punkterna haft negativa inhumana konsekvenser: behandlings-tanken med sina långa vårdtider och sin rättsosäkerhet samt den klassiska straffrätten med sitt rigorösa, pessimistiska och hårda system. Enligt Kyvsgaard pågår en behandlingsrenässans och hon påpekar vikten av historiekännedom för att inte pendeln ska slå över för hårt igen: "Ikke mindst med nutidens jagt efter noget nyt er der tilbøjelighed til at glemme, at det nye allerede er gammalt." Frågan jag ställer mig är om det bara existerar dessa två möjligheter eller en kombination av dem, eller om det kan finnas andra sätt som vi ännu inte provat?

Även om jag sympatiserar med Kyvsgaards beskrivning av pendlandet mellan de två ytterligheterna anser jag att det måste finnas en mängd andra förklaringar till svängningarna utöver den bristfälliga historiekännedomen. Exempelvis skulle jag vilja föra in mediernas, domstolarnas och eventuellt läkares eller andra vårdande yrkesgruppers makt samt politikernas vilja att visa styrka genom att reagera på brott. Vad gäller behandlingstankens återtag in i rättssystemet, som för övrigt belyses mer på djupet av Anette Storgaard i kapitlet "Behandlingsideologiens come-back i små portioner" i bokens sista del, finns det paralleller till den svenska utvecklingen, även om den bestraffande aspekten fortfarande tycks råda där. I Sverige har vi till exempel en relativt stor fångpopulation trots att fängelse kommit att ersättas med andra verkställighetsformer för stora grupper dömda. Sluten ungdomsvård är en nyare tidsbestämd påföljd som ersatt fängelse för ungdomar

och påföljden utdöms på längre tider än de tidigare fängelsestraffen (Kühlhorn 2002), trots att strafftiderna enligt lagstiftningen snarast borde ha blivit kortare. En förklaring är att domstolarna vill ge de vårdande institutionerna som tar emot de dömda en rimlig vårdtid, vilket är i linje med det Kyvsgaard troligen skulle kalla en alltför långtgående behandlingstanke.

Ingrid Sahlins kapitel skiljer sig avsevärt från de tidigare beskrivna kapitlen. Hennes framställning kan snarare ses som ett sätt att analysera det som tidigare i antologin beskrivits av andra, nämligen hur man på olika sätt, vare sig det är med behandlingstanke eller klassisk straffrätt, försöker kontrollera dem som stör ordningen, i detta fall drogbrukare. Hon söker komma åt den mer osynliga (i förhållande till straff och tvångsvård) maktutövningen och hur denna kan motiveras/överleva trots att den inte uppfyller de krav som annars ställs på maktutövning. Sahlins tar sig an denna svåra och viktiga uppgift med hjälp av Foucaults maktteorier. Hon identifierar två maktstrategier och kallar dem gränskontroll och disciplin. Gränskontroll handlar om att utestänga individer från territorium antingen genom att aldrig släppa in dem eller genom att slänga ut dem. Ett exempel är ett behandlingshem där vissa grupper inte tas emot eller utvisas. Strategin förutsätter att de oönskade grupperna/individerna beskrivs som 'fienden' eller 'hotet'. Disciplinen som strategi syftar enligt Sahlins till ett ordnat samhälle där individer inom ett territorium kontrolleras med hjälp av övervakning, stöd, sanktioner eller karriärer. Åtgärderna legitimeras med att de är till för indi-

videns bästa och individerna beskrivs antingen som offer, svaga stackare med behov av hjälp eller som omotiverade, oförbätterliga skurkar som förtjänar att straffas även om åtgärderna fortfarande inte får strida mot individens "egentliga" behov. Sahlins visar också hur de båda strategierna samexisterar och hur deras blandning leder till vad som enligt min mening kan kallas maktmissbruk. Kanske är det vad som sker när pendeln slagit för hårt över åt behandlingshållet. Det som för mig är tilltalande med Sahlins presentation är att den är applicerbar på alla typer av oönskade beteenden och individer, samt att den klär i ord den osynliga typen av maktutövning.

Disciplineringens janusansikte

Från den sista delen av antologin väljer jag att närmare kommentera Kerstin Svenssons kapitel "Straff och behandling, två delar av samma helhet". Kerstin Svensson utgår ifrån Ian Hacking's teori om att handlingar är relationella. Straff och behandling är ingenting i sig, men blir just till straff eller behandling i ett sammanhang. Även Svensson använder sig av Foucaults maktteorier och menar att både straff och behandling kan förklaras som den dressyr av själen som disciplineringen innebär. Med hjälp av två fallbeskrivningar illustrerar Svensson att straff och behandling inte går att skilja ifrån varandra. Det som av en definieras som straff upplevs av en annan som behandling och tvärtom. Svensson menar att avgörandet av vad en handling är inte ligger i handlingen i sig. Hur den uppfattas beror istället på intentionerna och förväntningarna hos den som berörs

av handlingen samt hos den som beskriver den. Svensson använder olika definitioner av såväl straff som behandling för att resonera kring huruvida olika handlingar ska ses som straff eller behandling. I fråga om straff innehåller definitionerna subjektiva upplevelser som till exempel "lidande" eller "obehag". Därmed blir individernas upplevelse av handlingarna det som till sist avgör hur de ska betraktas. Därmed behövs andra, tydligare begrepp för att beskriva handlingar. Svensson är i slutet av sitt kapitel inne på samma spår som Sahlin, nämligen att den "vårdande makten ... möjliggör en flexibilitet som döljer intentioner och sammanhang" och hon menar att den individualiserade variationen försvårar motståndet och att makten därmed kan fortsätta att verka diffust.

För att bena lite i det som Kerstin Svensson skriver om tänker jag mig att det finns tre aspekter utifrån vilka handlingar blir straff och/eller behandling, nämligen (1) utförarens (kan vara behandlaren/bestraftaren och/eller lagstiftaren) intentioner, vilka kan uttryckas på ett sätt som döljer de verkliga intentionerna, (2) mottagarens upplevelse och (3) den utomstående beskrivarens synsätt. Det Svensson gör är att genom mottagarens upplevelse visa att oavsett om utförarens intentioner är att straffa eller behandla kan handlingen vara densamma och att oavsett om handlingen har en viss avsikt kommer den att upplevas olika av olika mottagare och

därmed beskrivas på olika sätt av den utomstående beskrivaren. Utförarens intentioner tycks intressanta för Svensson främst på så vis att hon kan visa att utförarens retorik blir en form av maktmedel som verkar disciplinerande. Disciplineringen av själen innebär också att vi kontrollerar/straffar oss själva eller, liksom en av personerna i Svenssons fallbeskrivningar, utför integritetskränkande handlingar mot oss själva. Frågan är hur vi ska kunna bedöma om en disciplinering är negativ? När kan en handling anses ha gett upphov till att exempelvis vårdtagaren ser på sitt behov av kontroll precis som den vårdande makten ser på kontrollbehovet? För att ta ett exempel: Utgör urinprover inom metadonprogrammet ett stöd för patienten, vilket det ofta beskrivs som av utföraren, eller i huvudsak tänkt som en kontroll av vårdtagarna? Hur ska vi se på de metadonpatienter som vill ha urinprov och de som inte vill det, men ändå tvingas lämna urinprov för att få metadon? Det är inga enkla frågor, men Kerstin Svensson ger oss en utgångspunkt som kan vara användbar.

Inom olika forskningsprojekt har jag stött på skillnader just i hur klienter/patienter/intagna/vårdtagare å ena sidan och behandlare/bestraftare/vårdgivare å andra sidan talar om och beskriver vad behandling är. Det verkar som om vårdkonsumenterna tycks vara i linje med Kerstin Svenssons diskussion.

Slutligen

Antologins författare tycks befinna sig en liten bit från mittpunkten, där pendeln slagit över från behandlingstanke till strafftänkande. Det förefaller som om nordiska forskare i dag i huvudsak bekymrar sig över den rättsosäkerhet som smyger sig in i systemet vid allt för mycket behandlingstänkande. Kanske är det inte så förvånande i en tid då vi alltmer talar om "evidence-based" och "what works?". Det är också på behandlingssidan, enligt min mening, som disciplinering och gränskontroll möts och den diffusa maktutövningen får utrymme.

Även om det märks att författarna kommer från olika discipliner och har olika utgångspunkter bildar antologin en spännande blandning där olika avsnitt kompletterar varandra. Det man inte får i ett kapitel får man i ett annat. Jag vill därför rekommendera denna antologi till alla som är intresserade av våra samhällens hantering av drogproblem.

Jessica Palm

Referens

Kühlhorn, E. (2002): Sluten ungdomsvård. Rättsliga reaktioner på de ungas brott före och efter införandet. Forskningsrapport nr. 5, 2002. Statens institutionsstyrelse.

Pentti Saarikoski

i gudarnas gunga

Pekka Tarkka: Pentti Saarikoski. Åren 1937–1966,

Söderström & Co. Atlantis 2003. 415 s.

Översättning: Mårten Westö

Svenskarna har redan tidigare kunnat läsa om Pentti Saarikoskis stränga religiositet och ensamma sexualitet i hans ungdomsdagbok. Nu får de veta mer om en av sina märkligaste invandrare, det brådmogna geniet diktaren Pentti Saarikoski. Sina åtta sista år tillbringade han på ön Tjörn med sin fjärde hustru Mia Berner. Till sammans med henne översatte han till svenska sin stora Tiarnia-trilogi som anses vara en lyrisk höjdpunkt. Finska språket förblev hans Ithaka och hem – därifrån emigrerade han inte. Pekka Tarkka publicerade den första delen av den finska biografen år 1996. I höst kommer den avslutande delen som förhoppningsvis även översatts till svenska. Redan år 1967 lekte Pentti Saarikoski med tanken att ungdomsvännen skulle bli hans biograf och överlämnade till honom en kappsäck full med papper som förvarats på vinden hos den första hustrun.

Oretuscherat och rabulistiskt

Ingen kunde ha varit mer kompetent än Pekka Tarkka, som bevarar både en kritisk distans och sensibilitet när han skildrar ljuset och de hotande skuggorna i den unge rabulistens liv. Han belyser de mörkaste skrymslen och censurerar varken sexorgier eller förlop-

pen i de offentliga skandaler som huvudaktören framprovocerade och länge njöt av tills clownmasken tyngde.

