

Alkoholvanor, tobaksbruk och psykisk ohälsa inom somatisk öppenvård

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING

– resultat från en enkätstudie
i Västerbotten 2008

FOTO: LISA NORDSTRÖM SÄFSTEN

Förord

Hälso- och sjukvården har en strategisk roll i att tidigt identifiera och möta personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor. Eftersom ett överintag av alkohol kan dölja sig bakom en mängd symtom och sjukdomar, är hälso- och sjukvården en utmärkt arena för samtal om alkoholvanor, tillsammans med andra levnadsvanor som till exempel tobaksbruk. Tidiga, enkla interventioner vid riskbruk av alkohol är också en evidensbaserad metod med goda resultat (SBU 2001).

Den specialiserade sjukhusvården har, liksom primärvården, en viktig roll i detta hälsofrämjande arbete. Patienter med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion finns i det löpande patientflödet men andelen kan variera beroende på klinik. I diagnosdiskussioner, behandling och rehabilitering är det alltid av vikt att väga in och reflektera över samband mellan en mängd faktorer. Alkoholvanorna bör ha en självklar plats i dessa överväganden.

Vi vet av erfarenhet att lokala data ger ett ökat engagemang. Den aktuella väntrumstudien, som genomfördes i november 2008, syftar till att ta fram sådana data. Förhoppningen är att studien i förlängningen ska bidra till en ökad uppmärksamhet rörande alkoholfrågor.

Tre liknande väntrumstudier har tidigare genomförts i Västerbottens läns landsting; inom primärvården 2005, den psykiatriska öppenvården 2006 och vid ungdomsmottagningar/ Ungdomshälsan 2007. Rapporterna finns att tillgå på Västerbottens läns landstings hemsida www.vll.se

Studien har genomförts som en lokal aktivitet i Västerbotten inom ramen för det nationella Riskbruksprojektet www.fhi.se/riskbruksprojektet

Annika Nordström
Hälsoutvecklare/adj lektor
FoUU-staben
Västerbottens läns landsting
Enheten för Epidemiologi och
Folkhälsovetenskap
Umeå Universitet

Jack Winberg
Leg psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Beroendepsykiatriska enheten
Psykiatriska kliniken
Norrlands universitetssjukhus

Innehållsförteckning

FÖRORD	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
SAMMANFATTNING I PUNKTFORM	4
INLEDNING	5
SYFTE OCH METOD	6
RESULTAT	7
Åldersfördelning	7
ALKOHOLVANOR	7
Berusningsdrickande	8
Fördelning på sjukhusen	8
Riskabla alkoholvanor kopplat till mottagning	8
Högst andel vid STI-mottagningen	9
Inte bara ålder som styr	10
Många vill minska sin alkoholkonsumtion	10
Många dricker inte alls	10
AUDIT är bäst i samtal	10
PSYKISKA SYMTOM I FORM AV ÅNGEST OCH DEPRESSION	11
Samband mellan riskabla alkoholvanor och ångest/depression	11
TOBAKSVANOR	12
Andel tobaksanvändare	12
Tobaksbruk kopplat till mottagning	12
Samband mellan alkoholvanor och tobaksbruk	13
NÄRMARE HÄLFTEN AV PATIENTERNA OMFATTAS	13
BORTFALLSANALYS	14
KOMMENTAR	15
REFERENSER	17
DIAGRAM	
Diagram 1. Svarande, procentuellt fördelat över kön och åldersgrupp (N=1533).....	7
Diagram 2. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor, fördelat över kön och åldersgrupp.....	7
Diagram 3. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid respektive mottagning.	9
Diagram 4. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid hudkliniken respektive STI-mottagningen, fördelat över kön	9
Diagram 5. Procentuell andel patienter med symtom på ångest respektive depression, redovisat över kön och totalt (N=1471)	11
Diagram 6. Procentuell andel rökare, andel snusare och tobaksanvändare totalt vid respektive mottagning.....	12
Diagram 7. Antal patienter med riskbruk av alkohol, tobaksbruk och ångest/depression, enskilt eller i kombinationer (N=1533)	13
TABELLER	
Tabell 1. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid respektive sjukhus, fördelat över kön.	8
Tabell 2. Procentuell fördelning av tobaksanvändare, fördelat över kön	12

