

IMPROVING ONE'S DRINKING HABITS

– on different patterns of change and on the role of alcohol treatment

Our knowledge about how people improve their risky or problematic drinking habits comes largely from studies of treated groups. At the same time, we know that drinking problems as a clinical phenomenon and drinking problems at the population level constitute two different "worlds". The study which is presented in this report attempts to bridge this gap and to give an overarching view over various ways of changing drinking patterns that are causing distress or harm. The study builds on telephone interviews with a representative sample of almost 3,000 adult Swedes, of which a good ten per cent can be classified as "former risk drinkers". Analyses presented in the report make it clear that the latter group is a truly heterogeneous one, representing a number of different change patterns. They also indicate that a large majority, even of those who overcame diagnosable alcohol dependence, did so without professional treatment. As discussed in the end chapter, this does not mean that we could easily do away with or substantially cut down treatment. What it does mean, however, is that the role, shape and content of such enterprises need to be reviewed and reconsidered in important aspects. In addition, the results of the study are claimed to have some implications for alcohol policy and social policy that are worthy of consideration.

FÖRORD

Merparten av den forskning som hittills ägnats frågan om hur det går till att ta sig ur en problemkonsumtion eller ett beroende av alkohol har fokuserat på olika behandlingsmetoder och deras effekter. Projektet ”Lösningar på alkoholproblem” anlägger emellertid ett vidare perspektiv på denna fråga och försöker att ge en samlad bild av olika sätt att förbättra riskabla eller problematiska alkoholvanor och av vilken roll professionell behandling spelar i sådana förändringsprocesser. Undersökningen bygger på telefonintervjuer med ett representativt urval om nästan tretusen vuxna svenskar, av vilka en dryg tiondel kan klassificeras som ”före detta riskkonsumenter”. De analyser som redovisas i rapporten klargör att denna kategori i sin tur innefattar ett mycket brett spektrum av olika förändringsmönster. De indikerar också att en stor majoritet av dem som tagit sig ur även ett utvecklat alkoholberoende har gjort detta utan formell behandling. Som närmare ventileras i rapportens slutkapitel betyder detta inte att missbrukarvården inte behövs, men väl att dess roll och dess utformning i vissa delar torde behöva omprövas. Dessutom bör undersökningens resultat, vilket också tas upp i slutkapitlet, ha vissa alkoholpolitiska och socialpolitiska implikationer som är värda att tas på allvar.

Projektet har planerats av undertecknad i samarbete med biträdande professor John Cunningham vid Centre for Addiction and Mental Health i Toronto, som genomfört en parallell studie i Kanada. John har också varit en viktig diskussionspartner vad gäller framför allt de statistiska analyserna. Fil. mag Lisa Wallander har som forskningsassistent medverkat i intervjuplanering och intervjuarutbildning samt svarat för grundläggande bearbetning av datamaterialet. Hon har också genomfört en delstudie med mer ingående intervjuer med ett frivilligt urval av de svarande, en undersökning som kommer att redovisas i annat sammanhang. Fil. kand. Lina Collin har biträtt i analysen av framför allt de intervjuades behandlingserfarenheter och subjektiva skäl att förändra sina dryckesvanor. Undertecknad har varit ansvarig för studien, har svarat för huvudparten av analysarbetet, samt har författat föreliggande rapport. Studien har genomförts vid Forsknings- och Utvecklingsenheten, Stockholms stad, men rapporten har till delar skrivits inom ramen för undertecknads nya tjänst vid SoRAD, Stockholms universitet.

Projektet har finansierats av Riksbankens Jubileumsfond (anslag J2002-0417), som härmed avtackas för detta. Ett stort tack också till alla de anonyma personer som besvarat våra telefonintervjuer och utan vars medverkan undersökningen inte varit möjlig. Tack dessutom till Anja Koski-Jännes, professor vid Tampere universitet för viktiga synpunkter på frågeformuläret, samt till Roger Holmberg, utredare vid Socialstyrelsen, Börje Olsson, professor vid SoRAD och Maria Abrahamsson, docent vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, för värdefulla kommentarer till rapportmanus.

Slutligen bör sägas att framför allt rapportens analyskapitel (kapitlen 3 – 5) kanske kan upplevas som en smula ”tekniska” och svårlästa. Den som vill ha en översiktlig bild av rapportens huvudsakliga resultat och slutsatser bör dock kunna få detta genom att läsa sammanfattningarna till dessa kapitel samt det diskuterande slutkapitlet.

Jan Blomqvist

Professor, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet och tidigare forskningsledare vid FoU-enheten

SAMMANFATTNING

Den kunskap vi har om hur det går till att förbättra riskabla eller problematiska alkoholvanor kommer främst från forskning om effekter av olika behandlingsmetoder. Eftersom endast en mindre del av alla människor med alkoholproblem någonsin kommer i kontakt med organiserad behandling innebär detta att det finns en betydande lucka i vårt vetande. Under senare decennier har forskningen om ”natural recovery” eller ”sjävläkning” vad gäller olika former av missbruk ökat i omfattning. Flera studier, såväl i Sverige som andra länder, har t.ex. visat att det förekommer att människor lyckas ta sig ur också allvarliga och långvariga alkohol- och narkotika-problem utan behandling och att sådana förändringsprocesser i hög grad påverkas av olika omgivningsinflytanden. Med tanke på att det svenska vårdsystemet på missbruksområdet är betydligt mer omfattande än motsvarande system i de flesta andra länder skulle man möjligen kunna anta att ”sjävläkning” på detta område här skulle vara mindre vanligt förekommande än på andra håll. Något underlag för att bekräfta eller gensäga detta antagande har dock tidigare inte funnits.

Den studie som presenteras i föreliggande rapport försöker emellertid ge svar på frågan om hur prevalensen för ”sjävläkning” av en riskabel eller problematisk alkoholkonsumtion relaterar sig till faktorer som de tidigare dryckesvanornas omfattning och karaktär, till olika slag av negativa konsekvenser och till social situation och sociala resurser. Studien har genomförts i form av en telefonintervju, riktad till ett representativt urval om nästan tre tusen vuxna svenskar. I en första screeningdel har frågor ställt om alkoholvanor under den eller de perioder i livet då man drack som mest samt under det senaste året. Till en mindre grupp på omkring trehundrafyrtio personer, som enligt de definitioner som använts i studien karakteriserats som ”före detta riskkonsumenter”, har mer ingående frågor ställts om såväl tidigare som aktuellt drickande, olika konsekvenser av drickandet, tidigare och aktuell levnads-situation, olika slag av sociala resurser, erfarenheter av behandling och annan hjälp, samt förändringsprocessens karaktär. Studien har genomförts parallellt med en liknande studie i Ontario, Kanada, vilket ger möjlighet till intressanta tvärkulturella jämförelser. Föreliggande rapport baserar sig dock i allt väsentligt på svenska data.

Om man ser till studiens resultat visar en analys av *dryckesmönster i befolkningen*, baserad på screeningdata, att helnykterhet som livsval under de sista fem – sex decennierna blivit en alltmer ovanlig företeelse, och att det bland dagens unga vuxna bara tycks vara några få procent som aldrig druckit alkohol. Samtidigt antyder analysen att valet av helnykterhet i alla åldersgrupper är klart vanligast i de grupper där nykterhetsrörelsen och helnykterhetsideologin traditionellt haft sin starkaste förankring: bland kvinnor, bland lågutbildade och bland personer med en traditionell

familjebildning. Vad gäller ”riskkonsumtion”¹ kan surveyundersökningar av det slag det här rör sig om antas underskatta omfattningen av aktuell sådan. Dock kan man av resultaten med relativt stor säkerhet dra slutsatsen dels att livstidsprevalensen för ”riskkonsumtion” ökat över generationerna, dels att ett sådant drickande – inom varje generation – varit relativt vanlig i de relativa ungdomsåren för att starkt avta i åldrarna över 30, med ökande ansvar för barn och familj och ökat engagemang i karriär och arbetsliv. Att någonsin ha druckit på ”risknivå” framstår också – oavsett ålder – som vanligare bland män än bland kvinnor och som mindre vanligt bland pensionärer och personer som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden än bland dem som arbetar. Bland kvinnor, men inte bland män, framstår att någonsin ha riskkonsumerat dessutom som kopplat till att vara ensamstående och till att vara utbildad på högskolenivå. En första analys av vad som kan tänkas påverka beslutet att förbättra riskabla alkoholvanor pekar på att det också här är av betydelse att vara kvinna och – även om mönstren skiljer sig något åt mellan könen – att vara gift eller samboende, att ha ansvar för barn och att vara högutbildad.

En närmare analys av de knappt 340 tidigare riskkonsumenterna visar samtidigt att de utgör en i flertalet avseenden mycket heterogen grupp och att den förbättring av de tidigare alkoholvanorna som de har gemensam i själva verket innefattar ett mycket brett spektrum av individuella *förändringsmönster*. I ena änden av detta spektrum finner vi människor som efter upprepade försök och med återkommande professionella och informella hjälpinsatser tagit sig ur ett långvarigt och avancerat beroende med omfattande och destruktiva hälsomässiga och psykosociala konsekvenser. I den andra änden av samma spektrum finner vi personer som etablerat en mer tillfällig ”riskkonsumtion” under t.ex. studieåren och som senare, utan större möda och utan att de själva egentligen varit medvetna om saken, successivt trappat ned sitt drickande, t.ex. när ett nytt arbete och/eller ansvar för familj och barn ställt krav på en ändrad livsföring. Endast en minoritet av de före detta riskkonsumenterna har dock valt att bli helnyktra, ett val som tycks starkt kopplat till att ha haft en mer omfattande konsumtion och ett utvecklat beroende, till att ha haft svaga sociala resurser och till att ha varit med om behandling. Sammantagna kan dessa resultat sägas stärka tesen att man, när det gäller lösningar på alkoholproblem, inte bör tala om en enda väg ut ur ett enda, föregivet enhetligt problem, eller ens om flera olika vägar ut ur samma problem, utan om flera olika vägar ut ur flera olika slag av riskabla eller problematiska vanor.

De analyser som gjorts av *behandlingens* specifika roll i förändringsprocessen visar för det första att endast en mycket liten minoritet av de personer som, enligt den tämligen vida definition som tillämpas i studien, har förbättrat sina riskabla alkohol-

¹ Här definierad som att ha druckit motsvarande minst en helflaska vin per dryckestillfälle minst en gång per vecka under minst en månad.

vanor någonsin har varit med om någon form av professionell eller formellt organiserad vård eller behandling eller deltagit i någon självhjälsgrupp. Samtidigt visar analyserna att prevalensen för ”självläkning” varierar kraftigt med hur man definierar begreppen ”alkoholproblem”, ”stabil lösning” och ”behandling”. Även med hänsyn tagen till denna variation är det samtidigt svårt att komma ifrån slutsatsen att professionell behandling generellt sett spelar en tämligen begränsad roll när det gäller att på ett varaktigt sätt förändra problematiska alkoholvanor. Också om analysen begränsas till de intervjupersoner som under den period då de drack som mest rapporterat minst tre beroendekriterier enligt ICD-10² blir resultatet att således att endast en knapp femtedel av dem som lämnat detta beroende bakom sig har gjort det med hjälp av behandling. Först bland de personer som rapporterat minst fem av sex möjliga beroendesymptom under den period då de drack som mest utgör de som tagit sig ur sitt beroende med hjälp av behandling en majoritet. Dessutom tyder de analyser som gjorts i rapporten på att behandling, när den fungerar, ofta gör det på ett annat sätt än vad vårdgivare eller planerare tänker sig.

Som påpekas i rapporten är visserligen viss försiktighet tillräddig när det gäller att basera generaliseringar till befolkningsnivå på jämförelsevis små urval. Samtidigt stöds slutsatsen att ”*självläkning*” är den klart vanligaste vägen ut ur ett alkoholberoende av ett antal betydligt större studier i andra länder. Vad gäller frågan om vad som gynnar sådana lösningar talar resultaten för att sannolikheten för ”självläkning” minskar något med hur länge man druckit på risknivå och minskar starkt med ett starkare beroende, samtidigt som den ökar påtagligt med bättre socioekonomiska resurser. Som betonas i rapporten bör dock inte det faktum att vägarna ut ur ett problematiskt förhållande till alkohol oftast går utanför det officiella vårdsystemet tolkas som att behandling inte behövs. Däremot indikerar rapportens resultat, tillsammans med den bild av klientsammansättningen inom missbrukarvården som några andra aktuella studier givit, att vårdens roll i praktiken är en delvis annan än den som den oftast tillskrivs. Mer specifikt framtonar en bild av en missbrukarvård vars samlade resurser till stor del ägnas en relativt liten grupp av långvariga och socialt marginaliserade missbrukare, som under en lång följd av år, på en tämligen ad hoc-mässig grund, erbjuder olika mer eller mindre intensiva insatser, som sällan leder till någon bestående förändring. Även om olika slag av omsorg om de mest utsatta är angelägen av såväl humanitära som samhällsekonomiska skäl, framstår detta knappast som ett optimalt sätt att använda begränsade resurser. Samtidigt drar sig uppenbarligen många människor, som sannolikt skulle kunna finna en ganska snabb väg ut ur sina alkoholproblem om de skulle erbjudas en hjälp som uppfattades som adekvat, för att ta kontakt med en vård som upplevs som otillgänglig och stigmatiserande.

² Den kliniska definitionen av alkoholberoende är minst tre sådana kriterier under ett och samma år, en definition som alltså fångar något färre personer än den som använts här.

Som diskuteras i rapportens slutkapitel ter det sig tveksamt om aktuella statliga initiativ på missbrukarvårdens område, i form av att implementera ”evidensbaserade metoder” och att tillföra resurser för att kunna erbjuda personer med ”tungt missbruk” fler intensiva insatser av den typ de redan idag erbjuds, är tillräckliga för att i grunden förändra denna situation. För att lösa missbrukarvårdens dilemma behövs också, enligt rapporten, en diskussion om för vilka, till vad och på vilket sätt dessa metoder och resurser ska användas. Till de behov av utveckling och förändring som diskuteras hör, vad gäller den grupp av socialt marginaliserade personer som idag utgör vårdens kärngrupp, en övergång från en strategi där intensiva men tämligen verkninglösa insatser varvas med perioder då ingenting sker, till en mer extensiv strategi inriktad på att stärka de ”läkande krafterna” i varje individs livsmiljö och på en långsiktig och kontinuerlig, men relativt lågintensiv kontakt av ”case management”-typ. En sådan omstrukturering borde samtidigt skapa utrymme för att erbjuda en lätt-tillgänglig, adekvat och icke-stigmatiserande service för den stora grupp av problemkonsumenter som idag av olika skäl inte söker eller erbjuds professionell hjälp.

Vad gäller mer policymässiga implikationer av de redovisade resultaten kan för det första sägas att de pekar på åtminstone vissa viktiga komplement till de traditionella primärpreventiva insatser, som varit jämförelsevis framgångsrika när det gäller att hålla nere såväl totalkonsumtion som mängden alkoholrelaterade skador och alkoholmissbrukets omfattning, men som i ett EU-perspektiv åtminstone för tillfället inte ter sig som särskilt politiskt gångbara. De resultat som redovisas i rapporten talar således för att ett antal förhållanden som kan sägas känneteckna en hög grad av social integration – familj, arbete, en tillfredsställande ekonomisk situation och fungerande sociala nätverk – åtminstone i vissa fall kan bidra till att motverka uppkomsten av riskabla alkoholvanor, ganska uppenbart stärker motivationen att överge sådana vanor när de uppkommit samt tycks kunna spela en roll för möjligheten att bryta ett mer utvecklat beroende. Detta kan sägas tala för behovet att stärka den socialpolitiska dimensionen i alkoholpolitiken genom att, via såväl generella satsningar mot utslagning och segregering som initiativ för att stärka lokalsamhällets ”sociala kapital”, skapa meningsfulla alternativ till drickande och drogbruk. Det faktum att en mycket stor majoritet av alla människor som förbättrar sina riskabla eller problematiska dryckesvanor gör det på egen hand talar samtidigt – tillsammans med uppgifter som visar att sådana försök ofta möts av misstro från omgivningen och att många därför väljer att dölja sina problem och sina försök att lösa dem – för behovet av samlade insatser för att underlätta denna form av ”sjävläkning”. Till sådana insatser hör att förmedla kunskap om att ”sjävläkning” är möjlig och vanlig och om vad omgivningen kan bistå med, tillhandahållandet av olika former av vederhäftig ”självhjälpsinformation” samt – inte minst – satsningar på att motarbeta olika slag av moralism och fördömanden och på att förmedla en bild av alkoholproblem som ett, i princip lösbart livsstilsproblem bland många andra.

ATT FÖRBÄTTRA SINA DRYCKESVANOR

– om olika mönster för förändring och om vad vården betyder

En rapport från projektet ”Lösningar på alkoholproblem”

Jan Blomqvist

John Cunningham

Lisa Wallander

Lina Collin

INNEHÅLL:

1. BAKGRUND: OM ALKOHOLPROBLEM OCH FÖRÄNDRING	7
1.1 "Två världar" av alkoholforskning	7
1.2 Forskning om alkoholproblem och behandling	9
1.3 Forskning om "sjävläkning" eller "natural recovery"	12
1.4 Hur går det till att ändra problematiska alkoholvanor? Obesvarade frågor.	14
1.5 Denna rapport	17
2. PROJEKTET "LÖSNINGAR PÅ ALKOHOLPROBLEM"	19
2.1 Uppläggnig, syfte och frågeställningar	19
2.2 Undersökningsgrupper	19
2.3 Design och genomförande	20
2.4 Frågeformuläret	21
2.5 Svarefrekvens och bortfallsanalys	23
2.6 Undergrupper i de kanadensiska och svenska undersökningarna	24
2.7 Begränsningar och felkällor	25
3. DRYCKESMÖNSTER I BEFOLKNINGEN	28
3.1 Helnykterister, konsumenter och riskkonsumenter	28
3.2 Vem väljer helnykterhet?	29
3.3 "Riskkonsumtion" i ett livstidsperspektiv	37
3.4 Vem förbättrar sina dryckesvanor?	46
3.5 Sammanfattning och diskussion	48
4. BÄTTE DRYCKESVANOR – OLIKA VÄGAR UR OLIKA PROBLEM?	50
4.1 Undersökningsgruppen	50
4.2 Vad innebär minskat drickande?	52
4.3 Olika sätt att förbättra potentiellt riskabla alkoholvanor.	54
4.3.1 Alkoholkonsumtion under det senaste året – tre olika mönster	54
4.3.2 Vem förbättras hur? Tidigare "riskkonsumenter" med olika utfall.	56
4.3.3 Vad predicerar olika utfall?	63
4.4 Olika vägar ut ur olika problem? En personorienterad analys.	67
4.5 Sammanfattning och diskussion	72

5. VAD BETYDER BEHANDLINGEN?	76
5.1 Behandling och andra ingripanden från omgivningen.	76
<i>5.1.1 Hur vanliga är olika hjälp- och kontaktformer?</i>	76
<i>5.1.2 Vem har haft vilken typ av kontakter?</i>	79
<i>5.1.3 Behandlingens roll i förändringsprocessen</i>	81
5.3 "Självläkning" – feldiagnos eller det vanliga sättet att lösa alkoholproblem?	83
<i>5.3.1 Olika former av "riskkonsumtion"</i>	84
<i>5.3.2 Förekomst av "sjävläkning" utifrån olika definitioner av "problem" och "utfall"</i>	86
<i>5.3.3 Vilka är "sjävläkarna"?</i>	89
5.4 Sammanfattning och diskussion	94
6. INTE BARA BEHANDLING – ETT VIDARE PERSPEKTIV PÅ STRATEGIER MOT ALKOHOLPROBLEM	97
6.1 Alkoholpolitiska implikationer	97
<i>6.1.1 Alkoholpolitikens nya förutsättningar</i>	97
<i>6.2.2 Alkoholpolitik och socialpolitik</i>	99
<i>6.2.3 Att underlätta "sjävläkningen"</i>	100
6.2 Implikationer för missbrukarvården	103
<i>6.2.1 Den svenska missbrukarvården – några grundläggande dilemman</i>	103
<i>6.2.2 Att utveckla missbrukarvården – en fråga om metoder och resurser?</i>	107
<i>6.2.3 Att anpassa insatserna efter behoven – ett vidare perspektiv på hjälpsystemet</i>	109
6.3. Implikationer för fortsatt forskning	115
Referenser	117
Noter	131
Appendix	141

Kapitel 1

BAKGRUND: OM ALKOHOLPROBLEM OCH FÖRÄNDRING

1.1 ”Två världar” av alkoholforskning

Merparten av vad vi vet om hur det går till att förändra i någon mening destruktiva alkoholvanor kommer från forskning om effekter av olika former av vård och behandling. Ett historiskt skäl till detta är att forskningen om alkohol och alkoholproblem från början främst ägnade sig åt att försöka förklara och finna botemedel för den typ av långvarigt och ofta kroniskt, excessivt och destruktivt drickande, trots omfattande negativa konsekvenser och ”mot bättre vetande”, som av Jellinek (1960) kom att betecknas som ”gammaalkoholism”¹. En bakgrund till denna ”alkoholismforskning” (Bruun, 1973) var som påpekats av Roizen (2004) att denna inriktning i princip var den enda politiskt och ekonomiskt gångbara när man efter förbudstiden i USA på 1930-talet ville avpolitisera alkoholfrågan genom att göra den till föremål för forskning². I Sverige fanns tidigt, inte minst genom Ivan Bratts inflytande, stöd både för en mer ”social” syn på alkoholfrågan (Drew, 1968) och för uppfattningen att frågorna om distribution och försäljning av alkohol och hanterandet av individuella alkoholproblem hör, och bör höra, samman (Blomqvist, 1998a). Icke desto mindre kom också här den tidiga alkoholforskningen i stor utsträckning att inriktas på alkoholproblem eller missbruk som individuella avvikelser eller patologier (jfr. Bruun, 1983).

Den första stora utmaningen mot ”alkoholismforskningen” kan sägas ha kommit med det s.k. ”problem drinking”-perspektivet, som fick ett starkt genomslag under 1970-talet (t.ex. Cahalan, m.fl., 1969; Cahalan, 1970; Knupfer, 1972; Cahalan & Room, 1974). I detta nya perspektiv, som inte fokuserade på ”missbruk” i snäv mening, utan på dryckesmönster i totalbefolkningen och på alkoholrelaterade skadeverkningar i allra vidaste bemärkelse, framstår alkoholproblem som jämförelsevis vanliga, heterogena, inbördes ganska svagt förbundna och oftast övergående (jfr. Blomqvist, 2006a). En fortsatt sociologiskt inriktad, epidemiologisk alkoholforskning kom också snart att visa på totalkonsumtionens avgörande betydelse för alkoholskadornas totala utbredning i ett land (Bruun m.fl., 1975) och på den s.k. ”preventionsparadoxen” (Kreitman, 1986); d.v.s. det faktum att den stora grupp, som i någon mening kan betecknas som högkonsumenter av alkohol, i kraft av sitt antal svarar för en mycket större del av de samlade alkoholskadorna än den lilla gruppen på olika sätt diagnostiserade ”missbrukare”, trots att var och en av de senare uppvisar ett mycket omfattande panorama av alkoholrelaterade problem (Blomqvist, 1998b). I ett sådant perspektiv framstår ”alkoholism” i den klassiska sjukdomsteorins mening (se nedan) som ett relativt marginellt fenomen.

Den epidemiologiskt inriktade forskningen har också kommit att lägga grunden för det folkhälsoperspektiv på alkoholfrågan, som i huvudsak dominerat den offentliga diskussionen om dessa frågor under 1900-talets sista tre decennier. Centralt i detta perspektiv, som med vissa variationer över tid varit den bärande grunden för svensk alkoholpolitik sedan slutet av 1970-talet, är uppfattningen att mängden alkoholrelaterade problem, inklusive olika former av ”missbruk”, är starkt relaterade till den samlade konsumtionen av alkohol och att den viktigaste samhällsliga insatsen för att begränsa olika skadeverkningar är den primärpreventiva; d.v.s. att med olika medel hålla totalkonsumtionen nere³. En implikation av detta synsätt är, som framhålls av Roizen & Fillmore (2001), att den enskildes drickande ses som i princip viljestyrt, åtkomligt för rationella överväganden och påverkbart av faktorer som tillgänglighet, konsekvenser och reaktioner från omgivningen (jfr. Blomqvist & Cameron, 2002). Samtidigt har, som vi kommer att återkomma till i slutet av denna rapport, uppfattningen om ”alkoholism” eller ”alkoholmissbruk” som en i huvudsak enhetlig och urskiljbar individuell patologi på olika sätt kommit att leva vidare inom vården och vårdforskningen. Inte minst har dessa dubbla perspektiv på alkohol och alkoholproblem kommit att prägla diskussionen i Sverige, som – till skillnad från många andra länder, där satsningar på primärprevention respektive vård i huvudsak varit historiska alternativ (Mäkelä m.fl., 1981) – ägnat större uppmärksamhet åt och lagt större resurser på såväl primärprevention som behandling av alkoholmissbrukare än flertalet andra länder (jfr. Klingemann m.fl., 1992). Room (1977) talar om alkoholproblemen betraktade från dessa båda perspektiv – det epidemiologiska respektive det kliniska – som ”two worlds of alcohol problems”. Möjligen skulle man med samma rätt också kunna tala om ”två världar” av alkoholforskning.

Under det senaste decenniet har, som vi också ska återkomma till, förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken förändrats. Sedan EU-inträdet år 1995 har Sverige av handels- och konkurrenspolitiska skäl kommit att ge upp flertalet av de klassiska alkoholmonopolen och åtminstone börjat överge den traditionella högskattepolitiken, vilket gjort det svårt att i praktiken realisera ambitionen att minska totalkonsumtionen. Istället har alkoholpolitiken i ökande grad kommit att inriktas på förebyggande insatser på särskilda ”riskområden” och åtgärder riktade mot vissa ”riskgrupper”. Samtidigt har missbrukarvården, som enligt mångas uppfattning länge legat i träda, fått både ökad uppmärksamhet och vissa nya resurser från statligt håll (se vidare kapitel 6). Denna situation kan sägas accentuera betydelsen av att – i Ivar Bratts anda men i en ny mening – försöka slå en bro mellan ”de två världarna” av alkoholproblem, eller kanske snarare mellan den epidemiologiskt inriktade forskningen och behandlingsforskningen på detta område (Blomqvist, 1998b; Tucker m.fl., 2004).

1.2. Forskning om alkoholproblem och behandling

Så länge forskning och praktik på området dominerades av synen på alkoholmissbruk eller problematiskt drickande som en sjukdom var det mer eller mindre ett axiom att det för missbrukaren enda realistiska alternativet till en kronisk försämring med en förtida död som slutresultat, var total och livslång helnykterhet. Den välkände amerikanske alkoholforskaren Mansell Pattison (1976) har sammanfattat den ”folkliga sjukdomsmodell”, som länge styrde, och delvis fortfarande styr utvecklingen i USA, i fyra trossatser: Det finns (a) medfödda skillnader mellan alkoholister och icke-alkoholister; Dessa skillnader innebär (b) att de förra uppvisar en överkänslighet mot alkohol som leder till en avvikande reaktion på alkoholkonsumtion, uppkomsten av ett ”sug” efter att dricka och svårigheter att sluta dricka samt, till slut, en total oförmåga att kontrollera det egna drickandet. Dessa processer är (c) ofrånkomligt progressiva och irreversibla och formar ett opersonligt sjukdomsförlopp som den drabbade inte själv kan styra, och som med yttre hjälp kan hejdas men inte botas. Slutsatsen är (d) att alkoholister inte bör klandras eller straffas utan erbjudas hjälp och stöd för att kunna avstå från alkohol. Lanseringen av denna modell hade positiva konsekvenser i den meningen att den, genom sitt fjärde postulat, innebar ett brott med den tidigare dominerande, moraliserande uppfattningen att människor med alkoholproblem hade ”dålig karaktär” eller var ”moraliskt defekta”⁴, och genererade stöd för tanken att de kan ha rätt till behandling och annan hjälp. Samtidigt kom den att befria inte bara den föregivne alkoholisten själv från allt ansvar för sina problem och hänvisa honom eller henne till en passiv sjukroll (Roman & Trice, 1977). Som Pattison (1976) framhåller kom också omgivningen och samhället i stort, inkluderande alkoholindustrin och alla ”normalkonsumenter” som obekymrat kunde fortsätta med sina alkoholvanor, att befrias från allt ansvar för alkoholproblemets uppkomst. Sjukdomsmodellen gjorde, med samme författares ord, ”...slut på skuldbeleggande och bestraffning, men förvrängde och förvirrade ansvarsbegreppet” (a.a., s. 418). Om man så vill kan man också säga att sjukdomsmodellen postulerade att det fanns *ett enhetligt problem*, alkoholism, och – vid sidan av en långsam eller hastig död – *en enda möjlig väg* ut ur detta problem, nämligen livslång och total avhållsamhet.

Så småningom kom emellertid synen på alkoholmissbruk som sjukdom, åtminstone i dess mer bokstavliga tolkningar, också inom behandlingsforskningen att utmanas av andra perspektiv och synsätt. Redan vid tiden för sjukdomsteorins lansering hade de facto många av dess grundläggande teser falsifierats av empirisk forskning, en kunskap som dock länge hade svårt att tränga utanför forskarnas egna led⁵.

Mot slutet av 1970-talet levererade emellertid den ovan nämnde Pattison, tillsammans med Linda och Mark Sobell vad som av många kom att ses som en signal om ett förestående paradigmskifte i synen på alkoholproblem (Pattison, Sobell & Sobell, 1977). På basis av såväl epidemiologisk som experimentell och annan beteendeforskning framställer dessa författare alkoholberoende eller alkoholproblem som en sammanfattande benämning på en rad olika syndrom, definierade av olika dryckesmönster och deras negativa, fysiska, psykologiska och/eller sociala konsekvenser. Alkoholproblemens förlopp över tid är enligt författarna högst variabla och innefattar såväl fortgående och mer eller mindre "kroniskt" drickande som ett totalt avstående från all alkohol – livslångt eller under en längre eller kortare period – och en möjlig återgång – via behandling eller på annat sätt – till ett stabilt oproblematiskt drickande. Man fastslår också att alkoholproblemens etiologi är genuint multifaktoriell, och kritiserar föreställningen om den avancerade alkoholisten som drabbad av en total "kontrollförlust"⁶ eller som ett värnlöst offer för ett oemotståndligt "begär" som empiriskt ohållbara⁷. Den sammanfattande slutsatsen är att människor med alkoholproblem utgör en mycket heterogen grupp, att problematiska dryckesvanor vanligen är mer eller mindre starkt relaterade till andra livsproblem och att professionella hjälpinsatser därför måste vara högt differentierade och anpassas till varje enskild individs behov och förändringspotential.

Trots att det synsätt på alkoholproblemens karaktär som Pattison och Sobells pläderade för på många sätt ligger i linje med det folkhälsoperspektiv som under 1900-talets tre sista decennier kom att präglade den alkoholpolitiska diskursen (jfr. ovan), har vård- och behandlingsområdet, som redan nämnts, till betydande del fortsatt att domineras av bilden av alkoholmissbruk som en i huvudsak individuell åkomma eller avvikelser med ett i huvudsak förutsägbart förlopp. Ett viktigt skäl till att utvecklingen kommit att ta denna riktning är sannolikt lanseringen – samtida med Pattisons och makarna Sobells artikel – av det s.k. "alkoholberoendesyndromet" (Edwards & Gross, 1976; Edwards, 1977; Edwards m.fl. 1977), som kan ses som ett försök att sammanlänka den till synes "tvingande" karaktär i vissa människors drickande, som sjukdomsmodellen sökt fånga, med den nya empiriska forskningen som underminerat just denna modell (Bergmark & Oscarsson, 1987)⁸. Kring beroendebegreppet och dess potentiella för- och nackdelar har förts en omfattande diskussion. Medan begreppet av vissa har uppfattats som ett genombrott för möjligheten att vetenskapligt utforska alkoholproblemen (t.ex. Raistrick & Davidson, 1985; Lindström, 1986), har andra betraktat det som ett försök att återupprätta snarare än bryta med den ohållbara sjukdomsmodellen (t.ex. Shaw, 1979; Thorley, 1982; Cameron, 1985; Chick, 1985; Drew, 1986; Bergmark & Oscarsson, 1987). Även om begreppet över tid vunnit ökad acceptans inom såväl forskning

som klinisk praktik och kommit att tillämpas på alltfler problemområden, talar mycket idag för att det är de senare som fått mest rätt. Å ena sidan kan man förvisso anföra att begreppet från början var tänkt som ett provisorium och en grund för vidare utforskande av det fenomen det tänktes beteckna och att det i huvudsak beskrevs i termer av dimensioner som tänktes variera i allvarlighetsgrad⁹. Man kan också peka på att det på olika sätt omdefinierats i varje ny version av de stora diagnossystemen (Room, 1998) och att diagnosen ”beroende” numera de facto täcker en mängd vitt skilda problem-mönster (Dawson m.fl., 1995)¹⁰. Å andra sidan är exemplet närmast legio, inom såväl klinisk forskning som klinisk praktik, på att begreppet ”beroende” används för att avgränsa ett drickande som individen uppfattas ha tappat kontrollen över och som påkallar professionell behandling, från olika former av risk- eller högkonsumtion som kan påverkas av preventiva insatser och eller reaktioner från omgivningen (jfr. Berglund, 1994). I denna mening och i dessa sammanhang – och än mer i olika mediala framställningar – har beroendebegreppet närmast kommit att bli en synonym till det kritiserade och empiriskt underminerade alkoholistbegreppet det var avsett att ersätta.

I så måtto har dock övergivandet av den klassiska ”sjukdomsmodellen” stimulerat utvecklingen som att behandlingsutbudet blivit alltmer diversifierat (Abrahamsson, 1989; Takala m.fl., 1992) och att en accelererande och alltmer metodologiskt avancerad forskning under de senaste decennierna kommit att ägnas åt att utvärdera olika behandlingsmetoder eller behandlingsmodeller. Med tiden har ”the gold standard” för sådan forskning blivit randomiserade, kontrollerade studier (RCT), där klienter slumpmässigt hänvisas antingen till en försöksgrupp som får den behandling man vill studera, eller till en eller flera jämförelsegrupper som får någon annan behandling eller – mera sällan – ingen behandling alls. Utvecklingen har också lett till att man i allt högre grad kommit att acceptera andra utfall än livslång helnykterhet som ”lyckade”. Flertalet studier på området laborerar således idag med flera olika utfallskategorier som indikatorer på förbättrade alkoholvanor¹¹, eller mäter konsumtionsmängder och konsumtionsmönster före och efter behandling. Behandlingsforskningens resultat har också återkommande sammanfattats i olika översikter (se t.ex. SBU, 2001; Hester & Miller, 2002). Vad dessa översikter visar kan sammanfattningsvis sägas vara att vissa, oftast relativt strukturerade och väl artikulerade, psykosociala interventioner förefaller ge bättre effekter, åtminstone på kort sikt, än vissa andra, ofta mindre välstrukturerade sådana interventioner eller inga insatser alls. Dessutom finns stöd för att kombinera psykosocial behandling med vissa läkemedel som minskar ”suget” efter alkohol. Även om det inte råder någon direkt konsensus om hur dessa resultat ska tolkas kan man kanske säga att de pekar ut såväl ett antal behandlingsmetoder och arbetssätt, som kan betraktas som lovande och värda att utvecklas och studeras vidare, som ett antal sådana

som sannolikt bör utmönstras ur metodarsenalen. Däremot har ingen enskild behandlingsmetod visat sig överlägsen för alla människor med alkoholproblem (t.ex. Lindström, 1992). Inte heller finns det något forskningsmässigt underlag för att på ett entydigt och framgångsrikt sätt ”matcha” eller passa ihop vissa människor med sådana problem med vissa behandlingsmetoder (ibid.; Orford, 1999). Ett sätt att sammanfatta behandlingsforskningens nuvarande läge kan kanske därför vara att säga att åtminstone vissa typer av behandling uppenbarligen kan vara till hjälp, men att kunskapen om vad som hjälper vem förtfarande är högst ofullständig.

Studier av effekterna av olika behandlingsmetoder och -modeller kan förvisso och på många sätt sägas vara viktiga för samhällets försök att hjälpa människor att ta sig ur utvecklade missbruks- eller beroendeproblem. Ett viktigt förhållande är att resultat av sådana studier bidrar till att man ur behandlingsarsenalen kan utränga behandlingsmetoder som är ineffektiva eller kontraproduktiva, kränkande eller på annat sätt oetiska och/eller onödigt dyra i förhållande till de resultat de ger (Blomqvist, 2002a). Ett annat är att de är viktiga för att ge underlag för beslut på aggregerad nivå (t.ex. beslut om utbildningsinsatser eller om att starta eller avveckla olika slags verksamheter). Samtidigt har forskning av detta slag, som vi ska återkomma till i det avslutande kapitlet, av flera skäl begränsad relevans för att vägleda den konkreta kliniska praktiken. Ett sådant skäl är att den höga interna validiteten – möjligheten att dra säkra kausala slutsatser – i denna typ av studier delvis uppnås på bekostnad av den externa validiteten – möjligheten att generalisera resultaten till andra sammanhang än dem där de uppnåddes (ibid.). Andra skäl är att effektstorlekarna oftast är relativt små även för ”bra” metoder (t.ex. Bergmark, 2001) och att gängse effektstudier, som ovan antytts, ger begränsad information när det gäller möjligheten att välja ”rätt” behandling för ”rätt” klient. Dessutom beror skillnader i utfall mellan olika behandlingar till stor del på andra faktorer än skillnader i specifik metod (t.ex. Costello, 1980; Hubble m.fl., 1999; Wampold, 2004). Det måste också beaktas dels att traditionell behandlingsforskning, genom att studera tidsbegränsade effekter av tidsbegränsade interventioner, endast fångar en begränsad del av dynamiken i förändringsprocesser, som ofta börjar långt före och fortgår långt efter det enskilda behandlingstillfället (Humphreys m.fl., 1997), dels inte förmår separera faktorer som påverkar hjälpsökandet från sådana som påverkar alkoholvanorna (Tucker & Sobell, 1992; Marlatt m.fl., 1997). Slutligen är en viktig begränsning att behandlingsforskningen per definition utelämnar erfarenheterna från det betydande antal människor som finner en lösning på mer eller mindre grava alkoholproblem utan professionell hjälp (Blomqvist, 2002a).

1.3. Forskning om ”sjävläkning” eller ”natural recovery”

I slutet av 1960-talet publicerade den australiensiske psykiatern Les Drew en artikel som kommit att räknas som något av en milstolpe i forskningen om ”spontanläkning” eller ”sjävläkning” av alkoholproblem. I denna artikel, betitlad *”Alcoholism as a self-limiting disease”* (Drew, 1968) går författaren tillrätta med föreställningen om svåra alkoholproblem som en obönhörligt progredierande ”sjukdom”. Hans empiriska utgångspunkt är konstaterandet att andelen diagnosticerade ”alkoholister” i officiella register i relation till totalbefolkningen i olika åldersgrupper tenderade att nå en topp i 50-årsåldern och därefter sjunka tämligen kraftigt. Efter att ha korregerat för överdödlighet bland alkoholmissbrukare och eventuella gynnsamma effekter av behandling finner Drew att den större delen av denna nedgång fortfarande återstår att förklara och måste förstås i termer av ”spontanläkning”, varmed han åsyftar dittills utforskade processer som inte är relaterade till behandling eller andra formella hjälpinsatser. Som möjliga hypoteser om vari denna ”spontanläkning” består föreslår Drew framför allt ett antal förhållanden som följer av stigande ålder: ökande mognad och ansvarstagande, minskande energi eller ”drift”, successivt socialt tillbakadragande, förändrade sociala nätverk och/eller minskande finansiella resurser. Tanken att också människor med en avancerad alkoholkonsumtion ibland förmår upphöra med denna på egen hand var förvisso inte ny. Redan de allra första pionjärerna på alkoholforskningens område som Rush (1785) och Huss (1849-51) rapporterade de facto om omåttliga drinkare som slutat dricka på egen hand. Vid den tidpunkt Drew publicerade sin artikel var emellertid, som ovan framgått, den klassiska sjukdomsmodellen mer eller mindre starkt dominerande inom såväl forskning som praktik, och artikeln kom att mötas med starka invändningar och betydande misstro från inflytelserika kretsar (jfr. Blomqvist, 2001a). Som viktiga faktorer bakom de starka reaktionerna urskiljer författare som Roizen m.fl. (1978) och Granfield & Cloud (1996) det faktum att tesen om ”spontanläkning” hotade och utmanade inte bara fast cementsiterade föreställningar om alkoholproblemens natur, utan också starka ekonomiska intressen i den då starkt expanderande behandlingsindustrin, inte minst i USA. Dessa reaktioner kom också att starkt hämma forskningen på området, vilket bl.a. kommer till synes i det faktum att Smart (1975), i den första större översikten på området, endast fann nio relevanta publikationer om ”spontanläkning” sedan början av 1940-talet. Under lång tid ägnade sig också den forskning som förekom – rimligtvis just på grund av att ”sjävläkning” på inflytelserikt håll sågs som antingen en anomali eller uttryck för felaktig diagnosticering – främst åt frågor som *”existerar sjävläkning?”* och *”vilka är sjävläkarna?”*. Därutöver gjordes, ofta på metodologiskt ganska bristfälliga grunder, olika antaganden om prevalensen för sådana lösningar (jfr. Blomqvist, 2006a).

Under de senaste knappa två decennierna då förekomsten av ”sjävläkning”, i takt med folkhälsoperspektivets genomslag, blivit mer allmänt erkänd, har forskningen på området vuxit kraftigt i såväl kvantitativt som kvalitativt avseende (se t.ex. översikter av Blomqvist, 1996a och Klingemann m.fl., 2001). Huvudinriktningen har också förändrats från ett fokus på att belägga fenomenets existens till ambitionen att utforska själva förändringsprocessen och de mekanismer och inflytanden, som döljer sig bakom eufemismer som ”sjävläkning” eller ”natural recovery”. Studier från flera olika länder (t.ex. Sobell m.fl., 1992, 1993 i Kanada; Tucker m.fl., 1994; 1995 i USA; Klingemann, 1991, 1992 i Schweiz; Bischof m.fl. 2000, 2001, 2004 i Tyskland; Hänninen & Koski-Jännes, 1999; Koski-Jännes, 2002 i Finland; och Blomqvist, 1999a&b i Sverige) har givit en i huvudsak samstämmig bild av att vägen ut ur grava alkoholproblem oftast är en i tiden utsträckt process, som i hög grad påverkas av sociala resurser och olika omgivningsinflytanden, där olika påverkansfaktorer har olika stor betydelse i olika skeden av förändringsförloppet, och där professionell behandling – även om den ibland kan ha avgörande betydelse – inte är en nödvändig betingelse utan endast ett av de många inflytanden som över tid kan påverka förloppet (se vidare Blomqvist, 2003). Sammantagna kan man säga att dessa studier indikerar att det inte bara finns en, utan *flera olika vägar* ut ur problemkonsumtion eller missbruk av alkohol (t.ex. Klingemann m.fl., 2001).

1.4 Hur går det till att ändra problematiska alkoholvanor? Obesvarade frågor.

Även om det idag bland de flesta forskare torde vara ett accepterat faktum att många människor tar sig ur olika former av alkoholproblem utan behandling finns det fortfarande många obesvarade frågor på området. En begränsning med de studier som hittills bedrivits om förändringsprocessens karaktär är t.ex. att de till övervägande del varit retrospektiva och därför inte kunnat generera säkra slutsatser om orsaks-sammanhang. En annan begränsning är att flertalet studier – förvisso av lätt förståeliga skäl¹² – har använt s.k. ”convenience samples”; d.v.s. personer som själva på olika sätt anmält sitt intresse för att berätta om sina erfarenheter och som därför inte utan vidare kan betraktas som representativa för alla som förbättrat sina destruktiva alkoholvanor. Ytterligare en begränsning är att många studier definierat ”sjävläkning” på ett mycket restriktivt sätt för att säkerställa att man i detta fenomen inte räknar in förändringsprocesser som innefattar ens kortvariga och/eller misslyckade hjälperfarenheter¹³. Endast få studier har systematiskt försökt utforska förändringsprocesser hos såväl obehandlade som behandlade personer (Tucker m.fl., 1995), eller har jämfört personer som löst sina missbruksproblem på egen hand med personer med ett pågående missbruk (t.ex. Sobell m.fl., 1992; 1993). De veterligen enda studier som hittills jämfört personer som utan behandling funnit en lösning på

allvarliga alkohol- eller narkotikaproblem med såväl aktiva missbrukare som med personer som upphört med sitt missbruk med hjälp av behandling är de svenska studier som genomförts av Blomqvist (1999a&b; 2002a&b).

Den forskning som hittills bedrivits har inte heller kunnat ge något enhetligt eller slutgiltigt svar på frågan om hur vanligt det är med ”sjävläkning” eller ”natural recovery”. I de studier som Smart (1975) granskade angavs andelar av ”spontanläkta” alkoholmissbrukare på mellan fyra och femtiåtta procent totalt sett och mellan en och trettiotre procent på en årlig basis. Senare översikter (t.ex. Blomqvist, 1996a; Klingemann m.fl., 2001) har i huvudsak givit en lika varierande bild. En allmän tendens tycks dock vara att man i ökande grad tycks acceptera forskningsresultat som pekar på att en stor majoritet av de människor som finner en stabil lösning på missbruk av eller problem med alkohol gör det utan hjälp av behandling eller annan organiserad hjälp (se Blomqvist, 2000a). Ett bidragande skäl till detta kan vara att ett budskap med den synbara innebörden att behandling har en mer eller mindre marginell betydelse för att motverka olika former av missbruk inte varit särskilt svårt att acceptera i olika sammanhang där ambitionerna att hålla tilldelade budgetar och/eller begränsa de offentliga utgifterna stått högt på agendan (Blomqvist & Cameron, 2002). Frågan om hur vanligt det är med ”sjävläkning” är emellertid komplicerad. Som demonstrerades redan för mer än ett kvartssekel sedan av Roizen m.fl. (1978) är nämligen prevalenstalen starkt beroende av hur man i olika studier definierar vad som utgör ett alkoholproblem och hur man definierar ”lösning” eller ”förbättring”. Till detta kommer att det knappast finns någon självklar konsensus om hur ”behandling” på detta område ska avgränsas från andra inflytanden i livsmiljön (Moos, 1994), något som ytterligare bidrar till svårigheten att jämföra resultaten av olika studier. Om man ser på några av de studier som rapporterat de allra högsta andelarna ”sjävläkare” finner man också att de i allmänhet använt mycket vida problemdefinitioner. I en studie av Sobell m.fl. (1996) definierades t.ex. ”spontanläkare” som den som någon gång i livet upplevt minst ett påtagligt alkoholrelaterat problem, men som under det senaste året druckit måttligt och inte haft några problem med sitt drickande¹⁴. Med en sådan definition kan man inte utesluta att en ganska stor andel av de personer som kom att betecknas som ”sjävläkare” i själva verket aldrig själva reflekterat över sitt drickande som i någon mening problematiskt förrän de kom i kontakt med de aktuella forskarna. En sådan tolkning får också stöd av en senare studie av Cunningham (1999), som fann att andelen ”sjävläkta” sjönk successivt och kraftigt när definitionen av ”alkoholproblem” steg för steg förändrades från att någon gång i livet ha upplevt minst en psykosocial konsekvens av sitt drickande, till att ha upplevt sex sådana konsekvenser.

Även om man begränsar sig till studier, som utgår från personer som någon gång i livet kvalificerat för en beroendediagnos enligt DSM- eller ICD-kriterierna kan man dock finna stora variationer i andelen ”sjävläkta” (Blomqvist, 2001a). Till viss del kan dessa skillnader hänföras till att man använt olika kriterier och olika långa mätperioder för att fastställa att en person kommit över sina problem och/eller att man definierat ”obehandlad” på olika sätt. Mycket talar dock också för att proportionen ”sjävläkta” bland alla som kommit över ett alkoholberoende också varierar mellan olika länder¹⁵ och med faktorer som individens personliga kapaciteter och sociala resurser (ibid.). Det ter sig med andra ord, precis som Roizen med flera fastslog för snart trettio år sedan, inte som särskilt meningsfullt att söka *ett* slutgiltigt svar på frågan om hur vanligt det är med ”sjävläkning”. I själva verket framstår, som påpekats av Blomqvist & Cameron (2002) själva begreppet ”sjävläkning” eller ”spontanläkning” vid en närmare granskning knappast som mera enhetligt än begreppen ”missbruk” eller ”beroende”. Om man ser till hela spektrat av problematiska erfarenheter av alkohol och hela spektrat av möjliga förändringar av problematiska alkoholvanor är det kanske rimligast att tala, varken om en enda lösning på ett enhetligt problem eller om flera olika slag av lösningar på samma problem, utan om *flera olika vägar* ut ur *flera olika slags problem* med alkohol (jfr. Humphreys m.fl., 1995; Blomqvist & Cameron, 2002).

Mot bakgrund av vad som ovan sagts framstår två uppgifter för den fortsatta forskningen på det aktuella området som särskilt angelägna. *För det första* finns det anledning att pröva och söka komplettera den relativt samstämmiga bild av verk samma faktorer i det långsiktiga förändringsförloppet, som en stor mängd retrospektiva studier har visat på, i en prospektiv design. Detta sker i en pågående longitudinell studie, finansierad av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), vilken över tid följer en grupp om drygt 300 tidigare obehandlade personer med alkoholproblem för att analysera prediktorer och mönster för hjälpsökande samt för förändringar i drickandet. I skrivande stund har en första rapport om vad som styr hjälpsökandet nyligen publicerats (Blomqvist & Christophs, 2005), samtidigt som en ettårsuppföljning just avslutats och en treårsuppföljning pågår. *För det andra* finns det skäl att också försöka få en representativ bild, dels av hur olika grader och typer av i någon mening problematiska alkoholvanor förändras över tid, dels av hur prevalensen för vad som i någon rimlig mening kan betecknas som ”sjävläkning” varierar med faktorer som alkoholproblemets svårighetsgrad och personliga och sociala resurser. Vad som redovisas i föreliggande rapport är ett första försök att besvara dessa senare frågor. Studien är dessutom utformad för att möjliggöra jämförelser med liknande studier i andra länder i syfte att få grepp om hur vägarna ut ur alkoholproblemen påverkas av olika sociokulturella faktorer som attityder till

alkohol och drickande och behandlingssystemens omfattning och utformning i olika länder (jfr. Not 15). Resultaten av dessa jämförelser kommer dock i huvudsak att rapporteras i annat sammanhang. Tillsammans förväntas resultaten av de beskrivna studierna på sikt ge möjlighet att ”modellera” olika vägar ut ur ett problematiskt drickande, såväl sådana som löper utanför de formella stödsystemen, som sådana som innefattar olika former och grader av organiserad hjälp. Vidare förväntas de ge fördjupade kunskaper om förändringsprocessens karaktär vid lösningar av alkoholproblem och om det specifika värdet, för personer med olika förutsättningar, av olika slag av formella hjälpinsatser. Därmed bör de också ge underlag för en diskussion om hur vårdssystemet kan utvecklas och förbättras. Den studie som redovisas i föreliggande rapport kan dessutom, genom sin breda ansats vad gäller olika former och grader av problematiskt drickande, ses som ett bidrag till att, som en anpassning till förändrade omständigheter, försöka överbygga klyftan mellan de ”två världarna” av alkoholforskning (jfr. ovan).

1.5 Denna rapport

I föreliggande rapport redovisas ett första försök att dels ge en representativ bild av olika mönster för förändring av i någon mening problematiska alkoholvanor, dels besvara frågan om hur prevalensen för ”sjävläkning” hänger samman med faktorer som alkoholproblemets svårighetsgrad och olika levnadsomständigheter, samt slutligen att analysera vilken specifik roll olika former av behandling eller annan, professionell eller informell hjälp har i detta sammanhang.

Efter detta *inledande kapitel* redovisas, i ett *andra kapitel*, undersökningens uppläggning och genomförande, tillsammans med en analys av bortfallet och en diskussion av några metodproblem som vidlåder denna typ av studier. I ett *tredje kapitel*, presenteras en analys, baserad på screeningdata från nästan 3.000 intervjupersoner, av övergripande dryckesmönster i befolkningen. Mer specifikt redovisas analyser av hur många och vilka svenskar som i livstidsperspektiv valt en helnykter livsstil, av hur många och vilka som åtminstone någon gång druckit på vad som här definierats som ”risknivå”, samt av hur många och vilka av de senare som med tiden slutat dricka eller minskat sin alkoholkonsumtion till vad som kan betecknas som en oproblematiske eller riskfri nivå. I det *fjärde kapitlet* koncentreras intresset till den egentliga undersökningsgruppen, nämligen de 339 personer i det totala urvalet som i denna mening förbättrat sina dryckesvanor. I kapitlet analyserar vi mer i detalj vilka tidigare och aktuella dryckesmönster som denna grupp av ”tidigare riskkonsumenter” representerar, samt om och på vilket sätt det går att urskilja olika slag av förändringsprocesser. Detta sker dels genom en analys av vad som karakteriserar före detta ”riskkonsumenter” med olika utfall (”helnykter”, ”måttlighetskonsument” eller ”nor-

malkonsument”), dels genom att i en personorienterad analys försöka urskilja olika mönster för förändring. Avslutningsvis sätts resultaten av dessa analyser i relation till en vidare diskussion av olika perspektiv på mänsklig förändring. I det *femte kapitlet* fokuseras intresset på de före detta ”riskkonsumenternas” erfarenheter av professionell behandling och andra former av hjälp, på vem som fått vilka typer av hjälp och på vilken roll olika hjälperfarenheter syns ha spelat i förändringen av alkoholvanorna. Dessutom analyserar vi hur prevalensen för ”sjävläkning” varierar med olika sätt att definiera vad som utgör ett riskabelt eller problematiskt respektive ett riskfritt eller problemfritt drickande, samt vad som predicerar ”sjävläkning” enligt olika definitioner. Det *sjätte och avslutande kapitlet*, till sist, diskuterar undersökningsresultatens tänkbara implikationer – på flera olika nivåer – för samhällets försök att motverka alkoholproblem och hjälpa människor som hamnat i sådana problem. Här tar vi oss friheten att skissera en tänkbar samlad strategi för framtiden, innefattande såväl socialpolitiska insatser som åtgärder för att underlätta människors försök att själva hantera sina problematiska dryckesvanor, och ansträngningar att göra det professionella hjälpsystemet mer tillgängligt och bättre anpassat till olika, aktuella och potentiella, brukargrupperns behov.