Risk föreligger att läsaren stannar vid en – i och för sig ofta rättmätig – moralisk indignation inför diktarens ansvarslöshet och våghalsiga övermod som förorsakade mycket lidande. Men i så fall undgår man att upptäcka allvaret, desperationen och ångesten och det som fick människor att fascineras och förföras. Ålskande kvinnor hade han verkligen bakom sig. Språket tackar han sin mor för. Vem kan låta bli att uppleva denna levnadsteckning som deprimerande och djupt tragisk – som en epikris över en människa som aldrig fick hjälp. Måste priset för det konstnärliga skapandet bli såhär orimligt högt?

Konst föds ur motsättningar

Pentti Saarikoski gick inte att ringa in i gängse psykiatriska termer och mötte aldrig en psykiater som skulle ha varit lyhörd inför hans rop på hjälp. Det var före Alice Millers teser om det överbeväpnade barnets tragik. De hårt spända renhetskraven i ungdomen kontrasterar mot den amoralitet och trolöshet som blev kokarden i hans credo. För denna livsfilosofi fanns litterära förebilder

hos Henry Miller, William Burroughs, Allen Ginsberg, Dylan Thomas. I Egon Friedells Kulturhistoria läste han om genialitetens samband med sinnessjukdom och fick näring för sin övertygelse att vara en utvald övermänniska. Han var näställdst av fyra barn i familjen som tillhörde en lägre medelklass med idealiserade rötter i det förlorade Karelen. Medan fadern var frontsoldat hade familjen likt många andra tagit sin tillflykt till släktingar i Sverige. I skolan blev hans begåvning tidigt uppenbar. Som konfirmand briljerade han med att studera Nya Testamentet på grekiska. Läraren i ansedda Finska Normallyceum förutspådde honom en lysande akademisk karriär. Till tornet i angränsande Johanneskyrkan, som länge var hans andliga hem, förde han sina förtrogna klasskamrater Matti Klinge och Anto Leikola – senare berömda män i staten. Jag påminner mig att svenskspråkiga Brobergsska samskolan låg i närheten. I en klass gick åtta blivande finlandssvenska författare – en hette Claes Andersson, född samma år som Pentti. På den tiden var språkmuren hög!

Faderns alkoholism, av typ dip-somani, kastade sin slagskugga över familjen.

Pentti väntade han sig mycket av och hade honom att forcera skolan – modern drömde om att han skulle bli präst som den äldre brodern – han inledde faktiskt teologiska studier.

Enfant terrible som förebild

Det går knappast att förstå Pentti Saarikoski utan att se honom mot en fond av det radikala 1960-talet med studentrevolt, uppbrott från småborgerliga normer och sitt försvar av avvikare. Sociologer

kan analysera författarrollen och kopplingarna till självdestruktivitet. Generationen har kallats våt. Det räckte länge innan konstnärer, som blivit förebilder med sina vilda alkoholvanor, besinnade sig och nyktrade till. Endel hann gå under. Saarikoski tog avstånd från en nykterhet i den tappning som AA-rörelsen bjöd ut. Han inspirerades i sitt förakt av Pertti Lindfors, en ”filosofimedarbetare, en man vars intelligens, sociala laggening och alkoholism redan var något av en akademisk legend”. Denne hävdade att det för en intellektuell fanns fyra botemedel från alkoholism. Hör på: ”livsåskådningsmetoden (till exempel religion, AA eller politik); livsuppgiftsmetoden (arbete eller fritidsintressen); de stora kärlekarnas metod samt sist men inte minst att bli en bättre människa (med hjälp av psykoanalys, grupperapi eller andra själsliga metoder). När det gällde den intellektuelle kunde AA och religionen omedelbart strykas från listan; den som lyckades lösa sitt spritproblem den vägen var inte tillräckligt intelligent”. Att bli en bättre människa skulle ha inneburit att pruta på de ideal som var en förutsättning bl.a. för konstnärlig verksamhet. För Saarikoski passade inget – endast politiken återstod.

Han försökte förgäves komma in i riksdagen som kommunist. En dotter döptes efter Hertta Kuusinen. Än de stora kärlekarna? Åtminstone ville han själv bli älskad.

Alkohol som själv-medicinering

På beryktade krogen Hansa föredrev ett kotteri sina dagar och kvällar som överträffade tidigare berömda symposium på hotell Kämp med Jean Sibelius som dryckesbroder. Kapitlet alkohol är i viss mening av sekundärt intresse när det gäller att bedöma författaren Saarikoski men ändå överskuggar det hela hans liv. I boken återges repliker som chockerade offentligheten. Kanske är det bättre att de dokumenteras här istället för att förvanskas i okontrollerbara anekdoter. Men samtidigt – vem skulle orka få sina blamager i det förflutna dokumenterade? Saarikoski var ständigt maniskt produktiv oberoende av om han drack eller hade en nykter period. När han togs in på mentalsjukhus för avgiftning dröjde det inte länge förrän han satt vid skrivmaskinen och över-satte.

Behöver dikt bakgrundsfakta om diktaren för att få djup och bli förstådd? Glöm hans privatliv säger endel som läst biografen. Ett sällsynt förfelat råd – dikt och liv är inflätade i varandra hos denne diktare.

Vad skulle Pentti Saarikoski – liksom Narkissos förälskad i sin spegelbild – ha tyckt om de speglar som hålls upp över hans 29 första år? Han blev tidigt en legend. Vilken roll alkoholen hade som en trots allt sammanhållande kraft och medicin får vi aldrig

veta. Att han förstörde sig själv och mycket i sitt liv på grund av sprit är uppenbart. Men hur skulle det ha gått om han hade fortsatt med den ungdomliga nykterheten? Tanken svindlar!

Redan i tonåren fanns flera psykiatriska diagnoser att fästa på honom. Clownmasken valde han som sköld. Ärligheten imponerar – skenhelig som fadern ville han inte vara. I sin öppenhet kastade han ändå bort nycklarna eller bytte ständigt lås och demaskerade sig.

Inte är det skäl att kalla Pentti Saarikoski en psykologisk gåta. Biografen ger flera ingångsportar till förståelse. Pekka Tarkka har intervjuat över tvåhundra ögonvittnen. Endel läsare av biografen har sannolikt beskäftiga recept på hur diktaren borde ha levat sitt liv för att bli en annan. De frågar: varför satte ingen gränser och varifrån kom alla ”möjliggörare”?

Med klappande hjärta lyssnar jag på Pentti Saarikoskis suggestiva röst när han läser ungdomsdikter på en litterär skiva. Det låter som i en mäsas med hotfull stegring. Bilderna skapades i landskap omgivna av Johanneskyrkans två torn, Fabriksgatan och Stora Robertsgatan. Det skandalomsusade livet skymde länge att han är en av våra stora diktare i gudarnas gunga liksom förebilden Eino Leino.

Ingalill Österberg

GATS påvirker

rusmiddelpolitikken

Handelsavtalen om internasjonal handel med tjenester, GATS-avtalen, kan presse fram en mer liberal og skadelig rusgiftpolitikk. Spørsmål om monopoler, antall utsalgssteder, reklameforbud og prispolitikken for alkohol er noe av det som kan bli berørt. For å kunne øve innflytelse på politikk som angår rusmidler, må en arbeide med WTO-spørsmål, hevdet Aksel Nærstad på et åpent seminar i Oslo i april.

De to norske organisasjonene, AlkoKutt og FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling, gikk i slutten av april sammen om seminaret "Noe må gjøres med rusbrusen" for å sette søkelyset på den grenseløse markedsføringen av alkohol nasjonalt og internasjonalt.

AlkoKutt er en kampanje som sier at noen ganger passer det ikke med alkohol. Et bredt utvalg av norske organisasjoner står bak AlkoKutt. FORUT er en norsk bistandsorganisasjon med bakgrunn fra rusfeltet. Nærmere hundre deltakere kom til seminaret som tok opp spørsmål om WTO og GATS, alkohol og fattigdom, alkoholindustriens organisasjoner for sosialt ansvar, markedsføring av rusbrus i Norge og spørsmålet "hva gjør vi med rusbrusen?".

Handel eller forebygging

Med spørsmålet "Grenseløs liberalisering, WTO og GATS – handel eller forebygging?" innledet

Aksel Nærstad fra den norske bistandsorganisasjonen Utviklingsfondet. Han viste hvordan GATS (General Agreement on Trade in Services) er en grensprengende avtale som i følge Renato Ruggiero, tidligere Generaldirektør i Verdens handelsorganisasjon (WTO), griper inn i områder som tidligere aldri har vært ansett som handelspolitikk. Noen aktører i dette området har klare mål om at det meste skal privatiseres – den offentlige sektor skal gradvis bygges ned og oppgavene overføres til markedet. Vannforsyning er en slik sektor som det har stått stor strid om.

Verdens handelsorganisasjon (WTO) ble stiftet i 1994, med bakgrunn i generalavtalen om handel og tariff (General Agreement on Trade and Tariffs, GATT) fra 1948. Fra begynnelsen var 140 land med i organisasjonen. WTO består av et sett handelsavtaler (28) der avtalen om handel med tjenester (GATS) er en av dem. Handel med patentrettigheter (TRIPS-avtalen) er et annet slikt felt som har fått mye omtale. I tillegg er WTO en forhandlingsarena, og organisasjonen har et tvisteløsningspanel bestående av tre handelsjurister som fungerer som en slags domstol. I WTO arbeider man etter konsensusprinsippet.

Målene for WTO er å bygge ned alle grensehinder for internasjonal handel, bidra til økende grad av liberalisering og økt handel mellom landene generelt.

Men WTO er mer enn en frihandelsorganisasjon. Den beskytter også patentrettigheter og griper i mange tilfelle direkte inn i politiske valg som noen av medlemslandene står overfor. WTO er basert på tre sentrale prinsipper:

- Likebehandling mellom nasjonale og utenlandske selskaper (National treatment)
- Beste lands vilkår (Most favoured nation)
- Ikke flere reguleringer enn det som er nødvendig

Nærstad gikk videre i dybden på GATS-avtalen. Han illustrerte hva avtalen omfatter med at tjenester er "alt du ikke kan slippe på foten din slik at det gjør vondt". Det er en svært omfattende sektor. I industriland utgjør tjenestesektoren 61 % av BNP og i utviklingsland 46 %. Den utgjør på verdensbasis rundt 60 % av alle utenlandske direkte investeringer og 90 % av de fra industrilandene. Det har vært en femdobling i eksport av tjenester fra utviklingslandene fra 1983–1997.