Sammanfattning i punktform

En enkätstudie genomfördes vid tretton sjukhusmottagningar i Västerbotten under en vecka i november 2008. Studien syftade till att få en bild av andelen patienter med riskbruk av alkohol i kombination med psykisk ohälsa och tobaksanvändning. Enkäten besvarades av 1533 patienter.

Deltagande mottagningar var vid Norrlands universitetssjukhus, Nus, medicin-, hjärt-, kirurg-, ortoped-, njur/urologi-, hud/STI-, lung- och infektionsmottagningen samt kvinnokliniken samt Skellefteå lasarett deltog medicin- och kirurgi/ortopedimottagningen samt rehabcentrum och vid Lycksele lasarett medicinmottagningen.

- ❖ Var tionde kvinna (11%) och cirka var sjunde man (15%) hade riskabla alkoholvanor.
- ❖ Av patienter yngre än 25 år hade nästan varannan ett riskbruk.
- ❖ Drygt var femte kvinna vid kvinnokliniken, knappt var tredje patient på infektionskliniken och var femte vid ortopedi- och lungkliniken hade ett riskbruk av alkohol.
- ❖ Åtta av tio patienter, såväl män som kvinnor, som besökte STI mottagningen under denna vecka hade riskabla alkoholvanor.
- ❖ Antalet faktiska patienter med riskabla alkoholvanor vid respektive mottagning påverkas tydligt av medelåldern i patientgruppen.
- ❖ Några mottagningar utmärker sig med en högre andel av patienter med riskbruk, även vid standardisering för ålder; infektions-, ortopedi-, kvinnokliniken, hjärtmottagningen och STI-mottagningen.
- ❖ Drygt var tionde patient uppgav att de önskade minska sin alkoholkonsumtion – oavsett riskbruk eller ej.
- ❖ Var tredje kvinna och nästan varannan man med riskbruk av alkohol ville dra ned på konsumtionen.
- ❖ Var fjärde patient totalt (23%) bejakade tecken på ångest och/eller depression.
- ❖ Dubbelt så många av de med riskbruk hade ångest och/eller depression.
- ❖ Majoriteten av kvinnorna (67%) och knappt varannan man (42%) som besökte STI-mottagningen hade symtom på ångest/depression.
- ❖ Knappt var tredje patient (30%) bejakade tobaksbruk. Hälften av dessa ville sluta.
- ❖ Mottagningar med hög förekomst av tobaksbruk var STI -mottagningen (82%) samt infektions- och lungmottagningarna med drygt 40 % vardera.
- ❖ Närmare hälften av patienterna (46%), hade antingen riskabla alkoholvanor, ett tobaksbruk, psykisk ohälsa i form av ångest och/eller depression eller kombinationer av dessa faktorer.

Inledning

En av de mest verksamma åtgärder för att minska riskfylld alkoholkonsumtion är en enkel intervention inom ramen för sjukvården (SBU 2001). En enkel intervention innebär i korthet att läkaren, sköterskan eller annan vårdgivare i en empatisk och patientcentrerad anda tar upp alkoholvanorna till diskussion. Detta kan med fördel göras i samband med att andra levnadsvanor diskuteras, som till exempel matvanor, sömn, stress, fysisk aktivitet och tobaksbruk. Genom att samband mellan alkoholkonsumtionen och aktuell sjukdom/symtom belyses, uppmuntras patienten att reflektera och ta ställning till sina alkoholvanor. Utifrån patientens beredskap till förändring anpassas förhållningssättet. Ett eventuellt beslut från patienten om att minska eller upphöra med alkoholkonsumtionen stötts genom att formulera mål och eventuellt följa upp med laboratorievården. Hela tiden betonas patientens egen förmåga till förändring. Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som erbjuder strategier och tekniker som är väl lämpade för dessa samtal. På www.somra.se, där ”somra” står för **S**amtal **O**M **R**iskbruk av **A**lkohol, ges grunder i MI i en interaktiv form.