Kapitel 2

PROJEKTET ”LÖSNINGAR PÅ ALKOHOLPROBLEM”

2.1. Uppläggning, syfte och frågeställningar

Den studie, vars första resultat redovisas i föreliggande rapport, planerades, som antytts ovan, från början som en jämförande analys av prevalensen för ”självläkning” av alkoholproblem eller alkoholberoende i flera olika länder. Förslaget har varit den studie som nyligen genomförts vid Centre for Addiction and Mental Health i Toronto, Kanada (se Cunningham m.fl., 2004) och planer för liknande studier har diskuterats av forskare från Schweiz, Finland och Polen. Vad gäller den svenska studien har dock syftet, som också antytts, vidgats till ambitionen att försöka ge en representativ bild av *olika* mönster för förbättring av problematiska alkoholvanor. Mer specifikt har syftet varit att, genom telefonintervjuer med ett representativt urval av vuxna svenskar, försöka få en bild av:

- a) helnykterhet och riskkonsumtion i befolkningen i ett livstidsperspektiv;
- b) hur många och vilka som upphört med olika grader av riskkonsumtion;
- c) olika mönster för förändring av dryckesvanorna och prediktorer för dessa;
- d) vilken roll behandling och annan hjälp spelar i sådana förändringsprocesser;
- e) hur andelen ”sjävläkare” relaterar till olika sätt att avgränsa vad som är ett problematiskt drickande respektive ett acceptabelt utfall;
- f) vad som predicerar ”självläkning” enligt olika definitioner;
- g) motiv för att förändra riskabla alkoholvanor;
- h) faktorer som bidrar till att vidmakthålla en ”riskfri” konsumtion;
- i) huruvida det i ovanstående avseenden finns skillnader som kan hänföras till kontextuella faktorer (t.ex. behandlingssystemens utformning och dominerande attityder och synsätt i olika länder).

De resultat som redovisas i föreliggande rapport hänför sig, som också bör ha framgått av föregående kapitel, i huvudsak till frågeställningarna a – f.

2.2. Undersökningsgrupper

För att kunna ge så långt möjligt generaliserbara svar på undersökningens frågor har den riktats till ett representativt urval av den vuxna befolkningen i Sverige. Som undersökningens huvudsakliga målgrupp definierades, i enlighet med studiens huvudsyfte, personer som någon gång i livet druckit på risknivå, men som inte gjort det under det senaste året. Som definition av att någonsin ha druckit på risknivå (”ever

heavy drinker”) valdes, för att möjliggöra tvärkulturella jämförelser, samma kriterium som i den kanadensiska förlagan, nämligen att man någon gång i livet, under minst en månads tid, druckit fem eller fler ”standardglas”¹⁶ vid samma dryckestillfälle minst en gång i veckan. Att dricka denna mängd (som motsvarar drygt en kvarts helflaska starksprit, en flaska vin eller fem flaskor starköl) vid ett och samma tillfälle kan ses som en internationellt etablerad definition av intensivkonsumtion (”binge drinking”) eller berusningsdrickande (se Room m.fl., 1995)¹⁷. När det gäller definitionen av att under det senaste året *inte* ha druckit på risknivå skiljer sig emellertid de svenska och kanadensiska studierna åt. I den kanadensiska studien sattes gränsen för ”normalt” drickande till att ha druckit fem eller fler standardglas vid samma tillfälle *mindre ofta än en gång per månad* (d.v.s. högst elva gånger under året). I den svenska studien sattes gränsen istället, för att tillåta ett bredare utforskande av olika förändringsmönster, till fem eller fler standardglas vid samma tillfälle *högst en gång per månad*. Det kan noteras att båda dessa definitioner av ”normalkonsumtion” använts i olika befolkningsundersökningar av alkoholvanor (se t.ex. Hradilova Selin, 2004a), och att den svenska definitionen, genom att den inkluderar den kanadensiska, inte äventyrar den tvärkulturella jämförbarheten. Vad gäller definitionen av tidigare riskdrickande kan sägas att det, med den aktuella studiens ambition att avtäckta ett brett spektrum av mönster för problematiska dryckesvanor och för förändring, hade varit mera optimalt att använda samma mätperiod, ett år, för såväl tidigare som aktuella alkoholvanor, bl.a. för att undvika att definiera alltför många personer med en högst tillfällig högkonsumtion som ”riskkonsumenter” (jfr. ovan sid.15). Här har emellertid en eftergift gjorts för möjligheten att anställa jämförelser med den kanadensiska studien, som i vissa avseenden anlägger ett mer kliniskt orienterat perspektiv (se vidare avsnitt 2.6). Konsekvenserna av denna eftergift för de analyser som presenteras i föreliggande rapport kan bedömas som ganska begränsade (se vidare avsnitt 2.7). Dessutom kommer analyserna i rapporten genomgående att fokusera på olika undergrupper i den studerade populationen.

2. 3. Design och genomförande

Datainsamlingen för studien genomfördes av Statistiska Centralbyrån (SCB) i två omgångar, under oktober 2003 och april 2004. Intervjuerna genomfördes av tränade intervjuare, som särskilt instruerats om den aktuella uppgiften av projektpersonalen. Det frågeformulär som användes (se avsnitt 2.4 och Appendix 1) innehöll i stort sett samma frågor som det formulär som användes i den kanadensiska studien (se Adlaf m.fl., 1997; Cunningham m.fl., 2004), men uppläggningsen och vissa formuleringar hade anpassats till svenska förhållanden¹⁸. Varje intervjuomgång innefattade två

intervjutillfällen. Vid det första, som var en del av SCB:s ordinarie s.k. omnibussar, skedde en screening för att fånga in ”tidigare riskdrickare” enligt ovanstående definitioner. Vid ett andra intervjutillfälle genomfördes utförligare intervjuer med den så definierade gruppen. Målpopulationen var alla i Sverige folkbokförda personer som fyllt 18 men ej 75 år i oktober 2003. Som urvalsram användes SCB:s register över totalbefolkningen (RTB)¹⁹. Avsikten var att fånga ett urval om 2.000 vuxna svenskar vid varje intervjutillfälle. I praktiken kom dock en del av den första omgångens intervjuer att fungera som en pilotstudie för att justera screeningfrågor och intervjuinstruktioner²⁰. Detta innebar att det verkliga urvalet i denna omgång endast kom att innefatta 1.161 personer, något som kompensades med att utöka urvalet vid det andra tillfället till 3.017 personer. Totalt kom alltså urvalet att innefatta 4.178 vuxna svenskar.

Intervjusvaren avidentifierades av SCB och levererades till uppdragsgivaren i form av datafiler med anonyma fall. I den avslutande delen tillfrågades också de intervjuade om de kunde tänka sig att ställa upp för en längre, personlig intervju kring sina skäl att förändra sina dryckesvanor. Totalt accepterade 76 personer att delta i en sådan mer ingående intervju och lämnade uppgifter om hur de kunde kontaktas. Ett urval av dessa, omfattande 18 personer har också intervjuats av forskningsassistent Lisa Wallander enligt den narrativa teknik som tidigare använts av bl.a. Klingemann (1992), Hänninen & Koski-Jännes (1999) och Blomqvist (1999a; 2002a). En särskild analys av dessa intervjuer kommer att presenteras i annat sammanhang. Uppgifterna om de deltagare som accepterat denna längre intervju har avidentifierats sedan dessa intervjuer genomförts.

2.4. Frågeformuläret

Det frågeformulär som användes i undersökningen innehöll, som framgått ovan, två delar. I en första *screeningdel* som ingick som en del av SCB:s ordinarie frågebussar, ställdes frågor för att avgöra vilka av de intervjuade som tillhörde den egentliga undersökningsgruppen. Screeningfrågorna innefattade sociodemografiska basdata²¹ samt ett antal grundläggande frågor om alkoholkonsumtion i ett livstidsperspektiv respektive under det senaste året. Dessutom ställdes, som inledning till frågorna om egna alkoholvanor, ett antal frågor om de intervjuades syn på alkoholproblem och förändring, data som kommer att analyseras och redovisas i annat sammanhang. I slutet av screeningintervjun tillfrågades de svarande, vars dryckeserfarenheter stämde med inklusionskriterierna för studien (se ovan), om de någon vecka senare kunde tänka sig att delta i en längre, mer ingående intervju om sina alkoholvanor och hur dessa förändrats. Med de svarande som accepterade bokades också tid för denna uppföljande intervju.

I den mer ingående *uppföljningsintervjun* ställdes först ett antal kompletterande frågor om *alkoholvanor under det senaste året*. Frågor ställdes både enligt den s.k. quantity/frequency-modellen (*QF*) och enligt den s.k. graduated frequency-modellen (*GF*). Enligt den förstnämnda modellen, som är den hittills oftast använda, åtminstone inom svensk forskning, ställs frågor om hur ofta man druckit och hur många standardglas man druckit en typisk dryckesdag (jfr. Skinner & Sheu, 1982). Enligt den sistnämnda modellen (se t.ex. Hilton, 1989), som på senare år blivit allt vanligare inom den internationella forskningen och som analyserna i föreliggande rapport utgår ifrån²², ställer man istället frågor om hur ofta man druckit olika bestämda kvantiteter alkohol (i det aktuella fallet 12 glas eller mer, 8 – 11 glas, 5 – 7 glas, 3 – 4 glas respektive 1 – 2 glas). Svaren på konsumtionsfrågorna omvandlades enligt olika algoritmer till andel dagar (i procent) man druckit under året, antal standardglas man i genomsnitt druckit per dryckesdag, samt genomsnittlig dagskonsumtion under året. Vidare ombads de intervjuade att definiera den eller de perioder i livet då de *drack som mest* (när perioden/perioderna började respektive slutade) samt tillfrågades, på samma sätt som för det senaste året, om hur ofta och hur mycket de då drack.

I ett nästa frågeblock ställdes ett antal frågor om hur det gick till när de intervjuade *slutade med eller minskade sin alkoholkonsumtion*. I detta sammanhang ombads respondenterna först ange hur många aktiva och medvetna försök de gjort att förändra sitt drickande och när detta skett, därefter i vilken utsträckning de fick hjälp av och/eller upplevde krav eller hot från närstående, och till sist om den senaste förändringen skedde abrupt eller i form av att man trappade ner sitt drickande. Dessutom ombads de i egna ord ange de viktigaste skälen till att de först började tänka på att förändra sitt drickande, de viktigaste skälen till att de så småningom ”gjorde slag i saken”, samt de viktigaste skälen till att de till slut lyckades förändra sina vanor, samt om de använt några medvetna tekniker eller strategier och i så fall vilka. I ytterligare ett avsnitt av intervjun ställdes ett antal frågor för att avgöra i vilken utsträckning de intervjuade varit *beroende av alkohol* och vilka *psykosociala konsekvenser* av sitt drickande de upplevt. Alkoholberoende mättes med en skala med 11 olika delfrågor, som tillsammans fångar de sex kriterierna i ICD-10-diagnosen ”alkoholberoende”(Adlaf m.fl., 1997). Skalan ger dels besked om förekomst av beroende (tre av sex kriterier) under en viss period, dels om grad av beroende (0 – 6 uppfyllda kriterier). Negativa hälsomässiga och psykosociala konsekvenser mättes med en välbeprövad skala med fem delfrågor (se Bondy & Lange, 2000). För samtliga delfrågor ombads de intervjuade datera när de upplevt olika symptom eller konsekvenser på ett sådant sätt att grad av beroende respektive antal konsekvenser kunde beräknas såväl för den period/de perioder då man drack som mest som för det senaste året²³. Vidare tillfrågades de intervjuade om sina

eventuella *hjälpfarenheter* med hjälp av två checklistor som omfattade dels olika i landet förekommande alternativ för vård och behandling av alkoholproblem (inkluderande självhjälsgrupper som AA och/eller Länkarna), dels andra slag av hjälp- eller myndighetskontakter som potentiellt kan vara aktuella för människor med alkoholproblem. För varje hjälpform ställdes följdfrågor om när man första respektive senaste gången varit i kontakt med respektive verksamhet, samt om huruvida och i vilken utsträckning kontakten bedömdes ha varit till hjälp när det gäller att sluta dricka eller minska sin alkoholkonsumtion²⁴. Slutligen ställdes ett antal frågor om de intervjuades *sociala situation och sociala resurser* dels under det senaste året, dels vid den tidpunkt i livet då de förändrade sitt drickande eller fann en lösning på sina alkoholproblem. Här ställdes dels ett antal frågor om familjesituation, arbete och inkomst, dels ett antal frågor ur det s.k. Life Stressors and Resources Inventory (Moos & Moos, 1994), som ger ett sammanfattande mått på vad som kan definieras som graden av social aktivitet, eller om man så vill mängden av ”socialt kapital”²⁵. Dessutom ställdes frågor om alkoholvanor hos det närmaste umgänget²⁶.

2. 5. Svarsfrekvens och bortfallsanalys

Totalt kom 2.862 användbara intervjuer att genomföras, varav 763 i den första intervjuomgången och 2.099 i den andra. Det totala bortfallet i den första omgången kan därmed beräknas till 34,3 % och bortfallet i den andra omgången till 30,4 %.

Bortfallsorsakerna kan totalt sett specificeras enligt följande:

Total urvalsram:	4.178
% Ej nåbara ²⁷	732 (17,5 %)
Kontaktade	3.446
% Vill ej svara ²⁸	468 (13,6 % av kontaktade)
% Kan ej svara ²⁹	116 (3,4 % av kontaktade)
Intervjuade	2.862 (83,1 % av kontaktade; 68,5 % av hela ramen)

Totalt ger detta ett bortfall om 31,5 %, vilket kan betraktas som tämligen acceptabelt i undersökningar av denna typ. Som jämförelse kan nämnas att i den kanadensiska systerundersökningen, som använde en s.k. ”random digit dial”-teknik, erhöles valida svar från totalt 69 % av alla kontaktade hushåll (en siffra som närmast ska jämföras med 83,1 % i den aktuella undersökningen).

En närmare analys av bortfallet visar att dess omfattning och orsaker skiljer sig något åt i olika sociodemografiska grupper. Vad gäller kön är svarsfrekvensen marginellt högre bland kvinnor, främst beroende på att andelen ej anträffade är högre bland männen. Det finns inte heller några större skillnader i bortfall mellan de olika åldersgrupperna. Däremot skiljer sig skälen åt. Ej anträffade är klart fler i den yngsta

åldersgruppen (18 – 29 år) jämfört med den äldsta (55 – 74 år), medan det förhåller sig tvärtom med andelen som avböjer. Vad gäller utbildning är det tydligt att högre sådan medfört högre svarsbenägenhet, framför allt beroende på att lågutbildade i betydligt högre grad avböjt att svara, något som väsentligen torde återspegla en generell tendens i frågeundersökningar av detta slag. Det kan vidare noteras att betydligt fler män än kvinnor träffats av definitionen ”tidigare riskdrickare” och gått vidare till fortsättningsintervjun, något som dock, som vi ska se i nästa kapitel, snarare representerar reella skillnader i kvinnors och mäns dryckesvanor än bias i bortfallet. Det faktum att de yngsta i högre grad än de äldsta gått vidare till fortsättningsdelen torde, som vi också kommer att se, främst bero på att både alkoholkonsumtion och ”riskdrickande” ökat över generationerna (se vidare nedan) men indikerar möjligen också en viss bias³⁰. Det kan vidare noteras att personer med eftergymnasial utbildning i högre utsträckning än de lägst utbildade gått vidare till fortsättningsdelen. Också denna skillnad torde till stor del representera faktiska skillnader vad gäller riskkonsumtion mellan olika befolkningsgrupper (jfr. Hradilova Selin, 2004b) Ett mer generellt och ofta diskuterat problem när det gäller surveyundersökningar av alkoholvanor är förstås det faktum att personer med omfattande aktuella alkoholproblem i allmänhet har en mycket låg svarsfrekvens, dels för att de på grund av sina levnadsomständigheter ofta inte kan nås, dels för att de inte är intresserade av – eller ibland kanske inte förmögna – att besvara frågor om sin alkoholkonsumtion³¹. Betydelsen av detta förhållande diskuteras mer ingående i avsnitt 2.7 nedan. Redan här bör dock påpekas att det inte finns några särskilda skäl att tro att personer som lagt sina problematiska alkoholvanor bakom sig – den grupp som står i fokus för föreliggande studie – skulle vara underrepresenterad på samma sätt.

2.6. Undergrupper i de kanadensiska och svenska undersökningarna

I den kanadensiska undersökningen befanns 470 (15,6 %) av totalt 3006 intervjuade svara mot den definition av ”former heavy drinker” som användes i denna studie (att någonsin ha druckit minst fem standardglas minst en gång per vecka under minst en månad *och* under det senaste året ha varit helnykter eller druckit fem eller fler standardglas mindre än en gång per månad; se Cunningham m.fl., 2004). Av dessa hade 99 (21 %) varit helt abstinenta under det senaste året, medan 237 (50,4 %) varit ”måttlighetsdrickare” i betydelsen att de under det senaste året druckit fem eller fler standardglas vid samma dryckestillfälle mindre än en gång/månad, druckit högst två standardglas i genomsnitt under de dagar man drack och aldrig druckit mer än sju standardglas samma tillfälle (ibid.). Denna definition av ”måttlighet” torde främst ha relevans i ett kliniskt sammanhang, men har också använts i åtminstone vissa tidigare befolkningsstudier (ibid.). Återstoden av de svarande – som alltså fortfarande druckit

fem eller fler standardglas vid samma tillfälle mindre än en gång/månad, men som möjligen ”toppat” sin konsumtion då och då – definierades som personer som klart minskat sitt drickande (”reduced”) och utgör 134 personer (28,5 % av ”former heavy drinkers”.

Med de inklusionskriterier som användes för den svenska studien (att någonsin druckit fem eller fler standardglas vid samma tillfälle minst en gång i veckan under minst en månad *och* under senaste året varit helnykter eller druckit fem eller fler standardglas högst en gång per månad) befanns 407 (14,2 %) av de 2.862 intervjuade svara mot definitionen ”tidigare riskkonsumenter”. Om definitionen snävas in till att motsvara definitionen av ”former heavy drinkers” ovan blir antalet dock bara 262 (9,2 %), d.v.s. en betydligt lägre andel än i den kanadensiska studien. Om den så definierade svenska gruppen delas in i samma undergrupper som den kanadensiska blir resultatet som i följande tablå³²:

	<i>Kanada</i>	<i>Sverige</i>
Antal intervjuade	3.006	2.862
Därav ”former heavy drinkers”:	470 (15,6 %)	262 (9,2 %)
Av dessa: helnyktra	99 (21,0 %)	31 (11,8 %)
måttlighetsdrickare	237 (50,4 %)	72 (27,5 %)
övriga (”minskat”)	134 (28,5 %)	159 (60,7 %)

Dessa uppgifter indikerar att den kanadensiska undersökningen – även när samma inklusionskriterier tillämpas i de båda studierna – i betydligt högre grad än den svenska fångat personer som mycket starkt minskat sitt drickande. En övergripande jämförelse mellan de båda undersökningarna, tillsammans med en kortfattad diskussion av tänkbara förklaringar till funna skillnader återges i avsnitt 4.3.2 nedan, medan en mer ingående jämförande analys kommer att redovisas i annat sammanhang. Redan här kan dock sägas att resultaten till åtminstone viss del torde återspegla skillnader i de två ländernas alkoholkultur, exempelvis att ”den kulturella nischen” för helnykterhet sannolikt är vidare i Kanada än i Sverige och att den svenska ”festkulturen” kring vissa större helger sannolikt gör en konsumtion av sju eller fler ”standardglas” vid samma tillfälle till en mer ”normal” företeelse i Sverige än i Kanada.

2. 7. Begränsningar och felkällor

Det finns ett antal metodproblem som generellt vidlåder den typ av undersökningar det här är fråga om. Ett problem som i större eller mindre utsträckning gäller alla undersökningar av alkoholvanor är *underrapportering*, framför allt av högkonsumtion och av olika alkoholrelaterade problem (Not 31 ovan). Denna underrapportering kan dels vara medveten, d.v.s. att man i inte vill erkänna hur mycket man dricker

och/eller att man har problem med sitt drickande. Dels kan den vara omedveten och bero t.ex. på att man själv blundar för sina problem och/eller att man inte riktigt minns hur mycket och hur man druckit eller vilka konsekvenser drickandet haft i olika livsfaser. Det finns skäl att tro att det framför allt är pågående högkonsumtion och aktuella alkoholproblem som underrapporteras, medan människor som upphört med en problematisk konsumtion, den grupp som står i fokus för föreliggande undersökning, sannolikt är mindre benägna att aktivt underrapportera tidigare problemkonsumtion (jfr. Blomqvist, 1999a). Vad gäller minnesfel kan man i huvudsak anta att dessa är större för perioder som ligger långt tillbaka i tiden än för aktuella omständigheter. Det finns emellertid inga särskilda skäl att anta att omfattningen av olika slag av underrapportering på något avgörande sätt skulle skilja sig åt mellan olika befolkningsskikt. Sammantaget torde detta betyda att de estimat av aktuell högkonsumtion som redovisas i kapitel 3 underskattar det verkliga förhållandet med en okänd men sannolikt ganska betydande faktor, men att möjligheten att jämföra olika undergrupper i befolkningen i detta avseende inte väsentligen äventyras. Vad gäller de analyser av personer som minskat eller slutat med sin tidigare riskkonsumtion, som står i centrum för återstoden av rapporten, torde eventuella minnesfel vara den viktigaste felkällan, medan bortfall och underrapportering sannolikt utgör mer marginella problem.

Beträffande *bortfallet* har redan påpekats att människor med pågående alkoholproblem förmodligen är tämligen kraftigt underrepresenterade i undersökningen, men att denna selektivitet främst torde drabba de estimat av aktuella högkonsumenter som redovisas i kapitel 3. Däremot är det – som också sagts – svårt att se varför personer som slutat med eller klart minskat ett tidigare, problematiskt eller åtminstone omfattande drickande, skulle vara mindre benägna än andra att delta i en frågeundersökning av aktuellt slag. Snarast antyder tidigare studier med medierekryterade respondenter att benägenheten att berätta om sina erfarenheter av att ta sig ur ett problematiskt drickande kan vara högre ju mer omfattande det senare har varit (Blomqvist, 1999a; Rumpf m.fl., 2000). Som också redan har påpekats finns vidare smärre skillnader i bortfall och bortfallsorsaker mellan olika undergrupper i befolkningen. Som antytts ovan finns det dock inga särskilda skäl att tro att dessa skillnader allvarligt skulle äventyra tillförlitligheten i de analyser som redovisas i föreliggande rapport³³.

Vidare bör nämnas att det på vissa frågor förekommer ett visst internborttfall. Totalt sett finns ett sådant bortfall för ett tjugotal variabler, oftast i form av att uppgifter saknas för enstaka svarande. Som mest uppgår internbortfallet, för tre variabler³⁴, till nästan fem procent. Utöver att det medför att knappt tio procent av respon-

denterna faller bort ur den clusteranalys som redovisas i avsnitt 4.4, torde effekterna av detta internbortfall vara tämligen negligerbara.

Sammantaget kan sägas att det finns flera faktorer som kan tänkas påverka tillförlitligheten i de resultat som redovisas i det följande och att dessa potentiella felkällor måste beaktas vid resultattolkningen. Det är samtidigt lika viktigt att understryka att dessa felkällor är närmast ofrånkomliga och kan ses som det pris man får betala för att få fram den typ av kunskap som eftersträvats i föreliggande studie. Det bör också framhållas att en mängd åtgärder vidtagits för att minska eller åtminstone få grepp om betydelsen av möjliga brister, samt att analysen av undersökningens huvudsakliga frågeställningar trots allt torde påverkas ganska marginellt av anförda begränsningar. Totalt finns ändå skäl att rekommendera viss försiktighet när det gäller att generalisera resultaten, speciellt i de fall dessa bygger på små undergrupper. Dessutom är det viktigt att understryka att den typ av tvärsnittsdata vi här rör oss med inte tillåter några definitiva slutsatser om riktningen i de samband analyserna uppdagar.

Kapitel 3

DRYCKESMÖNSTER I BEFOLKNINGEN

3.1 Helnykterister, konsumenter och riskkonsumenter

Som framgått är huvudintresset i föreliggande rapport riktat mot frågan om förändring av i någon mening riskfyllda alkoholvanor. I detta första resultatkapitel ska vi emellertid, som en bakgrund till denna analys, ge en översikt över hur den svenska alkoholkonsumtionen, i vissa bestämda avseenden, ser ut på befolkningsnivå. Närmare bestämt ska vi, utifrån screeningdata och den relativt begränsade information om respondenternas dryckesvanor som dessa ger, diskutera hur många och vilka som i ett livstidsperspektiv kan definieras som helnykterister eller absolutister, hur många och vilka som kan definieras som enbart ”konsumenter” och hur många och vilka som någon gång i livet varit ”riskkonsumenter” enligt den definition som använts som inklusionskriterium för föreliggande undersökning. Dessutom ska vi, som en övergång till analysen av den egentliga undersökningsgruppen i nästa kapitel, diskutera hur många och vilka av de senare som slutat dricka på vad vi i denna mening betraktat som ”risknivå”.

Som ”helnyktra” har vi i det följande definierat de respondenter som svarat nej på frågan om de någonsin druckit några alkoholhaltiga drycker, definierade som alla drycker med minst samma alkoholhalt som folköl. Som ”konsumenter” har vi definierat alla respondenter som någon gång konsumerat alkoholhaltiga drycker, men som aldrig uppfyllt kriteriet för ”riskkonsumtion” enligt ovan (d.v.s. att under minst en månads tid ha intensivkonsumerat minst en gång i veckan). Som före detta ”riskkonsumenter” har vi definierat respondenter som uppfyllt detta kriterium, men som under det senaste året intensivkonsumerat högst en gång per månad (jfr. ovan, avsnitt 2.2). Som aktuella ”riskkonsumenter” slutligen, har vi definierat de respondenter som under det senaste året intensivkonsumerat mer än en gång per månad. *Tabell 1* redovisar hur många svarande, uppdelat på kön, som enligt uppgifter i screeningintervjun faller i respektive grupp.

Tabell 1. Dryckesmönster i ett livstidsperspektiv. Screeningdata (N= 2.862)³⁵.

	Kvinnor	Män	Alla	$p (\chi^2)$
Helnyktra (aldrig druckit alkohol)	74 (5,1 %)	74 (3,4 %)	122 (4,3 %)	
”Konsumenter” (aldrig ”riskkonsumtion”)	1.188 (82,6 %)	945 (66,4 %)	2.133 (74,5 %)	
Före detta ”riskkonsumenter”	130 (9,0 %)	277 (19,5 %)	407 (14,2 %)	
Aktuella ”riskkonsumenter” (senaste år)	46 (3,2 %)	154 (10,8 %)	200 (7,0 %)	
TOTALT	1.438 (100,0 %)	1.424 (100,0 %)	2.862 (100,0 %)	< .001

Totalt sett uppgav sig alltså mindre än fem procent aldrig någonsin ha konsumerat alkohol, medan en dryg femtedel, enligt den definition vi här har använt, någon gång har varit ”riskkonsumenter” och återstoden, tre fjärdedelar, har druckit alkohol, men aldrig på ”risknivå. Vi ser också att andelen helnyktra och andelen som aldrig druckit på risknivå är klart högre bland kvinnorna än bland männen. Betraktade som estimat av dryckesmönster i befolkningen innebär den sistnämnda andelen med stor sannolikhet en kraftig överskattning, eftersom, som diskuterats ovan, personer med aktuella missbruksproblem kan förväntas vara kraftigt överrepresenterade i bortfallet. Dessutom torde det, som också diskuterats, förekomma en inte oväsentlig underrapportering av framför allt aktuell högkonsumtion. Däremot finns det knappast några starkare skäl att tro att det finns någon liknande bias när det gäller personer som upphört med vad som här definierats som ”riskkonsumtion” (jfr. avsnitt 2.7 ovan). Med andra ord torde andelen aktuella ”riskkonsumenter” i befolkningen vara betydligt högre än tabellen indikerar, medan antalet personer som aldrig druckit på denna nivå (”konsumenter” i tabellen) sannolikt är väsentligt lägre. Vad denna sannolika underrapportering och selektivitet i bortfallet kan tänkas betyda för bilden av *vilka* personer, som i ett livstidsperspektiv uppvisar olika dryckesmönster, är inte helt lätt att säga. Å ena sidan vet vi med stor säkerhet från tidigare studier att såväl helnykterhet som hög- och problemkonsumtion varierar med förhållanden som kön, ålder och socioekonomiska förhållanden. Å den andra sidan finns det kanske inte skäl att tro att faktorer som dessa särskilt starkt skulle påverka underrapportering eller bortfall *inom* grupper med olika dryckesmönster. Som diskuterats i förgående kapitel förefaller också selektiviteten i bortfallet med avseende på sådana faktorer generellt sett vara av ganska marginell betydelse. Det finns därför – även om en viss försiktighet vid resultattolkningen anbefalls – anledning att tro att den följande analysen ger en i stora drag riktig bild av hur dryckesvanorna, betraktade i ett livstidsperspektiv, skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen.

3.2 Vem väljer helnykterhet?

I ett historiskt perspektiv har andelen helnyktra, d.v.s. personer som valt att helt avstå från nyttjandet av alkohol, varit en viktig indikator på alkoholvanornas utveckling (t.ex. Sulkunen, 1981; Axelsson, 1983). Vad gäller den organiserade nykterheten kan nämnas att nykterhetsrörelsen vid början av det förra seklet var den kanske mest inflytelserika av de stora folkrörelserna och att den i samband med storstrejken 1909 lyckades samla en folkmajoritet bakom kravet på ett totalt alkoholförbud (Blomqvist, 1998a). Efter motboksomröstningen 1922 kom den dock att förlora i betydelse och genom sitt agerande i samband med motbokens avskaffande kom den närmast att

marginalisera sig själv (ibid.). Under det senaste halvsekle har den organiserade nykterheten fört en tämligen tynande tillvaro, även om nykterhetsrörelsen under senare år fått ett visst tillskott av medlemmar³⁶. Nykterhetsrörelsens minskande betydelse återspeglas också i faktiskt beteende i den meningen att andelen svenskar som inte använder alkohol med vissa fluktuationer successivt minskat, närmast oavsett social eller demografisk undergrupp. Axelsson (1983), som redovisar data om nykterhetsnivån i Sverige under perioden 1968 till 1981 finner att andelen som inte använt alkohol inom ett år räknat från undersökningdagen under denna period sjönk från 26 % till 19 %. Andelen helnyktra var vid båda tillfällena ungefär tio procentenheter högre bland kvinnor än bland män. Om man ser till ålder var omkring en tredjedel av alla i åldersgruppen 55 – 75 år helnyktra såväl 1968 som 1981, medan andelen helnyktra i åldersgruppen 15 – 29 år minskade med elva procent under perioden 1968 till 1974 för att därefter stiga något. Helnykterhet befanns också under hela perioden vara vanligare på landsbygd än i storstad och vanligare i socialgrupp 3 än i framför allt socialgrupp 1. Dock hade under mätperioden en utjämning skett mellan såväl ortstyper som socialgrupper (ibid.). I en aktuell undersökning av svenska dryckesvanor under år 2002 finner Hradilova Selin (2004b) att de helnyktra, i betydelsen de som inte druckit någon alkohol under det senaste året, skulle utgöra ca 15 % av den svenska befolkningen i åldrarna 17 – 74 år. Andelen helnyktra är enligt nämnda studie fortfarande väsentligt högre bland kvinnorna (19 %) än bland männen (11 %) och väsentligt högre bland svarande i åldern 66 – 74 år (37 %) än i yngre åldersgrupper. Däremot är skillnaden mellan övriga åldersgrupper marginell (10 % är helnyktra i åldrarna 17 – 29 år, 9 % i åldrarna 30 – 49 år och 13 % i åldrarna 50 – 65 år). Dessutom är helnykterhet fortfarande klart vanligare på landsbygden (22 %) än i storstad (12 %). En logistisk regression, där effekten av olika förklaringsvariabler analyseras med kontroll för inflytandet av övriga variabler, bekräftar att sannolikheten att avstå från alkohol i denna studie är högre för kvinnor än för män, högre i åldergruppen över 65 år än i övriga åldrar, högre bland personer med enbart grundskola än bland personer med högre utbildning, högre bland personer med låg eller medelhög inkomst än bland höginkomsttagare, högre bland pensionärer och personer som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden än bland studerande eller arbetande, högre på landsbygden än i mindre städer, samt högre i Götaland än i Svealand (ibid.).

Att, som i de ovan refererade undersökningarna, studera helnykterhet under det senaste året är emellertid inte detsamma som att studera nykterhet som livsval. För det första kan det senare, i strikt mening endast studeras retrospektivt, eftersom möjligheten alltid finns att någon, som fram till undersökningstillfället avstått från alkohol, sedermera ändrar uppfattning och börjar dricka. Så fann exempelvis

Axelsson (1983) utifrån paneldata att en inte obetydlig del av den minskade nykterheten under perioden 1968 – 1981 bestod i att yngre kvinnor i socialgrupperna 2 och 3 började använda alkohol i samband med att de övergick från att vara hemmafruar till att bli förvärvsarbetande. Möjligen betyder sådana förändringar dock mindre idag, när alkoholdebuten i allmänhet sker mycket tidigt och när det mesta tyder på att dryckesvanorna hos de allra flesta formas i ganska unga år³⁷. Vad man, för det andra, måste beakta i sammanhanget är att gruppen aktuellt helnyktra sannolikt inkluderar relativt många personer som, för längre eller kortare tid, valt att avstå från alkohol för att de upplevt olika slag av problem med sin tidigare konsumtion. Här kan ingå en mängd olika undergrupper, från personer som av hälsoskäl bestämt sig för att ta ”ett vitt år” till människor med uttalade missbruksproblem som valt att följa ”sjukdomsteorins” och AA:s budskap om livslång total abstinens som det enda hållbara alternativet (jfr. avsnitt 1.2 ovan).

I föreliggande undersökning har vi inte heller några heltäckande uppgifter om hur många och vilka som helt avstått från alkohol under det senaste året, eftersom denna fråga av kostnadsskäl ställdes bara till dem som någonsin druckit på ”risknivå”³⁸. Däremot har vi alltså uppgifter om hur många och vilka som aldrig någonsin druckit alkohol, d.v.s. som i någon mening kan sägas ha valt nykterhet som livsstil – även om vi som ovan sagts inte kan säga något säkert om hur definitivt detta val är, framför allt inte bland de yngre svarande. Som framgått ovan (*Tabell 1*) uppgav totalt 122 respondenter (4,3 %) att de aldrig någonsin druckit någon alkohol. Om uppgifterna särredovisas för de två könen blir andelarna 5,1 % bland kvinnorna och 3,4 % bland männen. Vi kan dessutom – utifrån uppgifter i uppföljningsintervjun – konstatera att en knapp tiondel av dem som någonsin druckit på ”risknivå” varit helnyktra under det senaste året (se vidare avsnitt 4.3). Utifrån – det i och för sig osäkra – antagandet att sannolikheten att övergå till helnykterhet är högre bland dem som någonsin konsumerat på risknivå än bland personer som inte gjort det skulle man därmed kunna uppskatta andelen aktuellt helnyktra till någonstans mellan fem och tio procent, d.v.s. betydligt lägre än den ovan angivna andel som redovisats av Hradilova Selin (2004b). Också när det gäller andelen som aldrig någonsin druckit alkohol redovisar den senare undersökningen en högre andel än föreliggande studie, nämligen sex procent (åtta procent av kvinnorna och fyra procent av männen). En tänkbar förklaring till dessa skillnader är att estimaten av olika grupper storlek på grund av underrapportering och bortfall kan variera mellan olika studier (jfr. avsnitt 2.7) och att denna osäkerhet accentueras när det rör sig om ganska små tal. En kompletterande förklaring är att den nedre åldersgränsen i den senare studien är 17 år, medan den i föreliggande studie är 18 år. Eftersom gränsen för legal alkoholutskänkning i Sverige

går just vid 18 år – och gränsen för inköp vid 21 år – är det tänkbart att denna skillnad på ett år kan ha större konsekvenser än vad man omedelbart skulle misstänka. Dels kan man tänka sig att många 17-åringar inte druckit någon alkohol eftersom de velat följa lagen och/eller haft svårt att få tag på alkohol; dels kan man tänka sig att det föreligger en selektiv underrapportering av sådant ”illegalt” drickande. Ett visst stöd för denna tolkning ger det faktum att andelen som aldrig druckit i Hradilova Selins (2004b) studie – till skillnad mot den föreliggande – är högre i den yngsta åldersgruppen (upp till 29 år) än bland de medelålders (se vidare nedan).

I det följande ska vi emellertid främst intressera oss för hur valet av en helnykter livsstil relaterar till demografiska och sociala variabler, något som inte i samma utsträckning som de absoluta estimaten bör påverkas av förekommande felkällor (jfr. avsnitt 2.7). *Tabell 2* ger en översiktlig jämförelse av de respondenter som uppger sig aldrig ha druckit alkohol med den stora majoriteten alkoholkonsumenter.

Tabell 2. Alkoholkonsumenter och icke alkoholkonsumenter. Demografiska data.

	<i>Aldrig druckit alkohol (n= 122)</i>	<i>Någonsin druckit alkohol (n= 2.740)</i>	<i>p</i> ¹	<i>Alla (N=2.862)</i>
<i>Medelålder (M)</i>	50,5 (15,3)	44,9 (15,2)	***	45,2 (15,3)
<i>Kön</i>			**	
Män	38,9 %	50,9 %		50,4 %
Kvinnor	61,1 %	49,1 %		49,6 %
<i>Civilstånd</i>			**	
Gift/sambo	77,8 %	69,2 %		69,5 %
Ensamstående	22,2 %	30,8 %		30,5 %
<i>Barn under 18</i>			(*)	
Ja	44,4 %	37,3 %		37,6 %
Nej	55,6 %	62,7 %		62,4 %
<i>Utbildning</i>			*	
Grundskola	26,4 %	17,5 %		17,9 %
Gymnasium	47,9 %	54,9 %		54,0 %
Universitet	25,6 %	28,3 %		28,1 %
<i>Sysselsättning</i>			**	
Arbete	56,3 %	68,8 %		68,3 %
Studier	7,9 %	9,4 %		9,4 %
Pensionär	25,4 %	15,2 %		15,6 %
Övrigt	10,3 %	6,6 %		6,7 %
<i>Hushållsinkomst</i>			***	
Låg	8,0 %	7,0 %		7,1 %
Medel	56,0 %	37,3 %		38,0 %
Hög	36,0 %	55,7 %		54,9 %

¹ χ^2 ; ANOVA: (*) $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .005$; *** $p < .001$;

Vad denna tabell indikerar är att de svenskar som valt helnykterhet som livsstil i flera avseenden skiljer sig från befolkningmajoriteten. Sålunda visar den att gruppen livstidsnyktra, i jämförelse med hela gruppen alkoholkonsumenter, innefattar högre andelar kvinnor, gifta eller samboende, lågutbildade, pensionärer och personer som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden, en något högre andel föräldrar, samt en lägre andel personer med hög hushållsinkomst. Dessutom är medelåldern signifikant högre bland livstidsnyktra än i befolkningen i övrigt. Så långt jämförelser är möjliga att göra förefaller dessa skillnader överensstämma ganska väl med dem man funnit i tidigare undersökningar (jfr. ovan). Även om det över de senaste fyra fem decennierna blivit allt mindre vanligt att avstå från alkohol förefaller således – enligt de data som hittills redovisats – inga större förändringar ha skett när det gäller vilka grupper av medborgare som väljer ett sådant förhållningssätt.

En deskriptiv analys av det slag tabellen ger är emellertid inte någon tillräcklig grund för att ge ett mer uttömmande svar på frågan om vad som predicerar valet av en helnykter livsstil. För att komma närmare ett sådant svar ska vi därför först se lite närmare på sambandet mellan helnykterhet och ålder. *Tabell 3* visar hur andelen i olika åldersgrupper som aldrig druckit alkohol ser ut för män respektive kvinnor.

Tabell 3. Andel i olika åldrar som aldrig druckit alkohol. Kvinnor och män.

Åldersgrupp:	Kvinnor (n=1.424)	Män (n=1.438)	Alla (N= 2.862)	p (χ^2)*
18 — 29 år	2,9 %	1,7 %	2,3 %	ns
30 — 39 år	5,9 %	1,4 %	3,7 %	**
40 — 49 år	5,2 %	3,5 %	4,3 %	ns
50 — 64 år	5,0 %	4,6 %	4,8 %	ns
65 — 74år	10,6 %	6,3 %	8,7 %	ns
Alla	5,4 %	3,4 %	4,4 %	**
p (χ^2)	*	*	***	

* p < .05; ** p < .005; *** p < .001

Teoretiskt sett borde man – om det vore så att dryckesmönstren i befolkningen vore konstanta över tid – kunna förvänta sig att andelen svarande som aldrig någonsin druckit alkohol skulle vara högst bland de allra yngsta och lägst bland de allra äldsta, detta eftersom ”exponeringstiden” för alkohol, och därmed möjligheten att börja dricka, ökar med stigande ålder. I själva verket visar dock tabellen på det motsatta förhållandet, nämligen att livstids helnykterhet bland såväl kvinnor som män skulle vara nästan fyra gånger så vanligt bland de äldsta som bland de yngsta. I viss mån kan detta resultat sannolikt förklaras av högre mortalitet bland dem som dricker alkohol än dem som inte gör det, även om helnykterister i vissa studier också visat

sig ha en något förhöjd dödlighet i förhållande till måttlighetskonsumenter (t.ex. Rimm m.fl., 1991; 1996). En annan delförklaring kan vara att andelen helnyktra bland de äldre kommit att överskattas på grund av ett selektivt bortfall av långvariga problemkonsumenter (jfr. ovan, avsnitt 2.7). Dessutom kan man möjligen tänka sig att selektiv underrapportering spelat en viss roll. Även om frågan gällde om man någonsin druckit alkohol kan man t.ex. tänka sig att äldre respondenter, som inte druckit någon alkohol sedan ungdomsåren betraktar sig som i praktiken livstidsnyktra, medan yngre respondenter varit mer benägna att ge en korrekt rapportering av en i tiden mer närallgigande tillfällig konsumtion (jfr. Not 30).

Dock ter sig inte dessa förklaringar, vare sig var för sig eller tillsammans, som tillräckliga för att förklara de stora skillnaderna mellan åldersgrupperna. Den viktigaste förklaringen torde istället vara att det finns en påtaglig kohort- eller generationseffekt, innebärande att helnykterhet som livsval blivit alltmer ovanligt över generationerna, ett antagande som stärks av att ett liknande samband mellan helnykterhet och åldersgrupp också visar sig i Hradilova Selins (2004b) studie, åtminstone om man undantar den allra yngsta åldersgruppen, som alltså också innefattar även ungdomar som inte uppnått den lagliga åldern för alkoholkonsumtion (jfr. ovan). Sulkunen (1981) talar i en smått klassisk rapport om dem som föddes i slutet av 1930-talet och fram till mitten av 1950-talet – och som alltså till stor del blev vuxna under ”rekordåren” på 1950- och 1960-talen – som ”den våta generationen” och menar att dryckesvanorna i denna grupp – med ökande konsumtion och minskande nykterhet – återspeglar att gamla moraliska barriärer mot alkohol och drickande brutits ned. Sulkunens analys bygger på finska förhållanden, men torde till stor del kunna återföras också på situationen i Sverige. Analysen stämmer också relativt väl med siffrorna i Tabell 3, där åldersgruppen 50 – 64 år närmast motsvarar denna ”våta generation”, medan den äldsta åldersgruppen representerar en ”torrare” generation, som växte upp i en tid då motboken fortfarande var i bruk och då nykterhetsrörelsen fortfarande hade ett visst inflytande (jfr. Lindgren, 2001), och som blev vuxna under eller strax efter andra världskriget. I generationerna närmast efter den ”våta”, d.v.s. de som blev vuxna från början av 1970-talet och fram till mitten av 1990-talet, tycks benägenheten att välja en helnykter livsstil ha minskat ytterligare något, men inte särskilt dramatiskt. I den yngsta generationen däremot, de som vid undersöknings-tillfället var mellan 18 och 29 år och som alltså blivit vuxna efter det svenska EU-inträdet 1995, har det åter skett en kraftig reduktion av helnykterheten. I princip kan man säga att helnykterhet som livsval närmast tycks vara på väg att försvinna – inte minst om man beaktar att de få i den yngsta åldersgruppen som ännu inte druckit alkohol har större delen av ett liv på sig att börja göra det. En reservation bör dock här göras för det faktum att aktuella mätningar tyder på att andelen

niondeklassare som någonsin druckit alkohol på senare tid åter kan ha minskat något (Hvitfeldt och Rask, 2005). De beskrivna förändringarna i valet av helnykterhet över generationerna följer också i stort de förändringar i totalkonsumtionen som forskningen visat på, med en i huvudsak svagt uppåtgående tendens från krigsslutet till EU-inträdet 1995, dock med tydliga ”toppar” i samband med avskaffandet av motboken 1955 och under ”mellanölsåren” 1965 – 1977 (t.ex. CAN, 1993), följd av en mycket kraftig ökning – som dock tycks ha planat ut under den allra senaste tiden – efter EU-inträdet 1995 (Leifman, 2004; Bohman m.fl., 2006). Det bör dock noteras att förändringarna i inställningen till helnykterhet, av tabellen att döma, tycks ha skett på olika sätt för kvinnor och män. För männen tycks det således röra sig om en mer kontinuerlig minskning över generationerna med en utplaning på en mycket låg nivå bland de män som blivit vuxna under de senaste två decennierna. Bland kvinnorna har minskningen på ett tydligare skett i två steg, först med ”den våta generationen” och sedan med de kvinnor som blivit vuxna efter EU-inträdet.

En rimlig sammanfattande slutsats av de uppgifter som redovisats hittills tycks alltså vara att det finns en ”generationseffekt” när det gäller helnykterhet i ett livsloppsperspektiv, men att denna tar sig delvis olikartade uttryck för män och kvinnor, samt att dryckesmönster och dryckeserfarenheter under livet också påverkas av en mängd andra sociodemografiska variabler. Med tanke på de uppenbarligen komplexa interkorrelationerna mellan dessa påverkansfaktorer – och för att få grepp om självständiga effekter av olika bakgrundsvariabler – har, i ett andra steg av analysen, en logistisk regressionsanalys genomförts med livstids helnykterhet som utfallvariabel. Eftersom relationen mellan dryckesvanor och övriga variabler uppenbarligen skiljer sig något mellan de två könen har också separata analyser gjorts för kvinnor och män. Dessa analyser har baserats på de variabler som givit signifikanta utslag i de bivariata analyserna. För att undvika problem med multikollinearitet³⁹ har vi dock i de multivariata analyserna genomgående uteslutit vissa variabler som alltför starkt korrelerar med andra variabler som ingår i analysen. Dessutom har vi i olika analyser uteslutit olika variabler på vissa andra grunder. I det aktuella fallet har vi valt att inte ta med inkomstvariabeln eftersom den dels anger hushållets, inte individens inkomst, dels har ett relativt stort internbortfall. Dessutom har vi exkluderat frågan om barn under 18 år, eftersom denna avser situationen vid frågetillfället och det inte ter sig helt klart hur denna teoretiskt skulle tänkas påverka att man aldrig druckit⁴⁰. Slutligen har vi dikotomiserat variabeln sysselsättning av det enkla skälet att det bland de undersökta manliga studerandena inte fanns någon som aldrig druckit alkohol. Resultaten av de multivariata analyserna redovisas i *Tabell 4*.

Tabell 4. Livstids helnykterhet, predicerad från sociodemografiska data. Logistisk regression.

	Oddsquot / p-värde		
	Alla (n= 2.862)	Kvinnor (n=1.424)	Män (n=1.438)
Kön			
Män (ref.)			
Kvinnor	1, 53*		
Ålder			
18 – 29 år (ref.)			
30 – 39 år	1,48	1,98	0,74
40 – 49 år	1,66	1,66	1,69
50 – 64 år	1,93(*)	1,73	2,46(*)
65 – 74 år	2,56*	2,17(*)	4,30*
Civilstånd			
Gift /sambo	1,47(*)	1,81*	1,03
Ensamstående (ref.)			
Utbildning			
Grundskola	1,37	1,57	1,13
Gymnasium (ref.)			
Universitet	1,00	0,95	1,11
Sysselsättning			
Arbete (ref.)			
Övriga (stud./pens.)	1,46	1,95*	0,80
Nagelkerke r²	0,03	0,04	0,04

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001

Vad tabellen visar är att vad som, med kontroll för övriga påverkansvariabler, har en självständig effekt på sannolikheten att aldrig ha druckit alkohol, är att vara kvinna, att tillhöra de två äldsta snarare än den yngsta åldersgruppen och att vara gift eller sammanboende. Mönstren skiljer sig dock en del mellan de två könen. Bland kvinnorna är helnykterhet vanligare bland de allra äldsta än bland övriga, vanligare bland dem som är gifta/samboende än bland ensamstående och vanligare bland dem som ej arbetar än bland anställda. Bland männen, där som vi redan sett mycket få aldrig har druckit alkohol, är det endast högre ålder som har en självständig effekt på sannolikheten att vara helnykter. Om vi ser till Hradilova Selins (2004b) data om helnykterhet som livsval kan vi, utöver att hon som ovan nämnts finner en något

högre prevalens än föreliggande studie, konstatera att prediktorerna för att aldrig ha druckit alkohol, så långt jämförelser kan göras⁴¹, är tämligen likartade i de två studierna. Hradilova Selin finner således att sannolikheten för helnykterhet som livsval ökar med stigande ålder, lägre utbildning och lägre inkomst, samt är klart högre för kvinnor än för män och för personer som står utanför arbetsmarknaden än för framför allt arbetare.

En sammanfattande analys av de uppgifter som redovisats i detta avsnitt är att valet av helnykterhet sedan motbokens dagar minskat kraftigt över generationerna, för att idag vara ett alternativ för bara några få procent av befolkningen. I huvudsak tycks dock, så långt saken går att analysera, valet av helnykterhet – i den mån det ännu förekommer – vara förankrat i ungefär samma befolkningsgrupper som under nykterhetsrörelsens glansdagar. Med tanke på det låga antalet helnyktra överhuvudtaget och det låga förklaringsvärdet hos de analyserade variablerna⁴² bör dock dessa slutsatser ses som tentativa.

3. 3 ”Riskkonsumtion” i ett livstidsperspektiv

Om man undantar 1900-talets första decennier då förbudstanken hade ett starkt folkligt stöd (jfr. ovan sid. 29) har alkoholen i Sverige i huvudsak betraktats som en legitim om än potentiellt skadlig drog – detta till skillnad mot de preparat som betecknas som narkotika och beträffande vilka den officiella linjen är att varje bruk utgör ett ”missbruk” (Hübner 2001). Medan det sistnämnda ställningstagandet kan ses som något diskutabelt ur såväl faktamässig som semantisk synvinkel, förutsätter det förstnämnda någon slags distinktion mellan en användning som uppfattas som acceptabel och oproblematiserad och en användning som uppfattas som avvikande och/eller i någon mening skadlig (Blomqvist, 2003). Hur denna gräns har dragits har varierat med tidpunkt och sammanhang och beroende på vem som haft möjlighet och auktoritet att fälla ett sådant avgörande, och det ligger nog inte bara en lustighet i det gamla uttrycket ”alkoholist är den som dricker mer än sin doktor” (ibid.). De riktlinjer för vad som kan betraktas som en ”riskabel” respektive ”riskfri” konsumtion som idag utfärdas av olika myndigheter och andra aktörer är i allmänhet baserade på olika slag av empiriska forskningsresultat, men kan icke desto mindre skilja sig ganska kraftigt åt. Ett skäl till detta är att olika råd eller riktlinjer tar fasta på olika slags risker och därmed fokuserar på olika aspekter av alkoholkonsumtionen. Något förenklat kan man säga att riktlinjer som inriktar sig på risken att utveckla olika slag av alkoholrelaterade medicinska skador i huvudsak tar fasta på den totala livstidskonsumtionen av alkohol och anger rekommenderade maximala dryckesmängder i termer av t.ex. genomsnittlig dagskonsumtion eller antal standardglas per vecka. En

vanlig rekommendation är att män inte bör dricka mer än fjorton standardglas (motsvarande ungefär två och en halv flaska vin) och kvinnor inte mer än nio standardglas (motsvarande cirka en och en halv flaska vin) per vecka (jfr. NIAAA, 1992). Omräknat till dagskonsumtion skulle gränsen för en riskfri konsumtion enligt denna rekommendation alltså ligga vid motsvarande två glas vin per dag för män och drygt ett glas vin per dag för kvinnor (jfr. SBU, 2001). En annan ofta förekommande indelning är den som bl.a. används i en rapport om svenska dryckesvanor från CAN och Folhälsainstitutet (Helmersson-Bergmark, 2001) och som anger att män kan dricka upp till 40 cl starksprit eller motsvarande mängd och kvinnor upp till 30 cl starksprit i veckan, utan att anses som risk- eller högkonsumenter⁴³.