GATS omfatter i prinsippet alle tjenester. I Article I, 3 står det: (b) 'services' includes any service in any sector except services supplied in exercise of governmental authority;

(c) 'a service supplied in exercise of governmental authority' means any service which is supplied *neither on a commercial basis, nor in competition with one or more service suppliers.*"

Stadig økende grad av liberalisering er innebygd i avtalen som et formål, og når først et område er innlemmet i avtalen er det minimale muligheter til å reversere liberaliseringen. Avtalen har fire nivåer:

- Grenseoverskridende tjenestetilbud (for eksempel e-utdanning)
- Forbruk av tjenester i utlandet

(for eksempel turisme)

- Tilbud gjennom etablering (investeringsavtale)
- Bruk av utenlandsk personale (arbeidsmigrasjon)

Punkt 4 i avtalen fastslår at lover og reguleringer ikke skal utgjøre 'unødvendige handelshindringer'. Det kreves derfor at reguleringer for eksempel av hensyn til sosiale forhold eller miljø skal være; "not more burdensome than necessary to ensure the quality of the service". Disse kravene om "nødvendighetstest" reduserer hvert enkelt lands muligheter for politisk styring.

Nye forhandlingsrunder, der nærmest ingenting er offentlig startet i 2000 og foregår fortsatt. I disse forhandlingene fremsettes det krav på en rekke sektorer, og i utgangspunktet er ingen sektorer unntatt fra forhandlingene.

Nærstad pekte på at WTO og GATS-avtalen er et viktig tema ut fra både nasjonale og internasjonale alkoholpolitiske konsekvenser. GATS-avtalen kan godt tenke seg å få innvirkning på spørsmålet om oppheving av monopoler (jf. Article VIII) og begrensning av antall utsalgssteder (jf. Article XVI og XVII). Videre er avtalen aktuell i forbindelse med spørsmålet om reklameforbud (jf. blant annet Article VI) og lavere priser. For slike virkemiddel må myndighetene bevise at tiltak er nødvendige for å oppnå det ønskede resultatet. Markedsbasert rusmiddelomsorg, med påfølgende privatisering og konkurranseutsetting er en annen mulig konsekvens av GATS-avtalen. Avtalen vil også redusere u-landenes mulighet til å utforme og iverksette en egen restriktiv alkoholpolitikk, noe som igjen kan føre til større alkoholforbruk og alkoholrelaterte problemer i disse landene. Han pekte på at det foreligger

noe litteratur på feltet, blant annet en god analyse i artikkelen "The GATS: Impacts of the international 'services' treaty on health-based alcohol regulation", skrevet av Jim Grieshaber-Otto and Noel Schacter (i NAT:s supplement år 2002, www.stakes.fi). Likevel mener han det trengs studier og diskusjon om dette.

Avslutningsvis kom Nærstad med tre konklusjoner:

1. Det er en underliggende motsetning mellom WTO-systemet med friere flyt av varer, tjenester og investeringer på den ene siden og arbeidet for å redusere skadene av alkohol gjennom reguleringer av tilgang, priser, reklame mm på den andre siden.

2. WTO-avtalene, ikke minst GATS, presser fram en mer liberal og skadelig rusgiftpolitikk

3. For å kunne øve innflytelse på politikk som angår rusmidler, må en arbeide med WTO-spørsmål.

Nærstad trakk fram følgende internett-lenker for den som ønsker å lese mer.

<http://www.ourworldisnotforsale.org/>

<http://www.wto.org/>

<http://www.citizen.org/trade/>

<http://www.ias.org.uk/theglobe/2001gapa2/trade.htm>

<http://www.stakes.fi/nat/nat01/nr.3/english/gats.htm>

Alkohol og fattigdom

Som rusfeltets bistandsorganisasjon i Norge er FORUT opptatt av å følge trendene i det internasjonale alkoholmarkedet. Øystein Bakke, som arbeider med rusgifter og utvikling i FORUT, la i sin innledning vekt på at rusproblemer er et tilleggsproblem for fattige mennesker og samfunn. Fattige mennesker i u-landene har stor sårbarhet og alkohol bidrar til å øke sårbarheten ytterligere. Pro-

blembildet er ikke ulikt det vi kjenner fra vesten: økonomiske problemer, sykdom, skader, redusert arbeidsevne, vold, husbråk, kvinne- og barnemishandling. Alkohol kan ofte bidra til å holde mennesker fast i en vanskelig situasjon og fattige samfunn og mennesker rammes enda sterkere av disse problemene.

I dag har mange land i tredje verden basert inntekten på skatter og avgifter på alkoholsalg, men utgiftssiden er ikke så lett synlig.

Trenden i alkoholindustrien internasjonalt går bort fra lokal produksjon i liten skala rettet mot lokalt marked mot kapitalintensiv industriproduksjon av globale merkevarer understøttet av intensiv markedsføring. Økt eierskapskonsentrasjon gjennom nye allianser, oppkjøp, sammenslåinger, lisensproduksjon o.l. betyr større fortjeneste og økt innflytelse over eventuell alkohollovgivning. Liberaliseringen som ligger i WTO-systemet drar i samme retning

Alkoholreklame i fattige land i sør står ikke tilbake for det man ser i vesten. Ofte utnytter selskapene religiøse og kulturelle symboler og bruker helsepåstander og seksuelle overtoner.

Reklamen retter seg mot nye brukergrupper og segmenter i markedet, for eksempel kvinner, etniske grupper eller mot stordrikkere med fokus på alkoholstyrke og kvantumsrabatt. Sponsorvirksomhet er en utbredt form for markedsføring som skal bidra til å gi selskapene et skinn av samfunnsansvar. Mange selskaper tar i bruk taktikker som ikke ville være akseptable i deres egne hjemland selv der alkoholreklame er tillatt.

Organisasjoner for sosialt ansvar

Anders Ulstein fra Actis, Rusfeltets samarbeidsorgan sitt Brüssel-kontor, gikk videre inn på hvilke strategier den internasjonale alkoholindustrien bruker, særlig i Europa. Industrien har bestemt seg for at den ikke vil lide tobakksindustriens skjebne i møte med økt helsebevissthet, EUs helseregulativ og stevninger i rettsapparatet. Alkoholindustriens oppfatning ble blant annet uttrykt av Tim Ambler fra Grand Metropolitan i 1984: "Det er generell enighet om at tobakksindustrien reagerte på ikke altfor ulike trusler på en passiv, utilstrekkelig måte, og først og fremst altfor sent". Svaret ble å danne såkalte organisasjoner for sosialt ansvar (Social Aspect Organisations) som skulle bidra til å gi bransjen et ansvarlig ansikt utad.

Markedsanalytiker i Just-Drinks, Ben Cooper, mener alkoholindustrien har lyktes i sin strategi: "That alcohol has not suffered in the same way owes much to the intervention of social aspects organisations (SAOs) such as the UK's Portman Group and the Century Council in the US. These have done much to foster a reasoned debate about alcohol and alcohol abuse, working in areas such as drink-driving and the prevention of under-age drinking"

Organisasjoner for sosialt ansvar ble opprettet fra 1980-tallet. STIVA i Nederland i 1982, Portman Group i UK i 1989 og The Amsterdam Group med nedslagsfelt i hele EU-området fra 1990 er de mest kjente. På internasjonal basis ble International Centre for Alcohol Policies

(ICAP) etablert i 1996. Selv om disse organisasjonene først og fremst finnes i vestlige land er de også i ferd med å se dagens lys i utviklingslandene, blant annet i India og Taiwan.

Organisasjoner som arbeider for sosialt ansvar hevder at drikkemønster er det beste grunnlaget for alkoholpolitikken – ikke totalforbruket. De hevder at ansvarlig drikking kan læres og at selvregulering av markedsføring er å foretrekke framfor restriksjoner. Alkohol er totalt sett et gode for samfunnet og alkoholindustrien skal være en "folkehelsepartner" i følge disse organisasjonene. I alkoholpolitiske spørsmål markerer de seg oftest mot lavere promillegrenser, mot tilfeldige promillekontroller, mot miljømessige tiltak, mot reklameforbud, mot heving av aldersgrenser, mot å redusere tilgjengelighet, mot alkoholavgifter som instrument. De sverger heller til forbygging, som industrien også driver sjøl.

Ulstein kunne imidlertid vise en rekke eksempel på at industriens vilje til selvregulering av markedsføring ikke blir fulgt opp i praktisk handling.

Dr. Peter Anderson har utarbeidet en rapport om organisasjoner for sosialt ansvar for EuroCare: The beverage alcohol industry's social aspects organizations: A public health warning, som Actis, Rusfeltets samarbeidsorgan i Norge har fått oversatt til norsk.

Rusbrusen – en drikk for mindreårige

På seminaret offentliggjorde AlkoKutt en undersøkelse om ungdom og rusbrus. Undersøkelsen er gjennomført av Norsk Gallup

på oppdrag fra AlkoKutt med et utvalg på 280 personer. Den viser at det er de yngste som drikker rusbrus oftest. Totalt oppgir 58% at de drakk rusbrus en gang i måneden eller mer. Ser vi på aldersfordelingen svarer 70% av de mellom 15 og 17 år at de drakk rusbrus minst en gang i måneden. I aldersgruppen 18 – 23 svarer 58% det samme, mens blant de eldste (24–29 år) var det 48% som drakk like ofte.

Undersøkelsen tyder på at ungdom drikker mye hver gang de drikker rusbrus. Nesten halvparten av de som har drukket rusbrus drakk tre flasker eller mer sist de drakk den populære drikk. Nesten 60% av ungdommene sier dessuten at de drikker like mye som før av andre typer alkohol.

På spørsmålet "Sist du drakk rusbrus hvor mange flasker drakk du da?" oppgir 24% at de drakk en flaske, mens 22% oppgir at de drakk to. 47% sier at de drakk tre flasker eller mer.

Dersom vi ser nærmere på de enkelte aldersgruppene, fordeler det seg som følger:

- 50% i aldersgruppen 15–17 år drakk mer enn tre flasker sist de drakk rusbrus.
- 61% i aldersgruppen 18–23 år drakk mer enn tre flasker sist de drakk rusbrus.
- 43% i aldersgruppen 24–29 år drakk mer enn tre flasker sist de drakk rusbrus.

Vi vet fremdeles lite om alkoholforbruket til de under 15 år, men meldinger fra politiet og Natteravnene tyder på at rusbrusen også er blitt en populær drikk i denne aldersgruppen.