Studier har visat att en av tio patienter som får en enkel intervention upphör eller minskar sin konsumtion till en nivå som inte är skadlig (SBU, 2001). Hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka alkoholvanorna är således utomordentligt goda och ger uppenbara positiva hälsoeffekter. Interventioner som syftar till att minska en hög alkoholkonsumtion har också i hög grad positiva effekter och sidovinster för personer i den närmaste omgivningen. Denna form av enkel intervention är en av de metoder som återfinns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007).

En låg eller måttlig alkoholkonsumtion har knappt några direkta negativa effekter på hälsan. Låg alkoholkonsumtion hos äldre har till och med visat sig kunna ha en skyddande effekt för stroke, ischemisk hjärtsjukdom och typ 2- diabetes (FHI, 2005), även om resultaten inte är helt invändningsfria (Fillmore et al, 2007). Utan tvekan kan däremot en hög alkoholkonsumtion leda till en mängd olika sjukdomstillstånd och riskerna överväger alltid nyttan (Andréasson & Allebeck, 2005)

Även om de personer som har ett alkoholberoende är de som löper den största risken att ådra sig alkoholrelaterade skador, är det måttlighetskonsumenterna som står för den största delen av de traumatiska skadorna. Detta är den så kallade preventionsparadoxen. I samband med berusning ökar risken för fallskador, trafikolyckor, våld, oönskat sex, arbetsplatsolyckor etc. Berusningsdrickande i sig räknas alltid som ett *riskbruk*. Detta begrepp har under de senaste åren blivit vedertaget och definieras av Folkhälsoinstitutet som ”ett bruk av alkohol som ökar risken för skadliga konsekvenser, men där beroende inte föreligger” (www.fhi.se/riskbruksprojektet).

Riskbruk, eller riskabla alkoholvanor, kan mätas på olika sätt, t ex genom mängden konsumerad alkohol, genom sättet att dricka eller genom användning av screeninginstrument. I denna undersökning har det sist nämnda sättet använts. Det nationella *Riskbruksprojektet*, som administreras av Folkhälsoinstitutet, har som syfte att det inom hälso- och sjukvården ska bli lika naturligt att fråga om patienternas alkoholvanor som att ställa frågor om andra levnadsvanor.

Målet med denna enkätstudie är att den ska fungera som ett incitament till ett ökat intresse för att samtala med patienterna om deras alkoholvanor, och att i högre utsträckning identifiera de patienter, vilkas alkoholvanor kan förorsaka och/eller försämra deras sjukdom, alternativt försvåra eller minska effekten av behandling/rehabilitering.

Syfte och metod

Syftet med denna studie var att få en uppfattning om hur stor andel av patienterna i det gängse patientflödet på ett antal somatiska kliniker vid de tre sjukhusen i Västerbottens län en vanlig vecka, som hade riskabla alkoholvanor i kombination med psykisk ohälsa och tobaksbruk.

Denna väntrumsstudie genomfördes huvudsakligen under den av Folkhälsoinstitutet initierade nationella "Uppmärksamhetsveckan" rörande riskbruk, vecka 45 i november 2008. Några av mottagningarna valde på grund av verksamhetsmässiga skäl en senare vecka under månaden.

De 13 somatiska mottagningar som tillfrågades om att delta var spridda över länets tre sjukhus. Att antalet mottagningar stannade vid 13 har huvudsakligen sin grund i praktiska skäl samt att materialet beräknades bli tillräckligt stort och varierat för studiens syfte.