Risken för negativa sociala konsekvenser av drickandet eller för att utveckla ett missbruk eller ett beroende anses – även om det naturligtvis även här handlar om ett relativt omfattande drickande – vara starkare relaterad till *hur* man dricker än till *hur mycket* man dricker. En ofta använd indikator på ett i denna mening riskabelt drickande är ”intensivkonsumtion” eller ”berusningsdrickande”, som i sin tur oftast brukar definieras som en konsumtion av minst fem standardglas vid samma dryckes-tillfälle (jfr. avsnitt 2.2. ovan) eller som upplevd berusning. Den definition av ”riskkonsumtion” som vi använt i föreliggande studie bygger, som redan framgått, just på frekvensen intensivkonsumtion i denna mening. Som redan berörts varierar dock uppfattningarna om hur ofta en sådan intensivkonsumtion ska förekomma för att anses indikera en riskfylld konsumtion. Adlaf m.fl. (1977) anger t.ex. intensivkonsumtion minst *en gång i veckan* som en indikator på riskkonsumtion eller ”högkonsumtion”, en definition som också användes i en pilotstudie till den ovan refererade studien av svenskarnas dryckesvanor (Hradilova Selin, 2004c). I en annan delstudie i samma projekt (Ramstedt, 2004) definieras att intensivkonsumera ”ofta” som att dricka minst fem glas vid samma tillfälle *en gång i månaden* eller mer, en avgränsning som också gjorts i andra svenska studier (jfr. Leifman, 2004). I de slutliga analyser av dryckesmönster i Sverige som refererats i det föregående (Hradilova Selin, 2004b), intar författaren emellertid en mellanposition och definierar ”högkonsumtion” som intensivkonsumtion *mer än en gång i månaden*. Det bör tilläggas att alla dessa definitioner utgår från att vad som mäts är drickande under det senaste året. Samtidigt bör noteras att det inte är ovanligt att gränsen för vad som anses vara en helt oproblematisk konsumtion sätts betydligt lägre än gränsen för ”riskkonsumtion”, vilket innebär att det uppstår ett ”osäkerhetsintervall” mellan vad som ses som en ”riskabel” och en ”riskfri” konsumtion. I den ovan nämnda pilotstudien definierades exempelvis ”lågkonsumtion” som att man *aldrig* druckit så mycket som fem standardglas vid ett och samma tillfälle (Hradilova Selin, 2004c). I den kanadensiska

förlagan till föreliggande studie (t.ex. Cunningham m.fl., 2004) definierades – som framgått av avsnitt 2.2 – personer som någon gång i livet under minst en månads tid intensivkonsumerat *minst en gång i veckan* som ”heavy drinkers” och de av dessa som under det senaste året intensivkonsumerat *mindre ofta än en gång i månaden* som ”former heavy drinkers”.

Föreliggande studie har – som också framgått ovan – för jämförbarhetens skull slutit an till den kanadensiska förlagan vad gäller definitionen av att någonsin ha druckit på ”risknivå”. När det gäller definitionen av vilka som inte längre dricker på risknivå har vi emellertid – i likhet med vad Hradilova Selin (2004b) gör i sin huvudstudie – satt gränsen vid intensivkonsumtion högst en gång i månaden. På detta sätt får vi dels – utan att förlora i jämförbarhet – möjlighet att utforska ett bredare spektrum av förändringsmönster än den kanadensiska studien, dels får vi möjlighet att jämföra våra resultat vad gäller ”aktuella riskkonsumenter” (personer som under det senaste året intensivkonsumerat mer än en gång i månaden) med Hradilova Selins resultat. Som också diskuterats ovan hade det – bland annat för att undvika att bland ”riskkonsumenterna” inkludera personer som högkonsumerat vid något enstaka tillfälle – t.ex. under semestern – varit önskvärt att definitionerna av riskkonsumtion i ett livstidsperspektiv respektive aktuell riskkonsumtion använt samma tidsram. Det faktum att detta ideal fått offrats på jämförbarhetens altare torde dock inte ha snedvridit de slutsatser som kan dras på något dramatiskt sätt. En indikation på detta är exempelvis att endast drygt femton procent av de 339 ”riskkonsumenter” som kom att ingå i den egentliga undersökningsgruppen uppgav att den period då de konsumerat som mest varat kortare tid än ett år (se nedan avsnitt 4.2). Dessutom skilde sig inte dessa ”tillfälliga” högkonsumerter på något avgörande sätt från de mer långvariga riskkonsumenterna (ibid.).

Som framgått av Tabell 1 kan sju procent av de intervjuade i screeningintervjun enligt ovanstående definitioner beskrivas som ”aktuella riskkonsumenter” medan ungefär dubbelt så många kan beskrivas som ”tidigare riskkonsumenter”. Såväl aktuell som tidigare ”riskkonsumtion” är vanligare bland männen (elva respektive knappt tjugo procent) än bland kvinnorna (tre respektive nio procent). Siffrorna för ”aktuella riskkonsumenter” kan också jämföras med Hradilova Selins (2004b) studie, där knappt elva procent – fyra procent av kvinnorna och arton procent av männen – uppger sig ha intensivkonsumerat mer än en gång per månad under det senaste året. Som tidigare diskuterats (avsnitt 2.7) torde estimaten av ”aktuell riskkonsumtion” i båda studierna innebära en relativt kraftig underskattning på grund av selektivt bortfall och i någon mån selektiv underrapportering, medan andelen ”tidigare riskkonsumenter” kan antas ge en mer adekvat skattning (ibid.).

Som också diskuterats torde även den analys av hur ”riskkonsumtion” i ett livstids-perspektiv förhåller sig till sociala och demografiska variabler, som vi ska fokusera på i det följande, ge en i allt väsentligt korrekt bild av de verkliga förhållandena. *Tabell 5* jämför personer som aldrig druckit på ”risknivå” (helnykterister och ”konsumenter”) i nämnda avseenden med dem som tidigare haft en ”riskkonsumtion” och upphört med denna, respektive dem som det senaste året druckit på ”risknivå”.

Tabell 5. ”Riskkonsumenter” och icke ”riskkonsumenter”. Demografiska data.

	Aldrig ”risk” (n= 2.255)	Tidigare ”risk” (n=407)	Aktuell ”risk” (n= 200)	Alla N= 2.862	p ¹
Medelålder (M,s)	47,3 (15,2)	38,5 (12,1)	34,7 (13,4)	45,2 (15,3)	*** ²
Kön					***
Män	44,6 %	69,0 %	77,7 %	50,4 %	
Kvinnor	55,4 %	31,0 %	22,3 %	49,6 %	
Civilstånd					***
Gift/sambo	72,2 %	66,0 %	47,0 %	69,5 %	
Ensamstående	27,8 %	34,0 %	53,0 %	30,5 %	
Barn under 18					***
Ja	37,5 %	43,9 %	26,6 %	37,6 %	
Nej	62,5 %	56,1 %	73,4 %	62,4 %	
Utbildning					***
Grundskola	19,1 %	11,5 %	16,5 %	17,8 %	
Gymnasium	53,1 %	54,7 %	62,5 %	54,0 %	
Universitet	27,8 %	33,8 %	21,0 %	28,1 %	
Sysselsättning					***
Arbete	66,6 %	77,4 %	68,5 %	68,3 %	
Studier	7,8 %	11,2 %	23,6 %	9,4 %	
Pensionär	18,6 %	5,0 %	3,4 %	15,6 %	
Övrigt	7,0 %	6,5 %	4,4 %	6,8 %	
Inkomstnivå					***
Låg	6,2 %	8,0 %	14,7 %	7,1 %	
Medel	38,5 %	33,8 %	41,3 %	38,0 %	
Hög	55,3 %	58,2 %	44,0 %	54,9 %	

¹ χ^2 ; ANOVA: * p < .05; ** p < .005; *** p < .001; ² Scheffé Post Hoc Test (p < .05): ”aldrig” > ”tidigare” > ”aktuell”

Som framgår av tabellen tycks den stora majoritet som aldrig druckit på ”risknivå” skilja sig från dem som någon gång gjort det i ungefär samma avseenden som de som valt helnykterhet som livsstil skiljer sig från dem som dricker alkohol (jfr. Tabell 2). Bland dem som aldrig druckit på ”risknivå” är således kvinnor, gifta eller samboende och lågutbildade klart överrepresenterade. Vidare är andelen pensionärer högre, medan andelen studerande och andelen med låg hushållsinkomst är lägre än bland

dem som någon gång ”riskkonsumerat”. Slutligen är medelåldern väsentligt högre bland dem som aldrig druckit på ”risknivå” än bland dem som gjort det. Om man jämför respondenter med en aktuell ”riskkonsumtion” med dem som upphört att dricka på ”risknivå” finner man att den förra gruppen är i genomsnitt fyra år yngre än den senare och i än högre grad domineras av män, ensamlevande, barnlösa och studerande. Dessutom är personer med hög inkomst underrepresenterade och personer med gymnasieutbildning överrepresenterade bland aktuella ”riskkonsumenter”. Vad dessa resultat antyder är att en ganska stor del av den ”riskkonsumtion” som fångas av den definition vi använt utgörs av en i någon mening situationsbetingad högkonsumtion bland unga människor och inte minst studerande, som upphör eller planar ut med stigande ålder, familjebildning och inträde i arbetslivet.

Den relativt måttliga om än signifikanta ålderskillnaden mellan aktuella och tidigare ”riskkonsumenter” pekar på att samma sak gäller den senare gruppen. Det faktum att medelåldern i båda grupperna ligger en bra bit över trettio år, antyder samtidigt, tillsammans med det faktum att de aktuella ”riskkonsumenterna”, i jämförelse med dem som aldrig druckit på ”risknivå”, mer sällan är lågutbildade men oftare har låg inkomst, att såväl de aktuella som de tidigare ”riskkonsumenterna” utgör påtagligt heterogena kategorier. Det finns med andra ord skäl att anta att båda grupperna, förutom ett betydande antal personer med en mer tillfällig högkonsumtion, innehåller personer med ett pågående eller avslutat, mer eller mindre långvarigt ”missbruk”. Vad gäller de tidigare ”riskkonsumenterna” visar en särskild analys de facto att nästan hälften hade upphört med sin riskabla konsumtion före 25 års ålder och nästan tre fjärdedelar innan de fyllt 30. Samtidigt hade något mer än var tionde före detta ”riskkonsumenter” fortsatt att dricka på denna nivå efter att de fyllt 40.

Precis som när det gäller analysen av valet av helnykterhet som livsstil finns det emellertid anledning att föra diskussionen en bit längre än till den rent deskriptiva redovisningen i Tabell 5. I ett första steg av en sådan vidare analys ska vi se på hur olika erfarenheter av ”riskkonsumtion” ser ut i olika åldersgrupper. Resultatet av en sådan analys återges *Tabell 6* (omstående sida). Uppgifterna i denna tabell indikerar att mindre än tio procent av männen och mindre än en procent av kvinnorna i den äldsta åldersgruppen någonsin druckit på ”risknivå”, att jämföra med mer än hälften av männen och drygt en fjärdedel av kvinnorna i den yngsta åldersgruppen. Även om, som redan sagts, dessa siffror sannolikt innebär en kraftig underskattning, på grund av selektivt bortfall och selektiv underrapportering bland människor med en pågående problemkonsumtion, måste denna skeva åldersfördelning, precis som när det gäller prevalensen för helnykterhet som livsval, i huvudsak ses som uttryck för en kohort- eller generationseffekt, med innebörden att det under de senaste fem-sex decennierna blivit allt vanligare att åtminstone någon gång i livet dricka på vad vi här

definierat som ”risknivå”. Det faktum att aktuellt riskdrickande är betydligt starkare koncentrerat till den yngsta åldersgruppen än riskdrickande som upphört indikerar samtidigt att högkonsumtion inom varje generation är jämförelsevis vanlig bland de yngsta, men i de flesta fall ganska snabbt minskar eller planar ut med stigande ålder.

Tabell 6. Andel i olika åldergrupper med olika erfarenheter av ”riskkonsumtion”. Kvinnor och män.

	<i>Aldrig "risk"</i>	<i>Tidigare "risk"</i>	<i>Aktuell "risk"</i>	<i>p (χ²)¹</i>
<i>Alla:</i>	<i>(n= 2.255)</i>	<i>(n=407)</i>	<i>(n= 200)</i>	***
18 – 29	61,1 %	21,2 %	17,6 %	
30 – 39	72,9 %	20,8 %	6,3 %	
40 - 49	78,3 %	15,2 %	6,5 %	
50 – 64	85,5 %	8,1 %	3,5 %	
65- 74	95,8 %	3,5 %	0,6 %	
<i>Totalt</i>	<i>78,9 %</i>	<i>14,0 %</i>	<i>7,1 %</i>	
<i>Kvinnor:</i>	<i>(n=1.262)</i>	<i>(n=130)</i>	<i>(n= 46)</i>	***
18 – 29	74,4 %	16,1 %	9,5 %	
30 – 39	83,8 %	13,1 %	3,1 %	
40 - 49	89,2 %	9,0 %	1,9 %	
50 – 64	95,0 %	3,9 %	1,1 %	
65 - 74	99,3 %	0,7 %	0,0 %	
<i>Totalt</i>	<i>88,1 %</i>	<i>8,7 %</i>	<i>3,2 %</i>	
<i>Män:</i>	<i>(n= 993)</i>	<i>(n= 277)</i>	<i>(n= 154)</i>	***
18 – 29	48,6 %	26,0 %	25,3 %	
30 – 39	61,5 %	28,8 %	9,7 %	
40 - 49	68,3 %	21,1 %	10,6 %	
50 – 64	81,9 %	12,3 %	5,8 %	
65 - 74	92,5 %	6,3 %	1,3 %	
<i>Totalt</i>	<i>69,8 %</i>	<i>19,3 %</i>	<i>10,9 %</i>	

¹ * $p < .05$; ** $p < .005$ *** $p < .001$.

Samtidigt visar uppgifterna i Tabell 6 att förändringarna över tid i ”riskdrickande” i stort följer samma mönster som förändringarna i benägenhet att välja helnykterhet som livsstil. Även här återfinns således de största skillnaderna dels mellan de allra äldsta och den ”våta generationen” av 50 – 64-åringar, dels mellan dem som blev vuxna före EU-inträdet och 18 – 29-åringarna, som blivit vuxna under det senaste decenniet. Också könsskillnaderna tycks i huvudsak vara av samma slag som vad gäller valet av helnykterhet. För männen syns således ökningen av andelen ”riskkonsumenter” ha varit ganska kontinuerlig över generationerna, medan den bland kvinnorna tycks ha accelererat med den generation som blivit vuxen efter EU-inträdet.

När det gäller frågan om vilka de tidigare respektive aktuella ”riskkonsumenterna” är finns det, liksom vad gäller prediktorer för helynkterhet, anledning att i särskild ordning analysera vilka faktorer som, med kontroll för övriga relevanta faktorer, påverkar sannolikheten för att uppvisa dessa mönster. För att få grepp om dels hur ”riskkonsumenterna” skiljer sig från dem som enbart ”konsumerat”, dels vad som kännetecknar aktuella riskkonsumenter, har vi, med hjälp av logistisk regression, först jämfört alla som någonsin druckit på risknivå med dem som aldrig gjort det. Därefter har vi på samma sätt jämfört dem som idag dricker på risknivå med dem som inte gör det. Den sistnämnda analysen motiveras bl.a. av att Hradilova Selins (2004b) undersökning här erbjuder vissa jämförelsedata. I båda fallen har också separata analyser gjorts för kvinnor och män. Sannolikheten för att någonsin ha druckit på vad vi här definierat som ”risknivå” i relation till att aldrig ha gjort detta återges i *Tabell 7*.

Tabell 7. Någonsin ”riskkonsumtion”, predicerad från demografiska data. Logistisk regression.

	Oddsquot / p-värde		
	Alla (n= 2.862)	Kvinnor (n=1.424)	Män (n=1.438)
Kön			
Män	3,45***		
Kvinnor (ref.)			
Ålder			
18 – 29 år	5,60***	6,41***	5,67***
30 – 39 år	3,39***	4,04***	3,24***
40 – 49 år	2,41***	2,74**	2,34***
50 – 74 år (ref.)			
Civilstånd			
Gift / sambo (ref.)			
Ensamstående	1,40**	1,80**	1,24
Utbildning			
Grundskola	1,02	0,89	1,05
Gymnasium (ref.)			
Universitet	1,23*	1,48*	1,12
Sysselsättning			
Arbete (ref.)			
Studier	0,89	1,14	0,68
Pensionär/övrigt	0,58***	0,51*	0,62*
Nagelkerke r²	0,21	0,15	0,14

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001

Som framgår av tabellen är sannolikheten att någonsin ha druckit på ”risknivå” högre bland män, ensamstående och högutbildade än bland kvinnor, gifta eller samboende och gymnasie- eller lågutbildade, samt klart avtagande med ökande ålder. Dessutom är sannolikheten att ha ”riskkonsumerat”, även med kontroll för ålder och andra variabler, lägre bland pensionärer och dem som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden, än bland dem som arbetar. Det finns dock även här vissa skillnader mellan könen, såtillvida som att civilstånd och utbildning tycks påverka sannolikheten för att någonsin ha ”riskkonsumerat” endast bland kvinnorna. I huvudsak tycks dock skillnaderna mellan dem som någonsin druckit på ”risknivå” och dem som aldrig har gjort det likna skillnaderna mellan dem som aldrig någonsin druckit och dem som gjort det. Uttryckt på annat sätt: att åtminstone någon gång ha druckit på ”risknivå” har under det senaste dryga halvseket blivit allt vanligare över generationerna och är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. För kvinnor, men inte för män, tycks sannolikheten att ha druckit på ”risknivå” dessutom minska med familjeansvar, men öka med högre utbildning, något som kan sägas ligga i linje med tesen att ensamstående kvinnor i karriären i någon mån skulle utgöra en ny ”riskgrupp” när det gäller alkohol (t.ex. Room & Hradilova Selin, 2004)

Tabell 8 visar i sin tur hur de aktuella ”riskkonsumenterna” skiljer sig från dem som under det senaste åren inte druckit på denna nivå (helnykterister, ”konsumenter” och dem som upphört med sin ”riskkonsumtion”). I denna tabell har, till skillnad från i de analyser som gällt livstida dryckesmönster, föräldraskap inkluderats som en potentiell prediktor (jfr. ovan sid. 35). Vad vi ser här är att sannolikheten för aktuell ”riskkonsumtion”, precis som sannolikheten att någonsin ha ”riskkonsumerat”, är högre för män än för kvinnor, högre för yngre än för äldre, högre för ensamstående än för gifta eller samboende, lägre för personer med föräldraansvar än för personer som inte har sådant ansvar och lägre för pensionärer och personer som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden än för anställda. Om man ser till skillnader mellan könen visar sig ansvar för barn förbundet med en lägre sannolikhet för att dricka på ”risknivå” endast bland kvinnor, medan att vara gift eller samboende minskar sannolikheten att dricka på ”risknivå” endast bland män. Dessa resultat kan sägas ligga i linje med studier som visat att en kvinnlig partner förefaller utgöra en ”skyddsfaktor” när det gäller mäns alkoholproblem, samtidigt som en manlig partner i samma avseende snarare kan vara en ”riskfaktor” för kvinnor (Humphreys m.fl., 2004), medan ansvar för egna barn istället tycks kunna fungera som en återhållande faktor för kvinnor (Blomqvist & Christophs, 2005).

Tabell 8. "Aktuell riskkonsumtion", predicerad från demografiska data. Logistisk regression.

	Oddsquot / p-värde		
	Alla (n= 2.862)	Kvinnor (n=1.424)	Män (n=1.438)
Kön			
Män	3,58***		
Kvinnor (ref.)			
Ålder			
18 – 29 år	5,44***	7,75**	5,17***
30 – 39 år	2,85***	5,54**	2,40**
40 – 49 år	2,91***	4,54**	2,58**
50 – 74 år (ref.)			
Civilstånd			
Gift eller sambo (ref.)			
Ensamstående	1,57*	1,49	1,66*
Barn under 18 år			
Ja (ref.)			
Nej	1,96**	2,93**	1,48
Utbildning			
Grundskola	1,19	0,97	1,26
Gymnasium (ref.)			
Universitet	0,78	0,78	0,81
Sysselsättning			
Arbete (ref.)			
Studera	1,22	2,25*	0,85
Pensionär/övrigt	0,41**	0,36	0,42*
Nagelkerke r²	0,19	0,18	0,14

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001

Hradilova Selins (2004b) studie visar som redan nämnts en något högre prevalens för aktuellt "riskdrickande" än föreliggande undersökning. Däremot ger de båda studierna, även om de inte är fullt jämförbara (Not 41 ovan), i huvudsak samma bild av i vilka befolkningsgrupper en sådan konsumtion är vanligast. Hradilova Selin gör visserligen inte någon generell kategorisering i personer som druckit respektive inte druckit på "risknivå" under det senaste året. Däremot redovisar hon en linjär regressionsanalys för att utröna faktorer som har en oberoende inverkan på antalet tillfällen med intensivkonsumtion (minst fem standardglas per tillfälle) under det senaste året. De faktorer som faller ut i denna analys är att vara man, att vara yngre, att vara

gymnasieutbildad (till skillnad från att vara antingen lågutbildad eller högskoleutbildad), att vara höginkomsttagare, samt att inte vara pensionär eller av andra skäl stå utanför arbetsmarknaden. Vad gäller betydelsen av kön, ålder och ställning på arbetsmarknaden överensstämmer alltså dessa resultat med vad vi funnit ovan. Därmed kan man säga att de båda studierna, så långt jämförelser låter sig göras, ger något olikartade estimat av omfattningen av aktuell konsumtion på ”risknivå”, men en åtminstone delvis likartad bild av vad som predicerar en sådan konsumtion.

3.4 Vem förbättrar sina dryckesvanor?

Som en sista del av analysen av screeningdata ska vi till slut närma oss studiens huvudsakliga frågeställning om olika sätt att förändra potentiellt riskabla alkoholvanor. Det rimliga sättet att göra detta är att jämföra de 407 personer vi ovan betecknat som ”tidigare riskkonsumenter” med de 200 som definierats som ”aktuella riskkonsumenter”, d.v.s. att utgå från alla som någon gång druckit på ”risknivå” och analysera hur de respondenter som upphört med en sådan konsumtion skiljer sig från dem som inte gjort det. Som redan framgått av den bivariata redovisningen i *Tabell 5* tycks de förra i stor utsträckning skilja sig från de senare i samma avseenden som de som aldrig druckit på ”risknivå” skiljer sig från dem som gjort det. De personer som upphört med sin riskkonsumtion är således i genomsnitt signifikant äldre än de aktuella riskkonsumenterna, är oftare kvinnor, oftare gifta eller samboende, oftare föräldrar, oftare höginkomsttagare, oftare anställda och mindre ofta studerande, samt har oftare hög hushållsinkomst. Dessutom är de oftare högutbildade och mindre ofta utbildade på gymnasienivå eller lågutbildade. Åldersmässigt är, som vi redan berört (*Tabell 6*) aktuellt riskdrickande betydligt starkare koncentrerat till den allra yngsta åldersgruppen än tidigare riskdrickande. För att få en något klarare första uppfattning av vad som predicerar att man upphör med en riskkonsumtion krävs dock en multivariat analys. I *Tabell 9* redovisas därför resultatet av en logistisk regression med ”tidigare riskkonsumtion” som utfallsvariabel och baserad på de 607 personer som, enligt våra definitioner, någonsin konsumerat på risknivå.

Vad dessa resultat indikerar är att sannolikheten för dem som någon gång regelbundet druckit på ”risknivå” att ha upphört med ett sådant konsumtionsmönster är högre för kvinnor än för män, högre för gifta och samboende än för ensamstående, högre om man har ansvar för barn än om man inte har det och högre för universitetsutbildade än för personer med lägre utbildning. Dessutom är sannolikheten att i denna mening ha förbättrat sina alkoholvanor lägre bland studerande än bland dem som arbetar. Resultaten skiljer sig dock åt för kvinnor och män.

Tabell 9. Upphörd "riskkonsumtion" predicerad från sociodemografiska data. Logistisk regression.

	Oddsquot / p-värde		
	Alla (n= 607)	Kvinnor (n=176)	Män (n=431)
Kön			
Män (ref.)			
Kvinnor	1,77**		
Ålder			
18 – 29 år (ref.)			
30 – 39 år	1,50	1,21	1,75(*)
40 – 49 år	1,19	1,28	1,25
50 – 74 år	1,57	1,79	1,65
Civilstånd			
Gift/sambo	1,54*	1,05	1,83*
Ensamstående (ref.)			
Barn under 18			
Ja	1,82*	2,33(*)	1,65(*)
Nej (ref.)			
Utbildning			
Grundskola	0,61(*)	0,92	0,54(*)
Gymnasium (ref.)			
Universitet	1,52(*)	2,02	1,30
Sysselsättning			
Arbete (ref.)			
Studier	0,63(*)	0,37*	0,92
Pensionär/övrigt (ref.)	1,78	1,30	1,92
Nagelkerke r²	0,13	0,16	0,12

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001

För kvinnor är det således endast att ha ansvar för barn och att inte vara studerande som självständigt tycks påverka benägenheten att upphöra med ett riskdrickande. Bland männen tycks det istället spela roll att vara över 30 år, att vara gift eller samboende, att ha ansvar för barn samt att inte vara lågutbildad. Det bör dock noteras att resultaten för kvinnornas del är något osäkra, eftersom det generellt sett är mycket få av de kvinnor som någonsin riskkonsumerat som *inte* upphört med detta mönster⁴⁴. Det kan i detta sammanhang tilläggas att en särskild jämförelse mellan de tidigare

riskkonsumenter som upphört med sin riskkonsumtion före respektive efter 30 års ålder visar att de senare dels hade signifikant lägre utbildning än de förra, dels vid intervju tillfället signifikant oftare var arbetslösa och/eller förtidspensionerade. Dessa skillnader kan i sin tur tolkas både som att låg utbildning är en riskfaktor för att permanenta en ungdomlig riskkonsumtion och som att – även om ”riskkonsumtion” uppenbarligen är vanlig bland studenter – en aktiv satsning på att fullfölja högre studier hänger samman med en moderering av tidigare riskabla alkoholvanor.

Totalt sett kan resultatet av den multivariata analysen sägas styrka tesen att de tidigare riskkonsumenterna utgör en mycket heterogen grupp, innefattande såväl en majoritet som ganska tidigt i livet upphört med ett ungdomligt, kulturellt eller situationellt betingat mönster av riskkonsumtion i samband med ökad ”mognad”, familjebildning och inträde i arbetslivet, som ett mindre antal personer som förändrat sina problematiska dryckesvanor ganska sent i livet, efter ett mer eller mindre långvarigt missbruk eller beroende. Den fråga som står i fokus för följande kapitel, är hur vägar från dessa uppenbarligen mycket olika former av riskkonsumtion ser ut.

3.5. Sammanfattning och diskussion

I detta kapitel har vi, utifrån de relativt knapphändiga uppgifter som screeningdata ger, redovisat en översiktlig analys av dryckesmönster i befolkningen, av hur dessa förefaller ha förändrats över tid och av hur dryckesmönstren i vissa avseenden skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen.

Mer specifikt har vi funnit att helnykterhet som livsval under de sista fem – sex decennierna blivit en alltmer ovanlig företeelse, och att det bland dagens unga vuxna bara tycks vara några få procent som aldrig druckit alkohol. Samtidigt antyder analysen att valet av helnykterhet i alla åldersgrupper är klart vanligast i de grupper där nykterhetsrörelsen och helnykterhetsideologin traditionellt haft sin starkaste förankring: bland kvinnor, bland lågutbildade och bland personer med en traditionell familjebildning. Vad gäller ”riskkonsumtion” ger undersökningen med all sannolikhet en kraftig underskattning av framför allt aktuell sådan. Inte desto mindre kan man med relativt stor säkerhet dra slutsatsen att ”riskkonsumtion”, som detta begrepp här definierats, dels blivit allt vanligare över generationerna, dels – inom varje generation – varit relativt vanlig i de relativa ungdomsåren för att starkt avta i åldrarna över 30 med ökande ansvar för barn och familj och ökat engagemang i karriär och arbetsliv. Att någonsin ha druckit på ”risknivå” framstår också – oavsett ålder – som vanligare bland män än bland kvinnor och som mindre vanligt bland pensionärer och personer som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden än bland dem som arbetar. Bland kvinnor, men inte bland män, framstår att någonsin ha riskkonsumerat dessutom som kopplat till att vara ensamstående och till att vara utbildad på högskolenivå.

En första analys av vad som kan tänkas påverka beslutet att förbättra riskabla alkoholvanor pekar på att det också här är av betydelse att vara kvinna och – även om mönstren här skiljer sig något åt mellan könen – att vara gift eller samboende, att ha ansvar för barn och att vara högutbildad. Analysen pekar dessutom på att den grupp som i föreliggande undersökning fångas av definitionen ”tidigare riskkonsumenter” klart skiljer sig från den kliniska populationen av människor med alkoholproblem som denna beskrivits i några aktuella studier (t.ex. Eriksson m.fl., 2003; Palm & Storbjörk, 2003). Den senare gruppen utgörs visserligen också i betydande utsträckning av ensamstående män, men domineras också av personer i relativt hög ålder, jämförelsevis lågutbildade och personer som står utanför arbetsmarknaden⁴⁵. Vår grupp av tidigare ”riskkonsumenter”, som så långt varit möjligt utgör ett representativt urval ur motsvarande grupp i befolkningen är, i linje med den klassiska tesen om ”the two worlds of alcohol problems” (Room, 1977; Storbjörk & Room, in press) betydligt mer heterogen och rymmer ganska uppenbart allt från en stor grupp personer som, kanske utan att reflektera mycket över saken, trappat ned en mer temporär ungdomlig riskkonsumtion, till en mindre grupp personer som efter lång tid och med stor möda tagit sig ur olika slag av missbruk eller beroende. I det följande ska vi närmare granska dessa förändringsprocesser för att söka utröna vad det kan innebära och hur det kan gå till att förbättra olika former av problematiska eller potentiellt riskabla alkoholvanor.

Kapitel 4

BÄTTRE DRYCKESVANOR – OLIKA VÄGAR UR OLIKA PROBLEM?

Som framgått ovan identifierades i screeningundersökningen totalt 407 personer som enligt de tillämpade inklusionskriterierna kunde definieras som ”tidigare riskkonsumenter” – d.v.s. personer som någon gång i livet under minst en månads tid druckit minst en flaska vin eller motsvarande mängd vid samma dryckestillfälle minst en gång i veckan, men som under det senaste året intensivkonsumerat på detta sätt högst en gång per månad. Av dessa 407 personer kunde 339 (83,3 %) nås för den mer omfattande fortsättningsintervjun. I detta kapitel ska vi, utifrån de mer utförliga data denna intervju innefattar, mer ingående granska olika innebörder av den förbättring av de egna alkoholvanorna, som definitionen ”tidigare riskkonsumtion” indikerar. I ett första steg beskriver vi mer utförligt undersökningsgruppen i sociodemografiskt avseende. I ett nästa steg analyserar vi mer i detalj hur olika aspekter av dryckesvanorna förändrats från den period då respondenterna drack ”som mest” till året närmast före intervjun. Med utgångspunkt från den kanadensiska parallellstudien urskiljer vi därefter tre olika utfall, som alla kan ses som indikationer på att riskdrickandet har upphört och analyserar, i en jämförande analys, vad som karakteriserar före detta riskkonsumenter med olika utfall. Därefter söker vi, genom en personorienterad analys, urskilja några olika möjliga förändringsmönster eller ”vägar” ut ur olika grader och typer av riskabla alkoholvanor. Slutligen relaterar vi resultaten av dessa analyser till en diskussion av några mer generella perspektiv på olika slag av mänsklig förändring.

4. 1 Undersökningsgruppen

Av analysen av screeningdata ovan framgick att sannolikheten att någon gång i livet ha druckit på ”risknivå” var högre för män än för kvinnor, högre för yngre än för äldre, högre för ensamstående än för gifta/samboende, högre för universitetsutbildade än för personer med lägre utbildning, samt lägre för pensionärer och andra som står utanför arbetsmarknaden än för yrkesarbetande. Vidare framgick att sannolikheten att ha upphört med en sådan riskkonsumtion var högre för kvinnor än för män och högre för föräldrar än för barnlösa, samt bland kvinnor lägre för studenter än för yrkesarbetande och bland män högre för personer i yngre medelåldern än för de yngsta, högre för gifta/samboende än för ensamstående och lägre för lågutbildade än för övriga. En sammanfattande preliminär slutsats var att dessa resultat indikerar att definitionen ”tidigare riskkonsumenter” dels fångar en stor grupp, som med åren i

någon mening ”vuxit ifrån” ett mönster av avancerade alkoholvanor som de utvecklat i ungdomen, dels fångar en mindre grupp, som tagit sig ur ett jämförelsevis allvarligt och långvarigt problemdrickande eller missbruk.

Tabell 10 ger en översiktlig redovisning över den faktiska undersökningsgruppens sammansättning i sociodemografiskt avseende. Som framgår är en knapp tredjedel i gruppen kvinnor, två tredjedelar var vid intervjutillfället gifta eller samboende, knappt hälften hade ansvar för barn under 18 år, tre fjärdedelar var heltidsarbetande och drygt en tredjedel var utbildade på högskolenivå. Medelåldern var 38 år och åldersfördelningen var negativt sned, med en knapp tredjedel vardera av alla respondenter i de två yngsta åldersgrupperna (18 – 29 år respektive 30 – 39 år), en dryg femtedel i åldern 40 – 49 år och en knapp femtedel i åldern 50 – 74 år.

Tabell 10. Den huvudsakliga undersökningsgruppen (N = 339). Sociodemografiska uppgifter .

<i>Demografiska variabler:</i>	<i>Antal / M</i>	<i>Andel / s</i>
Kvinnor	110	32,4 %
Gift/sambo	220	67,3 %
Barn under 18	161	47,5 %
Lågutbildad (högst grundskola)	32	9,4 %
Högutbildad (univ.utbildning)	121	35,7 %
Arbetande	258	76,1 %
Studerande	41	12,1 %
Pensionär/annat	40	11,8 %
Hög hushållsinkomst (\geq 320 tkr/år)	183	57,7 %
<i>Ålder:</i>		
Medelålder	38,0	11,8
<i>Ålderssammansättning (antal och andel):</i>		
18 – 29 år	101	29,8 %
30 – 39 år	102	30,1 %
40 – 49 år	73	21,5 %
50 – 74 år	64	18,6 %

En jämförelse med de 407 tidigare riskkonsumenter som identifierades i screening-intervjun visar på mycket få skillnader mellan dessa och de respondenter som faktiskt kunnat intervjuas i uppföljningsdelen. De mest markanta skillnaderna är att de förra i något lägre grad har ansvar för barn under 18 år (43,9 % vs. 47,5 %) och i något högre utsträckning är över 50 år (20,7 % vs. 18,6 %). Totalt sett betyder detta att bortfallet – de personer som borde ha ingått i den huvudsakliga undersökningsgruppen, men som av olika skäl inte kunnat nås för fortsättningsintervjun – inte givit upphov till någon nämnvärd bias eller snedvridning i sociodemografiskt avseende.

4. 2 Vad innebär minskat drickande?

Som redan berörts är undersökningsgruppen tämligen heterogen, både vad gäller hur drickandet gestaltade sig under den period då de intervjuade drack ”som mest” och vad gäller det senaste årets alkoholkonsumtion. Vi har också antytt att vi därmed med vår definition av ”tidigare riskkonsumtion” sannolikt fångat ett tämligen brett spektrum av olika förändringsmönster. När vi, som i *Tabell 11*, jämför hur gruppen som helhet drack under den period då de drack ”som mest” respektive under det senaste året kan vi samtidigt se att det överlag rör sig om en mycket påtaglig förändring.

Tabell 11. Alkoholvervanor och konsekvenser under den period man drack ”som mest” och senaste året. Hela undersökningsgruppen (N= 339)

	”Som mest”	Senaste år	p ¹
Andel helynktra	-	9,1 %	e.t.
Procent dryckesdagar / år (M, s)	30,1	16,2	***
Standardglas / dryckesdag (M, s)	6,3	3,2	***
Standardglas / dag (M, s)	2,6	0,5	***
Största antal glas på en dag (M, s)	11,5	7,8	***
Procent dagar med intensivkons. (5+ glas) (M, s)	21,9	1,5	***
Procent dagar med mkt int.kons. (12+ glas) (M, s)	6,3	0,2	***
Varit ”beroende” (≥ 3 symptom enl. ICD-10) (%)	31,3 %	5,6 %	***
Antal beroendesymptom (M, s)	1,9	0,6	***
Antal negativa konsekvenser (M, s)	0,4	0,1	***
Använt narkotika (%)	14,7 %	1,5 %	***

¹ Paired t-test, respective χ^2 : * $p < .05$; ** $p < .005$ *** $p < .001$; e.t.= ej testbart..

Som tabellen visar drack respondenterna, under den period – eller i vissa fall de perioder⁴⁶ – då de drack ”som mest”, alkohol i genomsnitt nästan var tredje dag, att jämföra med i genomsnitt drygt en gång i veckan under det senaste året. Den genomsnittliga konsumtionen per dryckesdag var som mest mer än sex standardglas (mot-svarande drygt en flaska vin), att jämföra med drygt tre glas under det senaste året Totalt innebär detta en genomsnittlig dagskonsumtion på knappt tre glas per kalenderdag när man drack som mest och ett halvt glas per kalenderdag under det senaste året⁴⁷. Också den mängd man druckit som mest vid ett och samma tillfälle har minskat kraftigt, och medan man under den period då man drack som mest intensivkonsumerade (drack minst motsvarande en flaska vin vid samma tillfälle) i genomsnitt knappt sju gånger i månaden, skedde detta i genomsnitt knappt en gång varannan månad under det senaste året. Än mer belysande är förändringen vad gäller hur

ofta man drack ”mycket intensivt” (minst tolv glas, motsvarande nästan två och en halv flaska vin vid samma tillfälle), något som hände i genomsnitt drygt två gånger i månaden då de intervjuade drack som mest, att jämföra med totalt mindre än en gång under hela det senaste året.

Som framgår var också nästan en tredjedel (104 intervjupersoner) beroende i den meningen att de rapporterat minst tre beroendesymptom enligt ICD-10 under den period då de drack som mest⁴⁸. Totalt uppgav åtta av tio intervjuade åtminstone något beroendesymptom och genomsnittsvärdet var knappt två sådana symptom. Med tanke på att samtliga respondenter definierats som ”före detta riskkonsumenter” kunde det kanske förväntas att ingen av dem skulle ha upplevt några beroendesymptom under det senaste året. Emellertid har nästan en fjärdedel upplevt åtminstone något sådant symptom och en av tjugo har de facto rapporterat tre sådana. Att så är fallet kan till någon del förklaras av att man vid den typ av telefonintervjuer som studien bygger på inte kan utesluta vissa inkonsistenta eller felaktiga svar. Huvudförklaringen är dock att beroendebegreppet dels inte mäter hur ofta eller hur mycket man druckit, utan olika följder av drickandet som inte nödvändigtvis är särskilt starkt korrelerade med olika konsumtionsmått, dels fångar en lång rad sinsemellan mycket olikartade mönster av alkoholkonsumtion och konsekvenser (jfr. avsnitt 1.2 ovan). Med den disjunktiva metod att ställa samman olika symptom som tillämpas i de aktuella diagnosmanualerna⁴⁹, betyder detta t.ex. att diagnosen beroende, åtminstone i en telefonintervju, skulle kunna ställas på basis av att man uppgivit att man känt ett ”sug” efter alkohol, att man någon gång druckit mer än man tänkt, samt att man vid något tillfälle druckit trots att man inte tänkt göra det. Att märka är att inget av dessa svar i sig behöver indikera att man dricker mycket eller har några problem med sin konsumtion och att t.ex. en person, som efter ett tidigare missbruk kommit att identifiera sig som ”nykter alkoholist”, skulle kunna tänkas svara på detta sätt även om hon eller han endast druckit ett glas vin vid ett tillfälle under året. Det ska noteras att just de tre exemplifierade symptomen är de klart vanligaste, både bland de svarande som under det senaste året klassificerats som beroende, och bland dem som överhuvudtaget uppgivit några beroendesymptom under detta år⁵⁰. Slutligen kan noteras att bara en dryg fjärdedel uppger att deras drickande när de drack som mest ledde till några allvarigare sociala konsekvenser. Detta illustrerar att ”riskkonsumtion” som denna definierats här inte nödvändigtvis behöver innebära några subjektivt upplevda negativa konsekvenser (jfr. nedan Not 67), särskilt som frågans formulering sannolikt uppfattas kräva ganska stora förändringar i den egna levnadssituationen för att ett ja-svar ska upplevas som adekvat (se Appendix 1).

Totalt sett visar analysen klart att undersökningsgruppen som helhet påtagligt förbättrat sina dryckesvanor från den period då man drack ”som mest” till det senaste året. Som ovan diskuterats hade det – om inte möjligheten att jämföra resultaten med kanadensiska dito krävt annorlunda – varit önskvärt att dra gränsen för att inkluderas i den egentliga undersökningsgruppen vid en intensivkonsumtion som pågått ett år snarare än en sådan som pågått en månad (avsnitt 3.3). Att det absoluta flertalet fall rör sig om en ”ej blott tillfällig”⁵¹ riskkonsumtion indikeras samtidigt klart av det faktum att den period/de perioder då man drack som mest i genomsnitt varade i drygt sju år och att endast drygt femton procent av de intervjuade anger att den varat kortare tid än ett år (se Tabellerna 13 och 14 nedan). Till detta kan läggas att en särskild analys inte visar på några signifikanta skillnader mellan den senare gruppen och dem vars ”riskperiod” varat längre tid, vad gäller hur ofta eller hur mycket man druckit, hur ofta man intensivkonsumerat, eller hur många beroendesymptom eller negativa konsekvenser man upplevt. Sammantagna stärker dessa uppgifter bilden av att det i flertalet fall rör sig om både omfattande och tämligen stabila förändringar i dryckesmönstren. Som vi ska se i det följande rymmer dessa förändringar samtidigt stora variationer.

4.3 Olika sätt att förbättra potentiellt riskabla alkoholvanor.

4.3.1. Alkoholkonsumtion under det senaste året – tre olika mönster

I avsnitt 2.6 ovan gjordes några övergripande jämförelser, baserade på screening-data, mellan resultaten av föreliggande studie och resultaten av den kanadensiska studie, som till viss del utgjort dess förlaga (Cunningham m.fl., 2004). Därvid framgick att de kanadensiska ”former heavy drinkers” delats in i tre undergrupper med avseende på hur de druckit under det senaste året. För gruppen ”helnyktra” (en dryg femtedel) var kravet, som framgår av namnet att man inte druckit någon alkohol alls. För gruppen ”måttlighetskonsumenter” (drygt hälften) var kravet att man druckit i genomsnitt högst två standardglas en typisk dryckesdag och aldrig druckit mer än sju standardglas. På övriga, som endast angavs ha ”minskat” sitt drickande (en dryg fjärdedel), ställdes endast kravet att de under det senaste året intensivkonsumerat (i betydelsen att de druckit motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle) mindre ofta än en gång i månaden. En motsvarande indelning av de svenska intervjuade visade att endast tolv procent varit helnyktra och drygt tjugosju procent ”måttliga” medan återstoden, drygt sextio procent, hamnade i gruppen ”övriga”. Som en möjlig förklaring till dessa skillnader anfördes vissa olikheter i de två ländernas dryckeskulturer. En sådan kan tänkas vara att det finns en bredare ”kulturell nisch” för helnykterhet i Kanada än i Sverige, där absolutism som livsval, som vi visat i föregående kapitel, numera är mycket ovanligt. En annan kan tänkas vara att svensk

tradition gör en konsumtion på sju eller fler glas vid samma tillfälle till en relativ normalföreteelse i samband med vissa större helger. Detta skulle kunna leda till att svenskar som väljer att minska sin alkoholkonsumtion mer sällan väljer att bli helnyktra och – även om de drar ned sin konsumtion i övrigt – relativt ofta väljer att inte avstå från det traditionella ”helgdrickandet”.

När vi applicerar ovanstående definitioner av olika dryckesmönster under det senaste året på den egentliga undersökningsgruppen finner vi att 31 (9,1 %) av de 339 personer som kunde nås för fortsättningsintervjun kan klassificeras som ”helnyktra”, 74 (21,8 %) som ”måttlighetskonsumenter”, och 234 (69,0 %) som ”övriga” eller *normalkonsumenter*. Att skillnaderna gentemot de kanadensiska resultaten på detta sätt accentueras ytterligare beror på att vi, som framgått av avsnitt 2.2, valt att vidga definitionen av att inte ha druckit på ”risknivå” det senaste året till att omfatta alla som ”intensivkonsumerat” *högst* en gång per månad, att jämföra med den kanadensiska studien, där gränsen sattes till att ha intensivkonsumerat *mindre än* en gång per månad. Eftersom definitionerna av helnykterhet och ”måttlighet” är desamma i de båda studierna innebär detta att andelen ”normalkonsumenter” (motsvarande den grupp som ”minskat” sitt drickande i den kanadensiska studien) kommit att öka ytterligare något på bekostnad av andelarna ”helnyktra” och ”måttliga”.

Om man mer specifikt granskar hur dryckesmönstren under det senaste året skiljer sig åt mellan de tre grupperna av ”tidigare riskkonsumenter” finner man, knappast förvånande, stora och i flertalet fall statistiskt signifikanta skillnader i de flesta avseenden. Medan ”normalkonsumenterna” druckit alkohol i genomsnitt knappt en och en halv dag i veckan har de ”måttliga” gjort det mindre än en gång i veckan och medan de förra i genomsnitt druckit knappt fyra standardglas per dryckesdag har de senare druckit något mindre än två glas. Dagskonsumtionen utslagen på hela året var för ”normalkonsumenterna” 0,7 glas per dag och för de ”måttliga” 0,3 glas per dag⁵². Vad gäller intensivkonsumtion av motsvarande minst en flaska vin per tillfälle hade sådan förekommit i genomsnitt drygt en gång varannan månad bland ”normalkonsumenterna” och i genomsnitt endast två gånger under det senaste året bland de ”måttliga”. Det kan vidare noteras att drygt hälften av ”normalkonsumenterna” åtminstone någon gång under det senaste året druckit minst sju glas och att detta skett vid i genomsnitt drygt fem tillfällen, samtidigt som mindre än en femtedel druckit tolv glas eller mer vid något enda tillfälle⁵³. Dessa resultat kan sägas ge åtminstone visst stöd åt tolkningen av ”festdrickande”, kombinerad med en i övrigt tämligen måttfull konsumtion, som en relativt normal företeelse i Sverige. Däremot finns, som framgår av Tabell 13 nedan, inga stora skillnader mellan de tre grupperna när det gäller hur länge man druckit på samma sätt som under det senaste året. Sammantagna pekar redovisade data dels på att kategorierna ”helnykterhet”, ”måttlighetskonsumtion” och

”normalkonsumtion” utgör tre distinkt olika utfall, dels att de samtliga – som påpekats redan i föregående avsnitt – i allt väsentligt representerar personer som på ett bestående sätt förbättrat sina dryckesvanor. Slutligen kan noteras dels att de nitton respondenter som, trots att deras drickande under det senaste året knappast varit särskilt omfattande, träffas av vår definition av beroende, samtliga återfinns i gruppen ”normalkonsumenter”, dels att fem av de personer som inte druckit alls och sju av de ”måttliga” rapporterar åtminstone något beroendesymptom, vanligen att de upplevt ett ”sug” efter alkohol. Tänkbara förklaringar till detta skenbart motsägelsefulla resultat har redan diskuterats (sid. 53 ovan).

4.3.2 Vem förbättras hur? Tidigare ”riskkonsumenter” med olika utfall.

I en av flera delanalyser från den kanadensiska parallellstudien har Cunningham m.fl. (2004) analyserat vad som karakteriserar ”former heavy drinkers” med olika utfall eller olika aktuella dryckesmönster. Denna analys visar att de respondenter som valt att bli helnyktra i väsentliga avseenden skilde sig från dem som blivit ”måttliga” eller som enbart ”minskat” sitt drickande. Sålunda fann man att de sedermera helnyktra när de drack som mest hade druckit signifikant mer och oftare än övriga respondenter, hade rapporterat signifikant fler hälsomässiga eller psykosociala konsekvenser och fler beroendesymptom, samt att de i ett livstidsperspektiv⁵⁴ signifikant oftare hade uppfyllt diagnosen för alkoholberoende. Vad gäller demografiska uppgifter och nuvarande levnadsomständigheter visade sig de helnyktra signifikant oftare än övriga respondenter vara lågutbildade och signifikant oftare stå utanför arbetsmarknaden, och när det gäller hur förändringen gått till fann man att de helnyktra vid denna tidpunkt var signifikant äldre än övriga respondenter, att de signifikant oftare gjort fler än ett försök att sluta, att de oftare fått hjälp av och/eller upplevt krav från närstående, samt att de oftare varit med om behandling. Samtidigt hade de signifikant mer sällan än övriga trappat ned sitt drickande successivt. Analysen visade vidare att de sedermera ”måttliga” druckit mer sällan och mindre mängder, samt rapporterade färre negativa konsekvenser och färre beroendesymptom än dem som bara ”minskat” sitt drickande. Dessutom rapporterade de mera sällan än respondenterna i de båda övriga grupperna alkoholproblem hos någon biologisk förälder. Slutligen kan noteras att medelåldern vid intervju tillfället i den grupp som ”minskat” sitt drickande var signifikant lägre än bland övriga respondenter (39 vs. 45 år) och att den genomsnittliga tiden sedan senaste problemsymptom var signifikant kortare än i de två övriga grupperna (Cunningham m.fl., 2004). En sammanfattande slutsats av denna analys är att de sedermera helnyktra representerar en grupp med betydligt allvarligare och mer långvariga tidigare alkoholproblem än de sedermera ”måttliga”. De personer som ”minskat” sitt drickande beskrivs närmast som en mellangrupp, vars alkoholvanor möjligen fortfarande är stadda i förändring (ibid.).

I det följande ska vi på motsvarande sätt jämföra de tre grupper av ”tidigare riskkonsumenter” vi urskiljt i den svenska studien och av vilka två – de ”helnyktra” och de ”måttliga” – definierats på samma sätt som i den kanadensiska studien, medan den tredje – ”normalkonsumenterna” – som framgått definierats något vidare eller mera liberalt. Innan vi går in på denna jämförelse kan det dock vara av intresse att se hur de intervjuade själva beskriver sitt drickande under det senaste året, vilket framgår av *Tabell 12*.

Tabell 12. Egen uppfattning om senaste årets drickande. Grupper med olika utfall.

	<i>Helnyktra (n= 31)</i>	<i>Måttliga (n= 74)</i>	<i>Normalkonsumenter (n= 234)</i>	<i>Alla (N= 339)</i>
Varit helnykter	100 %	17,1 %	3,0 %	15,3 %
Inga alk.relaterade problem	—	81,4 %	91,4 %	80,5 %
Vissa problem	—	—	5,6 %	3,9 %
Beroende eller alkoholist	—	1,4 %	—	0,3 %
TOTALT	100 %	100 %	100 %	100 %

Som framgår stämmer de intervjuades egna uppfattningar om sitt drickande under det senaste året ganska väl överens med den karakteristik vi ovan gjort av de tre olika utfallen. Vad som möjligen kan förvåna något är att nästan en femtedel av de ”måttliga” själva definierat sig som helnyktra. Detta torde bero på att vår objektiva definition av helnykterhet inte medger någon som helst konsumtion av drycker starkare än lättöl, men att vad som subjektivt uppfattas som ”funktionell helnykterhet” kan rymma viss sådan konsumtion (jfr. ovan sid. 34). Den person i samma grupp som betecknar sig som ”alkoholist” har uppenbarligen anammat AA:s syn på alkoholproblem som en kronisk sjukdom och har också möjligen, utifrån detta synsätt, uppfattat sin ytterst måttliga konsumtion under det senaste året som en bekräftelse på detta (jfr. ovan sid. 53). Att slutligen en handfull av de personer som definierats som ”normalkonsumenter” själva upplever sig ha haft vissa problem med sitt drickande under det senaste året kan ses som ett uttryck för att de olika utfallen i sig formar ganska heterogena grupper och att varje gränsdragning mellan olika sätt att dricka rymmer ett visst godtycke.

Medan någon analys av de intervjuades egen syn på sitt drickande inte gjorts i den kanadensiska studien, kan däremot uppgifterna i *Tabell 13* jämföras med de ovan redovisade resultaten från denna studie.