Øystein Bakke

Kriminal- och säkerhetsfrågor

stärks i internationell

narkotikapolitik

Tensions in Drug Policy in Western Europe var temat för NAD:s forskarmöte som ordnades i mitten av maj 2003 på nyetablerade Campus Helsingborg, en filial till institutionen för socialt arbete vid Lunds universitet. Detta var inte första gången NAD intresserade sig för internationell narkotikapolitik. År 1992 ordnades ett likartat forskarmöte, som jämfört med det nu arrangerade var synnerligen polemiskt och stormaktspolitiskt inriktat (se NAD-publication nr 24). Inlägg hölls då om infiltration av amerikanska intressen genom "kopiering" och överföring av narkotikabekämpningsmodeller från USA till andra länder, om amerikansk nit och effektivitet vid behandlingen av 1988 års Wienkonvention, om uppbyggnaden av "fortress Europe" med narkotikans hjälp och om början till en europeisk narkotikapolitik. Krigsretoriken och kriget mot narkotikan präglade tidsandan.

Konfliktperspektivet var närvarande även i Helsingborg, men nu skulle det handla mera om nedtrappning av kriget, om de humanitära insatserna för krigets offer och om att få fram teoretiska och empirisk belegg för att öka förståelsen av drivkrafterna bakom narkotikapolitiken. En utgångspunkt var att flera västeuropeiska länder under de senaste 5–10 åren med sina satsningar på

olika slag av s.k. skadereducerande åtgärder de facto har avvikit från den förhärskande internationella drogpolitiken. Dessa länder har fått motta kritik av andra länder men också av FN:s internationella övervakningsorgan (INCB). Tanken med forskarmötet var att mot bakgrund av pågående forskning diskutera dessa spänningar och konflikter mellan nationella och globala intressen, men också utvecklingsdrag och konflikter inom Europa och nationellt.

I det följande upprätthåller vi oss enbart vid de inlägg som handlade om FN-systemet och europeisk narkotikapolitik.

Historien

I sin analys av FN-systemets dokument och regler under 1900-talet tog den kanadensiska historikern Catherine Carstairs fasta på att den internationella narkotikakontrollen de facto uppvisar en förbluffande internationell enighet, något som är sällsynt på andra politikområden. Enigheten har gällt vad de internationella regelverken gått in för att kontrollera under olika tidsperioder.

Carstairs menade att den internationella drogkontrollens historia kan indelas i tre epoker. Dessa skiljer sig ifrån varandra med avseende på vilket slag av gissel (Carstairs använde visserligen be-

greppet risk) narkotikan anses vara. Under den första epoken riktades kontrollen mot *utbudet* av narkotika. Denna epok följde i kölvattnet av försöken att reglera mängden av införsel av opium till Kina i början av 1900-talet. På 1920-talet spred sig i västländerna uppfattningen att droger kunde vara ett hot inte bara mot "andra" utan också mot dem själva. Därmed utvecklades ett system för att kontrollera produktion och användning av narkotika över hela världen.

Det andra skedet inleddes på 1930-talet men fick vind i seglen först på 1950-talet, då narkotikaproblemet allt mera började definieras i termer av *beroende och sjukdom*. Detta gissel skulle hanteras med hjälp av (individinriktade) åtgärder såsom upplysning, behandling och kriminalisering av (miss)brukaren. Det var nu som kontrollen av efterfrågan på narkotika sattes på dagordningen.

Den tredje epoken bevittnar vi idag: narkotikans gissel består av dess komplicerade och mångfaldiga relationer till global och lokal *brottslighet i allmänhet*. I detta skede blir narkotikakontrollen ett tillhygge i den globala kampen mot internationell brottslighet och terrorism och för staters säkerhet.

Modellen skall inte förstås så att de tre epokerna utesluter varandra. Snarare är epokerna additiva, dvs. den tidsmässigt senare epoken tillför de(n) tidigare något nytt och eventuellt också ett nytt övergripande perspektiv på kontrollen.

Carstairs hävdade att de olika länderna i den internationella narkotikakontrollen med framgång lyckats förena sig mot var och en av dessa fiender. Detta tolkade hon som ett tecken på starka

humanitära syften. Carstairs menade att röster mot denna enighet började höras först på 1980-talet. Bland kritikerna nämnde hon The Transnational Institute (www.tni.org), The European NGO Council on Drugs and Development (www.encode.org), The Lindesmith Center (www.lindesmith.org) och The Geopolitical Drug Watch.

På denna punkt fick Carstairs mothugg. Kritik och konflikter har alltid förekommit och de är väldokumenterade i litteraturen. Carstairs har dock rätt i att medborgarorganisationerna är aktiva än någonsin och har stor genomslagskraft. Vidare sattes det frågetecken vid att Carstairs så enfatiskt hävdade den internationella narkotikakontrollens humanitära syften. Var hon i färd med att skriva en historia, där perspektivet bestämdes av de humanitära aktörerna inom drogkontrollen, snarare än av aktörspektret i sin helhet där humanitära kontrollintressen konkurrerar med handels-, närings-, militär- och stormaktspolitiska intressen? I det sammanhanget påpekades det också att USA:s ställning i den internationella narkotikakontrollen varit dominerande alltsedan kontrollsystemet etablerades – något som Carstairs inte endast förbisåg utan rentav förnekade.

Men oberoende av denna kritik föreföll diskussionen vid mötet att ytterligare styrka Carstairs resultat: den internationella drogkontrollen kan gestaltas som tre epoker, som betonat olika huvudfiender – först utbud, sedan efterfrågan och nu kriminalitets- och terrorismbekämpning. Anorlunda uttryckt: Först uppfattades narkotikafenomenet som ett onormalt plågoris, som ett hot från ett främmande territorium. Kontrollen handlade då om att

stöta ifrån sig själva substansen, narkotikan. Därefter började narkotikafenomenet ses som något som finns runt omkring oss, i värsta fall i oss. Narkotikan måste bekämpas på eget territorium och särskild uppmärksamhet fästes vid riskgrupper och missbrukare. Kontrollen inriktades på efterfrågan och (potentiellt) beroende (addiction). Slutligen har narkotikafenomenet i den internationella politiken tenderat att sammanflätas med allmänna globala hotbilder såsom vapensmuggling, människohandel och terrorism. Territoriala gränser upphävs och narkotikan finns överallt och ingenstans – dvs. kontrollpolitiskt: överallt. När så är fallet drabbar narkotikakontrollen i princip alla misstänkta, med andra ord vem som helst.

Alla tre synsätt är aktuella, men man kan som en av seminariedeltagarna, Toivo Hurme från Finland, fråga sig om den internationella kontrollen i ökande utsträckning kommer att ägna sig åt det sistnämnda, dvs. terrorismbekämpning och brottsförebyggande. Hurme skisserade en tudelning av narkotikafrågan på europeisk och nationell nivå: på överstatlig nivå griper man till hårdare tag mot handel och narkotikakriminalitet, medan man på nationell nivå öppnar för lindrigare sanktioner för drogbruk och -innehav. Dessa utvecklingsdrag har varit kännetecknande för de flesta EU-länder sedan mitten av 1990-talet. Hurme menade att den internationella betoningen av narkotikans koppling med terrorism och övernationell brottslighet också kan komma att innebära att efterfrågebekämpningen lämnas över till den nationella nivå, med större lokala och nationella variationer som följd.

Världen

Robin Room från Sverige analyserade diskussionerna och handelserna vid FN:s narkotikakommission (Commission on Narcotic Drugs, CND) senaste möte och ministermötet i Wien i april 2003. Hans konklusion var att någon radikal förändring av den internationella narkotikakontrollen inte är att vänta under de närmaste åren. Visserligen hade toppmötet i april förberetts väl av såväl hela den offentliga apparaten (FN-organ, EU-organ, enskilda nationer) som av forskare och andra aktörer för det civila samhället. Bland dessa ingick både anhängare av och motståndare till de internationella narkotikakonventionerna. Forskarna ser ut att vara mer aktiva bland motståndarna till narkotikakonventionerna, bl.a. inom ramen för The Transnational Institute och The International Journal of Drug Policy, som nyligen utkom med ett särskilt temanummer om narkotikakonventionerna (www.elsevier.nl/locate/drugpo). Forskare fanns dock även företrädare i det internationella seminarium om cannabis som det svenska Mobilisering mot narkotika (MOB) ordnade och som krävde fortsatt strikt cannabiskontroll. Mötena i Wien i april bevittnade också andra uttryck för mobilisering: The International Antiprobibitionist League hade samlat in över 200 riksdagsledamöters underskrifter från 27 länder till förmån för en, som man säger, reform av FN:s narkotikakonventioner. Samtidigt kunde Hassela Nordic Network stoltsera med att bland annat via ungdomsorganisationer ha samlat in 1,3 miljoner underskrifter av enskilda medborgare i olika länder till förmån för status quo.

Enligt Room visade emellertid både diskussionerna och besluten i FN-systemet på en återvändsgränd. Å ena sidan är uppfattningarna om narkotikasituationens utveckling likartade oberoende av narkotikapolitiskt synsätt: med förbehåll för vissa lokala variationer har produktionen och bruket av opiatier och kokain globalt förblivit oförändrade sedan år 1998, men vad gäller cannabis, amfetaminpreparat och ecstasy är trenden uppåtgående praktiskt taget överallt. Å andra sidan är slutsatserna av detta diametralt motsatta: etablissemangen menar att även om framgångarna varit ojämna är några radikala förändringar i tillvägagångssätten inte aktuella och målsättningen "ett samhälle fritt från illegal narkotika" står fast. Oppositionen, som i Wien representerades av en särskild kongress (the Senlis Council), konkluderade däremot att den internationella narkotikapolitiken misslyckats och att själva kontrollsystemet är en del av narkotikaproblemet, eftersom det blockerar nya effektivare alternativ.

I diskussionerna kunde Room spåra nya politiska konstellationer. Visserligen har "harm reduction" blivit en gängse term och visserligen går den nya chefen för kontrollsystemet Antonio Costa in för att neutralisera termen genom att påpeka att all drogpolitik de facto är skadereduktion. Ändå finns det stora skillnader mellan vad som anses vara lämpligt i ett land och vad som är det i ett annat. Generellt taget omfattas skadelindring inte som term och praktik av USA, som under de senaste åren sett ut att få medhåll av majoriteten av de asiatiska och afrikanska länderna. Också i många andra frågor, såsom t.ex. cannabisfrågan där speciellt afrikanska länder har kritiserat en del

europiska länders avkriminalisering av cannabisbruk, har USA fått stöd av Tredje världen. Den globala linjedragningen ser för närvarande ut att gå mellan Europa, Kanada och Australien å ena sidan och USA och resten av världen å andra sidan.