Deltagande enheter var:

- **Norrlands universitetssjukhus (Nus):** medicin-, hjärt-, kirurg-, ortoped-, njur/urologi-, hud/STI-, lung- och infektionsmottagningen samt kvinnoklinikens mottagning.
- **Skellefteå lasarett:** medicin- och kirurgi/ortopedimottagningen samt rehabcentrum.
- **Lycksele lasarett:** medicinmottagningen.

En enkät delades konsekutivt ut till de patienter i åldern 18 -85 år som besökte respektive mottagning under den vecka som studien pågick. Patienterna fick enkäten av sekreterarna i samband med att de anmälde sitt besök.

För att få en uppfattning om alkoholvanorna användes frågeformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor et al., 1992, 2001). Detta formulär har utarbetats av en grupp inom WHO och är flitigt använt som ett screeninginstrument för riskabla och/eller skadliga alkoholvanor. Formuläret består av tio frågor med fem eller tre svarsalternativ per fråga. Svaren ger noll till fyra poäng. Maximal poäng är således 40. De skärningspunkter som använts som en indikation på ett riskabelt eller skadligt bruk av alkohol är sex poäng eller fler för kvinnor och åtta poäng eller fler för män. En skärningspunkt på 14 respektive 16 poäng eller fler, har använts som indikation på ett missbruk/beroende. Både sensitivitet och specificitet för AUDIT är hög och bättre än för någon biologisk markör (Bergman et al, 1998, 2000, 2003).

Skattningsinstrumentet HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond et al, 1983) användes för att ge en uppfattning om förekomsten av ångest och depression. I formuläret ingår sju påståenden för att identifiera tecken på ångest och lika många avseende tecken på depression. Varje påstående poängsätts med noll till tre poäng. En uppnådd poängnivå på 8-10 poäng indikerar milda/måttliga symtom och poängnivåer på 11 och mer tolkas som ett "kliniskt signifikant tillstånd" som ger skäl till fördjupad anamneshistoria och eventuell behandling. HAD är ett flitigt använt och väl fungerande frågeformulär (Bjelland et al, 2002).

Till enkäten lades vidare ett antal frågor rörande tobaksvanor.

I väntrummen fanns under denna tid väl synlig information om var patienterna kunde vända sig för att få hjälp med tobaksavvänjning inom landstinget, samt Alkoholinjens visitkort. Enkäten besvarades anonymt och lämnades i en för syftet speciell förseglad låda.

RESULTAT

Sammanlagt 1533 patienter besvarade enkäten (70,7 % svarsfrekvens). Dessa fördelades enligt följande; 992 patienter på Nus, 454 i Skellefteå och 87 i Lycksele. Fler kvinnor än män besvarade enkäten; 901 kvinnor (58,8 %) och 632 män (41,2 %).

Åldersfördelning

Medelåldern i hela svarsgruppen var 52,7 år (SD 17,3 median 55). Kvinnorna var något yngre med en medelålder på 51,2 år (median 53), att jämföra med männens medelålder på 54,8 år (median 58). I diagram 1 framgår fördelningen utifrån åldergrupp och kön.

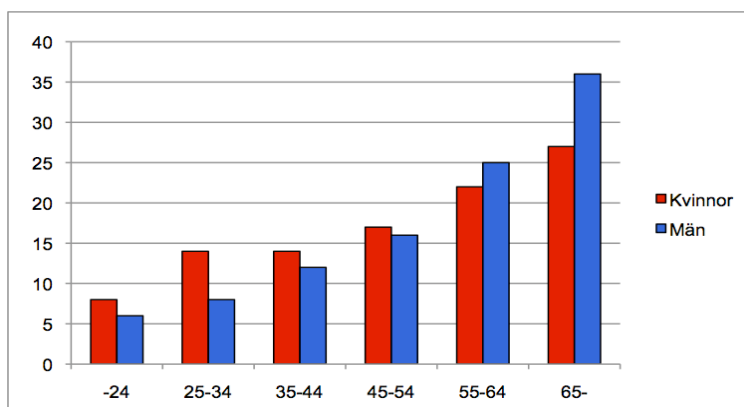


Diagram 1. Svarande, procentuellt fördelat efter kön och åldersgrupp (N=1533)

Medelåldern bland de svarande var lägst i Umeå med 50,1 år (n=992), något högre i Skellefteå 56,5 år (n=454) medan äldsta patientgruppen återfanns i Lycksele med en medelålder på 62,1 år (n=87).