Tabell 13. Aktuell ålder, kön samt levnadssituation vid intervjun. Grupper med olika utfall.

	Helnyktra (n= 31)	Måttliga (n= 74)	Normalkons. (n= 234)	Alla (N= 339)
Ålder (M)	47,6	40,9	35,8	36,7
Andel kvinnor	29,0 %	45,9 %	28,5 %	32,4 %
Andel gifta/samboende	58,1 %	81,1 %	64,1 %	67,3 %
Andel med ansvar för barn under 18	29,0 %	52,7 %	48,3 %	47,5 %
Andel högskoleutbildade	16,1 %	45,9 %	36,0 %	35,7 %
Andel i arbete	48,4 %	78,4 %	79,1 %	76,1 %
Andel pensionärer	29,0 %	4,1 %	1,7 %	4,7 %
Andel med låg hush.inkomst	14,3 %	8,7 %	19,1 %	18,0 %
Andel med hög hush.inkomst	32,1 %	66,7 %	58,2 %	57,7 %
Soc. akt./"soc. kapital" (index) (M)	9,6	10,2	11,4	10,9
Antal helnyktra vänner (M)	10,4	4,9	4,8	5,3
Antal vänner m. alk.problem (M)	0,6	0,5	0,4	0,5
Partner m. alkoholproblem	10,0 %	3,1 %	2,9 %	3,5 %
Alk.problem hos biologisk förälder	23,3 %	15,5 %	16,8 %	17,1 %
Antal år druckit som nu (M)	8,5	7,3	6,4	6,8

Som framgår skiljer sig också i den svenska studien de helnyktra från de båda andra grupperna genom att mer sällan vara högutbildade, oftare stå utanför arbetsmarknaden, samt mer sällan ha ansvar för barn under 18 år, skillnader som åtminstone delvis torde hänga samman med deras högre medelålder. Dessutom tycks de oftare ha en partner med alkoholproblem samtidigt som de har fler helnyktra vänner. De rapporterar vidare oftare än övriga att åtminstone någon av deras biologiska föräldrar haft alkoholproblem. Slutligen har de ett lägre värde på indexet för social aktivitet eller "socialt kapital" än framför allt "normalkonsumenterna". Dessa är, i sin tur klart yngre än både de helnyktra och de "måttliga". Samtidigt är de senare betydligt oftare än övriga kvinnor och oftare gifta och/eller samboende. Däremot finns det inte några större skillnader mellan de tre utfallsgrupperna när det gäller stabiliteten i de aktuella dryckesvanorna. Det senare är också – tillsammans med det faktum att könsfördelningen i den kanadensiska studien var densamma i alla tre utfallsgrupperna – det som i de aktuella avseendena främst skiljer de svenska från de kanadensiska resultaten.

Tabell 14 visar en jämförelse mellan de tre utfallsgrupperna vad gäller olika aspekter av drickandet under den period då man drack "som mest".

Tabell 14 De tidigare alkoholproblemens svårighetsgrad. Grupper med olika utfall.

	Helnyktra (n= 31)	Måttliga (n= 74)	Normalkons (n= 234)	Alla (N= 339)
<i>Perioden då man drack "som mest":</i>				
Ålder när perioden började (M)	23,7	20,7	20,5	20,9
Ålder när perioden slutade (M)	36,9	28,1	26,9	28,1
Antal år perioden varade (M) ¹	13,1	7,3	6,4	7,2
Andel med fler än en period	58,1 %	23,0 %	25,6 %	28,0 %
Andel kortare period än ett år	0,0 %	15,5 %	17,7 %	15,5 %
<i>Konsumtionsmönster:</i>				
Procent dryckesdagar / år (M)	46,4	30,7	28,2	30,4
Standardglas / dryckesdag (M)	7,6	5,3	6,5	6,3
Standardglas / dag (M)	6,0	2,3	2,2	2,6
Största antal glas på en dag (M)	14,4	9,4	12,0	11,6
Procent dagar intensivkons. (M)	44,3	20,4	18,9	21,5
Procent dagar mkt intensivt (M)	17,5	4,4	5,2	6,1
<i>Övriga aspekter:</i>				
"Beroende" (≥ 3 symptom) (%)	58,1 %	21,6 %	29,9 %	30,7 %
Antal beroendesymptom (M)	3,4	1,5	1,8	1,9
Antal negativa konsekvenser (M)	1,8	0,3	0,3	0,4
Använt narkotika (%)	12,9 %	14,9 %	14,5 %	14,5 %

¹ Vid flera perioder: antal år från första periodens början till sista periodens slut

Vad denna tabell visar är att de helnyktra också i den svenska studien klart skiljer ut sig från de två andra grupperna genom att de druckit oftare, druckit större mängder per dryckesdag, oftare intensivkonsumerat och druckit mycket intensivt (minst tolv standardglas per tillfälle), oftare varit beroende, samt rapporterat fler beroendesymptom. Dessutom hade de druckit på ett riskabelt sätt under längre tid och var äldre när förändringen skedde, två aspekter som inte rapporteras i den kanadensiska studien. Slutligen var det mer än dubbelt så vanligt som i de andra grupperna att ha haft mer än en period då man drack "som mest", något som kan ses som en indikation på tidigare misslyckade försök att förändra alkoholvanorna (jfr. Not 46). Däremot framstår inte skillnaderna mellan de nuvarande "måttlighets"- respektive "normalkonsumenterna" vad gäller tidigare dryckesvanor som särskilt dramatiska. Visserligen drack de blivande "måttlighetskonsumenterna" när det begav sig inte riktigt lika mycket per dryckesdag, samt hade en något lägre maximalkonsumtion och var något mindre ofta beroende än de blivande "normalkonsumenterna" – skillnader som möjligen går att hänföra till den högre andelen kvinnor i den förra gruppen. Totalt sett drack emellertid de båda grupperna när de drack som mest i princip lika ofta, lika stora totala mängder och med lika omfattande konsekvenser.

Också vad gäller livssituationen då förändringen skedde finns, som indikeras av *Tabell 15*, vissa skillnader mellan de tre grupperna.

Tabell 15 Ålder och levnadsomständigheter när förändringen skedde. Grupper med olika utfall.

	<i>Helnyktra (n= 31)</i>	<i>Måttliga (n= 74)</i>	<i>Normalkons. (n= 234)</i>	<i>Alla (N= 339)</i>
<i>Åldersgrupp</i>				
18 – 29 år	29,0 %	69,9 %	75,9 %	70,2 %
30 – 39 år	29,0 %	20,5 %	18,0 %	19,6 %
40 – 49 år	29,0 %	4,1 %	3,1 %	5,7 %
50 år och äldre	12,9 %	5,5 %	3,1 %	4,5 %
<i>Civilstånd</i>				
Gift/sambo	41,9 %	40,5 %	48,7 %	46,3 %
Ensamstående	58,1 %	59,5 %	51,3 %	53,7 %
<i>Barn under 18 år</i>				
Ja	48,4 %	25,7 %	28,2 %	29,5 %
Nej	51,6 %	74,3 %	71,8 %	70,5 %
<i>Högre utbildning efteråt</i>				
Ja	22,6 %	37,0 %	28,6 %	29,9 %
Nej	77,4 %	63,0 %	71,4 %	70,1 %
<i>Sysselsättning</i>				
Arbete	65,6 %	64,3 %	71,9 %	69,7 %
Studier	6,3 %	28,6 %	21,5 %	21,5 %
Arbetslös / (förtids)pension	28,1 %	7,1 %	6,5 %	8,8 %
<i>Inkomst</i>				
Låg	63,6 %	61,5 %	44,9 %	49,8 %
Medel	9,1 %	15,4 %	25,7 %	22,3 %
Hög	27,3 %	23,1 %	29,4 %	27,9 %
<i>Soc.akt./"soc.kapital." (index;M)</i>	8,2	10,9	11,0	10,8
<i>Antal helnyktra vänner (M)</i>	8,4	4,6	4,6	5,0
<i>Antal vänner m. alk.problem. (M)</i>	3,3	0,7	0,9	1,1
<i>Partner m. alk.problem</i>				
Ja	3,2 %	6,8 %	4,7 %	5,1 %
Nej	96,8 %	93,2 %	95,3 %	94,9 %

Medan den enda skillnaden i detta avseende i den kanadensiska studien var att de sedermera helnyktra var äldre än de övriga när förändringen skedde, visar tabellen att de helnyktra bland de svenska intervjupersonerna tycks skilja ut sig också genom att de – sannolikt på grund av skillnaderna i ålderssammansättning – oftare hade ansvar

för barn, att de i betydligt högre grad stod utanför arbetsmarknaden, att de hade lägre social aktivitet eller ”socialt kapital”, samt att de både umgicks med fler personer med alkoholproblem och fler helnyktra. En annan skillnad är att de sedermera ”måttliga” i något högre grad än övriga tycks ha vidareutbildat sig sedan förändringen i dryckesvanor skedde, något som kan relateras dels till att de då betydligt oftare var studerande, dels till att de vid intervjutillfället oftare än övriga har utbildning på högkolenivå och något oftare är höginkomsttagare (Tabell 13). Slutligen kan noteras att de blivande ”normalkonsumenterna” i något högre grad än övriga var gifta eller samboende och i något lägre grad var låginkomsttagare då förändringen skedde.

Om vi till slut ser på hur förändringen gick till finner vi, som framgår av Tabell 16, åter i huvudsak samma skillnader som i den kanadensiska studien

Tabell 16. Hur förändrade man sina dryckesvanor? Grupper med olika utfall.

	Helnyktra (n= 31)	Måttliga (n= 74)	Normalkons. (n= 234)	Alla (N= 339)
Planerade förändring	90,6 %	58,6 %	61,6 %	63,8 %
Tid från beslut till handling ¹ (M)	6,3	1,9	2,0	2,5
Fler än ett försök	51,6 %	1,4 %	3,9 %	7,8 %
Hjälp från anhöriga och vänner	51,6 %	7,0 %	10,0 %	13,3 %
Krav från anhöriga och vänner	31,3 %	7,1 %	10,4 %	11,7 %
Hot från någon närstående	9,4 %	2,9 %	0,9 %	2,1 %
Slutade/minskade tvärt	93,5 %	55,7 %	48,9 %	54,6 %
Varit med om behandling	48,4 %	4,3 %	1,7 %	6,6 %
Antal behandlingar (M)	1,9	0,2	0,1	0,2

¹ Antal år (gäller respondenter som planerade förändring)

De sedermera helnyktra skiljer sig således också i den svenska studien från övriga grupper genom att oftare rapportera att förändringen av dryckesvanorna var planerad, oftare uppge att de fått hjälp av eller upplevt krav eller hot från närstående och oftare berätta att de varit med om behandling. Dessutom har de betydligt oftare gjort fler än ett försök att förändra sina alkoholvanor innan de faktiskt lyckades. Slutligen har de i betydligt högre grad än övriga förändrat sitt drickande abrupt snarare än genom att trappa ned det successivt.

Sammantagna visar analyserna så långt att den helnyktra gruppen – precis som i den kanadensiska studien – skiljer sig från de övriga genom att ha haft en betydligt längre sammanlagd period av riskfyllt drickande och genom att under denna ha druckit både betydligt mer och betydligt oftare och med fler och allvarligare konsekvenser. Mest belysande är kanske att nästan sextio procent av de sedermera helnyktra under den period då de drack som mest var beroende av alkohol; d.v.s. upplevde

minst tre symptom enligt ICD-10, att jämföra med en dryg femtedel respektive en knapp tredjedel i de båda andra grupperna. En annan indikator på att de sedermera helnyktras drickande i genomsnitt varit mer problematiskt än de övrigas är att de, vid den tidpunkt då de förändrade sina alkoholvanor, betydligt oftare än övriga var arbetslösa eller förtidspensionerade. Ytterligare en är att de totalt sett hade lägre social aktivitet eller ”socialt kapital”, men hade klart fler vänner med alkoholproblem än övriga intervjuade. Att de också rapporterade fler helnyktra vänner är möjligen en följd av den mer omfattande kontakten med olika hjälpprogram och självhjälp-grupper. Sannolikt kan även det faktum att gruppen helnyktra vid intervjutillfället innehåller färre högutbildade, färre höginkomsttagare och färre anställda åtminstone delvis kopplas till att de tidigare haft mer långvariga och allvarigare alkoholproblem. Det är med andra ord ganska uppenbart att helnykterhet i betydligt högre grad än övriga utfall kan ses som ett resultat av medvetna och i många fall upprepade försök att, inte sällan med hjälp av behandling eller andra formella eller informella stödinsatser, ta sig ur mer eller mindre långvariga och allvarliga alkohol- eller missbruksproblem. Detta ligger såväl i linje med resultat av tidigare studier (t.ex. Cunningham m.fl., 2000a) som med det tidigare diskuterade faktum att personer med mer eller mindre allvarliga tidigare alkoholproblem torde utgöra en ganska stor andel av aktuellt helnyktra i befolkningen (se avsnitt 3.3 ovan).

När det gäller de två andra utfallen – ”måttlighetskonsumtion” och ”normalkonsumtion” – avviker de svenska resultaten emellertid från de kanadensiska genom att visa på större inbördes likheter än skillnader. Utifrån den kanadensiska studiens resultat framstår den ”måttliga” gruppen som främst innefattande personer som utan större ansträngning successivt trappat ned en tidigare och jämförelsevis kortvarig ”riskkonsumtion” till en mer måttfull nivå, medan den grupp som ”minskat” sitt drickande, närmast tycks utgöra en ”mellangrupp” som druckit mer och på ett mer problematiskt sätt än de ”måttliga” och vars nuvarande, något mer omfattande, drickande sannolikt representerar en temporär snarare än en bestående förbättring av alkoholvanorna (Cunningham m.fl., 2004). Utifrån de svenska resultat som presenterats ovan ter sig emellertid ”måttlighetskonsumtion” och ”normalkonsumtion”, så som dessa utfall här definierats, mera som två olika varianter av en stabil och relativt odramatisk förbättring av tidigare potentiellt riskfyllda dryckesvanor, än som ett stabilt respektive ett mer temporärt förändringsmönster. Vad som talar för en sådan tolkning är både att skillnaderna mellan de två grupperna när det gäller hur man drack ”som mest” är relativt små och att man i båda grupperna i allmänhet under lång tid druckit på det sätt man gjort under det senaste året. Av intresse för denna tolkning är inte minst det faktum att andelen kvinnor är betydligt högre bland de sedermera

”måttliga” än i övriga grupper, ett förhållande som inte var för handen i den kanadensiska studien, men som sannolikt till stor del förklarar de skillnader i tidigare dryckesmönster mellan de tre grupperna som vi trots allt funnit i föreliggande studie. Om man till detta lägger antagandet att tillfälligt festdrickande som en del av ett ”normalt” dryckesmönster i Sverige (jfr. sid. 55) i huvudsak är en manlig företeelse, ter det sig inte orimligt att tolka utfallen ”måttlighet” och ”normalkonsumtion” som en kvinnlig respektive manlig variant av ett i princip likartat förändringsmönster, innebärande en successiv nedtrappning av en tidigare, jämförelsevis kortvarig ”riskkonsumtion” till en stabil och oproblematiske konsumtionsnivå.

4.3.3 Vad predicerar olika utfall?

De preliminära tolkningar av olika utfall som gjorts ovan utgår från deskriptiva data. För att få en klarare bild vem som förändrat sina alkoholvanor på vilket sätt krävs emellertid – som vi diskuterat i samband med analysen av screeningdata i kapitel 3 – en analys som dels klargör vilka skillnader mellan de olika grupperna som är statistiskt signifikanta, dels kontrollerar för det faktum att olika potentiella prediktorer kan vara mer eller mindre starkt interkorrelerade. I ett första steg av en sådan analys har vi gjort en serie bivariata logistiska regressioner där vi, variabel för variabel, undersökt i vilka avseenden vart och ett av de tre mönstren för drickande under det senaste året signifikant skiljer sig från varje annat utfall. Analyserna begränsar sig till de aspekter som teoretiskt kan tänkas predicera olika utfall; d.v.s. kön och ålder, uppgifter om hur man drack när man drack som mest, uppgifter om familje- och levnads-situationen när förändringen skedde, samt uppgifter om hur förändringen gick till. En sammanfattning av resultaten av de bivariata analyserna ges i *Tabell 17*. Tabellen visar att de sedermera helnyktra skiljer sig från de sedermera ”måttliga” och de senare ”normalkonsumenterna” genom att ha druckit mer och oftare och på ett i alla avseenden mer problematiskt sätt. De har också druckit på detta sätt under längre tid och var äldre när förändringen skedde. Dessutom stod de oftare utanför arbetsmarknaden och hade lägre social aktivitet eller ”socialt kapital”, samtidigt som deras umgänge i högre grad tycks ha präglats av deras alkoholvanor. Deras väg ut ur sina riskabla eller problematiska alkoholvanor tycks också ha varit mer utdragen och i de flesta avseenden mer ”dramatisk” än motsvarande process för flertalet övriga respondenter. Inte minst har de i betydligt högre grad sökt och/eller tagit emot olika former av hjälp och stöd. De ”måttliga” skiljer sig från ”normalkonsumenterna” endast genom att innefatta betydligt fler kvinnor, genom att ha druckit på ”risknivå” under något längre tid och genom att samtidigt ha druckit något mindre per tillfälle och mer sällan ha druckit mycket stora mängder.

Tabell 17. Skillnader mellan olika utfall. Bivariata logistiska regressioner, parvisa jämförelser

Variabler:	Måttliga vs. helnyktra (ref.)	Norm.kons. vs. helnyktra (ref.)	Måttl. vs. norm. (ref.).
Kön	Fler kvinnor(*)	ns	Fler kvinnor **
Drickandet "som mest"	Kortare period**	Kortare period***	Längre period(*)
	Drack mer sällan*	Drack mer sällan***	ns
	Drack mindre mängder**	Drack mindre mängder(*)	Drack mindre mängder*
	12+ glas mer sällan***	12+ glas mer sällan(*)	12+ glas mer sällan(*)
Konsekvenser	Mindre ofta "beroende"***	Mindre ofta "beroende"***	ns
	Färre beroendesymptom***	Färre beroendesymptom***	ns
	Färre neg. konsek.***	Färre neg. konsek.***	ns
Ålder (vid förändringen)	Fler i åldern 18 – 29*	Fler i åldern 18 – 29**	ns
Familj (vid förändringen)	Färre med barn*	Färre med barn*	ns
Socialt (vid förändringen)	Större aktivitet/soc.kapital***	Större aktivitet/ soc.kapital***	ns
	Färre arb.lösa/förtidspens.*	Färre arb.lösa/förtidspens.**	ns
Umgående (vid förändr.)	Färre vänner m. alk.probl.*	Färre vänner m.alk.probl.*	ns
	Färre helnyktra vänner(*)	Färre helnyktra vänner*	ns
Förändringen	Färre med medv. plan**	Färre med medv. plan**	ns
	Färre med > 1 försök***	Färre med > 1 försök***	ns
	Färre som slutade tvärt***	Färre som slutade tvärt***	ns
	Färre fått hjälp av närst.***	Färre fått hjälp av närst.***	ns
	Färre sökt behandling***	Färre sökt behandling***	ns

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001; ns= ej signifikant.

Så långt förefaller dessa analyser ge stöd åt de tolkningar av innebörden i olika utfall, som gjorts i föregående avsnitt. För att kunna dra säkrare slutsatser krävs emellertid multivariata analyser, där inflytandet av en given variabel värderas med kontroll för inflytandet av alla andra variabler. *Tabell 18* återger resultatet av tre multivariata logistiska regressioner, där vart och ett av de tre utfallen jämförs med vart och ett av de övriga. Dessa analyser har skett med ett urval av de variabler som visade sig statistiskt signifikanta i de bivariata analyserna. Urvalet har gjorts för att undvika att inkludera oberoende variabler som korrelerar mycket starkt med andra oberoende variabler (jfr. ovan sid. 35 och Not 39). Principen har härvid varit att välja teoretiskt mer relevanta variabler före teoretiskt mindre relevanta och variabler som differentierar bättre mellan grupperna framför variabler som differentierar mindre bra. När det gäller hur förändringen gått till har vi, eftersom så få individer överhuvudtaget varit med om behandling, slagit samman variablerna "behandling" och "hjälp från närstående" till en sammanfattande variabel, där ett ja-svar innefattar alla som fått informell och/eller professionell hjälp och ett nej-svar personer som uppger sig

ha förändrat sina dryckesvanor utan någon yttre hjälp. Även om vi på detta sätt inte får en klar uppfattning om vilken specifik roll formell behandling spelat i sammanhanget – en fråga som vi dock ska återvända till – bör vi fånga upp skillnaden mellan en förändring som innebär en mer aktiv lösning, inkluderande olika ingripanden från omgivningen, av någon form av medvetna problem och en förändring som mera haft karaktär av en ”mognadsprocess” eller en anpassning till nya levnadsomständigheter. Generellt gäller dock att resultaten ska tolkas med viss försiktighet eftersom antalet personer i framför allt den helnyktra gruppen är litet.

Tabell 18. Prediktorer för olika utfall. Multivariata logistiska regressioner, parvisa jämförelser.

	Oddsquot / p-värde		
	Måttliga vs. helnyktra (ref.)	Norm.kons, vs. helnyktra (ref.)	Måttl. vs.norm. (ref.)
<i>Kön</i>			
Män (ref.)			
Kvinnor	1,62	1,18	1,64(*)
<i>Hur länge ”riskkonsumtion”</i>	0,97	0,88*	1,06*
<i>Andel dryckesdagar/år</i>	1,00	0,99	1,00
<i>Mängd / dryckesdag</i>	0,86	0,94	0,88*
<i>”Beroende” (≥ 3 symptom)</i>			
Ja (ref.)			
Nej	0,83	0,89	1,28
<i>Barn under 18</i>			
Ja	0,22(*)	0,83	0,83
Nej (ref.)			
<i>Arb.lös/förtidspens.</i>			
Ja (ref.)			
Nej	1,43	1,38	1,10
<i>Social aktivitet/soc.kapital</i>	1,74**	1,55**	1,03
<i>Slutat tvärt</i>			
Ja	0,07(*)	0,05**	1,38
Nej (ref.)			
<i>Profess. el. informell hjälp</i>			
Ja	0,02**	0,06***	0,69
Nej (ref.)			
<i>Nagelkerke r²</i>	0,72	0,63	0,10

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001

Som framgår försvinner de flesta av signifikanserna från den bivariata analysen när effekten av de inkluderade variablerna kontrolleras för effekten av alla andra variabler. Vad vi ser i den första av de tre jämförelserna är att vad som har självständig effekt på sannolikheten för ett ”måttligt” snarare än ett helnyktert utfall är att ha trap-

pat ner sitt drickande successivt, att inte ha sökt eller fått någon hjälp med förändringen, att ha haft en högre social aktivitet eller ett större "socialt kapital" när förändringen skedde samt att vid samma tidpunkt inte ha haft barn. Av den andra jämförelsen framgår att samma variabler, förutom föräldraskap, också har självständig effekt på sannolikheten för "normalkonsumtion" snarare än helnykterhet som utfall. Dessutom spelar det roll att ha druckit på "risknivå" under kortare tid. Av den tredje jämförelsen slutligen framgår att vad som har självständig effekt på sannolikheten för "måttlighet" snarare än "normalkonsumtion" som utfall är att vara kvinna, att ha druckit på "risknivå" något längre tid och att samtidigt ha druckit mindre mängder per dryckesdag. Vad gäller den helnyktra gruppen kan resultaten tolkas som att skillnaden gentemot de två andra grupperna vad gäller drickande "fångas upp" av de variabler som indikerar att förändringen skett relativt abrupt eller "dramatiskt" och med hjälp av andras – professionella eller informella – stöd. Ett annat sätt att uttrycka saken är att säga att det är de respondenter som haft de mest avancerade och mest problematiska alkoholvanorna och den sämsta sociala förankringen som oftast har fått olika former av hjälp att förändra dessa vanor, och att de som fått hjälp i sin tur i stor utsträckning blivit helnyktra⁵⁵. Detta resultat kan relateras till det faktum att helnykterhet i många behandlingssammanhang fortfarande torde betraktas som det bästa eller enda acceptabla målet (Armor & Meshkoff, 1983; Blomqvist, 2000a). Dessutom har den traditionella "sjukdomsmodellen", där total abstinens framställs som den enda möjliga lösningen, fortfarande ett starkt genomslag i olika mediala framställningar och torde därmed också influera vad olika informella hjälpare uppfattar som målet med sina interventioner. Att också variabeln ansvar för barn har självständig effekt på valet av helnykterhet kan möjligen hänga samman med att både informella och professionella hjälpare varit särskilt obenägna att rekommendera måttlighetslösningar för föräldrar med alkoholproblem. Vad gäller "måttlighet" jämfört med "normalkonsumtion" stärker analysen till viss del tesen om att det förra i högre grad är ett kvinnligt och det senare i högre grad ett manligt mönster. Samtidigt pekar bland annat skillnaden i fråga om dryckesmängder på att detta inte är hela sanningen. Det ska dessutom noteras att de analyserade variablerna här endast förklarar en mycket liten del av skillnaden mellan de två utfallen.

Sammanfattningsvis kan sägas att de tre olika utfall som analyserats i detta avsnitt i huvudsak tycks representera tämligen olikartade sätt att förbättra sina alkoholvanor. Samtidigt rymmer de alla en betydande intern heterogenitet vad gäller såväl hur drickandet gestaltade sig när man drack som mest, hur man levde vid den tid förändringen ägde rum och hur denna gick till. I viss mening är naturligtvis också varje individuell förändringsprocess unik (Blomqvist, 1999a) och det är därför fullt

möjligt att vi, med ett större urval av respondenter, skulle ha kunnat urskilja flera olika typer av utfall, representerande flera olika slag av förändringsförlopp. Vad analysen dock under alla omständigheter klagör är att förändring av i någon mening problematiska eller riskabla alkoholvanor är ett komplext fenomen som kan innefatta många olika mönster (jfr. Cunningham m.fl., 2004). I ett nästa steg ska vi, innan vi går över till att relatera de empiriska resultaten till en diskussion av några olika perspektiv på mänsklig förändring i allmänhet, pröva ett alternativt sätt att fånga sådana mönster.

4.4 Olika vägar ut ur olika problem? En personorienterad analys.

De försök att göra reda för heterogeniteten i gruppen ”tidigare riskkonsumenter”, som vi hittills redovisat bygger på vad som kan kallas en traditionell, variabelorienterad approach. Mera bestämt har vi utgått från en kategorisering av de intervjuade i ett bestämt avseende – dryckesmönster under det senaste året – och därefter analyserat hur skillnader i detta avseende samvarierar med skillnader i andra avseenden. Vi har med andra ord analyserat relationen mellan olika *variabler* som kan användas för att beskriva de intervjuades alkoholkonsumtion och levnadsförhållanden. Uppgiften att försöka urskilja olika mönster av förändring av i någon mening riskabla dryckesvanor handlar emellertid i grunden om att hitta grupper av *personer*, vars medlemmar liknar varandra så mycket som möjligt i relevanta avseenden, samtidigt som de skiljer sig så mycket som möjligt i samma avseenden från medlemmar i andra grupper. Den metod som oftast används för att göra sådana grupperingar är clusteranalys (t.ex. Norusis, 1993; Milligan & Cooper, 1987).

Trots den synbara rimligheten i en sådan ansats förefaller dock försök att hitta grupper av individer som förbättrat sina alkoholvanor på olika sätt hittills ha varit tämligen ovanliga inom forskningen. Inom forskningen om ”sjävläkning” menar sig Klingemann (1991), på basis av intervjuer med före detta alkohol- eller heroinmissbrukare, kunna urskilja fyra olika slag av förändring (”hit rock bottom”; ”crossroad types”; ”pressure-sensitive types” och ”drifting out”)⁵⁶. Vidare har såväl Hänninen och Koski-Jännes (1999) som Blomqvist (2002a) på grundval av narrativa intervjuer urskiljt olika ”recovery stories”, som ger uttryck för kvalitativt olika sätt att förstå det egna missbruket och vägen ut ur detta – med eller utan behandling⁵⁷. Medan dessa exempel utgörs av kvalitativa analyser av jämförelsevis små och icke-representativa urval av intervjupersoner, utgår Humphreys m.fl. (1995) från en större grupp människor med alkoholproblem och menar sig, utifrån en kvantitativ analys av longitudinella data, finna stöd för att det finns två olika vägar ut ur alkoholproblem utan hjälp av professionell behandling: en som går från svåra alkoholproblem och svaga sociala resurser, via omfattande stöd från bl.a. självhjälpsgrupper till helnykterhet

och en som går från mindre allvarliga alkoholproblem och större sociala resurser till ett måttligt eller ”kontrollerat” drickande. Metodmässigt mest relevant för den aktuella frågeställningen är dock en studie av Bischof m.fl. (2003), som bland närmare tvåhundra medierekryterade personer med hjälp av clusteranalys urskiljer tre olika grupper av ”självläkare” från allvarliga alkoholproblem (beroende enligt DSM-IV)⁵⁸. Denna analys har också i tillämpliga avseenden fått stå modell för det försök att urskilja olika grupper av ”tidigare riskkonsumenter”, som presenteras i det följande och som bör vara av intresse inte minst för att den bygger på ett representativt urval. En första kritisk fråga vid en clusteranalys är förstås vilka variabler som bör ingå för att det ska vara möjligt att urskilja meningsfulla grupper. Tidigare forskning kring vad som påverkar prognosen för att, med eller utan behandling, ta sig ur i olika mening problematiska alkoholvanor har bl.a indikerat att hög alkoholkonsumtion och svårt beroende ofta är kopplat till ett negativt utfall på kort sikt (Armor & Meshkoff, 1983; McLellan m.fl., 1994), men samtidigt – bland dem som överlever – hänger samman med stabil nykterhet i ett mer långsiktigt perspektiv (t.ex. Tucker m.fl., 2004). När det gäller livssituation och yttre omständigheter finns indikationer på att hög utbildning och en fast partner gynnar utfallet av behandling på kort sikt (t.ex. Jarvis, 1992; McLellan m.fl., 1994), liksom på att goda sociala resurser generellt predicerar en stabil lösning på lång sikt (t.ex. Powell m.fl., 1998; Öjesjö, 2000; Noda m.fl., 2000). Vidare har flera studier funnit att ”självläkare” haft en mer stabil social situation än obehandlade individer som inte löst sina alkoholproblem (t.ex. Tucker m.fl., 1994; Blomqvist, 1999a; Bischof, m.fl. 2001). Flera studier (t.ex. Blomqvist, 1999a; Bischof m.fl., 2001) har också funnit att ”självläkare” haft större sociala resurser och starkare sociala nätverk än personer som löst sina alkoholproblem med hjälp av behandling. Vidare kan nämnas att Granfield & Cloud (1999), på basis av narrativa analyser, drar slutsatsen att goda sociala resurser och ett starkt ”social kapital” betyder mer för möjligheten till ”sjävläkning” än missbrukets svårighetsgrad. Slutligen finns vissa resultat som tyder på att ett tillfredsställande utfall av alkoholproblem på lång sikt gynnas av att man själv ser sitt drickande som ett väsentligt problem och tidigt försöker vidta steg för att åstadkomma en förändring (Moos & Moos, 2006). Till detta kan läggas de resultat som vi redovisat i det föregående och som också pekar på att faktorer som dryckesmönster och grad av beroende, hur länge man druckit på ”risknivå”, social situation och ”socialt kapital” samt olika hjälperfarenheter bör vara av intresse i sammanhanget.

Efter att, på basis av ovannämnda resultat, i ett antal preliminära analyser ha prövat olika alternativ har vi slutligen fastnat för att i analysen inkludera de i princip oberoende dimensionerna ”alkoholkonsumtionens omfattning”, ”alkoholrelaterade problem”, ”sociala resurser”, ”problemens kronicitet” samt ”förändringsprocessens

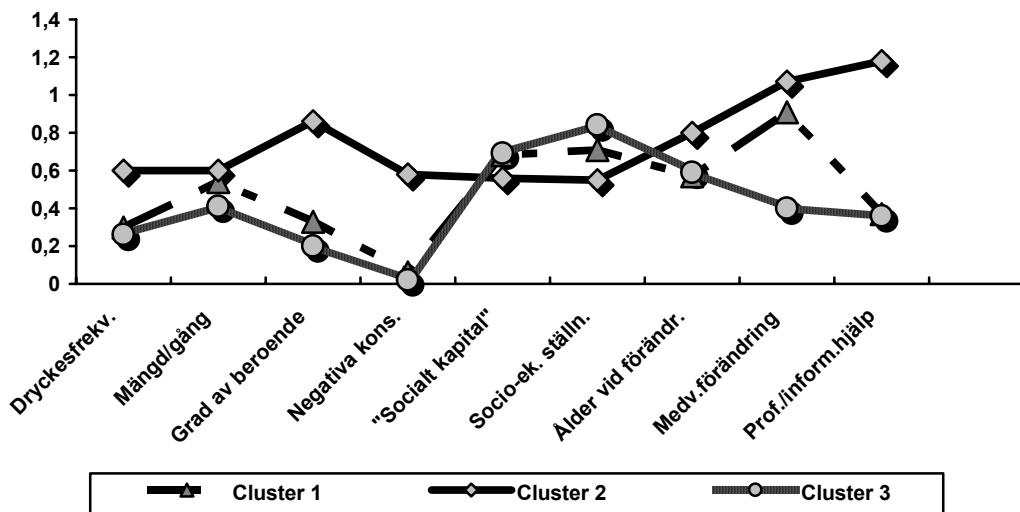
karaktär”. För att mäta den första dimensionen har vi använt dels antalet dryckesdagar per år när man drack som mest, dels det genomsnittliga antalet standardglas per dryckesdag under samma period. Som mått på alkoholrelaterade problem har vi dels använt grad av beroende – som ju snarare indikerar olika personliga reaktioner på drickandet än hur mycket man druckit (jfr. ovan sid. 53) – dels den tidigare beskrivna skalan för hälsomässiga eller psykosociala konsekvenser. För att indikera sociala resurser har vi dels använt det sammanfattningsmått på social aktivitet eller ”socialt kapital”, som också använts i ovanstående analyser (se sid. 23 och Not 25), dels ett index för socioekonomisk ställning, byggt på frågorna om levnadsförhållanden, arbetssituation och inkomst när förändringen skedde samt utbildningsnivå⁵⁹. För att fånga förändringsprocessens karaktär har vi dels använt ett index på graden av medveten aktivitet för att förändra alkoholvanorna, baserat på frågorna om huruvida förändringen var planerad, huruvida den skedde gradvis eller abrupt och om man gjort ett eller flera försök att förändra sina vanor⁶⁰, dels ett index som mäter graden av externa, professionella och/eller informella stöd- och hjälpinsatser⁶¹. Som indikator på riskkonsumtionens ”kronicitet” användes ålder då förändringen skedde⁶². Eftersom de beskrivna måtten har mycket olika gradering, och därmed medelvärden och standardavvikelse, måste de standardiseras för att kunna användas i en clusteranalys. Detta har skett genom att dela varje enskilt värde med varje variabels totala rang, en metod som enligt Milligan och Cooper (1987) genomgående fångar den underliggande clusterstrukturen säkrare än om man, på konventionellt sätt, omvandlar värdena till z-poäng (jfr. Bischof m.fl., 2003).

Analyserna gjordes i SPSS 13.1 med hjälp av K-means (Norusis, 1993), som gör det möjligt att relokera personer till olika cluster under analysens gång, något som i sin tur tenderar att optimera homogeniteten inom respektive cluster (Bischof m.fl., 2003). Eftersom denna analysmetod förutsätter att antalet cluster i den eftersökta lösningen anges i förväg, gjordes först två hierarkiska clusteranalyser (WARD, complete linkage) på två slumpade urval om hälften av de aktuella fallen. Resultaten, jämförda med varandra, indikerade ganska klart en lösning med tre cluster som det mest optimala. För att kontrollera för inflytandet av analysmetod genomfördes därefter såväl en hierarkisk analys som en K-means analys på hela undersökningsgruppen. Som framgår av Tabell A1 (Appendix 2) gav de båda analyserna en god överensstämmelse med drygt 87 % av samtliga fall klassificerade på samma sätt i båda lösningarna. För att konfirmera den funna clusterlösningen gjordes också en särskild diskriminantanalys (SPSS 13.1). Denna analys identifierade samtliga fall i Cluster 2 i K-means-analysen och 97 % av fallen i vardera Cluster 1 och Cluster 3 på ett korrekt sätt. Tillsammans talar dessa test för att vi fångat en stabil underliggande

struktur, även om vissa reservationer måste göras med hänsyn till att analysen på grund av internbortfall innefattar endast drygt nittio procent av de tidigare riskkonsumenterna⁶³.

Figur 1 redovisar i sammanfattad form resultaten av K-means-analysen och återger standardiserade medelvärden för vart och ett av de tre clustren i de ovan angivna variabler som använts för att generera de tre grupperna.

Figur 1. Tre cluster av f.d. "riskkonsumenter"



Som framgår av figuren karakteriseras personerna i *Cluster 1* (n= 158) av att de druckit jämförelsevis sällan men ganska mycket per tillfälle, av relativt lågt beroende och få negativa konsekvenser av drickandet, av jämförelsevis goda sociala resurser (hög "socialt kapital" och relativt god socioekonomisk ställning), av att de var jämförelsevis unga när förändringen skedde, samt av att förändringsprocessen varit aktiv och medveten, men inneburit mycket begränsad extern hjälp. Personerna i *Cluster 2* (n= 22) karakteriseras av att de druckit både ofta och mycket, av högt beroende och många negativa konsekvenser, av svaga sociala resurser (relativt lågt "socialt kapital" och svag socioekonomisk ställning), av att förändrat sina dryckesvanor senare i livet, samt av att förändringsprocessen både varit aktiv och medveten och innefattat tämligen omfattande extern hjälp. Personerna i *Cluster 3* (n= 128) liknar i väsentliga avseenden personerna i cluster 1, men skiljer sig från dessa genom att ha druckit något mindre per dryckesdag, genom en ännu lägre grad av beroende, genom ännu något bättre sociala resurser, samt – och framför allt – genom att deras förbättrade alkoholvanor inte var resultatet av någon medveten planering, utan till stor del "bara blev så".

En mer ingående jämförelse mellan de tre grupperna i de avseenden som i det föregående använts för att karakterisera undersökningsgruppen (Tabell A2, Appendix 2), visar att personerna i *Cluster 2* signifikant skiljer sig från personerna i de två övriga clustren genom att oftare ha druckit mycket intensivt, genom att ha rapporterat fler beroendesymptom och genomgående ha uppfyllt vår definition av beroende, samt genom att ha rapporterat fler negativa konsekvenser. Om man ser till omständigheter när förändringen skedde var personerna i cluster 2 signifikant äldre än personerna i de övriga två clustren, var mindre ofta samboende eller gifta, stod oftare utanför arbetsmarknaden och hade lägre inkomster, samt var mindre socialt aktiva och hade fler vänner med alkoholproblem. När det gäller hur förändringsprocessen gått till skiljer sig personerna i Cluster 2 från personerna i de övriga två clustren genom att ha gjort fler försök att förändra sina vanor, genom att i högre grad fått hjälp och upplevt krav eller hot från närstående, samt genom att betydligt oftare ha varit med om behandling. Om man slutligen ser på förhållanden under det senaste året har personerna i Cluster 2 i betydligt högre grad än personerna i de två andra clustren varit helnyktra eller, om de inte varit det, i genomsnitt druckit mindre när de druckit samt ytterst sällan intensivkonsumerat.

Personerna i *Cluster 3*, å sin sida, skiljer sig från personerna i båda de andra clustren genom att de, när de drack som mest, drack signifikant färre standardglas per tillfälle, vilket rimligen delvis sammanhänger att betydligt fler i detta cluster är kvinnor (drygt fyra av tio, att jämföra med knappt tre av tio i Cluster 1 och drygt två av tio i Cluster 2). De var också oftare än övriga enbart ”högkonsumerter” när de drack som mest, de har i betydligt lägre grad än övriga planerat att förändra sitt drickande och de har i betydligt högre grad än övriga successivt trappat ned sin konsumtion till nuvarande nivå. För personerna i *Cluster 1* gäller att de, när de drack som mest, drack nästan lika mycket per tillfälle som personerna i Cluster 2, om än mindre ofta, samt att de intensivkonsumerade och uppfyllde kriterierna för alkoholberoende oftare än personerna i Cluster 3, men mindre ofta än personerna i Cluster 2. Andelen ”högkonsumerter” var också klart lägre än i Cluster 3. Personerna i Cluster 1 hade dessutom planerat att förändra sitt drickande i princip lika ofta som personerna i Cluster 2, samt hade trappat ned sin konsumtion oftare än dessa, men mindre ofta än personerna i Cluster 3. Det ska också noteras att det inte finns några markanta skillnader mellan personerna i Cluster 1 och Cluster 3 när det gäller dryckesmönster under det senaste året (i båda grupperna var omkring tre fjärdedelar ”normalkonsumerter”, omkring en femtedel ”måttliga” och mindre än en av tio helnyktra, att jämföra med knappt en fjärdedel ”normalkonsumerter”, en dryg tiondel ”måttliga” och nästan två tredjedelar helnyktra i Cluster 2).

Totalt sett kan clusteranalysen sägas bekräfta att den grupp av ”tidigare riskkonsumenter”, som vi fångat med den definition som använts i föreliggande studie, innefattar flera kvalitativt skilda förändringsmönster. Dels finner vi, precis som i de variabelorienterade analyserna, en liten undergrupp av personer som med betydande möda, med relativt omfattande hjälpinsatser och ofta efter flera försök tagit sig ur långvariga och allvarliga alkoholproblem, som på flera sätt inverkat menligt på deras psykosociala och fysiska välbefinnande. Dels finner vi en stor majoritet, som snarare på olika sätt kan sägas ha ”vuxit ifrån” en konsumtion som visserligen medfört olika risker, men aldrig utvecklats till ett regelrätt ”missbruk”. Vad den ovan redovisade clusteranalysen framför allt lägger till den föregående analysen av olika utfall är distinktionen mellan dem i denna majoritet som gjort medvetna och aktiva försök att förbättra sina alkoholvanor och dem som snarare, utan att kanske närmare reflektera över saken, förefaller ha anpassat sitt drickande till nya omständigheter. Vissa indikationer finns också – på liknande sätt som i analysen av olika utfall – att det förstnämnda mönstret i någon mån representerar en manlig och det senare en kvinnlig variant av en sådan anpassningsprocess.

4.5 Sammanfattning och diskussion

Som diskuterats i det inledande kapitlet har frågan om alkoholen som samhällsproblem åtminstone tidigare på många håll främst uppfattats som en fråga om ”missbruk” eller ”alkoholism”. ”Alkoholism” betraktades i sin tur länge – och ses på vissa håll fortfarande – som en i princip kronisk ”sjukdom”, som i huvudsak drabbar människor med vissa egenskaper och som med rätta insatser kan hejdas, men inte botas. Livslång helnykterhet framstod följaktligen – och framstår ur detta perspektiv fortfarande – som det enda möjliga alternativet till fortgående alkoholisering och förtidig död. Med tiden har den kliniska forskningen dock visat att måttlig alkoholkonsumtion är ett fullt möjligt utfall också för personer som diagnostiserats som alkoholberoende, åtminstone på längre sikt (Davies, 1962; Emrick, 1974, 1975). På liknande sätt har forskning om ”sjävläkning” eller ”natural recovery” indikerat att det är fullt möjligt – och sannolikt relativt vanligt – att också personer med svåra alkoholproblem och ett utvecklat beroende lägger dessa bakom sig på egen hand (t.ex. Blomqvist, 1996a). Med utgångspunkt från resultat som dessa har alltfler börjat tala om att det inte bara finns en utan flera olika vägar ut ur missbruk eller beroende av alkohol – och för den delen andra psykoaktiva substanser (t.ex. Klingemann m.fl., 2001). Med tanke på att alkoholproblem betraktade ur ett befolkningsperspektiv ter sig som betydligt mer heterogena och variabla än alkoholproblem betraktade ur ett kliniskt perspektiv (t.ex. Room, 1977) – och med tanke på att begrepp som ”missbruk”, ”beroende” och ”alkoholproblem” i viss mening alla är konventioner

vars innebörd bestäms av den aktuella kontexten – har vi i föreliggande studie utgått från en jämförelsevis vid definition av vad som kan utgöra en i någon mening ”riskabel” konsumtion av alkohol. När vi med denna utgångspunkt betraktar hur och med vilket resultat de aktuella respondenterna förändrat eller förbättrat sina alkoholvanor finner vi att det – bakom de kategoriseringar som ofrånkomligen måste göras – rör sig om ett mycket brett spektrum av individuella förändringsmönster. I ena änden av detta spektrum finner vi människor som efter upprepade försök och med återkommande professionella och informella hjälpinsatser tagit sig ur ett långvarigt och avancerat beroende med omfattande och destruktiva hälsomässiga och psykosociala konsekvenser. I den andra änden av samma spektrum finner vi personer som etablerat en mer tillfällig ”riskkonsumtion” under t.ex. studieåren och som senare, utan större möda och utan att själva egentligen varit medvetna om saken, successivt trappat ned sitt drickande, t.ex. när ett nytt arbete och/eller ansvar för familj och barn ställt krav på en ändrad livsföring. Sammantagna stärker dessa resultat den i det inledande kapitlet lanserade uppfattningen att det, när det gäller förbättring av i någon mening riskabla alkoholvanor är rimligast att tala, varken om en eller flera vägar ut ur samma föregivet enhetliga problem, utan snarare om flera olika vägar ut ur flera olika former och grader av aktuella eller potentiella problem med alkohol (jfr. Humphreys m.fl., 1995; Blomqvist & Cameron, 2002).

Frågan om vad olika sätt att förbättra sina alkoholvanor innebär kan relateras till den diskussion som genom åren förts, inom discipliner som filosofi, religionsvetenskap och psykologi, om vad mänsklig förändring i grunden innebär⁶⁴. En tidig tradition inom denna diskussion, med rötter hos William James (1902), fokuserar främst på vad som kan beskrivas som ”omvändelseupplevelser” eller som mer eller mindre dramatiska ”vändpunkter” i livet. Sådana vändpunkter beskrivs ofta som föregångna av djup förtvivlan, som plötsliga och överraskande, inte sällan kopplade till mystiska och hallucinatoriska upplevelser och som åtföljda av en stark lättnad och en upplevelse av att ha kommit till ny insikt om livets väsentligheter. Mer sentida författare som beskrivit denna typ av plötsliga och dramatiska vändpunkter är t.ex. Loder (1981) och Miller och C’deBaca (1994). Denzin (1989), som analyserat berättartraditionen inom AA, talar om den typ av vändpunkter (”hit rock bottom”) som de typiska AA-berättelserna innehåller som ”epifanier” (uppenbarelser), d.v.s. ögonblick karakteriserade av starka känslor av mening, som i efterhand framstår som det som gjorde att livet tog en ny vändning. Baumeister (1994) talar på ett liknande sätt om om ”focal events”, som beskrivs som resultatet av en mer eller mindre plötslig ”kristallisering” av ofta omedvetna känslor av missnöje med det liv man lever och levt och en länge närd önskan om förändring.

Samtidigt är förändring oupplösligt förbunden med mänskligt liv och varje levnadslopp innefattar med nödvändighet både kontinuerliga, närmast steglösa förändringsprocesser och den typ av diskontinuerliga omvandlingar eller ”brytpunkter” som ovan nämnda författare diskuterat. För att tala med Heatherton och Nichols (1994) kan mänsklig förändring både ske gradvis och omärkligt som när hett vatten svalnar och blir ljumt, och leda till en kvalitativt ny form, som när kallt vatten fryser till is. En i detta sammanhang intressant distinktion är också den mellan förändringar som är en följd av en medveten och rationell ”självregleringsprocess” i syfte att realisera bestämda mål eller värden (jfr. Miller & Brown, 1991) och förändringar som utgör det samlade resultatet av en människas dagliga strävan att handskas med och anpassa sig till de krav livet ställer och som man ofta blir varse först i efterhand (jfr. Fingarette, 1988; Antonovsky, 1991). Slutligen kan man, som McAdams (1994) skilja på olika nivåer eller ”domäner” för mänsklig förändring. En första sådan domän rör, enligt denne författare, människors personlighetsmässiga ”disposition”, eller de grundläggande karaktärsdrag (intraversion – extraversion, sociabilitet, neuroticism etc.), som är i huvudsak stabila i vuxen ålder. En andra domän rör de, mer eller mindre medvetna, strategiska anpassningar som människor under hela livet gör till förändrade levnadsvillkor och de situationer livet ställer dem inför (t.ex. att anpassa sin livsstil till föräldraskapets och/eller arbetslivets krav). En tredje domän slutligen rör individens fortgående försök att skapa mening och sammanhang i sitt liv och, inför sig själv och andra, upprätta och upprätthålla en hållbar och trovärdig identitet; d.v.s. vad som kan betecknas som en narrativ domän eller ”livet som berättelse” (ibid.).

Utän att driva resonemanget alltför långt kan det te sig frestande att försöka applicera några av ovanstående perspektiv på de olika mönster av förbättrade alkoholvanor, som vi ovan tyckt oss kunna urskilja. En *första* slutsats som därvid ter sig rimlig är att de förändringar av de egna alkoholvanorna, som resulterat i utfallen ”måttlighet” och ”normalkonsumtion” till stor del har ägt rum på vad som ovan betecknats som ”de personliga angelägenheternas” nivå och för många har handlat om en gradvis anpassning till levnadsomständigheter som förändrats med åren i form av familjebildning, nya umgängesvanor, ökande ansvar i arbetslivet o.s.v. Det faktum att omkring fyra av tio i dessa två grupper uppger att de inte planerade att förändra sina dryckesvanor utan att det bara ”blev så” (jfr. Tabell 16) tyder på att många av de intervjuade blivit medvetna om denna ”mognadsprocess” först i efterhand. Clusteranalysen fångar just denna skillnad mellan personer som tycks ha förbättrat sina alkoholvanor genom vad Miller och Brown (1991) kallar en medveten självregleringsprocess (Cluster 1) och dem vars vanor, som Fingarette (1988) uttrycker saken

och i likhet med kategorin ”drifting out” i Klingemanns (1991) analys (se Not 56), snarare tycks ha förändrats ”dag för dag och steg för steg” utan närmare reflektion (Cluster 3). De skillnader mellan en mer kvinnlig och en mer manlig form av sådan anpassningsprocess, som indikeras av såväl den variabelorienterade analysen som clusteranalysen, torde delvis återspegla de generella skillnader i kvinnors och mäns konsumtionsmönster, som vi tidigare berört, men pekar också på att kvinnor och män kan ha olika skäl att förändra riskabla alkoholvanor. Sådana skillnader har tidigare demonstrerats såväl när det gäller faktorer som motiverar och befäster ”sjävläkning” (Blomqvist, 1999a; 2001b; 2002a) som det gäller motiven att söka hjälp och/eller påbörja behandling (t.ex. Kristiansen, 1999; Blomqvist & Christophs, 2005). En kommande analys av de intervjuades uppgivna skäl att förändra sina alkoholvanor kan förhoppningsvis kasta mer ljus över dessa könsskillnader.

En *andra* rimlig huvudsaklig slutsats bör vara att det helnyktra utfallet – och det förändringsmönster som representeras av Cluster 2 – till stor del är resultatet av processer som innefattat någon form av – mer eller mindre dramatisk – ”omvändelse” eller vad som åtminstone i efterhand kan framstå som en tydlig vändpunkt eller ”focal event”. För detta talar bl.a. att förändringen i en stor majoritet av dessa fall inträffade mer eller mindre abrupt och att andelen som fått olika former av hjälp är avsevärt högre än bland övriga respondenter. Samtidigt är det viktigt att notera att långt ifrån alla av dem som blivit helnyktra, eller av dem som hänförs till Cluster 2, varit med om någon professionell eller formellt organiserad behandling. Detta indikerar att det åtminstone finns en viktig distinktion också inom dessa, till synes tämligen homogena, mönster. Frågan om behandlingens roll i förändringsprocessen står också i fokus för nästa kapitel.

Kapitel 5

VAD BETYDER BEHANDLINGEN?

De resultat som redovisats hittills har indikerat att människor kan få problem med sin alkoholkonsumtion på många olika sätt, men också att det finns många olika sätt att lösa dessa problem. Samhällets huvudsakliga sätt att bistå i denna problemlösning har sedan länge – även om primärprevention i form av prispolitik och försäljningsrestriktioner prioriterats högre som alkoholpolitiska instrument – varit att erbjuda olika former av individriktad behandling. Även om det redan av de resultat som redovisats i föregående kapitel bör ha framgått att den stora majoriteten av alla som i någon mening förbättrar sina alkoholvanor gör det utan vare sig professionell behandling eller andra former av hjälp, finns det därför skäl att lite mer i detalj granska vad olika hjälpinsatser mer specifikt förefaller ha haft att betyda och för vem. Vi ska därvid först se på vilka former av hjälp de intervjuade sökt och fått och vilka andra kontakter med olika myndigheter eller hjälporgan som de haft med anledning av sitt drickande. Därefter ska vi närmare analysera vilka som fått vilken typ av hjälp och vilken roll denna syns ha spelat i förändringen av alkoholvanorna. Slutligen ska vi återknyta till den diskussion av ”sjävläkning” eller ”natural recovery” som fördes i inledningskapitlet och – eftersom vi här utgår från ett representativt urval av människor som förbättrat tidigare riskabla alkoholvanor – försöka ge en mer tillförlitlig bild än tidigare svensk forskning kunnat göra av hur vanligt förekommande detta är och av vad som bidrar till att man lyckas förändra mer eller mindre problematiska alkoholvanor på egen hand.