I ett konkret fall, som gällde en resolution om minimikrav som bör gälla läkemedelsbehandling av opiatmissbrukare, såg USA och Europa för en gångs skull ut att dra jämnt, dvs. också USA accepterade formuleringar om substitutionsbehandling. Representer för länder såsom Japan, Ryssland, Sydkorea och Ukraina menade dock att substitutionsbehandling överhuvudtaget inte är acceptabel. Resolutionsförslaget bordlades till år 2004. En del länders representanter menade också att resolutioner om substitutionsbehandling överhuvudtaget inte borde tas upp i Wien, där det är meningen att diskutera och besluta om internationell narkotikapolitik, utan i Genève, där Världshälsoorganisationen har sitt huvudsäte. Åsikten avspeglar den tendens vi nämnde ovan – den internationella narkotikakontrollen är upptagen av brottsbekämpning och anti-terroristaktioner. På tal om detta pekade Room på att delegationerna vid mötet ofta leddes av representanter för justitie-, inrikes- eller polisministerier (speciellt Mellanöstern och Afrika, även Östeuropa, Asien och Latinamerika), utrikesdepartement eller andra motsvarande generella ministerier (USA, Latinamerika, även Östeuropa) mot en minoritet av social-, hälso- och ungdomsministerier (Kanada, Nya Zeeland och Västeuropa). Även detta talar för att narkotikakontrollens kriminal- och säkerhetspolitiska sidor håller på att stärkas.

Europeiska Unionen

Att den narkotikapolitiska utvecklingen i Europa är svår att få grepp om visade Svanaug Fjær (Norge) och Tim Boekhout van Solinge (Holland) i sina inlägg. van Solinge har nyligen utgett en bok om beslutsfattandet i drogfrågor inom EU (boken finns i sin helhet på nätet: www.cedro-uva.org/lib/boekhout.eu.pdf) och serverade deltagarna en solid dos allmän EU-kunskap. Han redogjorde för EU:s tre pelare, hur drogfrågorna placerar sig inom dessa, hur harmoniseringssträvandena för närvarande är "slut" och vilka de aktuella drogpolitiska instrumenten är. Bland dessa instrument nämnde han särskilt de två så kallade "joint actions" av vilka den ena aktivt används och går ut på gemensam riskbedömning av nya syntetiska droger, medan den andra ("approximation of drug legislation") inte överhuvudtaget använts.

Ett begrepp som återkom var "acquis communautaire", dvs. den gemensamma legala grund som EU förvärvat och som inte kan ifrågasättas. I acquis ingår bland annat FN:s tre internationella narkotikakonventioner, vilket kan förefalla paradoxalt. Samtidigt som en del av EU:s medlemsländer lägger stor vikt vid skadereducerande åtgärder i sin narkotikapolitik, står EU som garant för att det strikta FN-systemet lever vidare i bästa välmåga. Som exempel kan nämnas att EU:s tio kandidatländer under medlemsförhandlingarna varit tvungna att visa att de följer konventionernas bokstav. I tillägg bör kandidatländerna leva upp till kravet att föra en kamp mot droger. Detta har bland annat inneburit att EU i förhandlingarna med de nya länderna krävt hårda-

re tag mot narkotika än vad de flesta gamla EU-länderna själva tillämpar.

Att följa hur beslut fattas i drogfrågor i EU är komplicerat, eftersom beslutsprocedurerna är olika i de olika pelarna. I den första pelaren (bl.a. hälsofrågor) gäller majoritetsbeslut men i den andra och tredje pelaren (utrikes- och säkerhetsfrågor respektive justitie- och polisfrågor) måste besluten fattas enhälligt. Ibland

kan en och samma sak stötas och blötas i alla pelare, vilket är orsaken till att den inflytelserika koordinerande HDG-gruppen (Horizontal Drugs Group) grundades år 1997.

van Solinges inlägg och analys byggde mestadels på EU:s formella beslutsprocedurer och mandat. I diskussionen påpekades att t.ex. Europeiska monitoreringscentret EMCDDA besitter makt som vida överskrider det

tekniska insamlandet och bearbetandet av data. Att studera EMCDDA:s betydelse i genererandet av gemensam kunskap och en gemensam syn i narkotikafrågan är något forskare också borde ägna sig åt.

**Pia Rosenqvist &
Christoffer Tigerstedt**

Forskarmöte om köns- perspektiv i drogforskningen

Inledning

Kvinnoforskningsperspektivet blev populärt inom alkohol- och drogforskningen på åttioalet, då kvinnors bruk av rusmedel ökade och gender (köns)-forskningen blev allmännare vid de nordiska universiteten. I några länder, såsom Sverige och Norge, etablerades könsperspektivet som en del av den samhällsvetenskapliga rusmedelsforskningen; i andra länder förblev i synnerhet drogforskningen mer traditionell.

På forskarmötet *Könsperspektivet i drogforskning*, som arrangerades av Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD) i Stockholm den 7–9 maj 2003, gjordes ett försök till en översikt av nyare forskning inom detta specialområde i Norden.

Normerna för både alkohol- och drogforskning är strängare för kvinnor

än för män. Språkbruket vad gäller speciellt kvinnliga missbrukare är i motsvarande grad mera stigmatiserande och fördomsfullt. Narkomanernas subkulturer har sina särigheter beroende på rusmedlets illegalitet: sociala nätverk och fysisk styrka är det som ger trygghet, inte myndigheterna. De här omständigheterna främjar traditionella könsroller, vilket innebär särskilda problem för såväl manliga som kvinnliga missbrukare, också i behandlingen.

Femininitet, maskulinitet, sexualitet och jämställdhet mellan könen är begrepp som omdefinieras ideligen. En idé med forskarmötet var att diskutera dessa begrepp, vid sidan om drogproblematiken. Utöver detta granskades rusmedelsbruk, särskilt drogforskning, samt frågor om missbrukarvård ur könsperspektiv.

Mäns bruk av rusmedel och förändrade livssituationer

En ny mansforskning har uppstått under nittioalet i kvinnoforskningens kölvatten. De traditionella manliga stereotypierna och deras betydelse samt en dekonstruering av machoismen har stått i fokus i forskningen. En intressant forskningsfråga idag är att tolka vad män säger och att få fram det centrala i en intervju-situation med en man. Att intervjua en man kan jämföras med att skala en frukt med tunt skal: berättelsen bryts lätt efter de allmänt hållna inledande fraserna, om intervjuaren inte är tillräckligt finkänslig. Barn, flickvänner och andra aspekter av privatlivet lämnas ofta åt sidan som ovidkommande. Ändå finns själva berättelsen och det egentliga budskapet gömda bakom kommentarer såsom "jag dricker inte så ofta" och "jag dricker på julen och ibland på några fester".

Manliga finska immigranter i Sverige är ett bra exempel på en homosocial manlig subkultur. Unga [finska] män som flyttade till Sverige under medlet av sex-

tio- och sjuttio-talet kom till största delen från små byar på landet, där det sociala trycket var starkt, och arbetsfördelningen mellan könen strikt. I sitt nya hemland fick männen oftast de minst respektabla, tyngsta och smutsigaste jobben. Många hade språksvårigheter och höll sig därför till andra finska immigranter, vilket ytterligare förstärkte deras utanförskap. Jari Kuosmanen från institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet, som har forskat i dessa mäns sociala karriärer, påpekar att de flesta immigranter trots allt byggde upp en normal småborgerlig livsmiljö, men marginella, ofta mycket synliga grupper så som "finnjävlarna" och "Slussens gerilla" har upprätthållit myten om det finska dryckesmönstret.

Tom Leissner, även han verksam vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet, har i sin tur talat med svenska män speciellt om deras drickande. Det gemensamma för mäns beskrivning av sin alkoholkonsumtion verkar vara att då det supas är det alltid av någon speciell anledning, och finns inte en sådan uppstår den i själva drickandet. Typiskt för alkoholbruket är att man inte vill understryka dess uppenbara funktion. En av männen konstaterade exempelvis att en "fuktig" utekväll män emellan rensar luften. "Ni dricker alltså alkohol tillsammans för att rensa luften?" frågade intervjuaren. Och mannen rättade genast: "Nej, men luften *blir* liksom rensad!".

Jarna Soilevuo-Grønnerød från Institutionen för psykologi vid Joensuu universitet (i Finland) har intervjuat unga manliga amatör-rockmusiker. Hon konstaterar att situationer då man dricker alkohol tillsammans är ytterst viktiga för dessa män, de förstärker gruppandan. Unga män har be-

rättat om situationer då de gått med i en haschring fastän de egentligen inte velat det. Men de vill inte heller vara annorlunda eller bråka. När de unga männen talar om sitt band, jämförs det med en familj eller ett äktenskap för att hålla ihop behövs vissa ritualer. Man gör också olika huvudlösa upptåg tillsammans, alltid alkoholrelaterade, förstås. I efterhand kan man skratta åt dem, men också vara stolta över vad det egna gänget förmår.

Kön och könsskillnader i rusmedelbruk

Könet bestämmer individens alkohol- eller drogbruk på olika sätt. Skillnaderna ligger inte enbart i könsrollerna, utan också i det sätt på vilket individen internaliserar rollen. Identiteten påverkas också i hög grad då individen erkänner sitt missbruk och arbetar för att bekämpa missbruket. Under och efter en lyckad rehabilitering måste man bygga upp en helt ny jagbild, säger Leili Laanemets från Socialhögskolan i Lund. Samtidigt måste man också kunna leva med sitt förflutna.

Karin Trulsson från Stiftelsen Kvinnoforum i Stockholm och Ritva Nätkin från Institutionen för kvinnoforskning vid Tammerfors universitet framhäver båda att den traditionella arbetsfördelningen mellan könen syns i det sätt på vilket man använder rusmedel: speciellt arbetarklasskvinnan är tvungen att hitta på en icke-berusningsrelaterad orsak för att exempelvis kunna gå till den närliggande puben. Kvinnor, och speciellt mödrar, får lättare skuld känslor. Kvinnor och män som inte anpassat sig till de traditionella rollerna har å sin sida ofta dåliga erfarenheter av behandling och får dåliga behand-

lingsresultat. De skulle behöva sådan behandling som stöder deras egen identitet för att kunna socialiseras på nytt. Långa, förtroendefulla relationer med en och samma vårdare är ofta en förutsättning för att behandlingen skall lyckas då det gäller dessa "missanpassade" missbrukare.