Alkoholvanor

Andelen patienter i den totala svarsgruppen, som kom över skärningspunkterna för en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion (AUDIT ≥ 6 p alt ≥ 8 p) var 13 %, en något lägre andel bland kvinnorna (11 %) än bland männen (15 %). I faktiska tal rörde det sig om 195 patienter (96 män och 99 kvinnor) inom loppet av en ordinär vecka på dessa mottagningar.

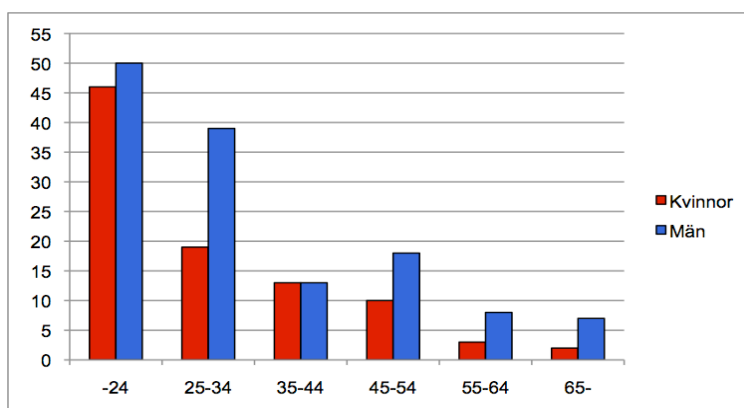


Diagram 2. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor, fördelat efter kön och åldersgrupp

Patienter med riskabla alkoholvanor återfanns huvudsakligen i de yngre åldersgrupperna (diagram 2). Noteras kan att nästan varannan av patienterna under 25 år kom över skärningsgränserna.

Berusningsdrickande

Berusningsdrickande är i sig ett riskbruk och en källa till kroppsliga skador och andra negativa konsekvenser. I AUDIT återfinns frågan om hur ofta man dricker sex eller fler glas alkohol vid ett och samma tillfälle. Glasen är definierade som 50 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin eller 4 cl starksprit.

Totalt uppgav 165 personer att de drack på sådant sätt varje månad eller varje vecka (11 %). Ingen markerade alternativet dagligen eller nästan dagligen. De 39 personer som bejakade berusningsdrickande *varje vecka* återfanns jämnt fördelade i alla åldersgrupper, tre av fyra var män och majoriteten av de 39 kom också över skärningsgränserna på AUDIT (82 %). Denna fråga om berusningsdrickande används ibland som den enda frågan i screeningsmanhang, med hänvisning till att sambandet mellan frekvent berusningsdrickande och en riskabel alkoholkonsumtion i enlighet med hela AUDIT formulärets tio frågor är så hög. Då frågan används tillsammans med frågorna om hur ofta man dricker och vad man dricker en typisk dag benämns det som AUDIT-3 eller C-3 (Gual et al, 2002).

I praktisk tillämpning i samtal med patienter om deras alkoholvanor bör man emellertid använda lägre gränser för kvinnor än för män. Folkhälsoinstitutets förespråkar en gräns för berusningsdrickande på fyra glas eller mer för kvinnor och fem glas eller mer för män. Därav kommer valet av vecka för Uppmärksamhetsveckan rörande alkohol – vecka 45.