5.1 Behandling och andra ingripanden från omgivningen.

5.1.1. Hur vanliga är olika hjälp- och kontaktformer?

I fortsättningsintervjun ställdes, som framgått av avsnitt 2.4, flera frågor om behandling och andra former av hjälp (se även Appendix 1). Dels tillfrågades respondenterna om de överhuvudtaget varit med om någon form av professionell missbruksbehandling och/eller annan formellt organiserad hjälp för sådana problem, typ självhjälpgrupp eller liknande. Alla som svarade ja på denna fråga ombads specificera bl.a. vilken/vilka former av behandling eller hjälp detta gällde, när olika hjälptillfällen inträffade samt om och i vilken utsträckning olika insatser upplevdes ha varit till hjälp i den slutliga förbättringen av de egna alkoholvanorna. En likartad omgång frågor ställdes också om kontakter med andra typer av hjälporgan eller myndigheter som på något sätt föranletts av de egna dryckesvanorna. Slutligen ställdes också, som vi redan sett, frågor om huruvida man i sina försök att förändra sina vanor fått hjälp av, eller upplevt olika former av krav eller hot från, anhöriga och/eller andra närstående.

Totalt sett visade sig endast 22 (6,5%) av de 339 tidigare ”riskkonsumenterna” ha varit med om någon specialiserad professionell vård eller haft kontakt med någon typ av självhjälsgrupp. Drygt tre gånger så många (70 personer eller 20,6 %) hade varit i kontakt med någon annan myndighet eller hjälpinstans på grund av sitt drickande och totalt 44 personer (13,0 %) uppgav sig ha fått hjälp av närstående i sina försök att ändra sina alkoholvanor. Av de tjugotvå personer som varit med om behandling hade nitton (86 %) också haft andra myndighets- eller hjälpkontakter. Närmare bestämt hade nio (41 %) personer utöver behandlingen både fått hjälp av närstående och haft andra kontakter, fyra (18 %) hade haft andra kontakter och sex (27 %) hade fått hjälp av närstående. Av de sjuttio personer som varit i kontakt med andra instanser än behandlingsverksamheter hade femtiotvå (74 %) enbart haft sådana kontakter, medan nio (13 %), som framgått, också fått såväl behandling som hjälp från närstående, fyra (6 %) hade fått behandling och fem (7 %) hade fått hjälp av närstående. Av de fyrtiofyra personer som fått hjälp av närstående slutligen, hade alltså tjugofyra (55 %) enbart fått sådan hjälp, nio (21 %) därutöver både fått behandling och haft andra kontakter, sex personer (14 %) fått behandling och fem personer (11 %) haft andra kontakter. Om man på grundval av dessa uppgifter grupperar de intervjuade efter hur många och vilka kontakter de haft blir resultatet som följer:

- 22 personer (6,6 %) har varit med om minst en professionell behandling och majoriteten av dessa har därutöver också fått hjälp av närstående och/eller haft andra myndighets- och/eller hjälpkontakter,
- 29 av de personer som inte varit med om behandling (8,6 % av samtliga) har fått hjälp av närstående och i vissa fall också haft andra myndighets- eller hjälpkontakter,
- 52 personer (15,3 %) har enbart haft kontakt med andra myndigheter och/eller hjälpinstanser än professionell vård och/eller behandling av alkoholproblem;
- 236 personer (69,6 %) har inte fått vare sig professionell eller informell hjälp och har inte heller haft några andra myndighets- eller hjälpkontakter med anledning av sitt drickande.

Om man ser till vilka typer av behandling och andra kontakter som varit vanligast finner man, vad gäller behandling, att sjutton personer (drygt tre fjärdedelar av dem som fått någon form av organiserad hjälp) någon gång varit med om avgiftning eller annan akutvård, att totalt tolv personer (55 %) varit i kontakt med någon självhjälsgrupp, att elva personer (50 %) varit på behandlingshem och lika många varit med om någon form av strukturerad öppenvård, samt att sex personer (27 %) uppges sig ha fått hjälp med sina alkoholproblem av en socialarbetare och lika många varit med om sjukhusförlagd beroendevård. Ytterligare totalt femton personer (68 %)

rapporterar om kontakter med en eller flera av ett antal andra verksamheter som behandlingsprogram för rattfyllerister, behandling inom företagshälsovård eller kriminalvårdens frivård, rådgivning i kyrkans regi etc.

Som indikeras av det faktum att andelarna som varit med om olika former av behandling adderar till långt mer än hundra, har flertalet av de behandlade sökt flera olika former av professionell hjälp och varit med om upprepade behandlingstillfällen. Av de tjugotvå personer, som uppger att de överhuvudtaget har varit med om behandling, rapporterar således sju (32 %) att de varit med om två olika hjälpformer, åtta (36 %) att de varit med om tre olika hjälpformer och sex (27 %) att de varit med om fler än tre former. De vanligast förekommande kombinationerna är avgiftning och/eller akutvård tillsammans med behandlingshem och/eller öppenvård, behandlingshem och/eller öppenvård tillsammans med kontakt med självhjälsgrupp, eller sekvensen avgiftning/akutvård – behandlingshem/öppenvård – självhjälsgrupp. Den person som har den största vårderfarenheten har, med anledning av sina alkoholproblem, varit med om avgiftning, vård på akutmottagning, sjukhusvård, vård på behandlingshem, strukturerad öppenvård, kontakt med socialsekreterare, vård inom kriminalvårdens frivård, psykologkontakt, deltagande i självhjälsgrupp samt kontakt med själavårdare. Flertalet av de behandlade har också varit i kontakt med samma typ av vård mer än en gång. Det genomsnittliga antalet avgiftningstillfällen bland de personer som varit med om sådan vård är t.ex. drygt fyra, genomsnittsantalet behandlingshemsvistelser är knappt två, antalet öppenvårdsbehandlingar är knappt fyra, antalet gånger man påbörjat en kontakt med självhjälsgrupp (och gått på minst tre möten) är drygt tre och antalet gånger man varit i kontakt med socialtjänsten är knappt åtta. Av de tjugotvå personer som varit med om professionell eller formellt organiserad vård eller hjälp för sina alkoholproblem uppger tjugo (91 %) att åtminstone något av de vårdtillfällen de varit med om också har bidragit till att de lyckades förändra sitt drickande.

När det gäller andra myndighets- eller hjälpkontakter på grund av drickandet än behandling gäller det absoluta flertalet kontakt med polisen. Totalt gäller detta sextiofyra (drygt 90 %) av de personer som rapporterat sådana kontakter. Mer specifikt uppger tjugo personer att de gripits för brott som hängt samman med deras alkoholproblem, trettiofyra att de haft andra kontakter med polisen, oftast i samband med att de varit berusade, och elva att de både gripits för brott och haft andra poliskontakter. I övrigt uppger tio personer att de på grund av sitt drickande haft kontakt med socialtjänstens barn- och ungdomsvård, fem personer att de haft kontakt med någon form av familjebehandling och fem personer att de haft kontakt med olika andra myndigheter.

5.1.2 Vem har haft vilken typ av kontakter?

En viktig aspekt av frågan om i vilken utsträckning och på vilket sätt olika ingripanden från omgivningen bidrar till att människor förändrar riskabla eller problematiska alkoholvanor rör vilka personer som möter vilka reaktioner eller erbjuds vilka insatser. Ett första svar på den frågan ger *Tabell 19*, som visar skillnader vad gäller dryckesmönster och livssituation vid den tid då förändringen skedde mellan personer som fått olika grader och former av hjälp att förändra sina alkoholvanor.

Tabell 19. Drickande och livssituation vid förändringen. Grupper med olika hjälperfarenheter.

Grad och typ av hjälp:	Ingen hjälp (n= 236)	Annan kontakt ¹ (n= 52)	Hjälp från när- stående ² (n= 29)	Behandling ³ (n= 22)	Alla N= 339)	p ⁵
Andel kvinnor	37,7 %	11,5 %	41,4 %	13,6 %	32,4 %	***
Andel gift/sambo	47,0 %	46,2 %	51,7 %	31,8 %	46,3 %	ns
Andel m. barn under 18	26,7 %	26,9 %	51,7 %	36,4 %	26,7 %	*
Andel arb.lösa/förtidspens.	5,1 %	13,5	7,4 %	36,4 %	8,7 %	***
Soc.ek. ställning (index; M) ⁴	3,1	2,8	3,1	2,2	2,9	**a
Social aktivitet/"soc.kapital"(M)	11,0	11,4	11,1	9,3	11,0	*b
Vänner m. alk.probl. (M)	0,8	0,9	1,1	4,2	1,1	**c
Helnyktra vänner (M)	4,8	4,5	6,7	6,1	5,0	ns
Ålder vid förändringen (M)	26,9	27,3	30,2	39,8	28,1	***c
Antal år "riskkons". (M)	5,9	8,4	8,7	13,6	7,1	***c
Andel dryckesdagar/år (M)	28,2	28,0	30,3	59,6	30,4	***c
"Glas" / dryckesdag (M)	5,8	8,0	6,0	7,7	6,3	***d
"Glas" / dag (M)	2,0	2,6	3,4	7,7	2,6	***e
Max. antal glas (M)	10,7	14,1	11,0	16,1	11,6	***d
Andel dagar 12+ glas (M)	3,9	8,6	6,5	24,0	6,1	***c
Andel dagar 5+ glas (M)	17,1	23,6	23,6	60,8	21,5	***c
Andel beroende (≥ 3 symptom)	20,9 %	36,5 %	57,1 %	90,9 %	30,9 %	***
Beroendesymptom (M)	1,5	2,0	2,6	4,8	1,9	***e
Negativa konsekvenser (M)	0,1	0,4	0,9	2,7	0,4	***f

¹ Enbart kontakt med andra myndigheter och hjälpinstanser; ² Kan inkludera annan kontakt, men ej behandling; ³ Kan inkludera annan kontakt och/eller hjälp från närstående; ⁴ Se ovan sid. 69 samt Not 59; ⁵ ANOVA respektive χ^2 : * p < .05; ** p < .005; *** p < .001; Scheffé post-hoc tests: a) I, H > B; b) A > B; c) B > I, A, H; d) A, B > H, I; e) B > A, H > I; f) B > H > I, A.

Som framgår av denna tabell skiljer sig de personer som varit med om professionell behandling – och som samtliga dessutom varit med om åtminstone någon annan form av ingripande – när det gäller det tidigare drickandet i väsentliga avseenden från dem

som inte varit med om behandling. Sålunda hade de behandlade när de drack som mest betydligt färre nyktra dagar än någon annan grupp, samtidigt som de intensivkonsumerade oftare och drack mycket stora mängder oftare. Dessutom drack de på ett riskabelt eller problematiskt sätt under mycket längre tid än någon annan grupp och var betydligt äldre när förändringen skedde. I övrigt skiljer sig grupperna, med något undantag, från varandra enligt principen ”ju mer omfattande och/eller problematiskt drickande, desto fler och mer ingripande insatser”. Denna ordning gäller t.ex. antalet beroendesymptom, andelen beroende och hur ”vått” ens umgänge varit, samt i någon mån antalet negativa konsekvenser och den genomsnittliga dagskonsumtionen. Ett tydligt undantag från samma princip är samtidigt att den grupp som enbart haft ”andra” kontakter (enkannerligen poliskontakter) drack mer per dryckesdag än, och hade nästan lika hög maximikonsumtion som, de behandlade, samtidigt som de i princip drack mindre ofta än någon annan grupp.

Vad gäller sociala och demografiska variabler kan först noteras att mer än en tredjedel av de personer som varit med om behandling var arbetslösa eller förtidspensionerade när förändringen skedde, att jämföra med mindre än en av tio totalt. De behandlade var också betydligt oftare än övriga ensamstående. Vidare innehåller såväl gruppen behandlade som den grupp som enbart haft andra myndighetskontakter mycket få kvinnor, medan männen är underrepresenterade bland dem som fått hjälp av närstående, men inte varit med om behandling. Det bör också uppmärksammas att den senare gruppen i betydligt högre grad än någon annan grupp innefattar personer med ansvar för barn under 18 år när förändringen ägde rum. Det sammanfattande måttet för socioekonomisk ställning visar att denna var klart lägst bland de behandlade och högst bland dem som antingen fått hjälp av närstående eller förändrat sitt drickande helt på egen hand. Det kan slutligen noteras att den grupp som enbart haft andra myndighetskontakter än behandling låg signifikant högre på måttet för social aktivitet /”socialt kapital” än de behandlade.

Sammantagna ligger dessa resultat i linje med tidigare studier som visat att kvinnor i första hand söker annan hjälp än specialiserad missbruksbehandling för sina alkoholproblem (Blomqvist, 2001b), och att ansvar för barn både kan utgöra en indikation för att söka hjälp och ett hinder för att faktiskt påbörja behandling (Blomqvist & Christophs, 2005), liksom studier som indikerar att negativa hälsomässiga och psykosociala konsekvenser kan vara ett lika viktigt skäl att söka vård som drickandet i sig (t.ex. Tsogia m.fl., 2001). De ligger också i linje med resultat som visar att det framför allt är de socialt resurssvaga problemkonsumenterna som vänder sig till eller får hjälp av alkoholvården (jfr. sid. 49 och Not 45 ovan). Vad gäller den grupp som enbart haft andra myndighetskontakter är en möjlig tolkning att den till

stor del representerar ett ”traditionellt manligt” dryckesmönster, med långa perioder av relativ normalkonsumtion varvad med återkommande berusningsdrickande, som lett till olika reaktioner från omgivningen. Under alla omständigheter tycks det vara delvis skilda omständigheter som för människor i kontakt med missbrukarvården i vid mening, som utlöser hjälpinsatser från anhöriga och andra närstående, och som leder till ingripanden från polis och andra myndigheter.

5.1.3 Behandlingens roll i förändringsprocessen

Som avslutning på denna granskning av de intervjuades behandlingskontakter ska vi se lite närmare på vilken specifik roll dessa kontakter förefaller ha spelat i vägen ut ur alkoholproblemen. Här kan vi börja med att kort se på de två personer som uppger att deras behandlingserfarenheter inte på något sätt bidragit till att de lyckats förändra sina alkoholvanor. Den ene av dessa är en man, som efter nästan tjugo års problemkonsumtion efter fyllda femtio trappat ned till ett måttligt drickande, och vars vårderfarenhet innefattar ett par avgiftningstillfällen och en kortare sejour hos AA. Den andre är en man som vid trettiofem års ålder, efter nästan femton års omfattande drickande och en serie fruktlösa vårdinsatser på egen hand beslutat sig för att sluta dricka helt och hållet. Vårderfarenheterna i detta fall har innefattat såväl ett stort antal avgiftningar och/eller inläggningar på sjukhus, som återkommande kontakter med socialtjänsten, behandling inom kriminalvårdens frivård samt självhjälpgrupp. Dessa fall kan sägas belysa att det är möjligt att lämna också svåra och långvariga alkoholproblem bakom sig på egen hand, samtidigt som de riktar uppmärksamheten mot hypotesen att kumulerade vårderfarenheter på sikt kan tänkas bidra till att underlätta en lösning även i de fall berörda personer själva helt ser denna lösning som en följd av sina egna ansträngningar (jfr. Blomqvist, 1999a).

När det gäller de tjugo personer som åtminstone i någon mening tillskriver den vård de fått betydelse för att de kunnat ta sig ur sitt alkoholberoende går det grovt att urskilja fyra olika mönster när det gäller vilken mer specifik roll deras behandlingserfarenheter förefaller ha spelat i lösningen. Ett *första* sådant mönster, som gäller en dryg tredjedel av de aktuella respondenterna (sju personer), innebär att vården åtminstone i någon mening förefaller att ha fungerat i linje med den rationella och medicinskt influerade modell enligt vilken missbrukarvården i huvudsak är organiserad; d.v.s. att en inte tidigare vårdad klient efter diagnos erbjuds en (serie av) mer eller mindre ingripande insats(er), som förväntas leda till en bestående lösning (jfr. Cameron, 1995; Blomqvist, 1996b). En av dessa personer har blivit helnykter efter att av socialtjänsten ha hänvisats till ett behandlingshem och en annan sedan han efter en avgiftning deltagit i ett öppenvårdsprogram inom landstingets beroendevård.

Ytterligare en person har, efter kombinationen avgiftning, rattfylleriprogram inom kriminalvården och kontakt med frivårdens missbrukarvård blivit måttlighetskonsument. De övriga fyra i gruppen har samtliga efter att ha genomgått olika former av öppenvård eller, i ett fall, vård på behandlingshem, deltagit i självhjälsgrupp hos AA. Alla fyra avbröt dock kontakten med AA inom loppet av ett år och endast två menar själva att just denna erfarenhet bidragit till att de idag är helnyktra. Ett *andra* mönster, som gäller endast två personer, är att deltagandet i en självhjälsgrupp tycks ha varit det avgörande för att hitta en lösning. Det ena fallet gäller en person som efter en kortare behandlingshemssejour gick med i en AA-grupp där han efter tolv år fortfarande deltar. Det andra rör en person vars enda hjälperfarenhet består i två års deltagande i en AA-grupp. Ett *tredje* mönster, omfattande fyrtio procent av de aktuella respondenterna (åtta personer) är att man, på det sätt vi redan varit inne på, varit med om upprepade vårdtillfällen, av många olika slag, innan man slutligen lyckats förändra sina destruktiva alkoholvanor (jfr. Simpson & Tucker, 2002). Här ingår bl.a. den ovan beskrivna person som under en period om nästan tjugo år i princip ”prövat allt”, innan han till slut blev helnykter efter sin sista behandlingshemsvistelse. I fem av dessa fall har den sista och uppenbarligen avgörande vårderfarenheten rört vård på behandlingshem. Endast två av personerna i denna grupp, och de enda som inte blivit helnyktra, har aldrig varit med om vård på behandlingshem. Den ene har istället under en femårsperiod haft upprepade kontakter med socialtjänsten och tre gånger deltagit i någon form av strukturerad öppenvård, medan den andre under en femårsperiod haft återkommande kontakter med en läkare. Två av de personer i denna grupp som haft den mest omfattande vårderfarenheten har också efter att de slutat dricka haft långvarig och/eller upprepade kontakter med i det ena fallet AA, i det andra socialtjänst och präst. Dessa fall kan ses som exempel på att människor inte bara tar kontakt med olika hjälporgan för att få hjälp att förändra sina alkoholvanor utan också – och ibland enbart – för att få hjälp att vidmakthålla en lösning de redan funnit (jfr. Tucker m.fl., 1994; Blomqvist, 1999a). Slutligen kan, bland de personer som fått hjälp av behandling, urskiljas ett *fjärde* mönster, omfattande tre personer som uppger att olika former av vård – företagshälsovård, kontakt med socialtjänst och/eller olika former av öppenvård – bidragit till att de funnit en lösning, men som de facto förändrade sina alkoholvanor långt – mellan fyra och tio år – efter den senaste vårdkontakten. Dessa fall belyser att olika hjälpkontakter åtminstone ibland tycks kunna ha en kumulerande effekt också i den meningen att man genom dessa kontakter får olika ”verktyg”, som man kan använda sig av senare, när motiven och/eller förutsättningarna för att förändra den egna livsföringen är starkare (Vaillant, 1983; Blomqvist, 2002a).

Sammantagna klargör ovan refererade resultat – även om de bygger på ett litet antal respondenter – att behandling eller formellt organiserad hjälp endast utgör en begränsad del av de inflytanden som får människor att förändra i olika mening riskabla eller problematiska alkoholvanor, och att behandlingens roll, när den hjälper, ofta är en annan än den behandlare eller vårdgivare utgår ifrån (Orford, 1986; Cameron, 1995; Miller, 2002). Samtidigt förefaller organiserade hjälpinsatser i åtminstone vissa fall kunna ha en avgörande betydelse (Blomqvist, 1999a). Det faktum att upprepad vård tycks vara normen även bland dem som så småningom finner en lösning kan också sägas ligga i linje med resultaten av ett antal studier som tillsammans indikerar att en stor del av den svenska missbrukarvårdens resurser ägnas åt en liten grupp långvariga och socialt marginaliserade missbrukare, som vårdas gång på gång under en lång följd av år (Blomqvist, 1996b; Blomqvist & Christophs, 2005; Eriksson, m.fl., 2003; Palm & Storbjörk, 2003; Storbjörk & Room, in press)⁶⁵.

5.3 ”Sjävläkning” – feldiagnos eller det vanliga sättet att lösa alkoholproblem?

Som framgått av det inledande kapitlet har synen på människors möjligheter att på egen hand upphöra med ett missbruk eller ett problematiskt drickande förändrats påtagligt över tid. Så länge det traditionella sjukdomsparadigmet var förhärskande sågs varje rapporterat fall av sådan ”sjävläkning” som en anomali eller ett exempel på feldiagnos (Roizen m.fl., 1978). En ”riktig alkoholist” ansågs med andra ord som oförmögen att ta sig ur sitt predikament utan organiserad hjälp. Idag, när vad vi inledningsvis har betecknat som det nya folkhälsoperspektivet på alkoholfrågan är dominerande, åtminstone i Sverige, är bilden en helt annan. I linje med detta perspektiv, som i huvudsak ser riskabla alkoholvanor som just vanor, i princip påverkbara av yttre omständigheter och rationella argument, ses ”sjävläkning” eller ”natural recovery” allt oftare och av alltfler just som det ”naturliga” eller normala (Roizen & Fillmore, 2001). Under det senaste decenniet har också, som redan diskuterats, många forskare hävdats att ”sjävläkning” är det klart vanligaste sättet att ta sig ur ett alkoholmissbruk eller ett alkoholberoende. Samtidigt har, som också diskuterats, några av de studier som angivit de högsta prevalenstalen använt så vida definitioner av vad som utgör ett missbruk att det framstår som tveksamt i vilken utsträckning det överhuvudtaget är rimligt att tala om en ”läkeprocess” (jfr. ovan sid. 15). I själva verket är det, som också redan påpekats, ganska uppenbart att svaret på frågan om hur vanligt förekommande ”sjävläkning” är varierar såväl med hur man definierar ”alkoholproblem” och en ”stabil lösning” (jfr. Roizen m.fl., 1978), som med hur man avgränsar ”behandling” från olika slag av ”naturliga” inflytanden (jfr. Moos, 1994) och med kulturspecifika faktorer som olika ”styrande bilder” av alkohol och alkoholproblem och hjälpsystemens omfattning och utformning (Blomqvist, 2001a). I det

följande ska vi försöka ge en för svenska förhållanden representativ bild av hur de andelar som löst sina alkoholproblem med respektive utan behandling varierar med hur vi definierar ”problem” och ”utfall” och med hur vi avgränsar ”formell hjälp” och ”naturliga inflytanden”.

5.3.1. Olika former av ”riskkonsumtion”

Vi har i det föregående (avsnitt 4.3.1) identifierat och diskuterat tre olika utfall eller tre olika dryckesmönster under det senaste året. Dessa tre utfall – ”normalkonsumtion”, ”måttlighetskonsumtion” och ”helnykterhet” – kan också teoretiskt ses som tre olika definitioner av vad som utgör en riskfri eller oproblematiserad alkoholkonsumtion. Som diskuterats i avsnitt 4.2 (och som framgår av sammanställningen i Not 47) är spridningen i olika avseenden betydande också när det gäller hur och hur mycket de f.d. ”riskkonsumenterna” drack under den period/de perioder då de drack som mest. En närmare analys av de dåvarande dryckesmönstren visar bl.a. att drygt hälften drack alkohol nästan varannan dag under hela perioden, medan en dryg femtedel drack oftare än så och ungefär lika många mindre ofta. En analys av hur mycket man drack visar att drygt tre fjärdedelar i genomsnitt konsumerade minst fem standardglas per tillfälle – en mängd som ofta leder till berusning – och att många drack betydligt mer än så. Mer i detalj visar analysen att drygt fyra av tio under den period då de drack som mest i denna mening intensivt konsumerade mer än en gång i veckan, att drygt tre av tio gjorde en gång i veckan, och att nästan tre av tio de facto konsumerade på detta sätt mindre ofta än en gång per vecka, räknat i genomsnitt över hela perioden⁶⁶. Också när det gäller frekvensen tillfällen av mycket intensiv konsumtion (minst tolv standardglas, motsvarande nästan två och en halv flaska vin) är variationen i gruppen tämligen stor. Här visar analysen att drygt hälften av de intervjuade aldrig drack så mycket som tolv glas per tillfälle, men att mer än en av tio gjorde det mer än en gång i veckan. På liknande sätt visar analysen att omkring en femtedel inte upplevde några beroendesymptom under den period då de drack ”som mest”, att drygt hälften upplevde ett eller två sådana symptom och att nästan en tredjedel, som vi redan sett, upplevde minst tre sådana symptom och därmed enligt vår definition klassificerats som ”beroende”. Slutligen kan noteras att nästan tre fjärdedelar av de intervjuade inte rapporterade några negativa konsekvenser av sitt drickande under den aktuella perioden/perioderna, men att ett relativt fåtal rapporterade upp till fem sådana konsekvenser.

Sammantagna bekräftar dessa resultat att vi, med den definition av att någonsin ha druckit på ”risknivå”, som använts i undersökningen, fångat ett brett spektrum av olika dryckesmönster. En närmare analys visar samtidigt att sambanden mellan olika aspekter av drickandet både är komplexa och relativt svaga. Så uppger sig cirka en

tredjedel av de intervjuade, som vi definierat som beroende aldrig ha druckit så mycket som motsvarande tolv standardglas vid samma tillfälle, samtidigt som en fjärdedel av dem som inte varit beroende uppger sig ha druckit denna mängd mer än en gång i månaden. På liknande sätt uppger hälften av de beroende inga negativa konsekvenser, medan en tiondel av de ej beroende rapporterar åtminstone någon sådan konsekvens. Om man ser till hur negativa konsekvenser samvarierar med olika konsumtionsmått finner man endast ganska svaga, om än statistiskt signifikanta, korrelationer⁶⁷. Dessa förhållanden understryker ytterligare heterogeniteten i gruppen och visar, som flera gånger berörts, att beteckningar som ”riskkonsumtion”, ”alkoholproblem” eller ”missbruk” inte självklart har någon helt enhetlig innebörd.

För att analytiskt försöka bringa en viss reda i dessa komplexa relationer har vi valt att dela in de intervjuade i tre grupper efter hur deras drickande manifesterade sig under den period/de perioder då de drack ”som mest”. I en första grupp, som vi här betecknat som ”*högkonsumenter*”, har vi då valt att inkludera de respondenter (n= 139), som aldrig drack så mycket som tolv standardglas vid samma tillfälle, som inte rapporterat några som helst negativa konsekvenser och som inte uppfyller kriterierna för en beroendediagnos. I en andra grupp, som vi betecknat som ”*beroende*”, har vi därefter klassificerat alla respondenter (n= 104), som under den period då de drack som mest upplevde minst tre beroendesymptom enligt ICD-10. I en resterande kategori, betecknad som ”*problemkonsumenter*” har vi inkluderat övriga respondenter (n= 96), d.v.s. de som inte uppfyller vår definition av beroende, men som uppgivit att de vid åtminstone något tillfälle druckit minst tolv glas vid samma tillfälle och/eller rapporterat åtminstone någon – och i flertalet fall flera – negativa konsekvenser av sitt drickande. Även om varje kategorisering av detta slag är i viss mening godtycklig ter sig denna indelning som teoretiskt meningsfull i det den särskiljer en kategori som skulle kunna betecknas som kliniskt relevant, ”beroende”, en kategori som haft en period av högkonsumtion men utan några uppenbara negativa konsekvenser och en ”mellankategori”, vars drickande enligt åtminstone någon eller några indikatorer varit problematiskt⁶⁸. Om man relaterar denna kategorisering till de tre olika utfall som diskuterades i avsnitt 4.3.1 finner man, som vi redan sett i Tabell 14, att de före detta ”beroende” är starkt överrepresenterade bland de idag helnyktra och underrepresenterade bland de idag måttliga. Vidare finner vi att de tidigare ”högkonsumenterna” istället är underrepresenterade bland de idag helnyktra och överrepresenterade bland de idag måttliga. Vi finner dessutom att de före detta ”problemkonsumenterna” skiljer sig mindre från genomsnittet vad gäller utfall, men är något underrepresenterade bland de idag måttliga. Totalt sett bekräftar detta bilden av att de idag helnyktra till stor del utgör en grupp med relativt omfattande tidigare problem, medan måttlighetskonsumenterna och – om än mindre entydigt –

normalkonsumenterna till stor del utgörs av personer som på ett relativt odramatiskt sätt och – som vi sett i föregående kapitel – ofta utan att ha fattat ett medvetet beslut – anpassat sina dryckesvanor till förändrade levnadsomständigheter.

5.3.2. Förekomst av ”sjävläkning” utifrån olika definitioner av ”problem” och ”utfall”

I ett försök att ge ett nyanserat svar på frågan om hur vanlig ”sjävläkning” är ska vi i det följande relatera de intervjuades hjälperfarenheter till de tre olika definitioner av ”problem” respektive ”lösning” vi i det föregående identifierat. Vi ska därvid samtidigt använda två olika definitioner av ”hjälp”. I en första analys skiljer vi sålunda mellan de respondenter som uppger att formell behandling spelat en mer eller mindre väsentlig roll för att de lyckats förändra sitt drickande och de respondenter som uppger att de inte varit med om någon behandling eller att denna i vart fall inte spelat någon roll för att de lyckats förändra sitt drickande. I en andra analys skiljer vi mellan dem som uppger att de inte fått någon som helst hjälp att förändra sitt drickande och dem som uppger att de fått åtminstone någon sådan hjälp, från anhöriga och närstående och/eller via organiserad behandling.

I *Tabell 20* återges de nio olika sätt på vilka man kan kombinera de olika definitionerna av ”problem” och ”lösning”. Vad tabellen visar är att den andel av de tidigare riskkonsumenterna som förändrat sina alkoholvanor utan professionell behandling successivt minskar ju mer man ”snävar in” definitionen av vad som utgör ett alkoholproblem och ju mer man skärper kraven på vad som utgör en godtagbar lösning.

Tabell 20. Andel som förbättrat sina dryckesvanor utan hjälp av behandling, utgående från olika definitioner av ”problem” och ”lösning” (N= 339)

Definition av ”problem”: Definition av ”lösning”:	Högekonsumenter / problemkonsumenter / ”beroende”	”Problemkonsumenter”/ ”beroende”	Enbart” beroende”
Normalkonsument /måttlig helnykter	94,1 %	90,0 %	82,7 %
Måttlig eller helnykter	84,8 %	71,9 %	44,1 %
Helnykter	54,8 %	48,1 %	27,8 %

Som framgår tillmäter närmare nittiofem procent av samtliga före detta riskkonsumenter inte behandling någon betydelse för att de lyckats förbättra sina dryckesvanor till en nivå motsvarande högst vad vi tidigare (avsnitt 4.3.1) definierat som ”normalkonsumtion”. När analysen begränsas till dem som under det senaste året druckit ”måttligt” eller inte alls minskar denna andel till knappt åttiofem procent och bland dem som under det senaste året varit helnyktra är den drygt hälften. Vi kan också se

att den andel som i denna mening kan betecknas som "sjävläkare" successivt minskar när vi först ur analysen utesluter de före detta "högkonsumenterna", som inte rapporterat några egentliga problem med sitt drickande, och därefter också de före detta "problemkonsumenterna", som haft vissa problem, men inte utvecklat ett beroende. Det är samtidigt viktigt att konstatera att vi, även när vi begränsar analysen till de personer som enligt vår definition varit beroende, d.v.s. rapporterat minst tre beroendesymptom under den period då de drack som mest, finner att mindre än två av tio har tagit sig ur detta beroende med hjälp av behandling eller någon annan form av organiserad hjälp. En särskild analys visar samtidigt, vilket inte framgår av tabellen, att andelen "sjävläkare" minskar med ökande grad av beroende. Bland dem som rapporterat fyra eller fler beroendesymptom utgör de således knappt tre fjärdedelar, bland dem som rapporterat fem eller fler symptom knappt hälften och bland dem som rapporterat sex symptom en fjärdedel. På motsvarande sätt minskar, som tabellen visar, andelen av de före detta beroende som tagit sig ur detta utan behandling om vi skärper definitionen av vad som ska ses som ett acceptabelt utfall. Om analysen begränsas till de personer vars konsumtion under det senaste året motsvarat vår definition av "måttlighetskonsumtion" blir andelen "sjävläkare" knappt hälften och om vi begränsar oss till dem som under det senaste året varit helnyktra uppgår den till en dryg fjärdedel.

Det bör understrykas att det låga antal som överhuvudtaget varit med om någon professionell eller formellt organiserad hjälp manar till viss försiktighet vad gäller generaliserande slutsatser. Det finns dessutom skäl att påminna om definitionen av beroende i föreliggande undersökning varit något vidare än den som används i klinisk praxis (jfr. Not 23). Även givet dessa reservationer kan dock de redovisade resultaten sägas ge stöd för slutsatsen att en stor majoritet av alla svenskar som tar sig ur ett alkoholberoende gör det utan hjälp. En möjlig invändning mot denna slutsats skulle kunna vara att ett återvändande till icke-problematiskt drickande är ett osäkert utfall och att alla bedömningar av behandlingens roll därför borde baseras endast på gruppen helnyktra (Vaillant, 1995). Mot en sådan invändning talar dock både de analyser av vad "måttlighet" och "normalkonsumtion" konkret inneburit som vi redovisat i det föregående (4.3.1) och det faktum att de aktuella dryckesvanorna i genomsnitt varat i drygt sju respektive drygt sex år (Tabell 13). Slutsatsen att "sjävläkning" är den vanligaste vägen ut ur ett alkoholberoende har också dragits av studier i andra länder. I den kanadensiska studie som utgjort förlaga till föreliggande undersökning hade exempelvis två tredjedelar av dem som tagit sig ur ett beroende enligt ICD-10 aldrig varit med om behandling (Cunningham, opubl. data). I en tysk undersökning fann Rumpf m.fl. (2000) att uppåt tre fjärdedelar av alla som varit beroende enligt DSM-IV, men inte varit det under det senaste året, aldrig varit med

om behandling. Liknande tal kan deduceras från den stora NLAES-studien⁶⁹ i USA med nästan 43.000 intervjuade, med tillägget att andelen obehandlade minskade till omkring hälften när utfallskriteriet skärptes till helnykterhet under det senaste året (Dawson, 1996). Ytterligare en stor amerikansk studie – NESARC⁷⁰ – ger underlag för beräkningen att drygt två tredjedelar av alla tidigare beroende som under det senaste året varit ”fullt återställda” – d.v.s. varit helnyktra eller druckit utan några symptom på vare sig ”missbruk” eller ”beroende” enligt DSM-IV – aldrig varit med om behandling; en andel som dock minskade till omkring en tredjedel om definitionen av ”återställd” skärptes till att betyda helnykter (Dawson m.fl., 2005). Det kan tillfogas att ovan refererade studier i själva verket torde överskatta behandlingens betydelse något, eftersom de – till skillnad mot föreliggande studie – endast registrerat om behandling förekommit, men inte frågat om denna behandling haft betydelse för förändringarna i drickandet eller ens om den ägde rum i anslutning till densamma⁷¹. Sammantagna kan dessa resultat både sägas stödja slutsatsen att vägen ut ur ett alkoholberoende oftast går utanför de traditionella behandlingssystemen och illustrera det faktum att andelen ”självläkare” varierar både med vilka definitioner man utgår från och mellan olika länder och olika sociokulturella omständigheter (jfr. ovan sid. 83).

Slutsatsen att flertalet av de människor som lyckas förändra sina riskabla eller på olika sätt problematiska alkoholvanor gör det på egen hand får stöd också av uppgifterna i *Tabell 21*, där andelen intervjuade, som varken uppgivit att de fått stöd från närstående eller attribuerar förändringen till någon form av organiserad hjälp, relateras till samma definitioner av ”problem” respektive ”lösning” som i *Tabell 20*.

Tabell 21. Andel som förbättrat sina dryckesvanor utan någon hjälp, utgående från olika definitioner av ”problem” och ”lösning” (N= 339)

Definition av ”problem”: Definition av ”lösning”:	Högkonsumenter / problemkonsumenter / ”beroende”	”Problemkonsumenter” / ”beroende”	Enbart ”beroende”
<i>Normalkonsument / måttlig / helnykter</i>	85,0 %	78,0 %	65,4 %
<i>Måttlig</i>	74,3 %	57,9 %	38,8 %
<i>Helnykter</i>	32,3 %	29,6 %	11,1 %

Av denna tabell framgår att åttiofem procent av alla de f.d. ”riskkonsumenter”, som intervjuats i denna undersökning uppger att de inte fått någon som helst – professionell eller informell – hjälp från andra med att förändra sina dryckesvanor. Om analysen begränsas till personer som varit beroende av alkohol minskar andelen till

knappt två tredjedelar. Däremot har de personer som under det senaste året varit helnyktra i betydligt högre grad varit föremål för olika hjälp- och stödsatser. Totalt sett har drygt två tredjedelar av de idag helnyktra fått någon form av hjälp eller stöd med att förändra sina alkoholvanor, och om man begränsar analysen till den, i och för sig lilla, grupp som både varit beroende och idag är helnyktra, blir andelen nära nittio procent. Dessa resultat pekar dels på att det, som redan diskuterats, i huvudsak är de personer som haft de mest problematiska alkoholvanorna som fått olika former av hjälp att förändra sina vanor, dels på att det, oavsett hur problematiska de tidigare alkoholvanorna varit, finns ett starkt samband mellan interventioner från andra och helnykterhet som utfall. Det sistnämnda resultatet antyder i sin tur – vilket vi också berört – att uppfattningen att den enda ”säkra lösningen” på alkoholproblem är att inte dricka alls (”en gång alkoholist, alltid alkoholist”) fortfarande har ett ganska starkt grepp om tänkandet hos såväl vårdpersonal som allmänhet.

5.3.3 Vilka är ”sjävläkarna”?

Precis som frågan om hur vanligt det är med ”sjävläkning” av alkoholproblem – och av delvis samma skäl – har frågan om vad som gynnar sådana lösningar varit föremål för diskussion och från forskarhåll givits delvis skilda svar. Saunders och Kershaw (1979) fann t.ex. i en tidig studie att ”sjävläkarna” i en grupp ”definitiva alkoholister” skilde sig från de personer i samma grupp som löst sina problem via behandling genom att deras problem varat kortare tid och varit mindre ”kroniska” och genom att de övergått till ett ”kontrollerat drickande” betydligt oftare än de behandlade, som oftast blivit helnyktra. Liknande slutsatser har rapporterats av t.ex. Kendell och Staton (1966) och Vaillant (1983). Medan det i viss mening kan sägas vara en truism att det är lättare att på egen hand ta sig ur tämligen lindriga alkoholproblem än mycket svåra sådana, har senare studier, som genomgående utgått från personer som varit alkoholberoende, emellertid givit en mer komplex bild. Således fann varken Tucker och Gladsio (1993) eller Blomqvist (1999b) några klara skillnader mellan ”sjävläkare” och personer som tagit sig ur sitt beroende med hjälp av behandling vad gäller de tidigare alkoholproblemens intensitet eller omfattning och Bischof m.fl. (2001) noterade till och med ett något svårare beroende hos de förra. Mer entydiga tycks resultaten vara när det gäller negativa konsekvenser av drickandet, som i flera studier befunnits vara mer omfattande hos personer som fått hjälp att ta sig ur sina alkoholproblem än bland ”sjävläkare” (Tucker & Gladsio, 1993; Sobell m.fl., 1993; Blomqvist, 1999a; Bischof m.fl., 2000). Tucker m.fl. (1995) fann samtidigt att dessa båda grupper hade upplevt delvis olika slag av alkoholrelaterade problem. Medan ”sjävläkarnas” motiv att förändra sina dryckesvanor ofta handlade om familje- och hälsoproblem, handlade de behandlades motiv för att söka hjälp oftare om problem

med rättvisan samt ekonomiska svårigheter. I det senare fallet bekräftas dessa resultat av Blomqvist (1999a), som också drar slutsatsen att människor som söker behandling ofta gör det snarare för att komma tillrätta med de negativa konsekvenserna av drickandet än i den medvetna avsikten att förändra sina alkoholvanor (jfr. Tsogia m.fl., 2001), medan ”sjävläkarna” oftare utvecklar medvetna förändringsstrategier (jfr. Klingemann, 1991). När det gäller betydelsen av sociala resurser eller ”socialt kapital”⁷² är resultaten åter något motsägelsefulla. Som nämnts i det föregående menar t.ex. Granfield och Cloud (1999) att möjligheten att ta sig ur ett missbruk utan behandling i högre grad hänger på sådana faktorer än på hur omfattande eller långvarigt missbruket varit. Stöd för denna tes ger studier av Blomqvist (1999a&b) och Bischof m.fl. (2001), som fann större sociala resurser hos ”sjävläkare” än hos jämförelsegrupper av personer som tagit sig ur sitt alkoholberoende med hjälp av behandling. Däremot fann varken Sobell m.fl. (1992) eller Tucker m.fl. (1995) i liknande jämförelser några sådana skillnader.

Det bör observeras att flertalet av ovan refererade resultat grundar sig på personer som haft ett utvecklat beroende och som rekryterats via media, något som enligt t.ex. Rumpf m.fl. (2000) kan ge upphov till viss bias⁷³. Föreliggande undersökning bygger emellertid på ett representativt urval av före detta riskkonsumenter och borde därmed ge ett säkrare underlag för slutsatser om vad som karakteriserar gruppen ”sjävläkare”. En begränsning är dock att analyserna i vissa fall bygger på tämligen små undergrupper, vilket gör att slutsatserna bör betraktas som tentativa. Det är också viktigt att hålla i minnet att begreppet ”sjävläkare”, som vi visat ovan och som diskuterats tidigare, inte är mera entydigt än begrepp som ”alkoholproblem”, ”behandling” eller, för den delen, ”bestående lösning” (Blomqvist & Cameron, 2002; Blomqvist, 2003). Vi har också sett att de förändringsmönster vi fångat i föreliggande undersökning, till inte obetydlig del tycks handla om mer eller mindre omedvetna ”mognadsprocesser” eller anpassningar till förändrade levnadsomständigheter. Vi ska därför i det följande, i hopp om att kunna ge en mer nyanserad bild än tidigare studier, göra två olika analyser. Vi ska först, utifrån en mer konventionell definition av ”sjävläkning”, utgå från de 104 av de 339 respondenterna, som när de drack som mest kvalificerade för diagnosen *beroende*. Inom denna grupp ska vi sedan jämföra de personer som tagit sig ur detta beroende – i betydelsen att de under det senaste året varit vad vi definierat som ”normalkonsumenter”, ”måttlighetskonsumenter” eller ”helnyktra” – utan hjälp av behandling, med dem som uppgivit att den behandling de varit med om bidragit till motsvarande förändring. Därefter ska vi göra en analys som utgår från en definition av ”sjävläkning” som mera liknar den – enligt vår uppfattning alltför vida – definition som använts av t.ex. Sobell m.fl. (1996). Mer

precis ska vi bland samtliga 339 före detta ”riskkonsumenter” jämföra dem som förbättrat sina dryckesvanor helt på egen hand med dem som fått något slag av – professionell eller informell – hjälp att göra detta. Medan den förstnämnda analysen således söker efter prediktorer för att lyckas ta sig ur ett *beroende* utan snarare än med *behandling*, söker denna senare analys prediktorer för att trappa ner eller upphöra med en *riskkonsumtion* utan snarare än med *någon hjälp*. Utifrån de resonemang som förts i det föregående skulle det därutöver rimligen vara intressant att inom ramen för båda dessa analyser jämföra grupper med olika utfall. Detta omöjliggörs emellertid av att undergrupperna i flera av dessa jämförelser skulle bli alldeles för små för en meningsfull statistisk analys.

De uppgifter vi redovisat ovan (avsnitt 5.2 och Tabell 19) tyder på att de respondenter som varit med om behandling skiljer sig från dem som inte varit med om behandling genom att deras tidigare alkoholproblem varit mer långvariga och i de flesta avseenden mer allvarliga och lett till fler negativa konsekvenser, genom att de i huvudsak var män, genom att de när förändringen skedde i betydligt högre grad var ensamstående och stod utanför arbetsmarknaden, genom att de var socialt mindre aktiva och genom att de i högre grad umgicks med andra med alkoholproblem. De personer, som fått åtminstone någon hjälp, tycks enligt samma uppgifter skilja sig på liknande sätt från dem som inte fått någon extern hjälp, med undantag för att de som fått informell hjälp något oftare är kvinnor, samt oftare var gifta/samboende och oftare hade ansvar för egna barn vid den tidpunkt då förändringen skedde. För att få en mer definitiv bild av vad som påverkar sannolikheten att ta sig ur olika grader av alkoholproblem med eller utan olika former av hjälp har vi, liksom i flera av de analyser vi redovisat i det föregående, använt logistisk regression. I ett första steg har vi gjort ett antal bivariata sådana analyser för att fastställa statistiskt signifikanta skillnader mellan personer som tagit sig ur vad vi definierat som ett beroende med och utan behandling, samt mellan personer som förändrat sina potentiellt riskabla alkoholvanor helt på egen hand och dem som gjort det med hjälp och stöd från omgivningen och/eller, i vissa fall, av professionell behandling. En sammanfattning av resultaten av dessa analyser presenteras i *Tabell 22*.

Som framgår av denna tabell visar sig lägre ålder, bättre socioekonomisk ställning⁷⁴, kortare tid med problemdrickande, mindre frekvent drickande, mindre frekvent intensivkonsumtion, mindre utvecklat beroende och färre hälsomässiga eller psykosociala konsekvenser var för sig vara faktorer som skiljer de respondenter som tagit sig ur vad vi definierat som ett alkoholberoende utan professionell behandling från dem som gjort det med sådan hjälp. Däremot skiljer sig grupperna inte signifikant åt när det gäller hur mycket man drack de dagar man drack och inte heller när

det gäller kön, föräldraskap, graden av social aktivitet/"socialt kapital" eller om umgänget varit "torrt" eller "vått". Också om man ser på vad som skiljer de "riskkonsumenter" som förbättrat sina alkoholvanor helt på egen hand från dem gjort det med något slag av informell eller professionell hjälp visar sig lägre ålder, bättre socioekonomisk situation, kortare tid med problem, mindre frekvent intensivdrickande och drickande överhuvudtaget, samt färre beroendesymptom och färre negativa konsekvenser ge signifikant utslag i den bivariata analysen. Dessutom visar de personer som förbättrat sina vanor helt på egen hand ha haft färre vänner med alkoholproblem, medan de som fått någon form av hjälp i högre grad haft ansvar för barn under 18 år

Tabell 22. Vad utmärker "självläkare" respektive personer som förändrat sina dryckesvanor helt utan hjälp?. Bivariata logistiska regressioner.

	"Beroende" (n= 104)	Tidigare "riskkonsumenter" (n=339)
	"Sjävläkare" vs. beh (ref.)	Ej fått hjälp vs. fått hjälp (ref.)
Kön	ns	ns
Ålder ¹	Yngre***	Yngre***
Familj ¹	ns	Färre med barn under 18 år**
Umgänge ¹		
Vänner med alkoholproblem	ns	Färre*
Nyktra vänner	ns	ns
Sociala resurser ¹		
Socioekonomisk ställning (index)	Bättre situation**	Bättre situation(*)
Social aktivitet/"socialt kapital"	ns	ns
Drickande ²		
Tid med riskkonsumtion	Kortare period**	Kortare period**
Dryckesfrekvens (andel dagar)	Mindre ofta***	Mindre ofta***
Mängd per dryckesdag (glas)	ns	ns
Hur ofta minst 5 glas/tillfälle	Mindre ofta**	Mindre ofta***
Hur ofta minst 12 glas/tillfälle	Mindre ofta*	Mindre ofta**
Konsekvenser ²		
Antal beroendesymptom	Färre***	Färre***
Antal negativa konsekvenser	Färre***	Färre***

(*) p < .10; * p < .05; ** p < .005; *** p < .001; ¹ vid förändringen; ² som mest.

I ett nästa steg har vi, liksom i tidigare analyser, prövat hur de skillnader vi funnit i den bivariata analysen står sig i en multivariat kontext. Resultatet av dessa analyser redovisas i Tabell 23. För att undvika problem med multikollinearitet har vi, liksom i

tidigare analyser, uteslutit vissa variabler, närmare bestämt ålder andel dagar man druckit tolv eller fler standardglas samt negativa konsekvenser⁷⁵.

Tabell 23. Prediktorer för "självläkning" respektive förändring av dryckesvanorna på egen hand.

Multivariata logistiska regressioner (Oddsquoter och p-värden).

	"Beroende" (n= 104) "Självläk." vs .beh. (ref.)	Tidigare "riskkonsumenter" (n=339) Ej hjälp vs. hjälp(ref.)
<i>Barn under 18</i>		
Ja (ref.)		
Nej	1,33	2,17*
Tid med riskkonsumtion	0,92(*)	0,94*
Socioekonomisk ställning	1,69(*)	1,20
Procent dryckesdagar	0,98	0,99
Procent dagar med 5+ glas	0,99	1,00
Grad av beroende	0,22***	0,53***
Nagelkerke r^2	0,59	0,41

(*) $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .005$; *** $p < .001$

Om vi utifrån denna tabell först ser på vilka variabler som tycks ha en självständig effekt på sannolikheten att ta sig ur vad vi definierat som ett beroende utan snarare än med professionell behandling finner vi att denna sannolikhet minskar kraftigt med graden av beroende, minskar något med hur länge man druckit på risknivå, samt ökar med starka socioekonomiska resurser. Däremot förlorar övriga dryckesvariabler (hur ofta man druckit och i vilken utsträckning man intensivdruckit) sin signifikans i den multivariata analysen. Detta resultat – att sannolikheten för "självläkning" påverkas av graden av beroende men inte i sig av hur mycket eller hur ofta man druckit – kan möjligen bidra till att förklara den delvis motsägelsefulla bild av hur alkoholproblemens svårighetsgrad hänger samman med möjligheten att finna en lösning på egen hand, som tonar fram när man sammanställer resultaten av tidigare studier (jfr. ovan sid. 89). Vad gäller betydelsen av goda sociala eller socioekonomiska resurser stöder ovanstående analys de slutsatser som mest entydigt dragits av Granfield & Cloud (1999). Här kan för övrigt noteras att det i detta avseende inte bara tycks finnas skillnader mellan "sjävläkare" och personer som tar sig ur sina alkoholproblem med hjälp av behandling, utan att goda sociala resurser också enligt flera långtidsuppföljningar generellt tycks predicera en stabil lösning på alkoholproblem – med eller utan behandling (jfr. ovan, sid. 68).

Också när det gäller vad som predicerar att man mer generellt lyckas förändra potentiellt riskabla alkoholvanor helt på egen hand snarare än med stöd och hjälp från andra visar sig kortare tid med "riskkonsumtion" samt färre beroendesymptom ha

självständig betydelse. Dessutom visar sig ansvar för barn starkt öka sannolikheten för att ha fått sådan hjälp. Däremot förlorar inte bara samtliga dryckesvariabler, utan också umgänge och socioekonomisk situation, sin signifikans i den multivariata analysen. Eftersom det här gäller hela gruppen tidigare riskkonsumenter, där hjälp från närstående totalt sett varit vanligare än professionell behandling, bör man kunna dra slutsatsen att vad som utlöser omgivningens försök att ingripa framför allt är de synliga konsekvenserna av eller symptomen på ett problematiskt drickande och, inte minst, farhågor för att dessa konsekvenser ska gå ut över förmågan att fungera som förälder.

5.4. Sammanfattning och diskussion

Av analyserna i detta kapitel har framgått att endast en mycket liten minoritet – mindre än tio procent – av de personer, som enligt vår tämligen vida definition har förbättrat sina riskabla alkoholvanor, någonsin har varit med om någon form av professionell eller formellt organiserad vård eller behandling eller deltagit i någon självhjälpgrupp. Drygt tretton procent – inkluderande två tredjedelar av de behandlade – har därutöver fått stöd och hjälp av anhöriga eller andra närstående att förändra sitt drickande. Slutligen har en dryg femtedel – inkluderande femton personer som också fått någon form av informell eller professionell hjälp – varit i kontakt med polis eller andra myndigheter på grund av sitt drickande. De personer som fått behandling har oftare varit män än kvinnor samt har i allmänhet haft betydligt mer allvarliga och långvariga alkoholproblem, med mer omfattande negativa konsekvenser, och varit sämre rustade i socioekonomiskt avseende än de som inte fått behandling. De som fått hjälp av vänner och anhöriga har däremot i princip inte druckit mer än dem som inte fått sådan hjälp och inte heller haft sämre sociala resurser, men har oftare varit beroende och rapporterar fler hälsomässiga eller psykosociala konsekvenser. Vidare är ingripanden från närstående vanligare när det gäller kvinnor än när det gäller män, och vanligare när det gäller föräldrar än när det gäller personer utan ansvar för egna barn. En slutsats som möjligen kan dras är att vad som utlöser olika hjälpförsök inte främst är drickandet i sig utan dess synliga konsekvenser för såväl den drickande själv som för andra. Dessutom ligger det rimligen i sakens natur att den som i huvudsak saknar sociala resurser och fungerande sociala nätverk knappast kan påräkna några mer omfattande informella stöd- och hjälpinsatser. Den grupp som har haft kontakt med polis och andra myndigheter är, till skillnad mot den grupp som fått hjälp av närstående, i huvudsak män. Dessutom har de i genomsnitt druckit betydligt mer sällan, men också betydligt mer per tillfälle än dem som fått olika typer av hjälp. Möjligen indikerar detta att denna grupp representerar ett traditionellt manligt dryckesmönster, med ett periodiskt

intensivdrickande som lett till olika former av störande uppträdande och därmed till olika slag av myndighetsingripanden.