Man kan betrakta könsskillnader och könsfrågor ur många olika synvinklar. Två litet ovanligare sätt att närma sig forskningsobjektet presenterades vid mötet. Anne Line Bretteville-Jensen från Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) i Oslo har i sin doktorsavhandling studerat skillnaderna i hur tunga missbrukare (i Oslo) sköter sin ekonomi. Hon har konstaterat att kvinnorna reagerar snabbare än männen på förändringar i heroinpriset eller förändringar i de egna inkomsterna. Kvinnorna använder faktiskt också, överraskande nog, något större mängder heroin än männen. Däremot är dödligheten bland kvinnorna lägre än bland männen. Leili Laanemets har tillämpat Ulrich Becks teorier om risksamhället då hon undersökte hur kvinnor som lyckats "komma på det torra" format sin kvinnoidentitet. Blandmissbrukarnas vardagsliv är allt annat än rationellt och riskminimerande med risker som överdosering, våld, sjukdomar, anorexi eller undernäring, mentala problem, självmord och missfall. Mot denna bakgrund är återskapandet av den egna identiteten och femininiteten en central del av rehabiliteringsprocessen.

Även om man tycker att kvinnor som dricker berusningsinriktat eller som använder droger är ansvarslösa och okvinnliga, anses inte heller helnyktra kvinnor eller flickor bete sig i enlighet med samhällets normer. De kanske till och med ses som hot, eftersom de

ger ett intryck av så sträng självkontroll? De stockholmska gymnasieflickor som intervjuats av Alexandra Bogren från institutionen för sociologi vid Stockholms universitet, framhäver upprepade gånger hur bra de är på att koppla av, ha roligt, flirta och bekanta sig med killar, utan alkohol. Just denna oro för att andra skall tro att de är "söndagsskoleflickor", visar hur alkoholbruk och sexuell aktivitet eller promiskuitet kopplas ihop då det gäller kvinnor. Som exempel på detta kan nämnas den bild Ritva Nätkin visade i samband med sin presentation. Bilden föreställde en halvnaken kvinna på en krog, omringad av män. Någon av männen kommenterar: "Just one glass and she is anybody's".

Könsperspektiv i behandling

Behandling och rehabilitering av rusmedelsmissbrukare är ständigt kontroversiella frågor. Det finns t.ex. olika uppfattningar om tvångsbehandling och om behandlingen skall ha inslag av straff. Att anpassa sig till ett frihetsberövande och till en förnedrande behandling på en sluten vårdanstalt är utmaningar redan i sig. Det mest renodlade av slutna samhällen är givetvis fängelset. Ingen har sökt sig dit på eget initiativ, i motsats till vad som är fallet då det gäller många slutna behandlingsenheter. Även om en stor andel av dem som sitter i fängelse är dömda för narkotikabrott, eller stiftar bekanskap med droger senast under fängelsevistelsen, är det ibland svårt att ordna plats till ett avvänjningsprogram eller till en drogfri avdelning. Odd Lindberg vid universitetet i Örebro har intervjuat interner i kvinnofängelset Hinseberg. Han konstaterade att även om internerna numera får

använda civila kläder, måste de ändå avklä sig en stor del av sin könsidentitet då de kommer till fängelset. De är inte längre mödrar, hustrur, döttrar eller flickvänner.

Både på vetenskaplig och praktisk nivå har det diskuterats mycket vilka krav man borde ställa på behandlingsprogram för män respektive kvinnor. Karin Trulsson påpekade ju att alla inte kan förutsättas följa de traditionella könsmönstren. Däremot delas uppfattningarna om könsskillnader bland både klienter och behandlare ganska långt av män och kvinnor. Detta framgår av det pågående projektet vid centrum för samhällsvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD). Både manliga och kvinnliga behandlare menar att kvinnorna skäms över sitt missbruk i högre grad än männen, att kvinnorna har en högre tröskel för att uppsöka behandling och att de också har ett sämre socialt nätverk. Klienterna ansåg oftare än behandlingspersonalen att kvinnor och män inte borde behandlas separat. Forskaren Jessica Palm påpekade emellertid att de färdiga svarsalternativen kanske jämnar ut skillnaderna.

Jessica Palms undersökningsresultat visade att män och kvinnor i någon mån söker olika saker i behandlingen. Samma sak kom fram i den uppföljningsstudie av manliga och kvinnliga klienter som genomförts på den psykiatriska kliniken vid universitetssjukhuset i Reykjavik. Enligt Ása Guðmundsdóttir lider kvinnor av abstinenssymptom i högre grad än män, och behöver en längre tid för rehabilitering. Det mest överraskande är kanske det faktum att kvinnorna inte oftare än männen nämner barnen som motiv för att söka vård. Båda könen uppgav att inre orsaker, kopplade till själv-

kontroll var viktigare motiv.

I öppenvård och terapi är diskussion det primära arbetsredskapet. Det är svårt att prata om sitt eget missbruk, och när man erkänt problemet för sig själv kan det ännu dröja länge innan man förmår formulera det för en annan människa. Katarina Fagerström, som arbetat som gruppterapeut vid Helsingfors ungdomsstation, berättade om hur deltagarna i gruppterapi-sessionen kunde undvika att prata om sina egna problem genom att koncentrera sig på alkohol- eller drogmissbruket hos sina närstående. Fagerström underströk vikten av att, för klientens skull, inte nöja sig med det första svaret man får av klienten då hon tillfrågas om sina egna problem.

Även om samtalet är en viktig arbetsform i den tillitsfulla vårdrelationen, är den inte alltid oproblematisk. Utöver könsidentiteten har klienten också en kulturell identitet, och klienterna är ingen homogen grupp, ens i de nordiska länderna. Elin Berg från Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i Oslo som undersökt invandarmäns inställning till rusmedelsbehandling har upptäckt att terapisaftalen mot dessa mäns kulturella bakgrund var mycket förbryllande. För en muslimsk man kan det anses skamligt att prata om sina egna problem på tu man hand med en kvinna (de flesta behandlare var kvinnor). Mannen skall vara ett stöd för kvinnan, inte tvärtom, och terapisituationer kändes därför hotande för den egna könsidentiteten. Det är därför inte konstigt att många terapeuter egentligen ansåg att dessa män borde erbjudas arbetsplatser istället för samtalsterapi, så att de åter kunde börja försörja sin familj och hävda sin mansroll.

Diskussion

På basen av denna ”könsperspektivträff” märker man att diskussionen om rusmedel är väldigt känslig och personlig och självklarheterna få.

”Det är ingen tillfällighet att den traditionella könsrollsteorin och föreställningarna om en anpassning av den kvinnliga könsrollen till den manliga (...) blev en av de viktigaste utmaningarna för 1980-talets kvinnoforskning, som i mycket hög grad kom att handla om de könsspecifika dragen i kvinnors dryckesmönster och rusmedelsproblem”, skrev Margaretha

Järvinen och Pia Rosenqvist i en antologi år 1991 (Järvinen & Rosenqvist (red.): Kön, rus och disciplin. NAD-publikation nr 20). Man kan påstå att under de drygt tio åren sedan det skrevs har gender-rusmedelsforskningen lyft fram kvinnan ur mannens skugga. Inte heller det manliga rusmedelsbruket ses som en norm, utan forskningen har hittat nya detaljnanser också i det.

Forskarmötet gav många intressanta öppningar till diskussioner som det kunde vara värt att fortsätta. Bland annat framfördes önskemål om att ungdomarnas uppfattningar om drogbruk och

sexualitet skulle lyftas fram i diskussionerna. Även metodologiska frågor betonades.

NAD:s sekretariat skall under detta år överväga hur man kunde gå vidare utgående från seminariet. I första hand planeras ett arbetsmöte (år 2004), och vi hoppas också på att kunna initiera ett gemensamt nordiskt projekt. De som deltog i mötet den 7–9 maj kontaktas automatiskt, övriga intresserade ombeds vänligen kontakta NAD:s sekretariat (nads@kaapeli.fi).

Sari Rauhamäki

En järndos av alkoholforskning

Alkoholkommittén, Socialdepartementet, Statens folkhälsoinstitut och SoRAD – Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning – ordnade i Stockholm den 14 maj en heldag om aktuell alkoholforskning. Syftet var att informera om pågående forskning, dess resultat, hur resultaten kunde användas och vad man vill veta mera om.

Av de ca 250 åhörarna arbetade majoriteten som alkohol- och drogsamordnare ute i kommunerna, vid socialtjänsten, en del vid länsstyrelser, landsting och hälsovård och särskilda mottagningar, samt i organisationer. Det var en imponerande samling forskning, en fullsatt sal och en nära nog perfekt mötesuppläggning, där takten anslogs av Jens

Orback med intelligens, humor och stil. Orback hade valt att i stället för att bara lyssna och ställa frågor också intervjua en del föredragshållare och diskutera med dem, något som höll intresset vid liv dagen ut.

Robin Room hade turen att bli den första talaren. Med sitt budskap kom han att ange tonen. Robin Room försökte sig omedelbart på att avliva två myter – för det första att det inom överskådlig framtid finns en manipulerbar gen eller ett magiskt piller som en gång för alla kan lösa alla alkoholproblem. Detta har enligt hans uppfattning att göra med inte bara att alkoholproblemen är av så olika slag och så mångfacetterade men också med att människor uppskattar just de effekter av al-

kohol som har med berusning att göra. Berusningen är eftersträfvansvärd, men dessvärre är de negativa effekterna starkt kopplade till de positiva, och detta gäller naturligtvis både stor- och normalkonsumenter. Sociologen Rooms inlägg föll visserligen inte Karolinska institutets professor Lars Terenius i smaken. Terenius talade om arv och alkohol. Ändå kunde de enas om att kunskapen om ärftliga anlag, att en individ har en större risk än mången annan att få alkoholproblem med tiden, inte automatiskt innebär att personen låter bli att dricka. Vad man skall göra med en sådan kunskap utgör ett både etiskt och praktiskt problem vilket borde diskuteras mera. Och även om det är tänkbart att vissa individer kan få mera hjälp av piller mot alkoholberoende, betyder det inte att all annan behandling skall lämnas åt sidan, snarare tvärtom: rådgivning, socialt stöd, träning och återanpassning är grundläggande beståndsdelar i behandling av alkoholproblem, och det kan kompletteras med medicinering.