Fördelning på sjukhusen

Andelen patienter med riskabla alkoholvanor var högst vid mottagningarna på Nus (*Tabell 1*). Att Umeåområdet har en högre andel patienter med riskabla alkoholvanor än länet i övrigt, har även visats i tidigare väntrumsstudier inom primärvård och psykiatrisk öppenvård (VLL 2005, 2006). Att Nus i den aktuella studien hade de klart högsta procentandelarna torde ha sin förklaring i den yngre medelåldern i patientgruppen, de typer av mottagningar som deltog och den generellt högre alkoholkonsumtionen i Umeåområdet.

Tabell 1. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid respektive sjukhus, fördelat efter kön.

	Nus (N=992)	Sk-å (N=454)	L-sele (N=87)
Män	18	11	5
Kvinnor	14	5	4

Riskabla alkoholvanor kopplat till mottagning

Procentandelen med riskabla alkoholvanor inom olika medicinska områden har räknats fram genom en sammanslagning av data från de tre sjukhusen. Medicin omfattar t ex uppgifter från alla tre medicinmottagningarna, ortopedin samlar patienter från Umeå och Skellefteå, medan till exempel kvinnokliniken enbart rör patienter vid Nus.

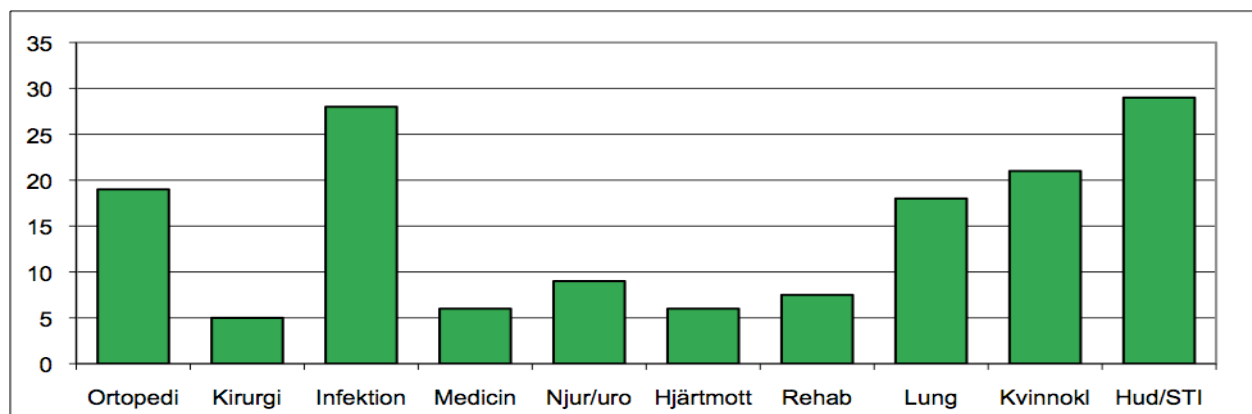


Diagram 3. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid respektive mottagning.

Det finns påtagliga skillnader mellan mottagningarna (Diagram 3). Högsta procentandelar patienter som rapporterade riskabla alkoholvanor under den aktuella veckan återfanns vid hud/STI, infektionskliniken och kvinnokliniken. Höga andelar fanns även vid ortopedi- och lungmottagningen.

Det enda området där det återfanns en statistiskt säkerställd könsskillnad var inom ortopedin där 27 % av männen och 14 % av kvinnorna hade riskabla alkoholvanor ($p = .019$).

Högst andel vid STI-mottagningen

Vid hudkliniken i Umeå finns en särskild STI-mottagning för personer som misstänker att de har ådragit sig en könssjukdom. Under veckan som väntrumstudien pågick besökte 38 patienter denna mottagning. Genom att studera dessa patienter separat kunde det konstateras att de åldersmässigt kraftigt avvek från hudklinikens övriga patienter. Medelåldern hos hudklinikens patienter var 46,9 år medan STI-mottagningens besökare hade en medelålder på 24,9 år. Det var också en påtaglig skillnad i andelen patienter med riskabla alkoholvanor (Diagram 4) vilket, förutom åldern, torde kunna kopplas till kontakthantering.