När det gäller prevalensen för ”sjävläkning” visar de analyser som redovisats i detta kapitel att denna varierar kraftigt med hur vi definierar begreppen ”alkoholproblem”, ”stabil lösning” och ”behandling”. Även med hänsyn tagen till denna variation, och till att generaliseringar med hänsyn till små sampelstorlekar bör göras med viss försiktighet, är det samtidigt svårt att komma ifrån slutsatsen att professionell behandling totalt sett spelar en tämligen begränsad roll när det gäller att på ett varaktigt sätt förändra problematiska alkoholvanor. Också om analysen begränsas till de intervjupersoner som när de drack som mest uppfyllde vår – i och för sig ganska vida – definition av ett alkoholberoende, d.v.s. minst tre uppfyllda ICD-10-kriterier under perioden, finner vi – om vad vi här definierat som ”normalkonsumtion” ses som ett acceptabelt utfall – att endast knappt två av tio som lämnat detta beroende bakom sig gjort det med hjälp av behandling. Först bland de personer som rapporterat fem eller fler beroendesymptom under den period då de drack som mest utgör ”sjävläkarna” en knapp minoritet. På motsvarande sätt ökar andelen beroende som fått hjälp av behandling till drygt hälften om kravet på ett acceptabelt utfall, som stundom sker i kliniska sammanhang, sätts till vad vi här definierat som ”måttlighetskonsumtion”, och till nästan tre fjärdedelar om kravet sätts till helnykterhet. Detta senare resultat bör dock samtidigt relateras till att helnykterhet är det mål som flertalet behandlingar ställer upp som det enda acceptabla, detta trots att forskningen sedan länge demonstrerat att stabila icke-helnyktra lösningar är både möjliga och vanliga.

Att endast en mycket liten grupp av de före detta ”riskkonsumenterna” fått professionell hjälp att förändra sina alkoholvanor kan emellertid inte utan vidare tas till intäkt vare sig för slutsatsen att alkoholproblem i allmänhet ”går över av sig själva” eller för slutsatsen att missbrukarvården ”inte behövs”. För det första finns det här skäl att understryka att nästan en tredjedel av de tidigare riskkonsumenterna ändå fått åtminstone någon form av hjälp och/eller haft åtminstone någon form av kontakt med olika hjälpinstanser eller myndigheter. För det andra förefaller, som också framgått, behandlingen i de fall där den bidragit till en förändring ofta ha spelat en avgörande roll. För det tredje är det viktigt att påpeka att de uppgifter vi redovisat gäller personer som upphört med en potentiellt riskabel eller problematisk alkoholkonsumtion. Vi vet samtidigt att vård och behandling av människor med missbruksproblem kan ha ett betydande humanitärt och samhällsekonomiskt värde även i de fall de inte leder till bestående förändringar i drickandet eller drogtagandet. Vi vet dessutom från andra studier att det finns en stor grupp aktuella risk- eller problemkonsumenter, som

aldrig varit i kontakt med någon professionell hjälp men som, under optimala omständigheter, troligen skulle kunna dra nytta av en sådan kontakt.

Om man går till frågan om vad som predicerar att man lyckas ta sig ur beroende och riskkonsumtion på egen hand, snarare än med stöd av behandling eller andra former av hjälp, pekar analyserna dels på betydelsen av att drickandet ännu inte lett till omfattande konsekvenser i form av beroendesymptom och/eller olika hälsomässiga eller psykosociala problem, dels på vikten av goda sociala resurser i form av familj och barn, god utbildning och en fast plats i arbetslivet. Hur ofta eller hur mycket man druckit tycks däremot inte i sig ha spelat någon roll för huruvida man fått hjälp att förändra sina alkoholvanor eller gjort det på egen hand. Dessa resultat kan sägas indikera att varken sannolikheten att ha fått hjälp av någon närstående eller sannolikheten att ha sökt – och fått hjälp av – behandling främst tycks handla om drickandet i sig, utan, som redan antytts, i högre grad påverkas av vilka synliga konsekvenser detta haft, för individen själv och inte minst för omgivningen.

En viktig slutsats vad gäller den professionella vården är slutligen att den inte bara relativt sällan tycks bidra till att människor varaktigt förbättrar sina problematiska alkoholvanor, utan att den, i de fall detta sker, ofta gör det på ett delvis annat sätt än behandlarna eller vårdgivarna föreställer sig. Denna bild av vårdens roll bör samtidigt relateras till de ovan berörda studier som pekar på att en stor del av den svenska missbrukarvårdens resurser förefaller ägnas åt en liten grupp långvariga och socialt utslagna missbrukare som vårdas gång på gång under en lång följd av år. Sammantagna kan dessa resultat sägas peka på behovet av en närmare granskning och diskussion av såväl missbrukarvårdens roll som av de alkoholpolitiska strategierna i en vidare bemärkelse. En sådan granskning och diskussion är också ämnet för rapportens sjätte och avslutande kapitel.

Kapitel 6

INTE BARA BEHANDLING – ETT VIDARE PERSPEKTIV PÅ STRATEGIER MOT ALKOHOLPROBLEM

I det föregående har vi redovisat resultat av en studie som i ett representativt populationsurval har undersökt dryckesmönster i olika befolkningsgrupper och – framför allt – olika mönster för att förändra riskabla alkoholvanor. Även om studien inte explicit haft till syfte att utvärdera vare sig den svenska alkoholpolitiken eller den svenska missbrukarvården har analyserna visat på ett antal förhållanden som rimligen bör ha implikationer för den diskussion som idag pågår på dessa områden. Avslutningsvis ska vi därför diskutera vad undersökningsresultaten kan ha att säga om vad som i dagens samhälle kan vara verksamma strategier för att motverka att människors alkoholkonsumtion försätter dem i olika former av bekymmer och för att hantera och i möjligaste mån lösa sådana bekymmer om och när de uppkommer.

6.1. Alkoholpolitiska implikationer

6.1.1. Alkoholpolitikens nya förutsättningar

Huvudlinjen i den svenska alkoholpolitiken har, som också nämnts i rapportens inledningskapitel, varit att genom prispolitik, begränsning av det privata vinstintresset och olika slag av restriktioner kontrollera tillgången på alkohol och därmed begränsa såväl missbrukets utbredning som andra former av alkoholskador. Att Sverige dessutom har haft, och trots vissa nedskärningar fortfarande har, ett internationellt sett omfattande vård- och behandlingssystem ska snarare ses som ett utslag av de starka välfärdsambitionerna än som en del i försöken att påverka alkoholproblemen på samhällsnivå (Kühlhorn, 1983; Blomqvist, 1998a). Denna generellt inriktade kontrollpolitik har också, oavsett att de mer precisa formerna skiftat över tid, visat sig ha varit jämförelsevis framgångsrik, både när det gäller att hålla nere alkoholskadornas totala omfattning och när det gäller att begränsa missbrukets utbredning. (Norström & Romelsjö, 1996; Norström m.fl., 2002). Efter det svenska EU-inträdet 1995 har emellertid den traditionella alkoholpolitiken, som också berörts inledningsvis, steg för steg kommit att urholkas. Viktiga delar i denna utveckling har varit avskaffandet av fyra av de fem traditionella monopolen⁷⁶, successivt höjda införselkvoter, sänkta skatter⁷⁷, utvidgade öppettider och införande av självbetjäning på Systembolaget, introducerandet av nya alkoholdrycker och nya förpackningar, samt ett ökat antal serveringstillstånd på restauranger (jfr. Leifman, 2004). Som vi också varit inne på har dessa förändringar – även om utvecklingen under de senaste åren planat ut – lett både till en kraftigt ökad totalkonsumtion och – som vi också visat i föreliggande studie – till att antalet ”riskkonsumenter” blivit allt fler (ibid.; Hradilova Selin, 2004b).

Vad gäller den officiella alkoholpolitiska hållningen kan man säga att det skett en successiv anpassning till de beskrivna förändringarna. I den nationella handlingsplan på området som antogs av riksdagen år 2001 sägs t.ex. huvudmålet för den svenska alkoholpolitiken fortfarande vara att minska den totala alkoholkonsumtionen, bl.a. genom en aktiv prispolitik (prop. 2000/01:20). I den nya handlingsplan som antogs hösten 2005 (prop. 2005/06:30) ligger tonvikten – även om grunden för alkoholpolitiken sägs vara densamma som i föregående plan – snarare på att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. De mer konkreta delmålen i denna strategi är att alkoholdebuten ska skjutas upp och att barns och ungdomars uppväxt ska vara alkoholfri, att ingen alkohol ska förekomma i trafiken, i arbetslivet eller under graviditeten, att det ska skapas fler alkoholfria miljöer, samt att den illegala alkoholhanteringen ska bekämpas (ibid.). Om man ser till vilka huvudsakliga medel som anvisas för att uppnå dessa mål rör det sig dels om olika slag av opinionsbildning och riskinformation för att påverka olika gruppers synsätt och beteenden, dels om olika former av sekundärpreventiva insatser (se Not 3 ovan). Tonvikten i dessa senare insatser förefaller ligga inte minst på att, på lokal nivå, identifiera olika ”riskmiljöer” som kan antas bidra till att generera problem och försöka förhindra att så sker, samt på att upptäcka och på olika sätt försöka påverka beteendet hos olika ”riskgrupper” (ibid.). Dessutom har, som vi också varit inne på och snart ska återkomma till, förnyade förhoppningar kommit att riktas mot missbrukarvården.

Denna tyngdpunktsförskjutning från ett generellt till ett mer selektivt förebyggande arbete har på många håll mött stark kritik och såväl alkoholdebattörer som forskare har varnat för att den typ av förändringar som EU-inträdet har medfört på sikt kommer att leda till en kraftig ökning av såväl missbruk som alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet och andra skadeverkningar (jfr. Babor m.fl., 2001). Hitills förefaller visserligen förefaller dessa, på totalkonsumtionshypotesen grundade, farhågor med vissa undantag ha kommit på skam (Norström & Ramstedt, 2006). Dessutom har vissa tecken på ett gryende intresse för alkoholpolitik i en mer egentlig mening på senare tid kunnat skönjas inom EU. Icke desto mindre torde det finnas åtminstone visst fog för den sammanfattande bedömningen den svenska alkoholpolitiken under det senaste decenniet gått från åtgärder som varit jämförelsevis effektiva, men som, i ett av handels- och konkurrenspolitiska hänsyn präglat EU-perspektiv, framstår som kontroversiella, till åtgärder som EU kan tänkas ställa sig bakom, men vars återhållande effekter på såväl missbrukets utbredning som de totala alkoholskadorna sannolikt är mer begränsade (Room, 2000).

6.2.2. Alkoholpolitik och socialpolitik

Det kan vara svårt att se vilka alternativ som, åtminstone på kortare sikt, skulle finnas till den beskrivna utvecklingen⁷⁸. De resultat vi redovisat i föreliggande studie pekar emellertid åtminstone på vissa möjliga komplement till den nuvarande politiken. På ett övergripande plan visar dessa resultat för det första – i likhet med en lång rad tidigare studier – att människors alkoholvanor i hög grad påverkas av deras levnadsomständigheter och livsmiljö i vid mening. För det andra pekar de – även om de absoluta estimaten här är något osäkra – på att en majoritet av de människor som utvecklar en riskabel alkoholkonsumtion förr eller senare upphör med denna. Mer specifikt har vi funnit att ett antal förhållanden som kan sägas känneteckna en hög grad av social integration – familj, arbete, en tillfredsställande socioekonomisk situation och fungerande sociala nätverk – åtminstone i vissa fall kan bidra till att motverka uppkomsten av potentiellt riskabla alkoholvanor, ganska uppenbart stärker motivationen att överge sådana vanor innan de lett till mer omfattande problem, och dessutom förefaller spela en roll för att bryta ett mer utvecklat beroende.

En första implikation av dessa resultat bör vara att det är viktigt att förstärka den socialpolitiska dimensionen i alkoholpolitiken. Som Sahlin (1999) visat är prevention ett mångtydigt begrepp. Förebyggande åtgärder kan t.ex. inte bara indelas efter om de är generella eller inriktade på vissa medborgare, utan också efter om de syftar till att befästa samhällets ordning – t.ex. genom att kontrollera eller förhindra vissa beteenden – eller främja individens utveckling – t.ex. genom att skapa attraktiva och acceptabla alternativ till olika oönskade beteenden och förändra de villkor som genererar och vidmakthåller dessa (jfr. Blomqvist, 2002a). Den traditionella alkoholpolitiken kan sägas ha varit starkt inriktad på att genom generella kontrollerande åtgärder förhindra beteenden som högkonsumtion och missbruk. Att många av dessa åtgärder åtminstone för tillfället inte är särskilt politiskt gångbara, är emellertid inget hinder för att komplettera det alkoholpolitiska panoramat med såväl generellt som selektivt inriktade *utvecklande* insatser. De resultat vi redovisat ovan pekar på möjligheten – och vikten – av att komplettera de insatser som idag görs för att försöka förhindra oönskade aktiviteter som riskkonsumtion och missbruk, med olika insatser för att stärka vad man kan kalla för ”motkrafterna” mot sådana beteenden⁷⁹. På ett mer övergripande plan framstår det här som viktigt med generella, socialpolitiska satsningar på att motverka utslagning ur arbetslivet, bostadsmässig segregering och andra former av marginalisering (jfr. Lander m.fl., 2002; Blomqvist, 2002a). Dessutom ter det sig viktigt med lokala satsningar på att stärka närsamhällets ”sociala kapital”, engagera medborgarna i att ta ansvar för den lokala sociala miljön och skapa attraktiva och meningsfulla alternativ till att göra drickande, drogbruk eller

andra personligt nedbrytande vanor till ett centralt livsinnehåll (Blomqvist, 1998b). För att travestera Granfield och Cloud (1999), som framhåller denna typ lokal ”empowerment” som ett ofta bättre sätt att motverka olika former av rusmedelsbruk än olika specialiserade preventions- eller behandlingsprogram⁸⁰, kan man säga att det inte räcker med att försöka få människor att ”säga nej” till bruk och missbruk av olika rusmedel, utan att det också gäller att se till att det finns något annat och bättre att ”säga ja” till (jfr. Blomqvist, 2002a)

6.2.3. Att underlätta ”sjävläkningen”

Utöver att peka på socialpolitiska satsningar som ett viktigt komplement till dagens alkoholpolitik understryker de resultat vi redovisat i det föregående också vikten av olika insatser för att mer specifikt underlätta för människor att själva förbättra riskabla eller problematiska dryckesvanor. Vi har således sett att en stor majoritet av de intervjuade – i princip undantagandes endast de allra svårast alkoholberoende – förändrat sina riskfyllda eller problematiska alkoholvanor utan någon professionell hjälp. Vi har samtidigt sett att dessa förändringsprocesser inte är i bokstavlig mening ”automatiska” eller ”spontana”, utan att de i allmänhet skett som en anpassning till nya levnadsomständigheter, som ett resultat av, ibland upprepade, medvetna egna ansträngningar, och inte helt sällan som en följd av aktiva insatser – både krav och påstötningar och stöd och uppmuntran – från omgivningen.

Dessa resultat kan i stort sägas bekräfta vad som framkommit i tidigare explorativa studier (t.ex. Tucker m.fl., 1995; Blomqvist, 1999a&b; Bishof m.fl., 2004). Samtidigt vet vi, från både dessa och andra studier, att människor som är i färd med att förändra olika former av problematiska eller destruktiva rusmedelsvanor ofta möts av skepsis och misstro från omgivningen och ofta själva aktivt undviker både att berätta om sina bekymmer och be om andras hjälp. Cunningham m.fl. (1998) rapporterar t.ex. att en fjärdedel i en grupp av människor som tagit sig ur ett alkoholberoende på egen hand inte hade berättat om detta för någon annan, medan Blomqvist (1999a) fann att drygt sex av tio ”sjävläkare” dolde vad de varit med om på arbetsplatsen och att nästan två av tio gjorde det också för vänner och andra släktingar än den närmaste familjen. Det finns också flera studier som pekar på att många människor varken tror på möjligheten att ta sig ur ett missbruk eller beroende av alkohol utan experthjälp, eller på att de själva skulle kunna bistå andra i sådana försök. Undersökningar från Kanada (Cunningham, m.fl., 1998, 2004) tyder på att mindre än hälften av alla medborgare ser det som överhuvudtaget möjligt att ta sig ur ett alkoholberoende utan behandling, medan Klingemann (2005) fann att sannolikheten för sådana lösningar i ett representativt urval av schweizare skattades till i genomsnitt ungefär trettio procent. Enligt en aktuell studie (Blomqvist, 2006b) är situationen ungefär densamma i

Sverige, där mer än hälften i ett representativt befolkningsurval bedömer sannolikheten för ”sjävläkning” av alkoholberoende som ganska liten eller mycket liten. Samma studie fann dessutom att en knapp fjärdedel av alla respondenter uppgav sig ha någon närstående som har eller har haft alkoholproblem, men att bara drygt en av tio sade sig ha försökt erbjuda någon form av hjälp (ibid.).

Som understryks av Klingemann (2005; Klingemann & Zulewska, 2006) bottnar förhållningssätt som dessa till inte ringa del i de ”styrande bilder” av olika rusmedelsproblem som dominerar i olika samhällen. I Sverige finns liksom i många andra länder en utbredd dubbelmoral kring alkohol och drickande, som på många sätt glorifieras i populärkulturen, samtidigt som vad som uppfattas som ”missbruk” ofta möts med avståndstagande och fördömande och betraktas som ett uttryck antingen för viljesvaghet och karaktärlöshet eller någon form av ”sjukdom”. Medan den förstnämnda uppfattningen implicerar att missbrukaren har att ”stå sitt eget kast”, implicerar den andra att hjälpen är en fråga enbart för de professionella experterna (Brickman, m.fl., 1982; Blomqvist, 1998a). Dessutom har flera studier visat att den syn på alkohol som ”sjukdom”, som en gång innebar ett brott med moraliserande och fördömande attityder, idag ofta går hand i hand såväl med just sådana attityder (Crawford & Heather, 1987; Cunningham m.fl., 1994; Järvinen, 1998) som med uppfattningen ”en gång missbrukare – alltid missbrukare” (Klingemann & Zulewska, 2006).

Mot bakgrund av fakta som dessa beskriver bl.a. de sistnämnda författarna det som en mycket angelägen uppgift att dels förmedla kunskap om att ”sjävläkning” är möjlig och vanlig och klargöra att och hur omgivningen kan vara till hjälp, dels sprida andra bilder av vad alkoholproblem och andra rusmedelsproblem innebär än dem som idag dominerar i massmedia och populärkultur. Som exempel på framgångsrika försök att förändra bilden av rusmedelsproblemens karaktär nämner de tre nationella kampanjer i Schweiz som, med utgångspunkt från aktuell forskning och via bl.a. annonser i dagspress och olika TV-inslag, gick ut på att framställa alkoholproblem, narkotikaproblem och rökning just som den typ av ”livsstilsproblem” (Drew, 1986; Blomqvist, 1998b) eller ”beteendemässiga hälsoproblem” (Humphreys & Tucker, 2002) som de framställt som i föreliggande undersökning, samt på att ge råd och anvisningar om hur man själv kan bryta eller förändra sådana vanor och/eller hur man, genom krav och stöd, kan hjälpa andra att göra det⁸¹. Även om de långsiktiga effekterna av dessa kampanjer återstår att utvärdera visar flera studier att budskapen i stor utsträckning nått fram till avsedda målgrupper och att kampanjerna åtminstone i ett mer kortsiktigt perspektiv tycks ha ökat både den allmänna tilltron till människors förmåga att på egen hand ta sig ur olika beroenden och insikten om att hjälp och stöd från närstående ofta är avgörande för att detta ska lyckas (t.ex. Moeri, 1997; Klingemann & Zulewska, 2006).

Ett annat sätt att underlätta ”sjävläkningen” är att på ett mer systematiskt sätt än vad som hittills skett på alkoholområdet utveckla och sprida den typ av ”verktyg för självhjälp” som under senare år blivit allt mer populära när det gäller frågor om fysisk och psykosocial hälsa i allmänhet (Humphreys & Tucker, 2002; Klingemann & Zulewska, 2006). Exempel på sådana hjälpmedel är självhjälpsmanualer i skriftlig eller elektronisk form som redovisar mer eller mindre detaljerade strategier för att sluta dricka eller skära ned på sitt drickande⁸², internetplatser där man kan testa de egna alkoholvanorna och ibland också få råd om hur man vid behov ska gå tillväga för att förändra dessa⁸³, samt – i gränslandet till vad som kan betraktas som behandling – interaktiva ”helplines” som erbjuder, om så önskas anonym, rådgivning och stöd via internet eller per telefon; insatser som enligt Humphreys och Tucker (2002) har en betydande framtida utvecklingspotential.

Vad som gör denna typ av ”verktyg för sjävläkning” attraktiva är inte minst, som påpekas av Klingemann & Zulewska (2006), att de är mer eller mindre omedelbart tillgängliga och erbjuder möjligheter att välja en lösning som passar de egna förutsättningarna och den egna ”problemprofilen”. Också Humphreys och Tucker (2002) betonar vikten av ett bredare och mer systematiskt tillhandahållande av denna typ av material, men understryker samtidigt att det är ett viktigt professionellt ansvar att se till att den information som förmedlas är vederhäftig och utformad för att kunna möta de olikartade behoven hos människor i olika delar av det breda spektrat av alkoholproblem och människor som befinner sig i olika faser av processen att förändra sina dryckesvanor. De framhåller dessutom att ett antal etiska, teknologiska och andra problem återstår att lösa, framför allt när det gäller interaktiv och anonym rådgivning via elektroniska media. Slutligen påpekar de att forskningen kring denna typ av hjälpmedel fortfarande är ganska outvecklad, även om resultat som presenterats under senare år allmänt pekar i positiv riktning (Cunningham m.fl., 2000b; Walters m.fl., 2005).

Någon motsvarighet till de schweiziska mediekampanjer för att förmedla bilden av alkoholproblem som föränderliga och av omgivningen påverkbara livsstils- eller hälsoproblem, som vi ovan diskuterat, är inte helt lätt att finna i Sverige, där opinionsbildningen fortfarande främst förefaller vara inriktad på att påvisa alkoholens risker och avigsidor. Möjligen kan man säga att de råd i alkoholfrågor som erbjuds på vissa hemsidor inom sjukvården, åtminstone ibland, implicit bär på budskapet om alkoholproblem som ett hälsoproblem bland andra. Vad gäller konkreta möjligheter till ”hjälp till självhjälp” kan man på många håll finna hänvisningar till Alkoholkommitténs särskilda hemsida ”Alkoholprofilen”, där man både kan testa om man dricker på ett riskabelt sätt och på basis av testresultaten få vissa anpassade råd kring

sitt drickande. Liknande möjligheter, numer även inkluderande telefonrådgivning (se Not 93 nedan) erbjuder Stockholms läns landstings Vårdguiden, som dessutom ger hänvisningar till olika enheter inom beroendevården, till olika privata vårdgivare, och till olika självhjälpgrupper. Däremot finns ingen länk till den socialtjänstbase-
rade missbrukarvården, som inte heller, åtminstone inte i Stockholm, uppvisar några egna exempel på liknande nätbaserad information och rådgivning.

Sammantaget råder, trots de nämnda exemplen, knappast något tvivel om att det i Sverige återstår mycket att göra både för att bryta moraliserande och fördömande attityder mot människor med alkoholproblem, för att uppmuntra och stimulera stöd- och hjälpinsatser från anhöriga, vänner och arbetskamrater och för att sprida kunskaper om att och hur ”sjävläkning” är möjlig. Med tanke på vad sociala resurser och social integration uppenbarligen betyder när det gäller att förändra i någon mening problematiska alkoholvanor, kan dessutom den typ av – lokala och centrala – socialpolitiska satsningar som vi ovan diskuterat ses inte bara som bidrag till att motverka uppkomsten av alkoholproblem utan också som bidrag till att underlätta människors möjligheter att själva hantera sådana problem om och när de uppkommit.

6.2. Implikationer för missbrukarvården

6.2.1. Den svenska missbrukarvården – några grundläggande dilemman

Missbrukarvården hör enligt mångas uppfattning till de områden som drabbades hårdast av 1990-talets nedskärningar och ”ekonomisering” inom den offentliga sektorn (jfr. Bergmark, 1994). Under senare år har denna vård emellertid, som vi berört i inledningen till denna rapport, tilldragit sig ett nytt intresse och blivit föremål för förnyade förhoppningar från ansvarigt håll, och olika initiativ har tagits för att förbättra dess effektivitet och för att förstärka bland annat tvångsvården (SBU, 2001; Socialstyrelsen, 2006a; SOU 2004:3; SOU 2005:82). Vad gäller vård av alkoholmissbrukare kan detta nya intresse ganska klart kopplas till den försvagning av den traditionella svenska alkoholpolitiken, inriktad på att begränsa totalkonsumtionen, som följt av det svenska EU-inträdet (jfr. ovan sid. 97). När det gäller vård av narkotikamissbrukare kan man snarare se samma intresse som ett utslag av den ambition att förstärka den traditionella narkotikapolitiken som manifesterats i den nationella kampanjen Mobilisering mot Narkotika och där behandling av många uppfattats vara den av de ”bärande pelarna” – kontroll, prevention och behandling – som under senare decennier uppvisat de största bristerna (SOU 2000:126). Oavsett bakgrunden till dessa förnyade förhoppningar på missbrukarvården är ambitionerna höga: målet för denna vård är enligt gällande nationella handlingsplaner att i princip nå alla människor som missbrukar olika former av rusmedel och förmå så många som möjligt av dem att upphöra med sitt missbruk (Prop. 2000/01:20; Prop. 2005/06:30).

I det föregående har vi emellertid redovisat uppgifter – både resultat av föreliggande studie och data från annan aktuell forskning – som tyder på att den svenska missbrukarvården i ganska ringa utsträckning lever upp till dessa ambitioner. De analyser som redovisats i föregående kapitel indikerar således att så många som fyra femtedelar av alla människor som tagit sig ur vad vi definierat som ett alkoholberoende har gjort det utan hjälp av behandling. I de relativt få fall där behandlingen har bidragit till att missbruket upphört förefaller detta oftast ha skett efter upprepade vårdtillfällen och endast i undantagsfall tycks rehabiliteringsförloppet ha följt den tankemodell som den officiella diskussionen av missbrukarvården vilar på, d.v.s. att en enda, i tiden avgränsad, men mer eller mindre intensiv behandlingsinsats – eller en ”vårdkedja” av sådana insatser – lett till en bestående lösning. Vi har också relaterat dessa resultat till studier som indikerar att den svenska missbrukarvårdens resurser i praktiken till stor del upptas av en ganska liten grupp av ”tunga” missbrukare med stora sociala problem, som återkommer i vården gång på gång, inte sällan under en lång följd av år. Sammantagna förefaller dessa uppgifter styrka den flera gånger framförda tesen att missbrukarvårdens roll i realiteten till stor del är – och har varit – inte att ”bota” missbruksproblem utan att temporärt lösa problem som bostadslöshet eller arbetslöshet och att fungera som en ”sista instans” för människor som fallit mellan alla andra stolar i välfärdssystemet (Kühlhorn, 1983; Schmidt & Weisner, 1993; Lindström, 1994; Blomqvist, 1996b). Att detta också är många klienters bild av vårdens uppgift indikeras av studier som visar att det vanligaste skälet att söka vård, åtminstone bland de ”tunga” missbrukarna, inte är att man vill sluta dricka, utan att man vill få en tillfällig lindring av missbrukets negativa konsekvenser (jfr. Blomqvist, 1999a; Tsogia m.fl., 2001).

Detta glapp mellan retorik och praktik när det gäller missbrukarvårdens roll kan förklaras på flera sätt. En förklaring skulle, som Storbjörk och Room (in press) påpekar, kunna vara att den uppenbara ”rundgången” inom vården bara är en logisk följd av att problem med eller missbruk av alkohol och andra rusmedel, i likhet med vad t.ex. NIAAA (2005) hävdar, är ”kroniska och remitterande” och därmed i princip kräver återkommande vårdinsatser i ett mer eller mindre livslångt perspektiv. En alternativ eller kompletterande förklaring skulle kunna vara att samma ”rundgång” är en sekundäreffekt av att vård för missbruksproblem och/eller psykiska problem är så starkt stigmatiserande att de som söker sig dit ofta förlorar sin sociala plattform och/eller får andra problem som på sikt leder till förnyade vårdbehov, även i de fall vården på kort sikt och i snäv mening varit framgångsrik (Link m.fl., 1997; Rosenfield, 1997). Ett tredje sätt att förklara de beskrivna problemen är att se dem som en följd av mer generella brister i välfärdspolitiken och välfärdssystemet. Oscarsson (2001), som analyserat den svenska missbrukarvårdens utveckling under

1990-talet, knyter t.ex. på detta sätt de enligt många uppfattning allt sämre rehabiliteringstalen direkt till vårdens yttre villkor. Mer precis menar han att den ideologiska vindkantring som skett under den studerade perioden, ackompanjerad av tilltagande individualism och ökande sociala klyftor, gjort det allt svårare för före detta missbrukare att få tillgång till grundläggande resurser som bostad, utbildning och arbete, något som på sikt leder till förnyade problem och förnyade vårdbehov.

Dessa förklaringar kan dock inte, vare sig tillsammans eller var för sig, ses som skäl att acceptera missbrukarvårdens nuvarande läge som uttryck för något sakernas naturliga tillstånd. Mot tolkningen att detta läge enbart avspeglar missbruksproblemens ”kroniska karaktär” talar t.ex. det faktum att det inte bara tycks vara hur mycket eller hur ofta man druckit, som avgör vilka problemkonsumenter som blir föremål för vård, utan att detta i än högre utsträckning avgörs av social marginalisering, olika former av yttre påtryckningar samt själva det faktum att man varit med om vård tidigare (Storbjörk & Room, in press). Dessutom utgör, som inte minst föreliggande undersökning demonstrerat, människor med alkoholproblem en mycket heterogen grupp, samtidigt som problemens förlopp över tid är högst variabla och starkt påverkade av olika omgivningsinflytanden. Detta betyder i sin tur att endast en ganska liten del av alla människor som utvecklar en problemkonsumtion eller ett alkoholberoende hamnar i ett i någon mening ”kroniskt” tillstånd och att vem som kommer att göra det, åtminstone ännu, inte med någon större säkerhet kan avgöras på förhand (t.ex. Peele, 1999)⁸⁴. Vad gäller eventuella stigmatiserande effekter av vården i sig borde förekomsten av sådana i första hand tas till intäkt för att försöka förändra vårdens utformning och framtoning och, som vi diskuterat ovan, försöka normalisera den allmänna synen på olika rusmedelsproblem. Vad slutligen gäller samhällets obenägenhet att erbjuda en plats åt före detta missbrukare borde denna, snarare än att ses som ett skäl att acceptera status quo inom vården, ses om ett incitament att – genom samma typ av satsningar på att motverka utslagning och segregation som vi ovan beskrivit som en viktig aspekt av det förebyggande arbetet – försöka förändra vårdens yttre villkor.

Det bör för att undvika missförstånd understrykas att missbrukarvård förvisso kan legitimeras också på andra grunder än att den åstadkommer en bestående ”bot”. Flera forskare har t.ex. pekat på att insatser som medför minskad dödlighet och sjuklighet, kortare återfall och längre nyktra perioder, förhöjd livskvalitet samt en avlastning för närstående, har ett betydande humanitärt såväl som samhällsekonomiskt värde, även i de fall de inte leder till bestående nykterhet eller drogfrihet (Damström-Thakker, 1990; Wadeskog m.fl., 1983; Holder & Blöse, 1992; Edwards m.fl., 1994). Dessa påpekanden klargör vikten av att anpassa vårdens målsättningar och innehåll till olika klientgruppers förutsättningar och rehabiliteringspotential (t.ex. Lindström, 1994;

Blomqvist, 1999a). De betyder däremot inte att det självklart är rimligt att missbrukarvården i den utsträckning som idag tycks ske koncentrerar sina resurser på de i olika mening ”tyngsta” missbrukarna. Det faktum att ”sjävläkning” uppenbarligen är den vanligaste vägen ut ur problemkonsumtion och beroende utgör inte heller något giltigt argument för att skära ned de organiserade hjälpinsatserna eller begränsa dem till de mest långvariga och socialt mest marginaliserade missbrukarna. Snarare pekar tidigare studier på att många ”sjävläkare” skulle ha tagit sig ur sitt beroende betydligt snabbare och till ett betydligt lägre pris av påfrestningar för dem själva och deras närmaste om de hade kommit i åtnjutande av behandlingsinsatser som de upplevt som attraktiva och adekvata snarare än som ”stämplande” eller hotfulla (jfr. Blomqvist, 1999a). Dessutom finns det övertygande belegg för att behandling ger bättre resultat ju tidigare i problemutvecklingen den sätts in (t.ex. Moos & Moos, 2006). Det borde därför, inte minst med hänsyn till den bild av alkoholproblemens heterogena och variabla karaktär som framträtt i föreliggande rapport, framstå som ett bekymmer såväl från folkhälsosynpunkt som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att så få av de människor som utvecklar sådana problem överhuvudtaget tycks komma i kontakt med några som helst organiserade hjälpalternativ (jfr. Marlatt m.fl., 1997; Blomqvist, 2000a).

Till detta kan läggas att det finns flera skäl att tro att det sätt på vilket dagens missbrukarvård bedrivs inte är särskilt väl anpassat vare sig till de klienter som idag utgör vårdens kärngrupp eller till den stora grupp av potentiella klienter som av olika skäl inte har kontakt med vården. En nyligen genomförd vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insats inom missbrukarvården pekar t.ex. på att arbetet styrs mer av ideologiska övertygelser, budgetmässiga hänsyn, tillgängligt utbud och olika lokala traditioner (”så här brukar vi göra”) än av professionella överväganden och aktiva försök att ta hänsyn till klienternas egen syn på saken (Blomqvist & Wallander, 2004; Wallander & Blomqvist, 2005). Dessutom indikerar samma studie att vilken insats en given klient kommer att erbjudas till stor del beror på i vilken kommun eller kommundel han/hon hör hemma och på vilken enskild handläggare som han/hon råkar träffa (ibid.). Det kan i detta sammanhang vidare nämnas att Socialstyrelsen (2005) i en aktuell översynsrapport – även om man också pekar på att det finns många ”goda exempel” och intressanta förnyelseförsök på lokal nivå – menar att missbrukarvårdens arbete till stor del saknar långsiktighet, att det sällan finns någon genomtänkt individuell behandlingsplanering och att de insatser som erbjuds klienterna ofta är fragmentariska och ad-hoc-mässiga. Sammantaget kan man därmed säga att det på basis av de uppgifter vi redovisat i denna rapport inte finns några uppenbara skäl att ifrågasätta missbrukarvårdens, i vid mening, existens eller

omfattning, men att det finns goda skäl att ifrågasätta om de samlade resurserna idag disponeras på ett sätt som är optimalt med hänsyn till de sinsemellan mycket olikartade behoven hos hela den heterogena grupp av människor som dricker alkohol eller brukar andra rusmedel på ett sätt som skapar problem för dem själva och för deras omgivning.

6.2.2 Att utveckla missbrukarvården – en fråga om metoder och resurser?

Som nämnts har man under senare år från centralt håll både riktat ett ökat intresse mot, och tagit olika initiativ för att utveckla och förbättra, den svenska missbrukarvården. Ett centralt tema i dessa diskussioner har varit vikten av att i högre grad än tidigare fokusera på vårdens effekter och av att utveckla vad som kommit att benämnas en ”evidensbaserad praktik” (Tengvald, 2004; Malmström & Arvidsson, 2004)⁸⁵. Ett uttryck för de förhoppningar som kommit att knytas till denna satsning på mer effektiva metoder är den kunskapsöversikt som för några år sedan publicerades av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU, 2001) och vars budskap, i populär form, är att det finns belägg för att ett antal ”specifika metoder” för att behandla alkoholproblem har effekt, men att den svenska missbrukarvården i huvudsak använder metoder som är ”bevisat ineffektiva” eller av oklart värde (Vetenskap och Praxis, 2001). Ett annat och mer aktuellt uttryck för uppfattningen att frågan om vilka specifika metoder som används är en för missbrukarvårdens framtid avgörande sådan, är de nationella riktlinjer för detta område som tagits fram av Socialstyrelsen (2006; 2007) och som under de närmaste åren avses implementeras inom såväl landstingens beroendevård som den socialtjänstbaserade missbrukarvården.

En annan typ av förklaring till missbrukarvårdens problem, som också vunnit visst gehör på centralt håll, är att åtstramningarna inom välfärdssektorn lett till en situation där framför allt många ”tung” missbrukare av resursskäl inte längre erbjuds de insatser som skulle vara nödvändiga för en stabil rehabilitering. Kristiansen och Svensson (2003) menar t.ex. att det under senare år skett något av ett paradigmskifte inom vården, med innebörden att man i stället för att aktivt söka upp människor med missbruksproblem och försöka motivera dem till vård, passivt avvaktar att de själva söker vård och ofta intar en prövande eller direkt avvisande hållning till de önskemål som framförs. Företrädare för tvångsvården har också i flera sammanhang tolkat det numer relativt låga antalet anmälningar till LVM-vård som ett tecken på att alltfler av de tyngsta missbrukarna lämnas åt sitt öde av socialtjänst och andra ansvariga (t.ex. Korpi, 2001). Mot bakgrund av beskrivningar som dessa har man också på senare år gjort en särskild statlig satsning, ”Kontrakt för livet”, för att förstärka såväl tvångsvården enligt LVM som den frivilliga vården (SOU 2004:3; SOU 2005:82). Exempel på initiativ inom ramen för denna satsning är en försöksverksamhet, där staten

subventionerar vård enligt § 27 LVM mot att den remitterande kommunen genom kontrakt åtar sig vissa eftervårdsinsatser (Socialdepartementet, 2004), och det så kallade Vårdkedjeprojektet, som syftar till att skapa en modell för samverkan mellan tvångsvård och frivillig vård (SiS, 2004). Dessutom har länsstyrelserna fått särskilda medel att fördela till lokala projekt för att utveckla arbetet med de tyngsta missbrukarna (SOU 2005:82).

Följderna av dessa initiativ, för missbrukarna och vården, återstår i allt väsentligt att utvärdera, men det finns flera skäl att misstänka att de varken var för sig eller tillsammans i grunden är tillräckliga för att lösa de missbrukarvårdens dilemman som vi antytt ovan. Vad gäller ambitionen att, med utgångspunkt från resultaten av kontrollerade effektstudier, utveckla en ”evidensbaserad missbrukarvård” har vi i inledningen till denna rapport (avsnitt 1.2) understrukt värdet av att kunna utrangera metoder och arbetssätt som visat sig ineffektiva, kontraproduktiva eller på olika sätt kränkande, liksom värdet av att få underlag för olika beslut rörande vårdssystemet på aggregerad nivå. Vi har samtidigt anfört ett antal omständigheter som pekar på att detta initiativ därför inte utgör någon ”kungsväg” till en bättre missbrukarvård. Till dessa omständigheter hör det faktum att skillnader i specifik metod bara svarar för en begränsad del av utfallsvariansen när det gäller psykosocial behandling (t.ex. Costello, 1980, Hubble m.fl., 1999; Wampold, 2004), att resultat på gruppnivå inte självklart är giltiga på individnivå (t.ex. Bakan, 1967), samt att ingen enskild metod visat sig vara den bästa för alla missbrukare, samtidigt som det i princip saknas forskningsbaserad kunskap om vilka klienter som bör ”matchas” till vilka behandlingsmetoder (t.ex. Lindström, 1992; Orford, 1999). Vad dessa omständigheter tillsammans innebär är att resultaten av kontrollerade effektstudier har tämligen begränsad relevans när det gäller att vägleda behandlingens praktik i det enskilda fallet (jfr. Blomqvist, 2003). På ett mer principiellt plan pågår dessutom, utan att vi här ska gå närmare in på denna, en omfattande diskussion kring de teoretiska och metodmässiga problem som föreligger när det gäller att ställa samman kunskaper från många olika studier, och som gör att de slutsatser som kan dras närmast per definition måste betraktas som provisoriska och tillfälliga (se t.ex. Finney, 2000; Bergmark, 2006; Bergmark & Klingemann, 2006; Blomqvist & Oscarsson, 2006). Till detta ska läggas att flera av de metoder som SBU (2001) framhåller som ”bevisat effektiva” de facto hör till dem som enligt den s.k. IKB-studien (Socialstyrelsen, 2004b), oftast anges som ”bärande inslag” i dagens svenska missbrukarvård⁸⁶. Den fråga som framför allt accentueras av de resultat vi redovisat i denna rapport är emellertid den som rör den externa validiteten i den typ av studier som evidensbaseringen av missbrukarvården avses bygga på. I allmänhet genomförs således sådana studier, för att öka den interna

validiteten och kunna dra säkra kausala slutsatser, i en väl utformad behandlingsmiljö, med väl utbildade behandlare och med klienter som, genom att de har en stabil social situation och fungerande sociala nätverk, kan antas vara lätta att nå för att följa upp behandlingsutfallet (t.ex. Blomqvist & Oscarsson, 2006). Denna standardisering av behandlingsbetingelserna innebär emellertid samtidigt att möjligheterna att generalisera resultaten begränsas. När det gäller den klientgrupp, som enligt vad som framgått ovan utgör ”kärntruppen” inom den svenska missbrukarvården, torde den skilja sig från flertalet av de klienter som studerats i de undersökningar, som olika kunskapsöversikter bygger på, i sådana avseenden och på ett sådant sätt att giltigheten och tillämpbarheten inom stora delar av dagens missbrukarvård av de slutsatser som t.ex. SBU-rapporten presenterar, måste betraktas som ganska tveksam (ibid.).

Vad gäller satsningarna på att förstärka vården av de ”tungta” missbrukarna kan å ena sidan sägas att det knappast finns några skäl att i princip invända mot att ytterligare resurser tillförs ett område, som otvivelaktigt på olika sätt drabbats av de senaste decenniernas ideologiska och ekonomiska förändringar inom välfärdssektorn. Å andra sidan finns det kanske skäl att påpeka att aktuella uppgifter tyder på att kommunernas samlade kostnader för sådan vård i själva verket ökat något sedan millennieskiftet (Socialstyrelsen, 2005). Dessutom kan man, mot bakgrund av den diskussion som vi fört i detta kapitel, ifrågasätta värdet av ytterligare satsningar på intensiva och kostsamma insatser – t.ex. långvarig tvångsvård – riktade till den grupp av klienter som redan idag förefaller förbruka storparten av missbrukarvårdens resurser. Inte minst ter sig den omfattande ”rundgången” inom vården som helhet och den höga återfallsfrekvensen inom t.ex. tvångsvården (Socialstyrelsen, 2005) som skäl för ett sådant ifrågasättande. Det kan i detta sammanhang också vara värt att notera att uppfattningen att den minskade användningen av tvångsvård skulle betyda att det ”tyngsta” missbrukarna satts på undantag (jfr. ovan), ganska bestämt jävas av flera studier som visat att personer, som blir föremål för LVM-anmälningar som socialtjänsten inte går vidare med, nästan genomgående istället erbjuds omfattande frivilliga insatser (Johansson, 2001; Bergmark, 2004; Ekendahl, 2004).

Sammantaget ter det sig, mot bakgrund av vad som ovan sagts, som viktigt att vidga diskussionen om den svenska missbrukarvårdens framtid till att inte bara handla om metoder och resurser, utan också om för vilka, till vad och på vilket sätt dessa metoder och resurser ska användas. Vi ska därför avslutningsvis försöka anlägga ett något vidare perspektiv – innefattande frågor om såväl organisatorisk utformning som inriktning, innehåll och samspel med omgivningen – på diskussionen om vad som kan och bör förändras och utvecklas när det gäller samhällets sätt att försöka hjälpa människor med alkoholproblem och andra rusmedelsproblem.

6.3.2 Att anpassa insatserna efter behoven – ett vidare perspektiv på hjälpsystemet

De dilemman som beskrivits i avsnitt 6.3.1 är på inget sätt unika för den svenska missbrukarvården. Så kritiserar t.ex. Humphreys & Tucker (2002), i sin diskussion av hur vården av alkoholmissbrukare kan utvecklas och förbättras, det amerikanska vårdssystemet för att i alltför hög grad bygga på en traditionell sjukdomssyn och för att i allt väsentligt koncentrera sina insatser och resurser till en liten grupp människor med långvariga och grava missbruks- eller beroendeproblem. De refererar också till studier som pekar på att situationen är likartad i många andra länder (t.ex. Porter m.fl., 1999). Som utgångspunkt för sin diskussion anför de, i polemik med synen på missbruk och beroende som rent biomedicinska avvikelser, en definition av alkoholproblem som ”omgivningsinfluerade beteendemässiga hälsoproblem”. Med detta avser de att individens levnadsmiljö och livsstil inte bara utgör ”yttre” faktorer som kan modifiera förloppet hos en föregivet enhetlig ”sjukdom”, utan att alkoholproblemen är djupt ”inbäddade” i levnadsmiljön och utgör en integrerad del av individens livsstil. Med utgångspunkt från denna bild av alkoholproblemets karaktär – som ligger väl i linje med den bild föreliggande studie har givit – diskuterar de därefter vilka krav som kan ställas på ett vårdssystem som är på en gång mer ”responsivt” och mer ”effektivt” än det nuvarande. Med ”responsivt” menar de i sin tur att de insatser som erbjuds tillsammans ska tillgodose hjälpbehoven hos hela den heterogena populationen av människor med alkoholproblem – såväl den lilla grupp av ”tung” missbrukare som den nuvarande vården huvudsakligen fokuserar på, som den stora grupp som idag av olika skäl inte söker eller inte erbjuds någon professionell hjälp. Med ett mer ”effektivt” vårdssystem menar de ett system som, med hänsynstagande till varje hjälpsökandes behov och förutsättningar, bidrar till långsiktiga och bestående förbättringar av dryckesvanor och livskvalitet.

Ett första krav som Humphreys och Tucker (2002) ställer på ett vårdssystem som ska kunna leva upp till dessa krav är att det måste vara *ett system mer än till bara namnet*. Med detta avser de bland annat att det behövs en konsekvent tillämpad organiserande princip för att allokera de samlade resurserna, som på ett optimalt sätt förmår väga samman de olika insatsernas ”täckningsgrad” och sannolika utfall. Författarna pekar här på ”stepped care” (Sobell & Sobell, 1999) som en tänkbar sådan princip. Vad denna modell innebär är enkelt sagt att varje person initialt erbjuds den minst ingripande och omfattande insats som efter gemensam bedömning uppfattas kunna ge avsedd effekt, och att mer intensiva insatser erbjuds först om denna initiala hjälp visar sig vara inadekvat eller otillräcklig. Genom kontinuerlig uppföljning och gemensam utvärdering anses denna modell leda både till att varje individ ”matchas” till en för honom/henne optimal nivå – och typ – av hjälp och till att resurser inte

ödsas på att rutinmässigt erbjuda onödigt ingripande insatser (ibid.)⁸⁷. En komplikation när det gäller möjligheterna att tillämpa ett konsekvent systemtänkande inom den svenska missbrukarvården är rimligen att denna idag är splittrad på flera olika huvudmän med sinsemellan skilda organisatoriska traditioner och professionella kompetenser och en i många stycken oklar arbetsfördelning sig emellan (Blomqvist & Wallander, 2004). En annan är att det finns stora skillnader mellan t.ex. olika kommuner både när det gäller hur stora resurser man avsätter för vård och behandling av missbrukare och när det gäller hur denna vård utformas och organiseras (ibid.; Socialstyrelsen, 2004a). Ett steg mot att komma tillrätta med dessa svårigheter kan vara att utveckla former för att bedriva den lokala missbrukarvården i en separat organisation, skild från såväl hälso- och sjukvården som den kommunala socialtjänsten (Blomqvist & Wallander, 2004; SOU 2005:82). Ett annat steg kan vara en återgång till ett finansieringssystem där statsmakten garanterar resurserna för, om än ej styr detaljutformningen av, vården av människor med rusmedelsproblem (Blomqvist, 1998a; Blomqvist & Wallander, 2004).

En andra huvudpunkt på Humphreys' och Tuckers (2002) agenda för ett mer effektivt och mer "responsivt" hjälpsystem är att ett sådant i betydligt högre grad än vad som idag är fallet bör *prioritera extensiva insatser före intensiva sådana*. Med detta menar de för det första att de insatser som görs inte bara bör fokusera på att förändra individens attityder och beteende utan i lika hög grad bör inriktas på att *förstärka olika slag av "läkande krafter" i hans/hennes levnadsmiljö* (jfr. Lindström, 1992; Blomqvist, 1999a). Som exempel på vad detta kan innebära anför författarna ett utvecklat samarbete mellan den professionella vården och olika självhjälpsgrupper som AA och Länkarna. Även om det finns goda belägg för att sådana grupper är till stor hjälp för många människor⁸⁸, är det dock samtidigt viktigt att understryka det olämpliga i att inordna deltagande i sådan verksamhet i den organiserade vården på ett tvingande sätt (Blomqvist, 2002c; 2006c)⁸⁹. Det finns heller inga skäl att till de "läkande krafterna" i omgivningen enbart räkna organisationer eller grupper som specifikt vänder sig till människor med alkoholproblem. Snarare bör man se saken så att allt i en individs livsmiljö – fungerande familjrelationer, ett stimulerande arbete, stödjande sociala nätverk, engagerande fritidsintressen o.s.v. – som ökar motivationen att inte dricka på ett destruktivt sätt utgör sådana krafter, som de professionella hjälparna kan samarbeta med och/eller på olika sätt bidra till att stärka (Lindström, 1992; Moos, 1994). Ett av de mer konsekventa exemplen på ett i denna mening extensivt arbetssätt är den "naturalistiska approach" för att aktivera lokalsamhället i arbetet mot alkoholmissbruk, som beskrivits av Mulford (1988)⁹⁰, och som i en utvärdering visade sig ge minst lika bra resultat som dåtidens sjukhusbaserade stan-

dardbehandling, men till bara en bråkdel av dennas kostnader (Mulford, 1979). Som ett annat exempel skulle man kunna nämna det s.k. Bridge Project, som Granfield & Cloud (1999) hänvisar till som ett sätt att stärka lokalsamhällets ”sociala kapital” och därmed förbättra människors möjligheter att hantera problem med t.ex. alkohol och narkotika utan regelrätt behandling (jfr. Not 80 ovan).

Som en andra viktig aspekt av ett mer extensivt arbetssätt menar Humphreys och Tucker (2002) att *mindre resurser bör spenderas på varje enskilt kontakttillfälle* och att de interventioner som erbjuds istället bör *utsträckas så långt som möjligt i tiden*. Som exempel på detta anför de den ”extended case monitoring” som beskrivits av Stout m.fl. (1999). Innebörden i detta arbetssätt är återkommande korta kontakter på 15 – 30 minuter, med fördel per telefon, mellan å ena sidan en personlig hjälpare eller stödperson och å den andra en klient och/eller hans/hennes närmaste, där hjälparens uppgift är att hålla sig underrättad om klientens situation och vid behov ge råd och stöd i olika frågor. Initialt är kontakterna relativt täta och inriktade på att bygga upp ett förtroende mellan parterna. På längre sikt kan kontaktfrekvensen successivt minskas, men bör hållas på en nivå som gör att hjälparen i en eventuell krissituation kan ge förslag på eller föranstalta om tillfälliga mer ingripande insatser innan krisen hunnit utvecklas alltför långt. Humphreys och Tucker (2002) pekar också på möjligheten och värdet av att kombinera denna typ av långvarig kontakt med läkemedelsbehandling av ”alkoholsuget”, liksom med olika former av nyktra boenden⁹¹. Preliminära resultat tyder på att denna typ av kontakt, som kan pågå under flera år, minskar både antalet återfall och klienternas användning av mer intensiva och mer kostsamma vårdinsatser (Hilton m.fl., 2001)⁹².

Pläderingen för ett mer extensivt arbetssätt kan, som Humphreys och Tucker (2002) framhåller, ses som en logisk följd av insikten om att alkoholproblemets förlopp varierar över tid och till stor del bestäms av olika, tillfälliga eller mer beständiga inflytanden från individens levnadsmiljö (Edwards, 1989; Moos, 1994; Blomqvist, 1996a). Inte minst när det gäller den grupp av socialt marginaliserade och långvariga missbrukare som idag utgör vårdens kärngrupp – och av vilka många med stor sannolikhet behöver någon form av stöd under mycket lång tid och i inte så få fall för alltid – kan därför kontinuerliga och långvariga insatser, med inriktning på att stärka och vidmakthålla de ”läkande krafterna” i individens livsmiljö, ses som ett rimligare sätt att använda trots allt begränsade resurser än att, som idag till stor del tycks vara fallet, spendera dem på upprepade, oregelbundet återkommande, mer eller mindre intensiva insatser, som ofta avbryts och som sällan tycks leda till någon bestående förändring av de berördas missbruk eller livssituation. Sammantaget finns därför goda skäl att tro att en omprioritering från ”intensiva” till ”extensiva” strategier av det slag vi här skisserat på sikt skulle leda både till bättre livsvillkor för den grupp av ”tungta”

missbrukare som idag upptar en stor del av missbrukarvårdens kapacitet och – genom ett effektivare resursutnyttjande – till att utrymmet ökar för att erbjuda en adekvat service för den stora grupp av problemkonsumenter som idag av olika skäl inte söker eller erbjuds någon professionell hjälp.