Det andra som Robin Room framhävde var vikten av att i preventionen satsa på något annat än det uppenbara. I klartext betydde detta att det gäller att satsa på annat än skolupplysning, upplysningsprogram har vanligen inte några mätbara effekter. Även om man av andra skäl skall se till att sådan ges i skolor och finns tillgänglig i allmänhet kan upplysning inte ersätta andra slag av preventiva åtgärder. Torbjörn Sjölungs (STAD-projektet) inlägg blev en konkretisering av Rooms påstående. Sjölund hade utvärderat programmet Prime for life och visade utan omsvep att programmet inte hade någon som helst effekt på ungdomars dryckesvanor. I övrigt skissade Room upp en mängd andra saker vi borde veta mera om, såsom högrisksituationer och -grupper, kulturellt förankrat supande och informell kontroll.

Håkan Leifman (SoRAD) intervjuades om konsumtions-trenderna, om de ökningar man sett och de ytterligare ökningar som var att vänta mot bakgrund av danska skattesänkningar och upphävningen av de särskilda kvoterna för privatimport av alkohol från andra EU-länder.

Sven Andreasson (Statens folkhälsoinstitut) gav en överblick av akuta och kroniska alkoholskador, som visade att de kroniska i varje fall inte ännu ökat, men att de akuta hade gjort det. Klara Hradilova Selins (SoRAD) inlägg gav en bild av andra typer av skador, dvs. mindre förtret man råkat ut för på grund av sitt eget drickande och upplevelser av andras störande drickande. Att forskningen också försöker närma sig orsaker till alkoholbruk och brukets betydelser visade inläggen av SoRAD-forskarna Hanako Sato och Maria Abrahamson. Sato hade intervjuat 16-19 åringar, Abrahamsson 19-25 åringar. Sato underströk de vuxnas betydelse, deras åsikter och beteende som måttstock för de unga, medan Abrahamson visade på alkoholens positiva och negativa betydelse i unga vuxnas umgänge. Helhetsintrycket var att könsrollerna var rätt traditionella och berusningsinriktningen uppenbar. Mats Berglund m.fl. från Lunds universitet redogjorde för ett omfattande projekt där unga studerande skolades i stresshantering och i måttliga dryckesvanor: i ett senare skede kommer insatsernas effekter att evalueras. Jessicorna (Palm och Storbjörk)

talade om kvinnor och män i behandling utgående från det massiva forskningsprojektet som SoRAD bedriver i Stockholm. Andra mer behandlingsinriktade inlägg handlade om alkoholvanor hos gravida kvinnor (Mona Göransson, Åsa Magnusson vid Karolinska institutet), om behovet av stöd för särskilda (hyperaktiva) skolbarn (Britt af Klinteberg Stockholms universitet, psykologi, Per-Anders Rydelius, Karolinska sjukhuset) och om möjligheterna att implementera screening och intervention i hälso- och sjukvården (Anna Karlsson, Linköpings universitet).

Alla presentationer kunde också beställas i efterhand vilket underströk dagens karaktär av att utgöra en liten smakbit av det forskningen kan erbjuda – lite större munsbitar kan man få genom vidare läsning. Under dagen hann också den ansvariga ministern Morgan Johansson vara med en stund och "praktikerna" Gunnar Ågren från Statens folkhälsoinstitut och Anders Häregård från Precens diskuterade förhållandet mellan forskningen och praktiken, något som kunde bli temat för ett annat seminarium.

Pia Rosenqvist

NAD-NYTT

Nordiska Ministerrådet genomför institutionsanalys

Nordiska Ministerrådet (NMR) skall genomföra en ekonomisk, administrativ och organisatorisk analys av institutionsstrukturen på välfärdsområdet. NMR söker verktyg som skall möjliggöra att institutionerna kan koncentrera sig på sina fackliga uppgifter utan att det administrativa och ekonomiska arbetet tar för mycket tid. NAD hör till de åtta institutioner som skall analyseras.

I analysens mandat sägs att målet med konsekvensanalysen är att skapa nya lösningar, möjligheter och redskap som skall gagna samarbetet inom sektorn och möjliggöra att institutionerna inom sektorn är bättre utrustade för att möta framtidens mångartade krav. Mera konkret skall analysen bl.a. innehålla:

”a. mulige gevinster ved omorganisering, sammen-slåing, hel- eller delvis samlokalisering af institutionernes virksomhedsområder på med andre nasjonale institusjoner og systemer eller andre tiltak som kan styrke sektorens institusjoner som helhet i forhold til sektorens samarbeidsprogram, Nordisk Ministerråds virksomhetsplaner og andre relevante bakgrunnsdokumenter;

b. forslag til eventuelle ændringer i institutionsstrukturen som følge av rapporten”

Uppdraget har givits åt en svensk konsultfirma, vars konsulent Bengt Holmblad genomför analysen under perioden maj-september 2003. Bengt Holmblad besökte NAD den 17 juni 2003 och diskuterade NAD:s situation med institutionschef Pia Rosenqvist och styrelseordförande Inger Gran från det norska Sosialdepartementet.

Analysen med förslag skall vara klar i augusti/början av september, och skall därefter diskuteras med institutionerna, kontaktpersoner och ministerrådssekreteriatet. Den slutliga behandlingen sker på ämbetsmannakommittéernas möte den 12–13 november 2003. Tidsplanen är alltså extremt stram.

NMR genomförde år 2002 en motsvarande analys på området för utbildning, forskning och IKT. Nio institutioner ingick i analysen. De föreslagna åtgärderna är rätt drastiska. Den danska evalueraren Peder Olesen Larsen föreslår bl.a. att NMR i framtiden inte i väsentlig grad skall påta sig ansvaret för grundfinansiering av institutioner som bedriver forskning. I stället föreslås att ett nordiskt ”Centre of Excellence”-program skall upprättas. Fyra av de nio institutionerna föreslås på kortare eller längre sikt överföras till nationella institutioner, med fortsatt finansiering från NMR. Man föreslår vidare att två institutioner skall läggas ner helt som självständiga institutioner, men NMR kan besluta om startanslag för att upprätta eller vidareföra samarbetet till ansvariga nationella institutioner på området. De slutliga besluten om dessa nio institutioners framtid fattas den 31 oktober 2003.

NMR lägger stor vikt vid att synliggöra det nordiska samarbetet, och verkar försöka hitta alternativ till institutionsbaserad verksamhet. NMR gjorde redan på 1990-talet en innehållslig evaluering av sina institutioner. Ett av syftena med denna evaluering var att omorganisera i alla fall en del av de permanenta institutionerna, vilka ansågs dyra och tungrodda. NMR:s institutioner är emellertid heterogena både då det gäller verksamhet och storlek. Många av dem är också rätt etablerade vid det här laget, d.v.s. kända av sina ”användare” runtom i Norden. Det är således inte lätt att hitta fungerande, icke-institutionsbaserade lösningar.

Nytt treårskontrakt under arbete

NAD:s verksamhet styrs av Nordiska ministerrådet genom treåriga mål- och resultatkontrakt. Förebildelserna för ett nytt kontrakt 2004–2006 har inletts under våren 2003 och skall slutbehandlas under hösten.

När NAD för tre år sedan diskuterade grunden för sitt nu gällande kontrakt konstaterades att alkoholkonsumtionen de facto låg på samma nivå som på 1980-talet med undantag av Finland, men att det snarast var de förändrade villkoren för de samhälleliga åtgärderna som krävde forskningsinsatser. Nu ser Norden ut att vara inne i en lång trend av konsumtionsökning. Forskare har hävdat att det kanske inte tar alltför lång tid innan Sverige och Norge uppnår genomsnittet för EU-konsumtionen, dvs. 12 liter ren alkohol/år för personer över 15 år. Danmark är redan där, och Finland väldigt nära. Man har försökt förklara varför dryckestrenderna i Norden har gått uppåt, men i det vindrickande sydliga Europa neråt, men några entydiga förklaringar har inte kunnat identifieras. Man har inte heller entydigt kunnat visa att konsumtionsökningar eller minskningar beror på förekomsten eller avsaknaden av samhälleliga åtgärder. Att inga enkla förklaringar duger understryker alkoholbrukets och -vanornas starka kulturella förankring. Alkoholen är idag klart kulturellt bejakad i Norden – den finns med vid festliga tillfällen och i ökande grad också i vardagen. Att följa med och skaffa information om dryckesvanor och dryckesmängder är därför fortfarande viktiga forskningsteman, liksom jämförelser mellan länderna. För att förstå dryckesvanornas determinanter och förändringar behövs dock mångfacetterad samhällsvetenskaplig forskning som går utöver dryckesvaneundersökningar och som betraktar dryckesvanorna ur ett samhälleligt och teoretiskt perspektiv. NAD vill stimulera den typen av kulturanalytisk, kvalitativ forskning. Detsamma gäller drogbruk och drogvänor. Också här kan man se en konsumtionsökning och en spridning till olika samhällsgrupperingar, samtidigt som det är svårt att påvisa att olika slag av narkotikapolitiska åtgärder skulle ha haft effekter.

Då det gäller prevention, politik och behandling är efterfrågan på kunskap också mångfacetterad. De flesta önskar prevention av missbruk men helst inte sådan som ingriper i det normala (alkohol)bruket. Var gränsen går för normalt bruk eller brukssituationer diskuteras föga. Kampen om alkohol som en trivial eller speciell vara pågår. I konsumenternas intresse försvaras låga skatter och därmed billiga varor, och kon-

sumenternas rätt till självbestämmande. Alkoholindustrin och -handeln är inte sena att dra en lans för sunda, goda, vardagliga och festliga vanor. De ”nya” brukarorganisationerna på narkotikasilan är konsumentrörelser – de försvarar ett större och rikare utbud av sådan behandling som drogkonsumenterna önskar, och snabbt.

Forskningen om de lokala aktionsprogrammen är ett fortsatt viktigt tema: förankring av (statliga) antagna program i kommuner och i lokala miljöer eftersträvas. Åtgärder av annat slag än pris- och tillgänglighetsbegränsning vidtas i alla länder: Sverige har sin alkoholkommitté och stora satsningar på lokal nivå, i Finland har man låtit skriva handlingsprogram och försöker också där utveckla det lokala ansvarstagandet; i Danmark stimuleras kommunerna att göra upp alkoholpolitiska handlingsplaner. I alla nordiska länder framhävs betydelsen av att förebygga narkotikabruk och narkotikamissbruk, särskilt bland unga. Det behövs kunskap om (alternativa) tillvägagångssätt: hur bedriva upplysning och kampanjer, hur engagera på lokal nivå, hur behålla åtminstone vissa delar av vardagen (som trafik) och vissa skeden i livet (som ungdom eller graviditet) fria från alkohol och droger och sist men inte minst: hur kan man bäst motverka narkotikamissbruk och alkohol- och narkotikaskador när utbudet ökar? Alla dessa är teman som NAD kan ta upp, belysa på nordisk nivå, initiera projekt och ordna seminarier om.