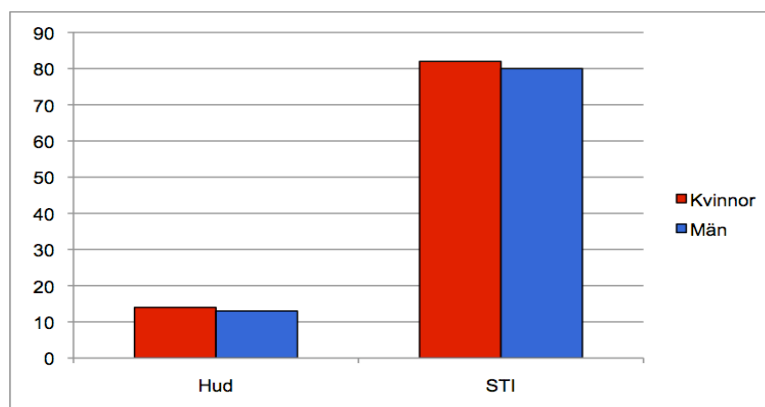


Diagram 4. Procentuell andel patienter med riskabla alkoholvanor vid hudkliniken respektive STI-mottagningen, fördelat efter kön

Att så många som åtta av tio vid STI-mottagningen, både bland män och kvinnor, hade riskabla alkoholvanor är ett observandum och understryker det faktum att riskbeteenden många gånger sammanfaller. Det kan nämnas att en diskussion om alkoholvanorna numera ingår i rutinerna.

Inte bara ålder som styr

Medelåldern varierade mellan mottagningarna. Det kan konstateras att de mottagningar som hade hög prevalens av patienter med riskbruk också tillhörde de med en lägre medelålder. Till exempel hade ortopedin, infektion och lungkliniken patienter samtliga en medelålder understigande 50 år, kvinnokliniken patienter var under 40 år och STI-mottagningens patienter hade en medelålder på cirka 25 år. Detta påverkar självklart andelen faktiska patienter. Men även hudkliniken patienter var relativt unga med en medelålder på cirka 47 år, samtidigt som andelen med riskbruk var låg.

Vid en standardisering av ålder, vilket i detta fall innebär att alla kliniker beräknas utifrån samma åldersfördelning, sticker några ut. Det var framförallt infektionskliniken, följt av ortopedin, hjärtmottagningen, kvinnokliniken och STI-mottagningen som med denna justerade prevalensberäkning hade en påtagligt hög andel patienter med riskbruk. Detta innebär att även kontakthanledningen i sig påverkar andelen patienter med riskabla alkoholvanor.

Många vill minska sin alkoholkonsumtion

Mer än var tionde patient uppgav att han/hon ville minska sin alkoholkonsumtion (12,5 %). Det kan påpekas att majoriteten av dessa *inte* kom över skärningspunkterna för riskabla alkoholvanor. Bland dem, som i enlighet med AUDIT, kan sägas ha ett riskbruk, önskade 44 % av männen och 35 % av kvinnorna minska sin alkoholkonsumtion.

Endast fem personer av de som ville minska konsumtionen hade markerat att de behövde stöd. Det skiljer sig markant från de som ville upphöra med sitt tobaksbruk, där närmare en tredjedel uppgav att de önskade hjälp.

Många dricker inte alls

Ett relativt stort antal patienter markerade att de inte druckit alkohol under det senaste året, 86 män (14 %) och 206 kvinnor (23 %). Majoriteten av dessa (62 %) var 60 år eller äldre. Förutom åldern torde det faktum att studien gjordes på patienter inom vården också påverka andelen nykterister. Det kan också finnas ett antal som valt att markera att de inte dricker alls för att på så sätt ”slippa” nio följdfrågor. Den påverkan detta kan ha på resultaten bedöms som marginell men innebär att andelen som identifierats med en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion i alla fall inte är en överskattning. Med dessa patienter som inte uppger sig inte dricka alkohol borträknade stiger procentandelen med riskabla alkoholvanor till 18 % av männen och 14 % av kvinnorna (16 % totalt) av de patienter som dricker alkohol.