För att hjälpsystemet ska kunna ta tillvara detta utrymme krävs dock att den hjälp som erbjuds, för de personer som ingår i den heterogena gruppen av potentiella brukare, framstår som adekvat, attraktiv och lätt att komma i kontakt med. Att motsvara det första av dessa krav – att hjälpen ur brukarperspektiv ska framstå som *adekvat* – är, menar Humphreys & Tucker (2002), till stor del en fråga om att i arbetet utgå från varje individs problemprofil, levnadssituation och egna önskemål. Konkret betyder detta bl.a. att hjälpen initialt bör inriktas på det eller de problem som fått individen att ta kontakt, oavsett om dessa direkt har att göra med hans/hennes drickande eller ej (ibid.; Cameron, 1995). Det betyder också – åtminstone när det gäller alkohol – att man inte självklart bör utgå från att helnykterhet måste vara ett slutmål, även om det ofta av medicinska och andra skäl kan vara befogat att under en tid avstå från att dricka (Humphreys & Tucker, 2002). Med hänsyn till att det inte finns någon säker kunskap om vilka klienter som drar bäst nytta av vilka behandlingsmetoder (jfr. ovan) är det vidare väsentligt att varje individ ges tillfälle att träffa ett ”informerat val” mellan olika, väl beprövade och av forskning understödda, behandlingsmetoder eller andra insatser (Blomqvist, 1991), något som rimligen ökar hans/hennes positiva förväntningar och därmed – via ett mer aktivt engagemang i behandlingen – minskar risken för avbrott och bidrar till ett bättre utfall (jfr. Frank, & Frank, 1991; Blomqvist, 1996a). Detta förutsätter i sin tur tvärdisciplinära personalteam med bred samlad kompetens (jfr. Cameron, 1995; Blomqvist, 2003). Slutligen finns det flera studier som pekar på att kontinuerlig feed-back från klient till behandlare om både den förras upplevelser av behandlingen och behandlaren och om olika konkreta framsteg vad gäller t.ex. drickande och personligt välbefinnande, bidrar till att stärka den ”terapeutiska alliansen” och därmed också ökar sannolikheten för en bestående rehabilitering (t.ex. Lieberman, 1978; Miller m.fl., 2004a&b).

För att hjälpen ska framstå som *attraktiv* och *lätt att komma i kontakt med* krävs för det första att man lyckas reducera det med missbrukarvård förbundna stigma, som gör att många människor idag drar sig för att söka den hjälp som finns. Ett bidrag till detta – liksom som vi redan nämnt till att underlätta ”sjävläkningen” – är att försöka normalisera den allmänna synen på alkoholproblem och andra rusmedelsproblem – och på människor med sådana problem. Ett annat bidrag till att avstigmatisera hjälpinsatserna är att göra dessa synliga och möjliga att nå i olika vardagliga sammanhang där människor rör sig och där problemen på olika sätt kan komma att ge sig tillkänna (Humphreys & Tucker, 2002). Detta betyder bland annat att bättre rutiner

behöver utvecklas för information, screening, rådgivning samt hänvisning till olika professionella hjälpalternativ inom t.ex. primärvård och akutsjukvård, företagshälsovård, studenthälsovård o.s.v. (ibid.). Möjligen är det också så att den typ av särorganisering av de lokala hjälpsystemen, som vi diskuterat ovan, både skulle kunna bidra till att minska det stigma som idag är förenat med att söka sådan vård och till att göra hjälpinsatserna mer tillgängliga (jfr. Mulford, 1988; Cameron, 1995).

Hög tillgänglighet är också i en annan mening av central vikt för ett hjälpsystem som vill förena brukaranpassning med kostnadseffektivitet. Som flera studier har visat är motivationen att förändra olika destruktiva livsvanor en ”färskvara” i den betydelsen att många problemkonsumenter, ofta med ganska korta intervall, växlar mellan perioder av missbruk och olika försök att förändra sin konsumtion (Mulford, 1979; Blomqvist, 1999a). Det finns också belägg för att andelen hjälpsökande på kölista som faktiskt dyker upp på uppgjord tid minskar starkt med väntetidens längd (Tucker & Davidson, 2000). Insatser för att bistå människor med alkoholproblem och andra rusmedelsproblem bör därför, som Humphreys och Tucker (2002) uttrycker det, vara tillgängliga ”on demand” och helst samma dag som man begär hjälp. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att – efter modell av vad som på flera håll görs inom den allmänna sjukvården – inrätta lokala eller regionala ”alkohol- eller rusmedelsupplysningar” per telefon, som både kan ge råd och vid behov snabbt slussa vidare till de insatser som framstår som rimliga med hänsyn till problemets omfattning och karaktär⁹³. Ett annat kan vara att koppla den form av ”självscreening” och rådgivning över internet, som vi ovan diskuterat som ett sätt att underlätta ”sjävläkningen, till möjligheter att via telefon eller e-post snabbt komma i direkt kontakt med lämplig professionell hjälp.

Sammantaget talar mycket för att det, för att lösa de dilemman som diskuterats i avsnitt 6.2.1 och för att nå de mål som de nationella handlingsplanerna pekar ut, inte räcker med att tillföra nya resurser till, och försöka implementera delvis nya behandlingsmetoder eller -tekniker inom, dagens missbrukarvård. För att kunna erbjuda en service och ett stöd, som svarar mot behov och förutsättningar i hela den heterogena gruppen av människor med alkoholproblem – och andra rusmedelsproblem – måste framtidens hjälpsystem också anta de utmaningar vad gäller organisation, innehåll och samspel med omgivningen som skisserats ovan. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det, som Moos (1994) påpekar, inte är självklart hur man ska avgränsa ”behandling” från de olika ”naturliga inflytanden” som påverkar människors vanor och sätt att leva, och att den organiserade hjälpen kanske snarast ska ses som ett sätt att kompensera för olika brister i de förmågor, resurser och möjligheter som naturen och samhället försett oss med (Blomqvist, 2003). Utifrån ett sådant betraktelsesätt, där behandlingens roll bedöms med hänsyn till det samhälleliga sammanhang där den

försiggår (Blomqvist, 2002c; Blomqvist & Cameron, 2002), står det också klart att det inte går att dra några klara och entydiga gränser mellan socialpolitiska satsningar för att stärka ”motkrafterna” mot olika former av missbruk, insatser för att förbättra förutsättningarna för ”sjävläkning” och åtgärder för att göra den professionella hjälpen mer tillgänglig och bättre anpassad till olika, aktuella och potentiella, brukares behov och förutsättningar. Istället bör de olika förslag till utveckling och förbättring på dessa områden, som vi här skisserat, ses som integrerande delar i en samlad samhällelig strategi för att motverka alkohol- och andra rusmedelsproblem.

6.3. Implikationer för fortsatt forskning

Som inledningsvis framgått kommer vissa fortsatta analyser att göras av det material som legat till grund för föreliggande rapport. Dels kommer en mer utförlig analys att göras av de skillnader mellan Sverige och Kanada vad gäller mönster för att förändra riskfyllda alkoholvanor, som översiktligt berörts i avsnitt 2.6⁹⁴. Dels kommer en särskild analys att göras av de subjektiva skäl som respondenter med olika förändringsmönster har uppgivit till att de försökt och lyckats med att förändra sina dryckesvanor eller i vissa fall slutat dricka⁹⁵. Båda dessa analyser kommer förhoppningsvis att kasta ytterligare ljus över i det första fallet vad olika kulturellt förankrade attityder och traditioner betyder för människors möjligheter och strategier när det gäller att förändra problematiska alkoholvanor, i det andra fallet hur yttre omständigheter och subjektiva överväganden samspelar i sådana besluts- eller förändringsprocesser.

De resultat vi redovisat i rapporten och den diskussion vi fört i detta avslutande kapitel har emellertid också vissa mer generella implikationer för den fortsatta forskningen kring rusmedelsproblem och förändring. En sådan implikation är insikten att den traditionella behandlingsforskningen, som i princip studerar kortsiktiga effekter av i allmänhet endast ett enda, i tiden avgränsat, behandlingstillfälle, endast ger ett ”snapshot” av förändringsprocessen (Blomqvist, 1996b; 1999; Humphreys m.fl., 1997). Att dessutom, som ofta skett i sådana studier, enbart räkna fullständig rehabilitering som ett acceptabelt utfall innebär, som påpekas av Humphreys och Tucker (2002), att man ställer betydligt högre krav på effektiviteten i behandling av missbruksproblem än när det gäller behandling av andra ”livsstilssjukdomar” som diabetes eller övervikt.

Fortsatta randomiserade kontrollerade effektstudier (RCT) av metoder som används i dagens missbrukarvård, men som inte utvärderats på detta sätt är, som vi redan varit inne på, viktiga framför allt för att ur vården kunna utrangera metoder som inte fungerar eller som är kränkande eller på andra sätt kontraproduktiva (jfr. Blomqvist, 2003; Lund, 2006). För att kunna ge positiva rekommendationer krävs emellertid också andra studier. För att bättre förstå förändringsprocessens karaktär

krävs t.ex. såväl naturalistiska studier av långsiktiga rehabiliteringsförlopp – med och utan behandling – som mikrostudier av vad som sker i förändringsprocessen i det enskilda fallet (jfr. Blomqvist, 2002a; Humphreys & Tucker, 2002; Lund, 2006). För att utvärdera betydelsen av olika behandlingsinterventioner i ett vidare och mer långsiktigt perspektiv krävs studier som inte bara fokuserar på tidsbegränsade effekter av enstaka tidsbegränsade insatser utan betraktar hjälpen ur en strategisk synvinkel – d.v.s. ser varje intervention som ett ingripande i ett pågående förlopp och försöker utröna på vilket sätt detta förlopp specifikt påverkas av olika insatser (Blomqvist, 1980). Annorlunda uttryckt krävs studier med en prospektiv design, där man kan registrera de kumulativa effekterna av flera olika interventioner och analysera hur dessa interagerar med olika inflytanden från levnadsmiljön (ibid.; Moos m.fl., 1990; Tucker & Roth, 2006). Ett exempel på en sådan uppläggning är den inledningsvis nämnda studie, som följer en grupp av tidigare obehandlade människor med alkoholproblem över tid (Blomqvist & Christophs, 2005), och som kan ses som ett komplement till den tvärsnittstudie vars resultat redovisats i föreliggande rapport. Dessutom behövs studier av hur olika strukturella och organisatoriska förutsättningar påverkar utfallet av olika former av vård. Att överbrygga den klyfta mellan de ”två världar” av alkoholforskning vi inledningsvis talat om och att utveckla och förbättra våra kunskaper om hur det går till att förbättra på olika sätt riskfyllda eller problematiska dryckesvanor, är med andra ord uppgifter som kräver flera olika, parallella och varandra kompletterande forskningsstrategier.

Referenser:

- Abrahamsson, M. (1989) Synen på missbruk – 80 år av diagnostisk rundgång. *Nordisk Socialt Arbeid*, 9 (2), 38 – 49.
- Adlaf, E.M., Ivis, F., Bondy, S., Rehm, J., Room, R. och Walsh, G. (1997) *The Ontario Drug Monitor, 1996. Technical Report*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Armor, D.J. och Meshkoff, J.E. (1983) Remission among treated and untreated alcoholics. *Advances in Substance Abuse, Vol. 3*, 239 – 269.
- Axelsson, C. (1983) Vilka är absolutister? *Sociologisk Forskning*, 20 (1), 35 – 44.
- Axelsson, M., Statistiska Centralbyrån. Pers. komm. 2004-06-18.
- Babor, T., Caetano, R. Caswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. och Rossow, I. (2003) *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy*. Oxford University Press.
- Baumeister, R.F. (1994) The crystallization of discontent in the process of major life change. I T.F. Heatherton och J.L. Weinberger (red.) *Can Personality Change?* Washington DC: APA, ss 281 – 297.
- Bakan, D. (1967) *On method: Toward a reconstruction of psychological investigation* San Francisco: Jossey-Bass.
- Barber, J.G. och Gilbertsson, R. (1998) Evaluation of a self-help manual for the female partners of heavy drinkers. I *Research on Social Work Practice*, 8, 141 – 151.
- Berglund, M. (1994) Diagnostik av alkoholproblem. I M. Berglund, S. Andréasson, A. Bergmark, L. Lindström, G. Ågren och A. Öjehagen (1994) *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm: CUS och Liber Utbildning, ss 33 – 39.
- Bergmark, A. (2001) Psykosocial behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Kan socialtjänsten dra några slutsatser? *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 18 (5-6), 510-513.
- Bergmark, A. (2004) Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). I SOU: 2004:3. *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.Forskningssupplement*. Stockholm,: Socialdepartementet, ss 477 - 488.
- Bergmark, A (2006) Evidensfrågan och kunskapsläget beträffande behandlingsåtgärder för narkotikamissbruk. I *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. www.socialstyrelsen.se; ss 16 – 27.
- Bergmark, A. och Oscarsson, L. (1987) The concept of control and alcoholism. *British Journal of Addiction*, 82, 1203 – 1212.
- Bergmark, A. och Oscarsson, L. (1988) *Drug Misuse and Treatment - A Study of Social Conditions and Contextual Strategies*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Bergmark, Å. (1994) Socialbidragen i den nya socialtjänsten. I U. Pettersson (red.) *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur, sid. 25 – 50.
- Bischof, G., Rumpf, H-J., Hapke, U., Meyer, C. och John, U. (2000) Maintenance factors of recovery from from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (12), 1773-1777.

- Bischof, G., Rumpf, H-J., Hapke, U., Meyer, C. och John, U. (2001) Factors influencing remission without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96, 1327 – 1336.
- Bischof, G., Rumpf, H-J., Hapke, U., Meyer, C. och John, U. (2003) Types of natural recovery from alcohol dependence: A cluster analytic approach. *Addiction*, 98, 1737 – 1746.
- Bischof, G., Rumpf, H-J., Hapke, U., Meyer, C. och John, U. (2004) What Triggers Remission without Formal Help from Alcohol Dependence? Findings from the TACOS-Study. I P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes och L. Öjesjö (red.) *Addiction and Life Course*. Helsinki: NAD Publication, No 44, 85 – 101.
- Blomqvist, J. (1980) *Om institutionsvinstens följder: 'Behandling av missbruk' eller 'missbruk av behandling'?* Socialförvaltningen i Stockholm: Metodbyrå II.
- Blomqvist, J. (1991) *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdresurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse.* Socialförvaltningen i Stockholm, FoU-byrå.
- Blomqvist, J. (1996) Paths to recovery from substance misuse: Change of lifestyle and the role of treatment. *Substance Use and Misuse*, 31 (13), 1807-1852 (a).
- Blomqvist, J. (1996) *Från ideologi till ekonomi. Institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier.* Socialförvaltningen i Stockholm, FoU-byrå (b).
- Blomqvist, J. (1998) The “Swedish model” of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems*, 25 (Summer), 253-320 (a).
- Blomqvist, J. (1998) *Beyond Treatment. Widening the approach to alcohol problems and solutions.* Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete: Stockholm Studies in Social Work 13 (b).
- Blomqvist, J. (1999) *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket.* Vaxholm: Bokförlaget Bjurner och Bruno (a).
- Blomqvist, J. (1999) Treated and Untreated Recovery from Alcohol Misuse. Environmental Influences and Perceived Reasons for Change. *Substance Use and Misuse*, 34 (10), 1371 – 1406(b).
- Blomqvist, J. (2000) Att sluta missbruka: behandling och andra inflytanden. I M. Berglund, S. Andréasson, A. Bergmark, J. Blomqvist, L. Lindström, L. Oscarsson, G. Ågren och A. Öjehagen *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt.* Stockholm: CUS och Liber Förlag, ss 128 – 148 (a).
- Blomqvist, J. (2000) Att dokumentera sitt arbete. *FoU-nytt, november 2000*, s. 8 (b).
- Blomqvist, J. (2001) Att lägga sitt missbruk bakom sig. Om “spontanläkning” och betydelsen av behandling. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 18 (2), 163-174 (a).
- Blomqvist, J. (2001) Gender-specific issues in unassisted recoveries from addiction problems. Paper presented at the 27th Annual Alcohol Epidemiology Symposium in Toronto, 27 May – 1 Juni, 2001 (b).
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling.* Socialtjänsten i Stockholm: FoU-enheten. FoU-rapport 2002:2 (a).
- Blomqvist, J. (2002) Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research and Theory*, 10(2), 119-168 (b).
- Blomqvist, J. (2002) Striking the balance between science and common sense. Commentary to Humphreys and Tucker. *Addiction*, 97(2), 136-137 (c).

- Blomqvist, J. (2003) Väger ut ur missbruket. Om olika sätt att lösa alkohol och narkotika-problem och om behandlingens roll. I: *Blir det bättre med behandling?* Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap, ss 35 – 49.
- Blomqvist, J. (2006) Spontanremission bei Alkohol- und Drogenmissbrauch: die Klassiker. I H. Klingemann och L. C. Sobell (red.) *Selbsteilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 49 – 82 (a).
- Blomqvist, J. (2006) Societal images of addiction and recovery – first results from a Swedish representative study. Paper prepared for the 32nd KBS Symposium, Maastricht, Netherlands, 29 May – 2 June 2006 (b).
- Blomqvist, J. (2006) Om rehabiliteringsförlopp utanför vårdsystemet och deras relevans i riktlinjesammanhang. I *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. www.socialstyrelsen.se; ss 233 – 252 (c).
- Blomqvist, J. och Cameron, D. (2002) Editorial: Moving away from addiction: forces, processes and contexts. *Addiction Research and Theory*, 10 (2), 115-118.
- Blomqvist, J. och Wallander, L. (2004). *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insats vid missbruksproblem*. FoU-enheten, Stockholm: FoU-rapport 2004:8.
- Blomqvist, J. & Christophs, I. (2005) *Vägen till vården. Kvinnors och mäns skäl att söka hjälp respektive börja behandling för alkoholproblem*. FoU-enheten, Stockholm: FoU-rapport 2005:6.
- Blomqvist, J. och Oscarsson, L. (2006) Att utvärdera behandlingseffekter vid alkoholmissbruk – några metodfrågor och deras implikationer för behandlings- och riktlinjearbete. I *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. www.socialstyrelsen.se; ss 253 – 264.
- Bohman, U., Engdal, B., Gustafsson, N-K, Hradilova-Selin, K. och Ramstedt, M. (2006) *Svenska folkets alkoholkonsumtion under år 2005*. Stockholms universitet: SoRAD, Rapp. nr 39.
- Bondy, S. och Lange, P. (2000) Measuring alcohol-related harm: Test-retest reliability of a popular measure. *Substance Use and Misuse*, 34, 1371 – 1406.
- Bourdieu, P. och Wacquant, L.D.J (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. och Kidder, L. (1982) Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Bruun, K. (1973) *Alkohol i Norden*. Stockholm: Aldus/Bonniers.
- Bruun, K. (1983) Alkoholforskningens mångfald. *Sociologisk Forskning*, 20 (1), 3 – 10.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, I., Popham, R., Room, R., Schmidt, W., Skog, O-J, Sulkunen, P. och Österberg, E.(1975) *Alcohol Policies in the Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25.
- Cahalan, D. (1970) *Problem drinkers. A national survey*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cahalan, D. och Room, R. (1974) *Problem drinking among American men*. New Brunswick, N.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Cahalan, D., Cisin, I.H. och Crossley, H.M. (1969) *American drinking practices*. New Brunswick, H.J.: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Cameron, D. (1985) Why alcohol dependence – and why now? I N. Heather, I. Robertson och P. Davies (red.) *The Misuse of Alcohol: Crucial Issues in Dependence, Treatment and Prevention*. London: Croom Helm, ss 59 – 71.

- Cameron, D. (1995): *Liberating Solutions to Alcohol Problems. Treating Problem Drinkers Without Saying No*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.
- CAN (1993) *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*. Stockholm: Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), Rapport 93.
- Chick, J. (1985) Some requirements of an alcohol dependence syndrome. I I. Robertson och P. Davies (red.) *The Misuse of Alcohol: Crucial Issues in Dependence, Treatment and Prevention*. London: Croom Helm, ss 113 – 127.
- Costello, R.M. (1980) Alcoholism Treatment Effectiveness: Slicing the Outcome Variance Pie. I G. Edwards och M. Grant (red.) *Alcoholism Treatment in Transition*. London: Croom Helm, ss 113 – 127.
- Crawford, J. och Heather, N. (1987) Public attitudes to the disease concept of alcoholism. *International Journal of the Addictions*, 22, 1129-1138.
- Cunningham, J.A. (1999) Resolving alcohol-related problems with and without treatment. The effect of different problem criteria. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 463 – 466.
- Cunningham, J. och Blomqvist, J. (2006) Examining treatment use among alcohol-dependent individuals from a population perspective. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (6), 632 – 635.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Freedman, J.L. och Sobell, M. B. (1994) Beliefs about the causes of substances abuse: A comparison of three drugs. *Journal of Substance Abuse*, 6, 219 – 226.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C. och Sobell, M.B. (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: Results from five different groups. *Addictive Behaviors*, 23, 399 – 404.
- Cunningham, J.A., Lin, E., Ross, H.E. och Walsh, G.W. (2000) Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25, 317 – 321(a).
- Cunningham, J.A., Humphreys, K. och Koski-Jännes, A. (2000) Providing personalized assessment feed-back for problem drinking on the Internet: a pilot project. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 794 – 798 (b).
- Cunningham, J.A., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A., Cordingley, J. och Callaghan, R. (2004) Characteristics of heavy drinkers: results from a natural history of drinking general population study. *Contemporary Drug Problems*, 31 (Summer 2004), 357 – 369.
- Damström-Thakker, K. (1990) *Long-Term Utilization of Medical and Social Services in a Population of Clinical Alcoholics*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Davies, D.L. (1962) Normal drinking in recovered alcoholics. *Quarterly Journal of Studies in Alcohol*, 23, 94 – 104.
- Dawson, D., Grant, B.F. och Hartford, T.C. (1995) Variation of the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problem domains. *Alcohol: Clinical. And Experimental Research.*, 19 (1), 66-74.
- Dawson (1996) Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 771 – 779.
- Dawson, D.A., Grant, B.F. Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. och Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100 (3), 281 – 292 .
- Denzin, N.K. (1989) *Interpretive Biography. Qualitative Research Methods*, Vol. 17. Newbury Park, CA: Sage.

- Drew, L.R.H.(1968) Alcoholism as a self-limiting disease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 956 – 967.
- Drew, L.R.H (1986) Beyond the disease concept of addiction: drug use as a way of life leading to predicaments. *Journal of Drug Issues*, 16 (2), 263 – 274.
- Edwards, G. (1977) The alcohol dependence syndrome: Usefulness of an idea. I G. Edwards och M. Grant (red.) *Alcoholism: New knowledge and new responses*. London: Croom Helm, ss 136 – 156.
- Edwards, G. (1980) Alcoholism treatment: between guesswork and certainty. I G. Edwards och M. Grant (red.) *Alcoholism Treatment in Transition*. London: Croom Helm, ss 171 – 183.
- Edwards, G. (1989): As the years go rolling by: Drinking problems in the time dimension. *British Journal of Psychiatry*, 154, 18 – 26..
- Edwards, G. och Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* ,i, 1058-1061.
- Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. och Room, R. (1977) *Alcohol-related disabilities*. Offset Publication No 32. Geneva: World Health Organisation.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D. och Lemmens, P.H. (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Ekendahl, M. (2004) Omöjlighetens praktik – En studie av socialtjänstens LVM-handläggning. I SOU 2004:3. *Tväng och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Forskningssupplement*. Stockholm: Socialdepartementet, ss 169 – 274.
- Emrick (1974) A review of psychologically orientated treatment of alcoholism: 1: The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523 – 549.
- Emrick (1975) A review of psychologically orientated treatment of alcoholism: 2: The relative effectiveness of treatment versus no treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88 – 108.
- Eriksson, A., Palm, J. och Storbjörk, J. (2003) *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001-2002*. Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 15
- Finney, J. (2000) Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95, (10), 1491 – 1500.
- Fingarette, H. (1988) *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*. L.A: Univ. of California Press.
- Frank, J.D. och Frank, J.B. (1991) *Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Granfield, R. och Cloud, W. (1996): The elephant that no-one sees:Natural recovery among middle.class addicts. *Journal of Drug Issues* (26 (1), 45 – 61.
- Granfield, R. och Cloud, W. (1999): *Coming Clean. Overcoming Addiction Without Treatment*. N.Y.: New York University Press.
- Grant. B. F. (1997) Prevalence and Correlates of Alcohol Use and DSM-IV Alcohol Dependence in United States: Results of the National Longitudinal Epidemiology Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464-73.

- Grant, B.F., Moore, T.C., Shepard, J. och Kaplan, K. (2003) *Source and Accuracy Statement: Wave I National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Heatherton, T.F och Weinberger, J.L. (1994; red.) *Can Personality Change?* Washington DC: APA.
- Helmersson-Bergmark, K H(2001) *Svenskarna och Alkoholen år 2000 (2001)*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut och CAN; Rapport nr 11.
- Hester, K. och Miller, W. R. (2002) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective alternatives* (3rd ed.), New York: Allyn & Bacon.
- Hilton, M.E. (1989) A comparison of a prospective diary and two summary recall techniques for recording alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 84 (9), 85-92.
- Hilton, M.E., Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Kelley, M. E., Conigliaro, R., Samet, J. H., Larson, M. J., Savetsky, J., Winter, M., Sullivan, L. M., Saitz, R., Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Hunkeler, E., Hu, T-W., Selby, J., Stout, R.L., Zywiak, W., Rubin, A., Zwick, W. och Shepard, D. (2001) Improving Alcoholism Treatment Across the Spectrum of Services. *Clinical and Experimental Research: Volume 25(1)*, 128 – 135.
- Holder, H. och Blose, J.O. (1992) The reduction of health costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *Journal of Studies in Alcohol*, 53, 293 – 302.
- Holmberg, R. (1992): *Matchning i praktiken. En studie av tillvägagångssätt vid val av behandling för missbrukare inom fyra socialdistrikt i Stockholm*. Stockholm: Socialförvaltningen, FoU-byrån.
- Hradilova Selin, K. (2004; red.) *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20 (a).
- Hradilova Selin, K. (2004) Dryckesvanor i den svenska befolkningen. I K. Hradilova Selin *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, ss 75 – 94 (b).
- Hradilova Selin, K. (2004) Inledning – bakgrund, undersökningsdesign och metod. I K. Hradilova Selin *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, ss 5 – 22 (c).
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. och Miller, S.D. (1999) *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. APA Books.
- Humphreys, K. (2004) *Circles of Recovery. Self-Help Organizations for Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Humphreys, K. och Tucker, J.A. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97 (2), 126 – 132.
- Humphreys, K., Moos, R. och Finney, J. (1995) Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20 (4): 427 – 441.
- Humphreys, K., Moos, R.H. and Cohen, C. (1997) Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (3), 231-238.
- Humphreys, K., Timko, C. och Moos, R.H. (2004) Gender Differences in the Influence of Being Married on Help-Seeking and Alcohol Abuse. I P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes och L.Öjesjö (red.) *Addiction and Life Course*. Helsinki: NAD Publication, No 44, 103 – 116.

- Huss, M. (1849-51) *Alcoholismus Chronicus eller chronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrassiernas kännedom enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm.
- Hvitfeldt, T. och Rask, L. (2005) *Skolevers drogvanor 2005*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Hübner, L. (2001) *Narkotika och alkohol i den allmänna opinionen*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Rapport nr 99.
- Hänninen, V. och Koski-Jännes, A. 1999. Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction* 94 (12) 1837-1848.
- IOGT-NTO (2006) Pressmeddelande. www.iogt.se.
- James, W. (1902) *The varieties of religious experience*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Jellinek, E.M. (1960) *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Conn.: Hillhouse Press.
- Johansson, K-O. (2001) *Rapport om LVM-vårdens utveckling under 1990-talet samt uppföljningar av 25 LVM-anmälda personer under år 1999*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Staben.
- Järvinen, M. (1998) *Det dårlige selskab. Missbruk – behandling – omsorg*. Holte, Danmark: Socpol.
- Kendell, R.E och Staton, M.C (1966) The fate of untreated alcoholics *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 30 – 41.
- Kissin, B. (1977) Theory and practice in treatment of alcoholism. I B. Kissin och H. Begleiter (red.) *The Biology of Alcoholism, Vol. 5: Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic*. New York: Plenum Press, ss 1 – 51.
- Klingemann, H. (1991) The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-44.
- Klingemann, H. (1992) Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International Journal of the Addictions*, 27, 1359-88.
- Klingemann, H. (2005) Population attitudes toward self-change in Switzerland. Paper prepared for the 1st international working group meeting of the collaborate SINR project. St Peters Insel, Switzerland, September 18 – 21 2005.
- Klingemann, H. och Bergmark, A. (2006) The Legitimacy of Addiction Treatment in a World of Smart People. *Addiction*, 101, 1230-1237.
- Klingemann, H. och Zulewska, J (2006) Selbstheilungsfreundliches und selbstheilungsfeindliches Gesellschaftsklima – Konsequenzen für die Suchtpolitik. I H. Klingemann och L.C. Sobell (red.) *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 197 – 230.
- Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgins, D. Hunt, G. Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M och Tucker, J. (2001) *Promoting Self-Change from Problem Substance Use*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Knupfer, G. (1972). *Ex Problem Drinkers*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Korpi, W. (2001) Ledare. *SiStone*, 6.
- Koski-Jännes, A. (2002) Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addiction Research and Theory*. 10 (2), 183-201.

- Kreitman, N. (1986) Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81, 353 – 363.
- Kristiansen, A. (1999) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Umeå University, Department of Social Welfare: Social Work Studies 28.
- Kristiansen, A. och Svensson, B. (2003) *Byråkrati och narkomani går inte ihop. Livsvillkor och värderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. Mobilisering mot narkotika. www.mobilisera.nu.
- Kühlhorn, E. (1983) Vårdforskning på alkoholområdet. *Sociologisk Forskning* 20 (1), 71 – 80.
- Kühlhorn, E., Hibell, B., Larsson, S., Ramstedt, M. och Zetterberg, H.L. (2000) *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Alkoholinspektionen, FHI, Svenska Bryggerförbundet och Vin & Sprit AB. Stockholm.
- Lander, I., Olsson, B. Rönneling, A. och Skrinjar, M. (2002) *Narkotikamissbruk och marginalisering. Slutrapport från MAX-projektet*. Rapport nr 65. Stockholm: CAN.
- Leifman, H. (2004) Den svenska alkoholkonsumtionsutvecklingen. I Hradilova Selin, K. (red.) *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, ss 41 – 46.
- Lieberman, B.L. (1978) The role of mastery in psychotherapy. I J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S.D. Imber, B.L. Liberman och A. Stone *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, ss 35 – 72.
- Lindgren, Å. (2001) *Rörelse i tiden: en bok om kampen för ett nyktrare Sverige*. Stockholm: Sober.
- Lindström, L. (1986). *Val av behandling för alkoholism*. Stockholm: Liber Förlag.
- Lindström, L. (1992) *Managing Alcoholism. Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Lindström, L. (1994) *Ideal och verklighet i missbrukarvården*. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 11 (3), 170 – 176.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. och Nuttbrock, L. (1997) On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (2), 177 – 190.
- Loder, J.E. (1981) *The transforming moment: Understanding convictional experiences* New York: Harper & Row.
- Lund, L-G. (2006) Metaperspektiv på psykologin – del II. *Psykologtidningen*, 2, 19 – 22.
- Malmström, U. och Arvidsson, O. (2004) Styrdokument för riktning och kvalitet. *Socionomen*, 3, 64 – 66.
- Marlatt, G. A. (1988) Matching clients to treatments. Treatment models and stages of change. I D.M. Donovan och G.A. Marlatt (red.) *Assessment of Addictive Behaviors*. N.Y.: Guilford Press, sid. 474 – 483.
- Marlatt, G.A., Tucker, J.A., Donovan, D.M. och Vuchinik, R.E. (1997) Help-seeking by substance abusers: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. I L.S. Onken, J.D. Blaine och J.J. Boren (red.) *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug dependent individual in treatment*. Rockville, M.D.: NIDA Monograph # 165, sid. 44 – 84.
- McAdams, D.P. (1994) Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. I T.F. Heatherton och J.L. Weinberger (red.) *Can Personality Change?* Washington DC: APA, ss 299 – 313.

- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Metzger, D.S., Grissom, G.R., Woody, G.E., Luborsky, L. och O'Brien, C.P. (1994) Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141 – 1158.
- Milligan, G.W. och Cooper, M.C. (1987) Methodology review: clustering methods. *Applied Psychological Measures*, 11, 329 – 354.
- Miller, W.R. och Brown, J.M. (1991) Self-regulation as conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. I N. Heather, W.R. Miller och J. Greeley (red.) *Self-control and addictive behaviors*. New York: Pergamon Press, ss. 3 – 79.
- Miller, W. R. och C' deBaca, J. (1994) Quantum Change: Toward a psychology of transformation. I T.F. Heatherton och J.L. Weinberger (red.) *Can Personality Change?* Washington DC: APA, ss 253 – 280.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. och Hubble, M.A. (2004) Beyond Integration: the Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, 10, 2 – 20 (a).
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R. och Brown, G.S.. (2004) The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology* (b)
- Moeri, R. (1997) Auswertung der Kurzevaluation der Kampagne ‚Drogen, nüchtern betrachtet‘ – eine Mehrheit beurteilt die Kampagne positiv. *BAG-Bulletin* 42. Bern.
- Moos, R. (1994) Treated or untreated, an addiction is not an island unto itself (editorial). *Addiction*, 89, 507-509.
- Moos, R.H. och Moos, B.S. (1994) *Life Stressors and Resources Inventory: Adult Form Manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R.H. och Moos, B.S. (2006) Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use. *Addiction*, 101(2), 212-222.
- Moos, R.H., Finney, J.M. och Cronkite, R.C. (1990) *Alcoholism Treatment. Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.
- Mulford, H. (1979) Treating alcoholism versus accelerating the natural recovery process: a cost-benefit comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 505 – 513.
- Mulford, H. (1988) Enhancing the natural control of drinking behaviour: catching up with common sense. *Contemporary Drug Problems*, 15, 321 – 334.
- Mäkelä, K., Room, R., Single, E., Sulkunen, P. och Walsh, B. (1981) *Alcohol, Society and the State. A Comparative Study of Alcohol Control*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- NIAAA (1992) *Alcohol Alert No 16: Moderate drinking*. Rockville, MD: US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- NIAAA (2005) *NIAAA purpose and vision*. Rockville, MD: US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Noda, T., Imamichi, H., Kawata, A., Hirano, K., Ando, T., Iwata, Y. och Yoneda, H. (2000) Long-term outcome in 306 males with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 55, 579 – 586.
- Nordberg, L. (1989) Generalized Linear Modeling of Sample Survey Data. *Journal of Official Statistics*, 5 (3), 223 – 239.
- Nordström, G. (1987) *Successful Outcome in Alcoholism: A Prospective Long-term Follow-up Study*. University of Lund, Department of Psychiatry.
- Norström, T. och Romelsjö, A. (1996) Några studier av relevans för alkoholpolitiken i Sverige. I G. Edwards (red.) *Alkoholpolitik*, ss 258 – 302.

- Norström, T. och Ramstedt, M. (2006) Sweden—is alcohol becoming an ordinary commodity? *Addiction 101 (11)*, 1543–1545.
- Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I. och Skog, O.-J. (2002) Mortality and population drinking. I T. Norström (red.) *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, ss 149 – 168.
- Norusis, M. (1993) *SPSS for Windows: Base User's Guide: Release 6.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Orford, J. (1986) Critical conditions for change in the addictive behaviours. I W.R. Miller och N. Heather (red.) *Treating Addictive Behaviors. Processes of Change*. New York: Plenum Press, ss 91 – 108.
- Orford, J. (1999) Future research directions: A commentary on Project Match. *Addiction, 94 (1)*, 62 – 66.
- Oscarsson, L. (1999) Dokumentation, metodutveckling och kvalitet i missbrukarvården – Hur kan vi lära av varandra om vad som ger resultat? I *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Oscarsson, L. (2001) Missbrukarvården och samhället – utvecklingen under 90-talet. *Sociologin*, 5, 20-25.
- Palm, J. och Storbjörk, J. (2003) *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000-2001*. Stockholms universitet: SoRAD – Forskningsrapport nr 9.
- Pattison, E.M. (1976) Non-abstinent drinking goals in the treatment of alcoholics. I R.J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant m.fl. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 3*. New York: John Wiley, ss 401 – 455.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. och Sobell, L.C. (1977; red.) *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.
- Peele, S. (1999) Natural remission as a natural process. Models of addiction/remission and their consequences. Paper presented at the International Conference on Natural History of the Addictions. Les Diablerets, Switzerland, 7 – 12 March, 1999.
- Porter, L., Argandoña, M. och Curran, W.J. (1999) *Drug and Alcohol Dependence Policies. Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation*. Geneva: WHO.
- Powell, B.J., Landon, J.F., Cantrell, P.J., Penick, E.C., Nickel, E.J., Liskow, B.I., Coddington, T.M., Campbell, J.L., Dale, T.M., Vance, M.D. och Rice, A.S. (1998) Prediction of Drinking Outcomes for Male Alcoholics after 10 to 14 Years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research 22 (3)*, 559 – 566.
- Prop. 2000/01:20 *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Prop. 2005/06:30 *Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Ramstedt, M. (2004) Alkoholkonsumtion och risken för alkoholrelaterade problem bland svenska kvinnor och män – en riskkurvsanalys. I K. Hradilova Selin (red.) *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, 2004, ss 119 – 132.
- Raistrick, D. och Davidson, R. (1985) *Alcoholism and Drug Addiction*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Rimm E.B., Giovannucci E.L., Willett W.C., Colditz G.A., Ascherio A., Rosner B. och Stampfer M.J. (1991) Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet*, 338(8765), 464-468.
- Rimm, E.B., Klatsky, A., Grobbee, D. och Stampfer. M.J. (1996) Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine or spirits? *British Medical Journal*. 312 (7033), 731 – 736.
- Roman, P.M. och Trice, H.M. (1977) The sick role, labeling theory and the deviant drinker. I E.M. Pattison, M.B Sobell och L.C. Sobell, (red.) *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer, ss 51 – 60.
- Roizen, R. (2004) How does a Nation's 'Alcohol Problem' Change from Era to Era? Stalking the Social Logic of Problem-Definition Transformation Since Repeal. I C. Tracy och C. Acker (red.) *Altering the American Consciousness: Essays on the History of Alcohol and Drug Use in the United States 1800 – 2000*. Amherst and Boston: University of Massachusetts Press.
- Roizen, R. och Fillmore, K. (2001) Some notes on the new paradigmatic environment of "Natural Remission" studies in alcohol research. *Substance Use and Misuse*, 36, 11, 1443 – 1465.
- Roizen, R., Cahalan, D. och Shanks, P. (1978) Spontaneous remission among untreated problem drinkers. I D.B. Kandel (red.) *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington DC: Hemisphere Publishing, ss. 197 – 221.
- Room, R. (1977) Measurement and Distribution of Drinking Problems in General Populations. I G. Edwards, M.M. Gross, M. Keller, J. Moser och R. Room (red.) *Alcohol-related disabilities*. Geneva: WHO Offset Publication No 32, ss 61 – 87.
- Room, R. (1998) Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases: A shifting kaleidoscope. *Drug and Alcohol Review*, 17 (3), 305 – 317.
- Room, R. (2000) Preventing alcohol problems: popular approaches are ineffective, effective approaches are politically impossible. I J. Topa (red.) *European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems*. Porto: Centro Regional de Alcoologica do Porto (CD-ROM).
- Room, R. och Hradilova-Selin (2004) Sammanfattning och slutdiskussion. I K. Hradilova-Selin *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, ss 199 – 210.
- Room, R., Bondy, S. och Ferris, J. (1995) The risk to harm on oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499 – 513. K. Hradilova Selin *Svenska dryckes-vanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr 20, 2004, ss 199 – 210.
- Rosenfield, S. (1977) Labelling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62 (4), 660 – 672.
- Rush, B. (1814) *An Inquiry Into the Effects of Ardent Spirits Upon the Human Body and Mind*. 8th edition, E. Merriam & Company: Brookfield
- Rumpf, H-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. och John, U. (2000) Studies on natural recovery from alcohol dependence: Sample selection bias by media solicitation. *Addiction*, 95, 765 – 775.

- Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. och Haynes, R.B. (1997) *Evidence Based Medicine: How to Practice and Use EBM*. N.Y.: Churchill Livingstone.
- Sahlin, I. (1999) Preventionens innebörd och tillämpningar. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 16 (4-5), 231 – 249.
- Saunders, W.M. och Kershaw, P.W. (1979) Spontaneous remission from alcoholism. A community study. *British Journal of Addiction.*, 74, 251-265.
- SBU (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning* (Volym I och II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schmidt, L. och Weisner, C. (1993) "Spare people" in the public sector human services. Paper presented at the International Conference on Alcohol and Drug Treatment Systems, KBS Thematic Meeting. Toronto, Canada, October, 18 – 22, 1993.
- SiS (2004) SiS prövar ny vårdmodell för missbrukare. Pressmeddelande 2004-04-01. www.statinst.se.
- Shaw, S.J. (1979) A critique of the concept of the alcohol dependence syndrome. *British Journal of Addiction*, 74, 339 – 348.
- Simpson, C.A. och Tucker, J.A. (2002) Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addictive Behaviors*, 659 – 674.
- Skinner, H.A. och Sheu, W.J. (1982) Reliability of alcohol use indices: The lifetime drinking history and the MAST. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1157 – 1170.
- Smart, R.G. (1975) Spontaneous recovery in alcoholics: A review and analysis of the available research. *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 277 – 285.
- Smith, J.E. och Myers, R.J. (1995) The community reinforcement approach. I R.K. Hester och W.R. Miller (red.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon, 251 – 266.
- Sobell, M.B. och Sobell, L.C. (1999) Stepped care for alcohol problems: an efficient method for planning and delivering clinical services. I J.A. Tucker, D.M. Donovan och G.A Marlatt (red.) *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford, 331 – 343.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Toneatto, T. och Leo, G.I. (1992) Recovery from alcohol problems without treatment. I N. Heather, W.R. Miller och J. Greeley (red.) *Self-control and addictive behaviors*. New York: Pergamon Press, ss 198 – 241.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Toneatto, T. och Leo, G.I. (1993) What triggers resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 217-224.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A. och Sobell, M.B. (1996): Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population studies. *American Journal of Public Health*, 86, 966 – 972.
- Socialdepartementet (2004) *Kommittédirektiv. En vårdöverenskommelse om missbrukarvården*. Regeringskansliet, Dir. 2002:164.
- Socialstyrelsen (2004) *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001 – 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen (a).
- Socialstyrelsen (2004) *Insatser och klienter i behandlingsenheter (IKB) 1 April 2003*. Stockholm: Stockholm: Socialstyrelsen (b).

- Socialstyrelsen (2004) *Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen (c).
- Socialstyrelsen (2005) *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006) *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. www.socialstyrelsen.se.
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg.
- SOU 2000:126 *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2004:3 *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk – stimulan till bättre vård och behandling*. Stockholm: Socialdepartementet. Utredningen En vårdöverenskommelse inom missbrukarvården.
- Storbjörk, J. och Room, R. (in press) The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research and Theory*.
- Stout, R.L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W. och Bellino, L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness for alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addictive Behaviors*, 24, 17 – 35.
- 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.
- Sulkunen, P. (2004) *Policy relevant social science. Book Review*. Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift. English Supplement, 21 (182 – 184).
- Takala, J-P. (1989) The concept of control between scientific and everyday uses. I F. Duckert, A. Koski-Jännes och S. Rönnberg (red.) *Perspectives on Controlled Drinking*. NAD Publication No 17. Helsinki: NAD, ss 5 – 24.
- Takala, J-P., Klingemann, H. och Hunt, G. (1992) Afterword: Common directions and remaining divergencies. I H. Klingemann, J-P. Takala och G. Hunt (red.) *Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. New York: State University of New York Press, sid. 285 – 304.
- Tengvald, K. (2004) Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningfulla insatser. I N. Varg (red.): *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi*. Stockholm. Socialstyrelsen, sid. 25 – 50.
- Thorley, A. (1985) The limitations of the alcohol dependence syndrome in multidisciplinary service development. I I. Robertson och P. Davies (red.) *The Misuse of Alcohol: Crucial Issues in Dependence, Treatment and Prevention*. London: Croom Helm, ss 72 – 94.
- Tsogia, D., Copello, A. och Orford, J. (2001) Entering treatment for substance misuse: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 10 (5), 481 – 499.
- Tucker, J.A. och Davidson, J.W. (2000) Waiting to see the doctor: the role of time constraints in the utilization of health and behavioral health services. I W.K. Bickel och R.E. Vuchinik (red.) *Reframing Health Behavior Change with Behavioral Economics*. N.J.: Lawrence Erlbaum, 97 – 126.

- Tucker, J.A. och Gladsio (1993) Help-seeking and recovery by problem drinkers: characteristics of drinkers who attended Alcoholics Anonymous or formal treatment or who recovered without treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 529 – 542.
- Tucker, J.A. och Roth, D. L. (2006) Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders. *Addiction* 101 (7), 918 – 932.
- Tucker, J.A. och Sobell, L.C. (1992) Influences on Help-Seeking for Drinking Problems and on Natural Recovery Without Treatment. *Behavior Therapist*, 15, 12 – 14.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. och Gladsjo, J.A. (1994): Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 401 – 411.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. och Pukish, M.M. (1995): Molar environmental contexts surrounding recovery from alcohol problems by treated and untreated problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3(2), 195 – 204.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. och Rippens, P.D. (2002) Environmental Contexts Surrounding Resolution of Drinking Problems among Problem Drinkers with Different Help-Seeking Experiences. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3), 334 – 341.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. och Rippens, P.D. (2004) Different variables are associated with help-seeking patterns and long-term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 29, 433 – 439.
- Vaillant, G. (1983) *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Vaillant G (1995) *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wadeskog, A., Nilsson, I. och Svedin, L. (1986) *Rehabilitering av missbrukare – en ekonomisk analys*. Stockholms socialförvaltning, FoU-byrå: Rapport nr 48.
- Wampold, B. (2001) *The great psychotherapy debate*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Wallander, L. och Blomqvist, J. (2005) *Vad styr vårddvalen? En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård*. FoU-enheten, Stockholm: FoU-rapport 2005:1.
- Walters, S.T., Hester, R.K., Chiauuzzi, E. och Miller, E. (2005) Demon Rum: High-Tech Solutions to an Age-Old Problem. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (2), 270 – 277.
- Vetenskap och Praxis (2001) *Alkohol- och narkotikaproblem – Effektiv hjälp finns i vården*. Vetenskap och Praxis, 3 – 4. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (www.wbu.se).
- Öjesjö, L. (2000) The Recovery from alcohol problems over the life course. The Lundby longitudinal study, Sweden. *Alcohol*, 22, 1-5.

Noter:

Kapitel 1

¹ Jellinek, av många betraktad som pionjären inom denna forskningstradition, urskiljer i sitt opus magnum, *The Disease Concept of Alcoholism* (1960), fem huvudtyper av alkoholism, av vilka han menar att två (gamma och delta) är att betrakta som sjukdomar.

² Roizens tes är, i korthet, att förhoppningen på den nya alkoholforskning som efter totalförbudets upphävande 1933 började utvecklas i USA, initialt var att den skulle ge en vetenskapligt korrekt bild av alkoholfrågans enorma komplexitet och gå tillrätta med de många myter och förenklingar som dittills under 1900-talet präglade kampen mellan ”våta” och ”torra” intressen. Den enda instans som visade sig intresserad av att finansiera en sådan forskning var emellertid alkoholindustrin. Därmed uppstod för forskarna ett dilemma: en forskning som främst ägnade sig åt alkoholens relation till fenomen som allmän hälsa, fattigdom etc. skulle ofrånkomligen komma att producera resultat som skulle komma att tolkas antingen till alkoholnäringens fördel eller till dess nackdel. I det förstnämnda fallet skulle man komma att anklagas för enögdhet och bristande objektivitet; i det andra skulle man riskera att anslagen drogs in. I detta läge framstod alkoholismbegreppet, som efter förbudstiden kraftfullt lanserats av den s.k. ”alkoholismrörelsen” som en möjlig räddningsplanka. Alkoholismrörelsens tes – som väl passade tidsandans krav att avpolitiserade alkoholfrågan – var att det inte var alkoholen i sig, utan alkoholismen – definierad som ett problem som enbart drabbar en mindre grupp på något sätt predestinerade individer – som var problemet. För en forskning som fokuserade på denna grupp och detta problem fanns inga etiska svårigheter med att ta emot bidrag från alkoholindustrin.

³ Med primärprevention brukar man i sammanhang som dessa avse åtgärder för att förhindra uppkomsten av problem, med sekundärprevention insatser för att tidigt upptäcka och motverka fortsatt utveckling av problemen och med tertiärprevention insatser för att förhindra återfall eller helt enkelt behandling. Medan primärprevention innebär generella insatser på befolkningsnivå, riktar sig sekundärprevention till grupper som, på grund av personliga karakteristika eller på grund av att de lever eller uppehåller sig i vissa sammanhang, uppfattas ha särskilt hög risk att utveckla olika problem. Tertiärprevention, i sin tur, riktar sig till individer med identifierade problem.

⁴ Idag tycks det dock, som vi ska återkomma till i kapitel 6, inte vara ovanligt att synen på alkoholproblem som ett uttryck för en ”sjukdom” går hand i hand med en fördömande eller moraliserande syn på de ”drabbade”.

⁵ Såväl populationsstudier som visat på alkoholproblemets heterogenitet och starka samband med sociokulturella faktorer, som laboratoriestudier och andra studier, som visat att diagnostiserade alkoholister under olika omständigheter kunnat avstå från alkohol och modifiera sitt drickande samt longitudinella studier som visat att många i samma grupp över tid upphört med sitt drickande (se vidare Blomqvist, 1999a).

⁶ För utförligare behandling av debatten kring detta begrepp, se t.ex. Bergmark & Oscarsson (1987), Takala (1989) och Blomqvist (1998a).

⁷ Vilket inte innebär att de förnekar förekomsten av ett ”fysiskt beroende”, manifesterat t.ex. i form av abstinenssymptom, hos människor med en långvarig och omfattande konsumtion.

⁸ Detta syndrom anses av konstruktörerna fånga en grupp kliniskt iakttagbara fenomen som uppfattas uppträda tillsammans tillräckligt ofta för att förtjäna beteckningen syndrom. Syndrombeskrivningen löser upp den gamla sjukdomsmodellens dikotomi mellan alkoholister och icke-alkoholister genom att postulera att alla syndromets element utgör kontinua och genom att föreslå en biaxial modell, där olika biomedicinska och psykosociala problem analytiskt separeras från kärnsyndromet, ”beroende”. De grundläggande elementen i syndromet beskrevs från början vara (a) ett alltmer stereotypt dryckesmönster, (b) alkoholbegärets dominans över andra motiv, (c) ökad alkoholtolerans, (d) upprepade

förekomst av abstinenssymptom, (e) upprepat lindrande av dessa symptom genom fortsatt drickande, (f) ett upplevt tvång att dricka, (g) syndromets snabba återuppträdande om en beroende dricker igen efter en helnykter period (Edwards & Gross, 1976). Varken det första eller sista elementet kom dock någonsin att ingå i definitionen av ”beroende” i något av de två stora diagnossystemen, DSM och ICD, och i de nuvarande versionerna (DSM-IV respektive ICD-10) kan diagnosen beroende i själva verket ställas på grundval av ett person ignorera andra aktiviteter för att dricka, lägger mycket tid på alkoholrelaterade aktiviteter och dricker trots negativa konsekvenser, d.v.s. kriterier som alla är härledda från det andra av de ursprungliga kriterierna, alkoholbegärets dominans över andra aktiviteter (jfr. Room, 1998). I en sådan version framstår ”beroende” knappast som så mycket mer än en omskrivning av det iakttagbara fenomenet att en person dricker mycket och på ett sannolikt destruktivt sätt (Blomqvist, 1999a).

⁹ Det kan dock noteras att Edwards, en av syndromets upphovsmän, samtidigt som syndromet beskrivs i termer av ”mer eller mindre” snarare än ”antingen – eller”, förmodar att ”...*någonstans i landskapet finns ett verkligt odjur som väntar på att bli upptäckt, snarare än bara ett godtyckligt snitt på ett kontinuum, en etikett, en avskryvård och mystisk medikalisering*” (1980, sid. 309).

¹⁰ I princip kan man säga att DSM-IV-diagnosen av beroende, som är baserad på uppfyllandet av vilka tre som helst av sju kriterier, innefattar 99 olika mönster eller typer av beroende.

¹¹ T.ex. helnykterhet, ”socialt drickande”, ”atypiskt missbruk” och ”typiskt missbruk” (Nordström, 1987).

¹² T.ex. tids- och kostnadshänsyn och möjligheten att få tillgång till ingående och omfattande redogörelser för rehabiliteringsförloppet.

¹³ Sannolikt till stor del för att denna forskning i det klimat som rådde från början till stor del var inriktad på att belägga att fenomenet ”sjävläkning” överhuvudtaget existerade (jfr. Blomqvist, 2001a).