Systematiska litteraturoversikter och kunskaps-sammanställningar kan bli aktuella.

Det är påfallande att alkoholbehandling generellt sett diskuteras oerhört lite, medan skadereducerande insatser och läkemedelsbehandling av narkomaner är ofta förekommande debattämnen. Behandlingen av andra typer av drogproblem än heroinberoende är ett tema som kunde tas upp på nordisk nivå bland forskare och praktiker.

Diskussionen om framtida satsningar och verksamhetsformer fortsätter – kommentarer är välkomna (nads@kaapeli.fi).

Forskarmöten våren 2003

NAD ordnade två forskarmöten i maj: ”Könsperspektivet i drogforskningen” ordnades den 7–9 maj i Stockholm. ”Tensions in drug policy in Western Europe” ordnades den 12–13 maj i Helsingborg. Båda forskarmötena presenteras på annat håll i detta nummer av NAT.

Kommande möten och pågående projekt i korthet

* Alcohol & Stress

Forskarmötet "Alcohol & Stress" ordnas den 9–11 oktober 2003 på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. De lokala arrangörerna är Göteborgs universitet och Nordiska hälsovårdshögskolan, med NAD som medarrangör och en av seminariets huvudfinansiärer. Bland föredragshållare finns Rolf Ekman, Morten Grønbaek, John Laberg och Matti Peltonen. Anmälningstiden utgick den 20 maj, men intresserade kan ännu försöka komma med. För ytterligare information: www.nhv.se/nar

* Alkoholpolitiskt temamöte i början av november 2003 (vecka 45)

Ett temamöte om innebörden och konsekvenser av globaliseringen samt alternativ till en på pris och tillgänglighet baserad alkoholpolitik planeras. Mötet är tänkt att hållas i Stockholm och vänder sig till både administratörer, forskare och andra som arbetar med alkoholprevention.

Intresserade kan vända sig till NAD:s sekretariat, och i väntan på den särskilda utlysningen beställa den av NAD finansierade rapporten av Lise Hellebø:

Lise Hellebø: Nordic Alcohol Policy and Globalization as a Changing Force. Working Paper 5 – 2003, Stein Rokkan Centre for Social Studies.

Rapporten kan beställas från Rokkansenteret (adress: Nygårdsgaten 5, N-5015 Bergen, e-post: post@rokkan.uib.no, www.rokkansenteret.uib.no) och från NAD:s sekretariat (www.kaapeli.fi/nad).

* Jämförelser av alkoholvanor och attityder, fyra delstudier

NAD tog år 2001 initiativ till jämförelser av de senaste nationella alkoholundersökningarna med tanke på att belysa befolkningens alkoholkonsumtion, dryckesvanor och attityder. Vid ett arbetsmöte i maj 2002 beslöt den sammankallade forskargruppen att arbeta vidare under fyra separata teman:

- dryckestrender i Norden från 1979 framöver, medverkande: Hildigunnur Ólafsdóttir (IS), Håkan Leifman (S) och Kim Bloomfield (DK),
- betydelsen av ålder och generationer för dryckesvanor (kohortstudie), medverkande: Ellen Amundsen (N), Einar Ødegård (N), Heli Mustonen (FIN) och

Håkan Leifman (S),

- konsekvenser av alkoholbruk ("Alcohol Related Experiences, ARE"), medverkande: Karin Helmersson Bergmark (S) och Pia Mäkelä (FIN), samt
- åsikter och attityder till alkoholbruk och -politik ("Public Opinion on Alcohol and on Alcohol Policies, PAP"), medverkande: Lau Laursen Storgaard (DK), Lena Hübner (S), och Karin Helmersson Bergmark (S).

Ett gemensamt arbetsmöte hölls den 6 februari 2003 i Stockholm. Gruppen diskuterade och enades om hur den skulle gå tillväga för att få tillgång till data från olika surveyundersökningar i de olika länderna. Vidare beskrevs syftet för arbetet i de enskilda grupperna kort. Grupperna siktar i första hand på att producera enskilda artiklar, men möjligheten att producera en gemensam rapport/sammanfattande artikel utesluts inte. Tidsplanen för arbetet är att under innevarande år producera artiklarna, så att de kan diskuteras vid ett gemensamt möte i februari 2004.

* Skattesänkningarnas inverkan på alkoholvanor

Robin Rooms projektgrupp vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet har tillsammans med Kim Bloomfield (numera Danmark) ansökt om finansiering av en panelundersökning om konsekvenserna av skattesänkningar för alkoholvanorna av de nordiska forskningsrådets samarbetsorgan NOS-S. Projektet har en design som innebär att samma personer intervjuas ett flertal gånger om sina alkoholvanor under året 2003 före de aktuella förändringarna. Ett planerings- och koordineringsmöte hölls på SoRAD i Stockholm den 19–20 maj 2003 i vilket Robin Room, Kim Bloomfield, Hanna Rasmussen (DK), Gerhard Gmel (CH), Håkan Leifman (S), Pia Mäkelä (FIN), Ole-Jørgen Skog (N) och Esa Österberg (FIN) deltog. Planeringsmötet finansierades av NAD.

Kommande NAD-publikationer

NAD-publikation nr 43: Houborg Pedersen, Esben & Tigerstedt, Christoffer (red.): "Regulating drugs – between users, the police and social workers" utkommer i augusti/september 2003.

Ytterligare två NAD-publikationer är under arbete: Publikationen "Sport and substance use in the Nordic countries" (arbetsitel) tar upp historiska perspektiv, uppkomsten av den "modärna" sporten, frå-

gor om doping och sponsoring, sportens eventuella roll i förebyggande arbete m.m. Boken redigeras under sommaren och hösten, och beräknas utkomma senhösten 2003.

Den andra planerade NAD-publikationen baserar sig på ett internationellt forskarmöte som NAD ordnade i oktober 2002 om hur beroende ser ut och kan utforskas i livsloppsperspektiv. Detta möte kunde ses som en fortsättning på några tidigare internationella forskarmöten om "natural recovery", det vill säga spontant tillfrisknande. För ytterligare information om själva mötet, se NAT nr 5–6/2002, s. 422–423.

Boken kommer att innehålla fem huvudkapitel: 1) teoretiska modeller för beroende och tillfrisknande, 2) lekman- och förhärskande uppfattningar om beroende, 3) sociala och psykologiska processer, 4) berättelser om beroende och tillfrisknande samt 5) bruks- och missbruksförlopp. Boken redigeras under höstens lopp av en redaktörsgrupp som består av Anja Koski-Jännes (FIN), Jan Blomqvist (S), Leif

Öjesjö (S) och Pia Rosenqvist (NAD), och den beräknas utkomma i början av år 2004.

NAD:s personal

Vid sekretariatet arbetar för närvarande institutionschef Pia Rosenqvist, projektledare Sari Rauhamäki (t.o.m. 31 augusti 2003), administrationssekreterare Maaria Lindblad och NAD:s civilpliktiga John Åhman. NAD:s projektledare Petra Kouvonon återvänder till sekretariatet den 1 september 2003.

Kontaktuppgifter till sekretariatet: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), Annegatan 29 A 23, FIN-00100 Helsingfors, Finland; telefon: +358-(0)9-694 8082 (Pia Rosenqvist, Maaria Lindblad), 694 9572 (Sari Rauhamäki, Petra Kouvonon); fax: +358-(0)9-694 9081; E-postadress: nads@kaapeli.fi. Aktuell information om NAD: <http://www.kaapeli.fi/nad>.

RÄTTELSE

I NAT 5–6/2002 i Mikko Lagerspetz' artikel om utvecklingen av drogpolitiken i Estland citeras den estniska psykiatern Anti Liiv på s. 404. På grund av ett tekniskt misstag blev citatet förkortat. Det skall ännu fortsätta ett stycke med meningarna "Eftersom rehabiliteringen är ovanligt dyr och samtidigt har en låg effektivitet, är det tvivelaktigt om några storskaliga rehabiliteringsförsök kan vara ekonomiskt meningsfulla i Estland. Frågan borde diskuteras i offentligheten på ett uppriktigt sätt." De här åsikterna är med andra ord dr. Liivs och inte artikel-författarens.

r & a

er et naturlig møtested for alle i rusfeltet. Her er utfordrende debatter, reportasjer, intervjuer og fylldige temadeler i hver utgave.

Sjekk tidligere utgaver og abonnementspriser på

www.rus.no

Seks utgaver i året.

abonnement@universitetsforlaget.no



UNIVERSITETSFORLAGET



Bidrag i detta nummer av

Bakke, Øystein, Cand. polit., prosjektleder for ”Rusgifter og utvikling”, FORUT, Torggt. 1, N-0181 Oslo

e-post: oystein.bakke@forut.no

Bull, Bernt, Internasjonal rådgiver, Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan, Torggt. 1, N-0180 Oslo

e-post: bernt.bull@actis.no

Ellström, Elisabeth, fil.kand., för kontakt hänvisas till Anders Romelsjö (se nedan)

Hakkarainen, Pekka, pol.dr, Alkohol- och drogforskning, STAKES, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, PB 220, FIN-00531 Helsingfors

e-post: pekka.hakkarainen@stakes.fi

Helgason, Tómas, professor emer., Miðleiti 4, IS-103 Reykjavík

Leifman, Håkan, fil.dr, SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: hakan.leifman@sorad.su.se

Palm, Jessica, fil.mag., SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: jessica.palm@sorad.su.se

Rauhamäki, Sari, projektledare, Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), Annegatan 29 A 23, FIN-00100 Helsingfors

e-post: sari.rauhamaki@kaapeli.fi

Romelsjö, Anders, professor, SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: anders.romelsjo@sorad.su.se

Room, Robin, professor, SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: robin.room@sorad.su.se

Rosenqvist, Pia, forskningssekreterare, Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), Annegatan 29 A 23, FIN-00100 Helsingfors

e-post: pia@kaapeli.fi

Stenius, Kerstin, docent, SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: kerstin.stenius@sorad.su.se

Storbjörk, Jessica, fil.kand., SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Sveaplan, Stockholms universitet, S-106 91 Stockholm

e-post: jessica.storbjork@sorad.su.se

Tigerstedt, Christoffer, pol.dr, Alkohol- och drogforskning, STAKES, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, PB 220, FIN-00531 Helsingfors

e-post: christoffer.tigerstedt@stakes.fi

Österberg, Ingalill, fil.kand. Petergatan 6 D 99, FIN-00140 Helsingfors