¹⁴ ”Måttligt” definierades sammanhanget som högst 5 standarddrinckar under någon dryckesdag och 1 - 4 standarddrinckar högst två gånger per vecka.

¹⁵ Beroende på skillnader vad gäller t.ex. attityder till och bemötande av personer med alkoholproblem och vad gäller behandlingssystemens omfattning och utformning (Blomqvist, 2001a).

Kapitel 2

¹⁶ Definitionen av ett standardglas varierar i viss mån mellan olika länder och olika undersökningar. Här har standardglas definierats som 13,6 gram ren alkohol, en definition som möjliggör jämförelser bl.a. med den kanadensiska parallellstudien och som samtidigt är relativt lätt att översätta till i Sverige förekommande dryckesenheter. I frågeformuläret översattes standardglas med en snaps (4 cl) starksprit, ett stort glas (12- 15 cl) lättvin, en flaska (33 cl) starkvin eller starkcider eller en burk (50 cl) folköl eller motsvarande.

¹⁷ Det bör dock noteras i sammanhanget att såväl blodalkoholhalt som upplevelsen av berusning varierar med många andra faktorer än dryckesmängden, t.ex. kön, kroppsvikt, dryckessituation, dryckeshastighet och aktuell sinnesstämning; jfr. Hradilova Selin (2004b).

¹⁸ Framför allt gällde detta frågorna om behandling och andra myndighets- eller hjälpkontakter.

¹⁹ Urvalen drogs som proportionella stratifierade urval (PSU) med obundna slumpmässiga urval inom arton strata, bildade utifrån kön, tre åldersklasser och tre utbildningskategorier. För att nå avsett antal individer utvaldes knappt en halv procent (0.049) av befolkningen i varje stratum att ingå i urvalet. Detta förfarande anses öka precision och representativitet jämfört med ett rent slumpmässigt urval. Ett problem i sammanhanget är dock att många gängse statistikprogram (t.ex. SPSS som använts i föreliggande undersökning) förutsätter OSU vid framför allt multivariata statistiska analyser. Det faktum att urvalsfraktionen som framgår ovan är densamma i samtliga strata bör dock innebära att detta ”designfel” inte allvarligt äventyrar analysen (Axelsson, M., pers. komm.). Dessutom bör risken för felslut motverkas av att stratifieringsvariablerna – av såväl teoretiska som empiriskt grundade skäl – inkluderats som oberoende variabler i de multivariata analyserna (jfr. Nordberg, 1989).

²⁰ Skälet till detta förfarande var att det visade sig att screeningintervjuerna i vissa avseenden inte fungerade på önskvärt sätt, främst beroende på att flera intervjupersoner och i vissa fall även några intervjuarna missförstått vissa av urvalsfrågorna. Detta medförde att datainsamlingen avbröts efter knappt halva den första intervjuomgången för att tas upp igen när instrument och instruktioner justerats.

²¹ Kön, ålder, civilstånd, antal barn, högsta utbildningsnivå (grundskola, gymnasium, högskola), sysselsättning (anställd, studerande, pensionär, övrigt), hushållsinkomst (≤ 120.000 SEK, $120.000 - 320.000$ SEK, > 320.000 SEK) och boende. Uppgifter om kön, ålder och utbildningsnivå hämtades från SCB:s register över totalbefolkningen respektive utbildningsregister.

²² Till skillnad mot vad som befunnits vara fallet i vissa andra svenska undersökningar (jfr. Leifman, 2004) visade sig G/F-måtten här ge något högre värden – och något lägre standardavvikelser – än Q/F-måtten för såväl genomsnittlig dagskonsumtion som konsumtion per dryckesdag, både vad gäller senaste året och den period då respondenterna drack ”som mest”.

²³ Mer precis ombads respondenterna ange när de första respektive sista gången upplevt respektive symptom. Detta betyder att de som definierats som ”beroende” under den period då de drack som mest uppvisat tre eller fler symptom under hela perioden, inte nödvändigtvis under ett och samma år. Detta betyder sannolikt i sin tur att vi med denna definition fångar något fler än vi skulle ha gjort än om vi kunnat registrera beroendesymptom år för år.

²⁴ Dessa frågor ställdes för att kunna avgöra olika hjälperfarenheters betydelse för de förändrade alkoholvanorna, något som varit ett problem i tidigare undersökningar (jfr. Cunningham och Blomqvist, 2006).

²⁵ Detta mått, som använts i flera internationella undersökningar såväl som i Blomqvists och Christophs’ (2005) svenska studie av tidigare obehandlade problemkonsumenter, omfattar fyra femgradiga items rörande organisations- och föreningsmedlemskap, omfattningen av sociala nätverk, samt aktuell aktivitet på dessa områden. Detta sätt att mäta social aktivitet har klar släktskap med begreppet ”socialt kapital” som det används i Granfields och Clouds (1999) studie av ”sjävläkning” av alkohol- och narkotikaproblem; nämligen som de resurser som individen har tillgång till i kraft av sitt nätverk av relationer med individer och institutioner; relationer som innebär ett ömsesidigt igenkännande och erkännande och som hon/han kan repliera på, ensam eller tillsammans med andra, för att agera i sitt eget intresse (jfr. Bourdieu & Waquant, 1992).

²⁶ Ett skäl att inkludera denna fråga var att Humphreys m.fl. (1995) funnit att starka sociala nätverk både kan befrämja och motverka förbättring av problematiska alkoholvanor, beroende på om detta umgänge huvudsakligen är ”torrt” eller ”vått”.

²⁷ Avlidna, utflyttade, adress okänd, saknar telefon eller av andra skäl ej anträffade.

²⁸ Hänvisar till frivillighet, svarar aldrig på undersökningar, har ej tid, ogillar undersökningens syfte.

²⁹ På grund av sjukdom, institutionsboende, språksvårigheter m.m.

³⁰ Bl.a i den meningen att de äldre till någon del kan ha glömt perioder av ”riskkonsumtion” som utspelat sig lång tillbaka i tiden och/eller att yngre respondenter, uppvuxna i en tid med mindre moraliserande attityder till en relativ högkonsumtion av alkohol, varit mindre benägna att för sig själva eller andra förneka att de druckit på ett potentiellt riskabelt sätt (se vidare kapitel 3, sid. 34).

³¹ Jfr Kühlhorn m.fl. (2000), som bedömer att bortåt sjuttio procent av aktuella missbrukare inte fångas av slumpade befolkningsurval.

³² Oviktade värden (jfr. Not 35 nedan).

³³ För att ändå korrigera eventuella skevheter i dessa avseenden och för att se till att varje respondents svar i de statistiska analyserna tillmäts betydelse i proportion till den andel i befolkningen han eller hon representerar har data viktats med avseende på kön, ålder och utbildningsnivå. Testanalyser med och utan viktade värden visade sig emellertid ge mycket marginella skillnader i resultat (se t.ex. Not 35 nedan) vilket bekräftar att tillförlitligheten i redovisade analyser inte äventyras av selektivitet i bortfallet i dessa avseenden. I de analyser som redovisas i rapporten har oviktade värden använts för att ange sampelstorlekar, i statistiska analyser som bygger på mycket små sampel samt – med hänsyn

till de problem som diskuterats ovan i Not 19 – i de multivariata analyserna.

³⁴ Maximalkonsumtion per dryckesdag, antal helnyktra vänner under den period då man drack ”som mest”, samt hushållsinkomst.

Kapitel 3

³⁵ Tabellen anger oviktade värden. De skillnader som inträffar när viktning tillämpas är endast att andelen helnyktra bland kvinnorna ökar från 5,1 % till 5,4 % och att andelen ”tidigare riskkonsumenter” sjunker från 9,0 % till 8,8 %. Bland männen sjunker andelen ”tidigare riskkonsumenter” från 19,5 % till 19,3 %, medan andelen ”aktuella riskkonsumenter” ökar från 10,8 % till 10,9 %. Detta betyder att den totala andelen helnyktra ökar från 4,3 % till 4,4 %, att den totala andelen ”riskkonsumenter” minskar från 14,2 % till 14,1 % och att den totala andelen aktuella ”riskkonsumenter” ökar från 7,0 % till 7,1 %.

³⁶ Ett pressmeddelande från IOGT 2006-09-20 framhåller t.ex. att föreningen under de senaste 20 månaderna fått 20.000 nya medlemmar. Medlemstillströmningen uppges ha varit särskilt stor dels bland aktiva kristna, dels bland muslimer, för vilka medlemskapet i nykterhetsrörelsen uppgivits ha betydelse också ur integrationssynpunkt (www.iogt.se).

³⁷ Undersökningar som gjorts under det senaste dryga decenniet tyder t.ex. på att alkoholkonsumtionen bland svenska män är som högst i mitten av tjugoåren, därefter sjunker och ligger på en relativt låg nivå från 30-årsåldern, varefter den sjunker ytterligare från 40-årsåldern och till mitten av 50-åren (Leifman, 2004). Bland kvinnor är konsumtionen som högst i de tidiga 20-åren, varefter den sjunker fram till mitten av 30-åren, där det åter sker en viss ökning, som består fram till mitten av 50-åren. I de äldsta åldersgrupperna sker en klar ytterligare minskning av konsumtionen för båda könen (ibid.).

³⁸ Eftersom intervjuarbetet i huvudsak debiterades efter tidsåtgång var upplägget att i screening-intervjun – utöver några nödvändiga ”uppmjukningsfrågor” – endast ställa de frågor som krävdes för att avgöra om varje respondent tillhörde den egentliga undersökningsgruppen eller ej. Eftersom screeningen riktades till drygt 4.000 personer hade varje ”extra” fråga i denna del riskerat att äventyra undersökningens budget.

³⁹ D.v.s. att två eller flera av de oberoende variablerna har så starka inbördes samband att det äventyrar resultatet av analysen.

⁴⁰ Personer som inte har barn under 18 år vid frågetillfället är överrepresenterade dels i den yngsta åldersgruppen (där många ännu inte är ”färdiga” för föräldraskap), dels i åldrarna över 50 (där många har vuxna barn).

⁴¹ Variabler som är gemensamma för de båda analyserna är kön, ålder och utbildningsnivå. Variablen yrkesstatus i Hradilova Selins analyser motsvaras grovt av variabeln sysselsättning i våra tabeller. Dessutom ingår i Hradilova Selins analyser variablerna inkomst, ortstyp och region, men inte variabeln civilstånd som ger utslag i vår analys.

⁴² Detta indikeras av värdet på Nagelkerke r^2 , som kan ses som ett grovt mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av de studerade bakgrundsvariablerna tillsammans.

⁴³ Mer specifikt skiljer denna indelning, som utformats av professor Ulf Rydberg för Systembolagets testguide ”Testaren”, mellan ”lågkonsumenter” (upp till motsvarande 15 cl starksprit i veckan för män och motsvarande 12 cl för kvinnor), ”medelkonsumenter” (upp till 40 cl för män och 30 cl för kvinnor), ”riskkonsumenter” (upp till 75 cl för män och 55 cl för kvinnor), samt ”högkonsumenter” (mer än motsvarande 75 cl starksprit i veckan för män och mer än 55 cl för kvinnor). Det är att märka att ”Testarens” definition av ”medelkonsument” ganska väl motsvarar t.ex. NIAAA:s rekommendationer för kvinnor, men anger en något lägre nivå för männen. Det är också att notera att ”högkonsumtion” i ”Testarens” språkbruk innefattar alla former av problemdrickande, medan ”riskkonsumtion” framstår som en mellankategori. I de flesta andra sammanhang torde ”högkonsumtion” syfta på en omfattande men inte problematisk konsumtion.

⁴⁴ Av 176 kvinnor i undersökningen som någonsin druckit på vad vi definierat som ”risknivå” har 157 inte gjort detta det senaste året.

⁴⁵ Av de nämnda studierna framgår bl.a. att 74 % av socialtjänstens klienter och 70 % av beroendevårdens klienter är män, att 79 % respektive 74 % är ensamstående, att 85 % respektive 77 % saknar arbete, att 38 % respektive 30 % är lågutbildade och att 54 % respektive 35 % saknar egen bostad.

Kapitel 4

⁴⁶ Det bör observeras att det inklusionskriterium som användes i screeningintervjun (att någonsin ha intensivkonsumerat minst en gång i veckan under en månads tid) teoretiskt kan täcka in en eller flera, längre eller mer tillfälliga, perioder av intensivkonsumtion; d.v.s. såväl längre perioder av relativ högkonsumtion, som intensivdrickande under t.ex. under semester eller annan ledighet. När de intervjuade i uppföljningsintervjun ombetts definiera den period då de drack ”som mest” har de emellertid i allmänhet tänkt i längre tidsintervall, vilket framgår av att endast en drygt femton procent angett perioder kortare än ett år (Tabell 14). Samtidigt har en dryg fjärdedel av respondenterna, som svar på en direkt fråga, angivit att de haft mer än en sådan period (ibid.). Konkret torde dessa uppgifter betyda att vi fångat jämförelsevis stabila mönster av högkonsumtion och riskkonsumtion och därmed också i huvudsak stabila och påtagliga förändringar i alkoholvanorna. Däremot har vi knappast i någon högre grad fångat ”semesterdrickande” eller den typ av relativt snabba och stundom situationsbetingade fluktuationer i dryckesvanorna, som är vanliga under de relativa ungdomsåren (upp till trettioårsåldern) och som sedan oftast ersätts av med stabila mönster I de fall intervjupersonerna uppgett flera perioder då de druckit ”som mest” torde detta snarare indikera att man gjort aktiva försök att förändra sina alkoholvanor, som på längre sikt inte ”lyckats”. Se även Not 66 nedan.

⁴⁷ I termer av ”Testarens” klassificeringar (jfr. ovan avsnitt 3.3 och Not 43) betyder detta att knappt en tredjedel av de intervjuade när de drack som mest var ”högkonsumerter” (d.v.s. drack på en definitivt problematisk nivå), medan drygt en fjärdedel var ”riskkonsumerter” och återstoden ”medelkonsumerter”. Under det senaste året har, enligt samma klassificering, knappt två tredjedelar varit ”lågkonsumerter” (inkluderande de helnyktra) och knappt en tredjedel ”medelkonsumerter”, medan ungefär en av tjugo varit ”riskkonsument”.

⁴⁸ Knappt tre fjärdedelar av dem som på detta sätt definierats som ”beroende”, rapporterade minst fyra symptom, knappt hälften rapporterade minst fem symptom och en fjärdedel rapporterade alla sex symptomen under den aktuella perioden.

⁴⁹ D.v.s. att vilka tre som helst av sex (ICD-10) eller sju (DSM-IV) kriterier är tillräckliga för att ge upphov till diagnosen. I tidigare, konjunktiva, versioner måste vissa kriterier (t.ex. indikationer på fysiskt beroende) föreligga.

⁵⁰ Av de nitton personer som uppgett tre sådana symptom under det senaste året hade sjutton angivit att de känt ett sug att dricka, femton att de någon gång druckit fast de ej planerat att göra det och fjorton att de någon gång druckit mer än de från början avsett.

⁵¹ Enligt 1954 års Nykterhetsvårdslag § 1 skulle alkoholmissbruk anses föreligga ”då någon, *ej blott tillfälligt*, använder alkoholhaltiga drycker till skada för sig eller annan”.

⁵² I termer av ”Testarens” klassificeringar (jfr. Not 43) har knappt 9 av 10 av de personer som här definierats som ”måttliga” varit ”lågkonsumerter” och återstoden ”medelkonsumerter”. Av de personer som här definierats som ”normalkonsumerter” har hälften enligt ”Testarens” klassificeringar varit ”lågkonsumerter”, ungefär fyrtio procent varit ”medelkonsumerter” och en dryg tiondel ”riskkonsumerter”. Ingen av de intervjuade har som framgått ovan (Not 47) under det senaste året motsvarat ”Testarens” definition av ”högkonsument”.

⁵³ Intensivkonsumtion av detta slag har per definition inte förekommit bland de ”måttliga”.

⁵⁴ I den kanadensiska studien ställdes frågorna på ett sådant sätt att det inte – till skillnad mot vad som var fallet i den svenska studien – gick att avgöra vilka symptom och konsekvenser som hade inträffat under den period då de intervjuade drack som mest.

⁵⁵ Denna tolkning stöds av ett antal logistiska regressioner där kön, dryckesvariablerna, de variabler som indikerar situationen vid förändringen samt de variabler som indikerar hur förändringen gick till introducerades i fyra olika steg. Vad gäller jämförelsen mellan måttliga och helnyktra visade denna analys att den svaga signifikansen för kön försvann när dryckesvariablerna introducerades och då istället dryckesmängd och beroende visade sig signifikanta, att signifikansen för dryckesmängd försvann när familjesituation och social aktivitet/"socialt kapital" introducerades, samt att signifikansen för beroende försvann när "förändringsvariablerna" introducerades.

⁵⁶ "Hit rock bottom" representerar det slag av dramatisk och avgörande vändpunkt som förekommer i den klassiska AA-berättelsen; "cross-road types" representerar personer som, på ett mindre dramatiskt sätt upplever sig ha stått inför ett existensiellt vägval; "pressure-sensitive types" är personer som snarare givit efter för omgivningens påtryckningar än träffat ett eget val; och "drifting out"-kategorin representerar personer för vilka förändringarna i drickande eller drogtagande var de mer eller mindre omedvetna konsekvenserna av andra livsförändringar.

⁵⁷ Hänninen och Koski-Jännes (1999) skiljer mellan "the personal growth story", "the mastery story", "the AA story", "the co-dependence story" och "the love story. Blomqvist (2002a) skiljer på en "utvecklings- och mognadshistoria", en "omvändelsehistoria", en historia om "insikt och frigörelse" och en historia om "rationalitet och viljestyrka".

⁵⁸ Den största gruppen, som kan sägas motsvara gruppen "sjävläkare" som den oftast beskrivs, karakteriserades av jämförelsevis lågt beroende och få alkoholrelaterade problem, svagt socialt "tryck" och starkt socialt stöd. En något mindre grupp kännetecknades av starkt beroende, men bara måttliga alkoholrelaterade problem, samt lågt socialt "tryck" och ett relativt svagt socialt stöd. Den tredje och minsta gruppen uppvisade starkt beroende, mycket stora problem och starkt socialt "tryck", samt jämförelsevis stort socialt stöd. Bischof m.fl. (2003) drar utifrån resultaten slutsatsen att kombinationen starkt beroende och omfattande negativa konsekvenser gör "sjävläkning" mindre sannolik om det inte finns ett omfattande informellt stöd.

⁵⁹ Niogradig additiv skala, från ensam, lågutbildad, utanför arbetsmarknaden och låg inkomst till gift eller sambo med arbete, universitetsutbildning och hög inkomst.

⁶⁰ Sexgradig additiv skala där ena polen är att förändringen inte var planerad och skedde gradvis och den andra att den var planerad samt skedde tvärt och efter flera medvetna försök.

⁶¹ Femgradig additiv skala från ingen hjälp alls till såväl informell hjälp som upprepad professionell behandling.

⁶² Ett alternativ hade varit att använda problemperiodens längd. Eftersom en knapp tredjedel av respondenterna haft mer än en sådan period och eftersom vi av intervjutekniska skäl endast har uppgifter om när den första av dessa började och när den sista av dessa slutade, har vi föredragit att använda ålder när den sista perioden slutade. Korrelationen (Pearson) mellan de två alternativa måtten är dock stark ($r^2 = .667$; $p < .001$).

⁶³ Genom att clusteranalysen kräver valida värden i alla underliggande variabler kom på grund av internbortfall i vissa svar (sid. 27 ovan) totalt trettioen respondenter (9,1 %) att exkluderas ur denna analys.

⁶⁴ De resonemang som återges i följande avsnitt har tidigare utvecklats i Blomqvist (1999a).

Kapitel 5

⁶⁵ Dessa studier har bl.a. visat att människor ofta inte tar kontakt med vården förrän de haft alkoholproblem i många år (Blomqvist & Christophs, 2005), att mer än nio av tio aktuella klienter i olika vårdformer varit med om vård för missbruksproblem tidigare (Blomqvist, 1996b; Eriksson, m.fl., 2003; Palm & Storbjörk, 2003) och att tidigare vård de facto är den faktor som bäst predicerar sannolikheten att bli föremål för vård (Storbjörk & Room, in press).

⁶⁶ Dessa uppgifter kan vid första anblicken tyckas förvånande med hänsyn till att ett inklusionskriterium var att ha druckit minst fem glas minst en gång i veckan under minst en månad (avsnitt 2.2). Förklaringen är att de intervjuade i uppföljningsintervjun oftast tänkt i längre tidsintervall än den månad av intensivkonsumtion, som inklusionskriteriet omfattar och som frågan i screeningintervjun gällde. Detta har vissa fall inneburit att den *genomsnittliga* frekvensen av intensivkonsumtion under denna period – så som denna fångats av frågorna i fortsättningsintervjun - blivit lägre än vad inklusionskriteriet anger.

⁶⁷ Korrelationen (Pearsons r) är .28 med hur ofta man druckit och .20 med hur mycket man druckit per dryckesdag, samt .39 med hur ofta man intensivkonsumerat. Detta resultat ligger i linje med resultaten av Ramstedts (2004) analys av konsumtionsmängder, frekvensen av intensivdrickande och upplevda psykosociala problem, som bl.a. visar att det krävs både en hög totalkonsumtion och en relativt frekvent intensivkonsumtion för att mer än relativt få ska uppleva t.ex. problem med lag och ordning eller relationsproblem p.g.a. sitt drickande.

⁶⁸ Det kan i sammanhanget också noteras att endast drygt en av tio ”högkonsumerter” själva upplevde att de haft någon form av alkoholproblem, medan en stor majoritet i de övriga grupperna upplevde sig ha haft åtminstone vissa problem.

⁶⁹ The National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (t.ex. Grant, 1997).

⁷⁰ The 2001-2002 National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions (Grant et al., 2003)

⁷¹ Att andelen ”sjävläkare” var något lägre i den kanadensiska parallellstudien än i föreliggande studie kan till en del bero på dels att denna hade en något snävare definition av vad som varit en problemfri konsumtion under senaste året (jfr. ovan sid. 56), dels inte frågade om behandlingens betydelse för lösningen. Dessutom påverkas resultaten sannolikt av kulturella skillnader som det finns skäl att återkomma till i annat sammanhang.

⁷² Jfr ovan Not 25

⁷³ Bl.a. eftersom annonser som söker ”sjävläkare” främst förefaller attrahera personer som anser sig ha ”något att berätta”, vilket tenderar att vara de som tagit sig ur mycket omfattande problem (jfr. Blomqvist, 1999a). Det kan i sammanhanget också noteras att strikta inklusionskriterier i sådana studier (t.ex. utvecklat beroende) i sig minskar möjligheterna att upptäcka skillnader mellan t.ex. behandlade och obehandlade m.a.p. problemen svårighetsgrad (ibid.).

⁷⁴ Index baserat på familjesituation, utbildning och situation på arbetsmarknaden (se Not 59 ovan)

⁷⁵ Dessa variabler korrelerar starkt med i tur och ordning problemtidens längd, andel dagar man druckit minst fem standardglas, respektive antal beroendesymptom. Principen har här varit att utesluta den variabel som visat den svagaste signifikansen i den bivariata analysen. Variabeln negativa konsekvenser är dessutom relativt kraftigt snedfördelad.

Kapitel 6

⁷⁶ På produktion, import, export och partihandel.

⁷⁷ Än så länge på starköl och vin, men med stor sannolikhet med tiden också på sprit.

⁷⁸ Även om behovet av insatser mot alkoholproblem under senare år fått ett ökat utrymme på EU:s agenda, och även om den s.k. östutvidgningen inom EU på sikt kan tänkas ge ökat stöd till den ”svenska linjen” i den europeiska alkoholpolitiken.

⁷⁹ Jfr. Antonovsky (1979; 1991), som med utgångspunkt från sitt salutogena perspektiv på hälsa och sjukdom menar att det inte räcker att studera orsaker till olika slag av sjukdom och ohälsa utan är än viktigare att identifiera de ”motståndskrafter” människor använder sig av för att bemästra den mängd stressfaktorer livet utsätter dem för och anpassa sig till villkor som ofrånkomligen förändras.

⁸⁰ Granfield och Cloud (1999) nämner som exempel det s.k. Bridge Project som riktade sig till ungdomar i ett av Denvers mest utsatta områden. Som ett led i detta program för att öka närområdets samalde ”sociala kapital” erbjöds varje skolelev en mentor, som inte bara stödde dem i deras studier,

utan också fungerade som rollmodell och vägledare till olika sociala aktiviteter som erbjöd intressanta och konstruktiva alternativ till gängliv, kriminalitet och missbruk. En viktigt resultat av detta program var också att många före detta elever efter fullbordade studier återvände till lokalsamhället och själva ställde upp som mentorer för yngre kamrater.

⁸¹ De tre kampanjer som författarna beskriver är ”A sober look at drugs”, syftande till att visa att och hur det går att sluta med opium eller kokainmissbruk; ”Handle with care”, syftande till att få människor att skära ned sin alkoholkonsumtion till nivåer som inte gör långsiktig skada, och ”Milestone” inriktad på att hjälpa människor att hitta ”det rätta tillfället” att sluta röka.

⁸² Sådana manualer kan utgå från konkreta erfarenheter av självläkning eller från olika teoretiska modeller, och kan vara riktade såväl till problemkonsumenten själv som hans/hennes anhöriga (Barber & Gilbertsson, 1998; Klingemann & Zulewska, 2006).

⁸³ Det bör påpekas att här finns ett brett utbud av aktörer som företräder sinsemellan mycket olikartade synsätt på alkoholproblem och förespråkar sinsemellan mycket olikartade lösningsmodeller. Moderation Management (MM) och SMART ger t.ex. råd med inriktning på måttlighet, medan AA och Rational Recovery (RR) beskriver helnykterhet som den enda lösningen. RR tar samtidigt starkt avstånd från MM:s och AA:s betoning av gruppens betydelse och beskriver vägen ut ur missbruket som en helt individuell angelägenhet.

⁸⁴ Vad vi kan säga är att det finns omständigheter av såväl neurobiologisk som psykologisk och social art som ökar risken för en sådan utveckling och att långvarig problemkonsumtion dessutom har konsekvenser på alla dessa nivåer som verkar i samma riktning (Blomqvist, 1998b). Det faktum att alkoholproblemen på aggregerad nivå framstår som heterogena och starkt formade av olika omgivningsinflytanden utesluter inte heller att vi så småningom kommer att kunna urskilja kvalitativt olika problemlöslöpp (jfr. Sulkunen, 2004; Blomqvist, 2006a).

⁸⁵ Inom medicinen, varifrån detta begrepp hämtats innebär ”evidensbaserad medicin” en systematisk och objektiv sammanvägning av beprövad klinisk erfarenhet, olika slag av ”extern”, vetenskaplig evidens och patientens egna önskemål (Sacket, m.fl., 1997). I debatten om evidensbaserad inom socialtjänsten och missbrukarvården har dock ”evidensbaserad” i huvudsak kommit att betyda ”baserad på resultat av randomiserade kontrollerade studier (RCT)”; jfr. avsnitt 1.2 ovan.

⁸⁶ Detta gäller t.ex. metoder som tolvstegsbehandling, kognitiv beteendeterapi och motiverande intervju. För fullständighetens skull ska samtidigt påpekas att andra metoder som SBU (2001) håller fram som effektiva (t.ex. CRA och motivationshöjande behandling) används i ganska liten utsträckning i praktiken och att flera av de vanligast förekommande metoderna (t.ex. social färdighetsträning, jagstärkande psykoterapi och lösningsfokuserad behandling) inte finns bland dem som enligt SBU har ett tillfredsställande vetenskapligt stöd för sin effektivitet, främst av det skälet att det saknas godtagbara, kontrollerade studier av deras effekter. Det bör i detta sammanhang också observeras att det inte finns någon standardiserad placebo som kan användas som kontrollvillkor i RCT-studier av t.ex. missbruksbehandling, och att det begrepp ”sedvanlig behandling” som används i SBU-rapportens sammanställningar är en sammanfattande beteckning för en lång rad mycket olikartade kontrollbehandlingar i de olika studier som granskats. Det är därför missvisande att, när man drar slutsatsen att det finns ”specifika metoder” som är mer effektiva än ”sedvanlig behandling”, likställa den senare beteckningen med vad som till vardags sker inom svensk missbrukarvård (t.ex. Blomqvist, 2002a).

⁸⁷ Som visats i studier av Holmberg (1992) och Wallander och Blomqvist (2005) tycks idén att börja med den billigaste och minst ingripande insatsen, både tidigare ha varit och idag vara en av flera, ibland inbördes inkompatibla, strategier som svenska socialarbetare mer eller mindre spontant använder för att försöka ”matcha” klient och insats.

⁸⁸ Författarna framhåller t.ex. att deltagande i sådana grupper i flera studier visat sig leda till både minskat missbruk och ökat välbefinnande, något som framför allt förklaras med att gruppen utgör en del av deltagarnas liv och därför, till skillnad mot behandling, kan utöva ett bestående inflytande (Humphreys m.fl., 1997; Humphreys, 2004).

⁸⁹ Det är t.ex. viktigt att betona att många människor har svårt att acceptera de mer ideologiska inslagen i olika självhjälpgruppers program, samt att det saknas samlad kunskap eventuella negativa sidoeffekter av att delta i sådana grupper (Blomqvist, 2006c). Dessutom är det på ett mer principiellt plan viktigt att påminna om att autenticiteten i olika frivilliga hjälpinitiativ riskerar att urholkas om de görs till en integrerad del av det professionella vårdsystemet (Bergmark & Oscarsson, 1988; Blomqvist, 1996b, 2002c). Det framstår därför som viktigt att inte tumma på frivilligheten när det gäller deltagande i sådana grupper (Blomqvist, 2006c).

⁹⁰ En grundtanke i denna ansats, som utvecklades i några lokalsamhällen i Iowa på 1960- och 1970-talen, var att involvera omgivningen – såväl enskilda personer som arbetsplatser, organisationer och olika lokala serviceorgan – så mycket som möjligt i varje missbrukares rehabilitering. En annan var att inte ta över ansvaret för den enskildes handlande utan att inrikta de samlade ansträngningarna på att stärka hans eller hennes motiv för att sluta missbruka och förutsättningar för att leva ett missbruksfritt liv. Den anställda personalen bestod av lokala samordnare med uppgift att svara för uppsökande insatser, sätta enskilda missbrukare i kontakt med olika stödjande personer och sammanhang och fungera som katalysatorer i dessa ”naturliga rehabiliteringsprocesser”. Det kan tilläggas att samma principer som tillämpades i detta försök – att på ett konsekvent sätt understödja och utveckla de faktorer i individens livsmiljö som stärker motiven att leva nyktert och försvagar de faktorer som bidrar till fortsatt missbruk – kan sägas präglade den s.k. Community Reinforcement Approach (CRA; t.ex. Smith & Myers, 1995), ett arbetssätt som i flera forskningsöversikter framstått som ett av de mest framgångsrika när det gäller att hjälpa de tyngsta och socialt mest marginaliserade missbrukarna (ibid.; Blomqvist, 1991; 1999a).

⁹¹ Vad gäller opiatmissbruk finns på motsvarande sätt stöd för långvariga psykosociala stödkontakter i kombination med kontrollerad substitutionsbehandling.

⁹² Även om Stout m.fl. (1999) talar om hjälparen som en ”case manager”, vilket kan tyckas implicera ett myndighetsperspektiv, förefaller arbetssättet snarare ha likheter med Kissins (1977) idé om att varje ”tung” missbrukare borde tilldelas en personlig stödperson eller ”generic counselor” med uppgift att lotsa honom/henne igenom olika myndighetsingripanden, sätta honom/henne i kontakt med lämpliga hjälpinstanser och samordna olika insatser i syfte att åstadkomma ett för individen optimalt utfall (jfr. Blomqvist, 1991). Det påminner också både om vad kontakten med en AA-sponsor kan innebära för klienter som accepterar denna organisations målsättningar och budskap och om den roll de personliga ombuden inom psykiatri förväntas ha.

⁹³ När detta korrekturläses meddelas att Stockholms läns landsting inrättat en rådgivning per telefon, Alkohollinjen, dit man kan vända sig både för direkt rådgivning och för att vid ett antal tillfällen bli uppringd för rådgivning och uppföljning. Telefontiden är dock än så länge begränsad till tre timmar per dag under fyra veckodagar.

⁹⁴ Motsvarande punkt i) i avsnitt 2.1 ovan.

⁹⁵ Motsvarande punkterna g) och h) i avsnitt 2.1 ovan.

Appendix 1: Frågeformulär (förkortad version)

Screeningintervju:

- S1: Antal personer i hushållet (inklusive respondenten) idag
- S2: Antal barn under 18 år i hushållet idag
- S3: Gift, sambo eller ensamstående idag
- S4: Typ av bostad för närvarande (villa/radhus, lägenhet, annan)
- S5: Förfogande över bostaden (ägd, andel/bostadsrätt, hyrd)
- S6: Högsta utbildning
- S7: Huvudsaklig sysselsättning
- S8: Hushållsinkomst föregående år
- S9: Uppfattning om svenskens drickande senaste fem år (ökat, minskat, oförändrat)
- S10: Syn på alkoholproblem (sjukdom, flykt, svag vilja, dålig vana, reaktion på yttre villkor)
- S11: Möjligt ta sig ur alkoholproblem utan behandling (för alla, för de flesta, för vissa, för mycket få, inte alls)
- S12: Möjligt trappa ned till måttligt drickande (för alla, för de flesta, för vissa, för mycket få, inte alls)
- S13: Själv någonsin druckit alkohol (Nej → avsluta; ja → S14)
- S14: Någonsin druckit minst 5 glas vid samma tillfälle minst en gång i veckan under minst fyra veckor i rad (Nej → avsluta; ja → S15); ett "glas" = ett snapsglas sprit på 4 cl, eller ett glas vin på 12-15 cl, eller en flaska starköl, cider eller alkoholäsk på 33 cl eller en burk folköl).
- S15: Druckit några alkoholhaltiga drycker under de senaste 12 månaderna (Nej → avsluta screening; ja → S16)
- S16: Hur ofta druckit alkohol under senaste 12 månaderna (mer än en gång per dag, så gott som varje dag, 4 – 5 dagar i veckan, 2 – 3 dagar i veckan, en gång i veckan, 2 – 3 gånger i månaden, en gång per månad, 6 – 11 gånger under året, en gång under året)
- S17: Hur många "glas" druckit i genomsnitt de dagar druckit under senaste 12 månader
- S18: Hur ofta under senaste 12 månader druckit minst 5 glas vid samma tillfälle (alternativ som i S16)
- S19: Någonsin under minst en månad i sträck druckit mer än senaste 12 månader
- S20: Planer att sluta / minska drickande under kommande 6 månader (om ja: öppen fråga: hur tänker kring detta)
- S21: Upplevd risk råka ut för skador eller sjukdom p g a drickande (skala 1 – 10)

Uppföljningsintervju: (om ja på S14 och nej på S15 *eller* ja på S14 och 2-3 gånger i månaden eller mindre ofta på S16 *eller* ja på S19)

Frågor om drickande under senaste 12 månader:

- D1: Största antal ”glas” druckit vid ett och samma tillfälle
- D2: Hur ofta druckit 12 ”glas” eller mer vid samma tillfälle
- D3: Hur ofta druckit mellan 8 och 11 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- D4: Hur ofta druckit mellan 5 och 7 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- D5: Hur ofta druckit 1 mellan 3 och 4 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- D6: Hur ofta druckit mellan 1 och 2 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- D7: Hur länge druckit på samma sätt som under senaste året
- D8: Syn på eget drickande sista år (helnykter, utan problem, stora problem, beroende, alkoholist)

Frågor om drickande under den period då drack som mest

- M1: En eller flera perioder
- M2: Ålder när första respektive senaste perioden började
- M3: Hur ofta drack alkohol under denna period/dessa perioder (alternativ som i S16)
- M4: Hur många ”glas” drack i genomsnitt de dagar drack
- M5: Största antal ”glas” drack vid ett och samma tillfälle
- M6: Hur ofta drack 12 ”glas” eller mer vid samma tillfälle
- M7: Hur ofta drack mellan 8 och 11 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- M8: Hur ofta drack mellan 5 och 7 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- M9: Hur ofta drack 1 mellan 3 och 4 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- M10: Hur ofta drack mellan 1 och 2 ”glas” (men inte mer) vid samma tillfälle
- M11: Drack oftast ensam, oftast tillsammans med andra eller lika ofta ensam och med andra

Frågor om förändringen

- F1: Ålder när första gången tänkte på att sluta med / minska drickandet
- F2: Ålder när faktiskt slutade / minskade
- F3: Gjort allvarligt försök sluta / minska innan lyckades (Nej → F6; ja → F4)
- F4: Gjort ett eller flera tidigare försök sluta / minska (Flera → ange antal)
- F5: Antal försök som ledde till att höll upp /drack mindre under minst ett halvår respektive minst en månad)

- F6: Vad gjorde att först började tänka på att sluta minska (öppen fråga)
- F7: Vad gjorde att till slut lyckades
- F8: Slutade /minskade tvärt eller trappade ner
- F9: Hur bar sig åt för att sluta / minska (medvetna strategier eller knep; öppen fråga)
- F10: Syn på eget drickande när drack som mest (alternativ som i D8)
- F11: Fick någon hjälp av anhöriga eller närstående
- F12: Kände krav / påtryckningar från anhöriga eller närstående
- F13: Fick ultimatum av någon
- F14: Aktuella planer att minska / sluta (om ej slutat helt; om ja: öppen fråga: hur tänker kring detta)
- F15: Upplevd risk råka ut för skador eller sjukdom p g a drickande (skala 1 – 10)

Frågor om beroendesymptom (BK 1 – 11) och konsekvenser (BK 12 – 16):

Någonsin upplevt något av följande (om ja ålder första och sista gång; hänt under senaste år; hur länge sedan)

- BK1: Känt väldigt starkt sug eller begär att dricka alkohol
- BK2: Druckit trots att bestämt sig för att inte göra det
- BK3: Druckit mer eller under längre tid än planerat
- BK4: Försökt sluta eller minska utan att lyckas
- BK5: Fått skakningar eller blivit sjuk när försökt skära ned / sluta
- BK6: Tagit återställare för att må bättre dagen efter druckit
- BK7: Behövt dricka mer för att uppnå samma effekt som tidigare
- BK8: Struntat i att göra saker brukar tycka om för att dricka istället
- BK9: Använt mycket tid till att dricka, skaffa alkohol eller återhämta sig
- BK10: Druckit trots hälsoproblem relaterat till drickandet
- BK11: Druckit trots att blivit deprimerad, likgiltig eller misstänksam
- BK12: Drickande skadat förhållande till vänner och bekanta
- BK13: Drickande skadat fysiska hälsan
- BK14: Drickandet skadat familjeliv / äktenskap / samboförhållande
- BK15: Drickandet lett till problem vad gäller arbete / utbildning
- BK16: Drickandet skadat egen / familjens ekonomi
- BK17: Använt narkotika mer än enstaka gång

Frågor om behandling och andra hjälperfarenheter

BB1: Någonsin fått någon form av behandling eller organiserad hjälp för alkoholproblem (Nej → AK1; ja → frågor om specifika alternativ enligt nedan)

För varje alternativ: Någonsin varit med om (ja – nej); om ja: antal gånger / ålder första gång / ålder senaste gång / bidragit till bättre dryckesvanor (i hög grad/i viss mån / inte alls)/ i förekommande fall: fullföljt programmet (alltid / ibland / aldrig)

BB2: Avgiftning / tillnyktring på inom sjukvården

BB3: Behandling av alkoholproblem på sjukhus

BB4: Behandlingshem för alkoholproblem

BB5: Öppenvårdsprogram inom beroendevården (landsting)

BB6: Annan öppenvårdsbehandling för alkoholproblem

BB7: Kontakt med socialarbetare p g a alkoholproblem

BB8: Behandling / rådgivning för alkoholproblem inom företagshälsovården

BB9: Behandling för rattfyllerister

BB10: Behandling för alkoholproblem inom kriminalvårdens frivård

BB11: Behandling av alkoholproblem på fängelse

BB12: Behandling av alkoholproblem vid akutmottagning inom psykiatri

BB13: Kontakt med AA / Länkar eller annan självhjälpgrupp

BB14: Rådgivning / behandling för alkoholproblem av präst / andlig ledare

BB15: Annan behandling / hjälp för alkoholproblem

Frågor om andra kontakter p g a alkoholproblem

För varje alternativ: Någonsin varit med om (ja – nej); om ja: ålder första gång / ålder senaste gång /

AK1: Familjebehandling / familjeterapi

AK2: Socialtjänstens barn- och ungdomsvård

AK3: Gripen / åtalad för brott beroende på eget drickande

AK4: Annan kontakt med polis med anledning av eget drickande

AK4: Kontakt med annan myndighet med anledning av eget drickande

Avslutande frågor

AF1: Någon biologisk förälder haft problem med alkohol (mor / far / båda)

AF2: Antal barn i hushållet när förändrade drickandet till det bättre

AF3: Gift, sambo eller ensamstående när förändrade drickandet

AF4: Typ av bostad när förändrade drickandet

- AF5: Förfogande över bostaden när förändrade drickandet
- AF6: Huvudsaklig sysselsättning när förändrade drickandet
- AF7: Hushållsinkomst när förändrade drickandet
- AF8: Antal föreningar / organisationer med i när förändrade drickandet
- AF9: Hur ofta föreningsaktivitet när förändrade drickandet
- AF10: Hur många nära vänner när förbättrade drickandet
- AF11: Hur ofta kontakt med närmaste vänner när förändrade drickandet
- AF12: Partner / annan i hushåll som hade alkoholproblem när förändrade drickandet
- AF13: Antal personer med alkoholproblem som hade regelbunden kontakt med när förändrade drickandet
- AF14: Antal helnyktra / måttliga personer som hade regelbunden kontakt med när förbättrade drickandet
- AF15: Antal föreningar / organisationer med idag
- AF16: Hur ofta föreningsaktivitet idag
- AF17: Hur många nära vänner idag
- AF18: Hur ofta kontakt med närmaste vänner idag
- AF19: Partner / annan i hushåll som har alkoholproblem idag
- AF20: Antal personer med alkoholproblem som har regelbunden kontakt med idag
- AF21: Antal helnyktra / måttliga personer som har regelbunden kontakt med idag
- AF22: Någon form av längre utbildning sedan förändrade drickandet (om ja: vad)

Tack, utrymme för frågor / kommentarer / fråga om eventuellt deltagande i längre personlig intervju

Appendix 2: Tabeller

Tabell A1: Olika grupper av f.d. "riskkonsumenter". Analyser enligt K-means och Ward (hierarkisk analys) jämförda.

Ward:	K-means ^a :	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Totalt
Cluster 1		130 ^b	4	16	159
Cluster 2		0	18 ^b	0	18
Cluster 3		19	0	112 ^b	131
Totalt		158	22	128	308

a) $\chi^2 = 42, 95; df 4; p < .001$; b) > 50 % av alla fall i både rad och kolumn faller inom respektive cluster

Tabell A2 Drickande och situation då och nu: tre cluster jämförda.

	Cluster 1 (N=158)	Cluster 2 (n=22)	Cluster 3 (n=128)	p ^a
<i>Drickande "som mest"</i>				
Procent dryckesdagar (M)	29,9	59,3	26,0	****b
Glas per dryckesdag (M)	6,9	7,8	5,3	****c
Glas per dag (M)	2,7	6,1	1,5	****b
Procent dagar 5+ glas (M)	23,6	62,1	12,0	****d
Procent dagar 12+ glas (M)	6,6	19,6	2,4	****b
Antal beroendesymptom (M)	2,0	5,2	1,2	****d
Antal konsekvenser (M)	0,3	2,9	0,1	****b
Andel "högkonsumenter"	32 %	0 %	63 %	***
Andel "problemkonsumenter"	33 %	0 %	25 %	***
Andel "beroende"	35 %	100 %	12 %	***
Andel använt narkotika	15 %	23 %	11 %	ns
Ålder när ändrade (M)	26,9	37,5	27,8	****b
<i>Socialt (när ändrade):</i>				
Andel kvinnor	29 %	23 %	41 %	*
Andel gifta/samboende	43 %	23 %	52 %	(*)
Andel med barn under 18	25 %	36 %	29 %	ns
Andel utanför arbetsmarkn.	9 %	32 %	5 %	***
Andel med låg inkomst	54 %	62 %	44 %	(*)
Soc. akt /"soc. kapital" (M)	10,8	9,0	10,9	**e
Antal nyktra vänner (M)	5,5	4,8	4,2	ns
Antal vänner m. alk.probl. (M)	1,3	4,2	0,2	****b
Andel partner m. alk.probl.	6 %	5 %	2 %	ns

a) χ^2 ; ANOVA: (*) = < .10; * = < .05; ** = < .01; *** = < .001; Scheffé post hoc test (p < .05): b) 2 > 1,3; c) 1,2 > 3; d) 2 > 1 > 3; e) 2 < 1,3;

Tabell A2 Drickande och situation då och nu: tre cluster jämförda (forts).

	Cluster 1 (N=158)	Cluster 2 (n=22)	Cluster 3 (n=128)	p ^a
<i>Förändringsprocessen:</i>				
Andel som planerade förändring	98 %	100 %	13 %	***
Andel med fler än ett försök	8 %	50 %	1 %	***
Andel som slutade/minskade tvärt	65 %	77 %	35 %	***
Andel hjälp fr. anhöriga/vänner	8 %	82 %	6 %	***
Andel krav från anhöriga/vänner	12 %	50 %	2 %	***
Andel hot från anhöriga/vänner	1 %	14 %	0 %	***
Andel med om behandling	1 %	86 %	1 %	***
Antal behandlingar (M)	0,01	3,09	1,01	**** ^b
<i>Drickande senaste år</i>				
Procent dryckesdagar (M)	15,1	10,8	18,7	ns
Glas per dryckesdag (M)	3,4	1,3	3,2	*** ^e
Glas per dag (M)	0,5	0,3	0,6	ns
Procent dagar 5+ glas (M)	1,5	0,7	1,7	** ^e
Procent dagar 12+ glas (M)	0,4	0,1	0,2	*
Antal beroendesymptom (M)	0,7	0,6	0,6	ns
Antal konsekvenser (M)	0,1	0,2	0,1	* ^b
Andel som använt narkotika	2 %	0%	1 %	ns
Andel "helnyktra"	7 %	64 %	3 %	***
Andel "måttliga"	20 %	14 %	24 %	***
Andel "normalkonsumenter"	73 %	23 %	73 %	***
Åantal år druckit som nu ⁸ (M)	6,4	7,2	6,4	ns

a) χ^2 ; ANOVA: (*) = . < 10; * = < . 05; ** < .01; *** = < .001; Scheffé post hoc test (p < .05): ^b) 2 > 1,3; ^c) 1,2 > 3; ^d) 2 > 1 > 3; ^e) 2 < 1, 3;

AKTUELLA RAPPORTER från FoU-enheten

2005

2005:1	Knut Sundell Martin Forster	<i>En grund för att växa</i> Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn	80 kr
2005:2	Martin Forster Knut Sundell Lennart Melin Richard J. Morris Martin Karlberg	<i>Charlie och Komet</i> . Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteendeproblem	80 kr
2005:3	Lisa Wallander Jan Blomqvist	<i>Vad styr vårdvalen?</i> En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård. Delrapport 2 från projektet "Vem får vilken missbruksvård"	180 kr
2005: 4	Charlotte Mannerfelt	<i>Villkorad Frihet</i> – Om reglering av fristående grundskolor	150 kr
2005:5	Nader Anmadi Eva-Britt Lönnback	<i>Tvärkulturellt Socialt Arbete</i> - av socialarbetare för socialarbetare	150 kr
2005:6	Catrine Kaunitz Cecilia Andrée Löfholm	<i>"Det är nu dom svåra frågorna kommer"</i> 41 Stockholmsföräldrar om föräldraskap	80 kr
2005:7	Knut Sundell Åsa Kling, Fredrik Livheim Anna Mautner	<i>Komet för föräldrar</i> Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet	80 kr
2005:8	Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elevers Normbrytande Beteenden</i> Resultat från 2004 års Stockholms enkät Med elever i grundskolans årskurs 9 Och gymnasiet år 2	80 kr
2005:9	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Vägen till vården</i> Kvinnors och mäns skäl att söka hjälp respektive börja behandling för alkoholproblem	80 kr
2005:10	Veronica Ekström	<i>Individens eget ansvar och samhällets stöd</i> En utvärdering av "Skärholmsmodellen" vid Jobbcentrum Sydväst	150 kr
2005:11	Charlotte Mannerfelt	<i>Hammarby Sjöstad tillgänglig för alla?</i> Delrapport 5:Byggfasens betydelse	80 kr
2005:12	Martin Forster Martin Karlberg	<i>KOMET</i> En manual för skolpersonal i grundskolans år F till 5	150 kr
2005:13	Martin Forster	<i>KOMET</i> Manual för skolpersonal i grundskolans år 6 till 9	150 kr
2005:14	Lina Collin Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elever som mobbar vilka är de?</i>	80 kr
2005:15	Knut Sundell Bassam El-Khoury Josefin Månsson	<i>Elever på vift</i> . Vilka är skolkarna?	80 kr
2005:16	Hjördis Gustafsson	<i>Projekt i fokus</i> . En processutvärdering av projektet "Individen i fokus"	80 kr
2005:17	Bassam El-Khoury Knut Sundell Anna Strandberg	<i>Risikfaktorer för normbrytande beteenden</i> Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren	80 kr
2005:18	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Kan forskning påverka praktiken?</i> En utvärdering av olika sätt att återföra forskningsresultat inom missbrukarvården	80 kr
2005:19	Birgitta Petrell Jan Blomqvist Thomas Lundqvist	<i>Ut ur dimman</i> En uppföljning av Maria Ungdoms cannabisprogram	125 kr

2006

2006:1	Ollie Puhakka	<i>Missbrukare på Sergels Torg 2005</i>	100 kr
2006:2	Barbro Nordlöf	<i>Mödrahem i Stockholm 1910-1970</i>	200 kr
2006:3	Daniel Rauhut	<i>Den besvärliga fattigdomen</i>	200 kr
2006:4	Knut Sundell, Kjell Hansson, Cecilia André- Löfholm, Tina Olsson, Lars-Henry Gustle & Christina Kadesjö	<i>Multisystematisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem</i> - resultat efter sex månader. (Rapporten kan beställas från Social- styrelsens kundtjänst)	
2006:5	Agneta Hugemark	<i>Mellan marknad och politik</i> - om statlig styrning av marknaden för personlig assistans	100 kr
2006:6	Veronica Ekström	<i>Kompetensutvecklingsbehov för Ekonomiskt bistånd och Arbets- marknadsverksamheter – en utvärdering av projektet Profilen</i>	100 kr
2006:7	Anders Ekstrand	<i>Hur mår Stockholms ungdomar?</i> - en studie av risk- och skyddsfaktorer betydelse för psykisk ohälsa	100 kr
2006:8	Hjördis Gustafsson	<i>Klienten och handläggaren som individer</i> - utvärdering av projektet "Individen i fokus" Del 2	100 kr
2006:9	Daniel Rauhut Svante Lingärde Nina Alander Under medverkan av Carolin Holm	<i>Om barnfattigdom - ansvar, insatser och orsaker</i>	200 kr
2006:10	Nina Alander	<i>Bedrägeri och andra brott inom social- tjänsten i samband med ekonomiskt bistånd</i>	200 kr
2006:11	Hjördis Gustafsson	<i>När jobben inte finns. Beskrivning av Projekt för arbetslösa ungdomar i sex tadsdelsområden i Stockholm</i>	100 kr
2006:12	Gustaf Blomberg Veronica Ekström Daniel Rauhut	<i>Bidrag och motprestation. En uppföljning av arbetet med arbetslösa socialbidrags- tagare i sex stadsdelsområden i Stockhoms stad</i>	200 kr

U-serien från 2006

Nr 1	Anette Manoti	<i>Att arbeta som kontaktsekreterare</i> - erfarenheter från kontaktsekreterare i Stockholms stad.	100 kr
Nr 2	Pia Hallin	<i>Myndighetens ansikte – om socialarbetare i myndighetsrollen. DVD-film inklusive diskussionsunderlag. (Rabbaterat pris för enheter inom Stockholm Stad)</i>	900 kr (600 kr)
Nr 3	Karin Zachrisson	<i>Att arbeta som boutredare i Stockholms stad</i> - om förhållningssätt och bemötande	100 kr

2007

2007:1	Daniel Rauhyt (red.)	<i>Vägen till Sverige</i> – om Stockholms stads Integrationsarbete	200 kr
2007:2	Daniel Rauhut (red.)	<i>Vägen till arbete</i> – om Stockholms stads Arbete med olika grupper av arbetslösa social-Bidragstagare	200 kr
2007:3	Carolin Holm Svante Lingärde	<i>Vägen tillbaka</i> – om socialtjänsten, Försäkringskassan och de långtidssjukskrivna	200 kr
2007:4	Knut Sudell Johan Klint Maria Colbiörnsen	<i>Normbrott och psykisk ohälsa bland flickor och pojkar i årskurs 7 och 9</i>	100 kr
2007:5	Jan Blomqvist John Cunningham Lisa Wallander Lina Collin	<i>Att förbättra sina dryckesvanor</i> – om olika mönster för förändring och om vad vården Betyder (bok)	200 kr