AUDIT är bäst i samtal

Det bör understrykas att AUDIT inte är ett diagnosinstrument och att riskbruk/riskabla alkoholvanor inte är en diagnos. För att ställa en missbruks- eller beroendediagnos krävs dessutom en klinisk bedömning av patienten i fråga. Poäng på AUDIT som indikerar en tyngre problematik, d v s ≥ 14 p för kvinnor och ≥ 16 p för män, uppnåddes av en procent av kvinnorna och 2,5 procent av männen. Dessa är konsekvent inkluderade i gruppen med riskabla alkoholvanor i resultatredovisningen.

AUDIT formulärets styrka är att det ger en god indikation på en riskabel alkoholkonsumtion som *kan* leda till ett missbruk/beroende. Förutom dryckesmönstret speglar frågorna eventuella negativa konsekvenser av alkoholkonsumtionen liksom tecken på beroende. Formuläret är därigenom mycket väl lämpat att ligga till grund för ett motiverande samtal som rör en patients alkoholvanor.

Psykiska symtom i form av ångest och depression

Det finns dubbla samband mellan psykisk ohälsa och riskabel alkoholkonsumtion. Alkohol har en dämpande effekt och kan därför användas som självmedicinering för att lindra psykiska symtom. Samtidigt kan ångest och depressiva symtom också framkallas av en hög alkoholkonsumtion.

Som tidigare nämnts användes frågeformuläret HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) för screening av ångest och/eller depression i den undersökta patientpopulationen. Ett antal enkäter var ofullständigt ifyllda med avseende på detta frågeformulär, vilket medförde att resultat rörande psykisk hälsa baseras på 1471 enkätsvar.

Sammantaget bejakade 340 personer (23 %) symtom på antingen ångest och/eller depression. Dessa fördelades över kön enligt följande; 27 % av kvinnorna (236) och 17 % av männen (104). I dessa siffror innefattas både milda/måttliga symtom och mer påtagliga sådana.

Med användande av de högre skärningspunkterna på HAD (≥ 11 p), som indikation på en svårare psykisk problematik, visade sig 9 % ha påtaglig ångest och 2,5 % påtagliga depressiva problem.

En tydlig könsskillnad kan ses beträffande ångest med en klart högre andel kvinnor ($p = .000$) medan det inte fanns någon könsskillnad beträffande depression (*Diagram 5*).

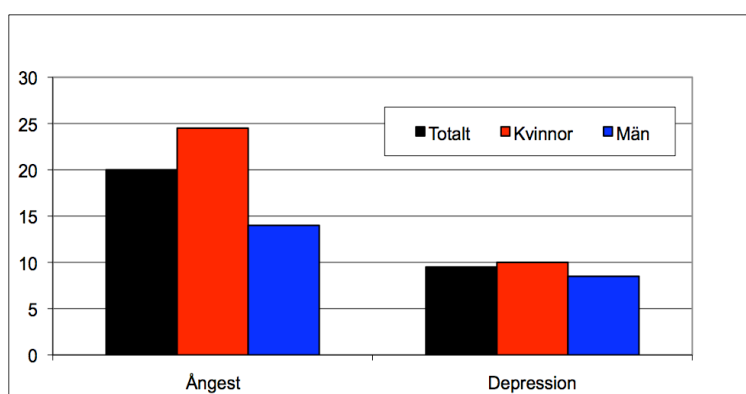


Diagram 5. Procentuell andel patienter med symtom på ångest respektive depression, redovisat efter kön och totalt ($N=1471$)

Samband mellan riskabla alkoholvanor och ångest/depression

En samkörning av riskbruk av alkohol och psykiska problem i form av ångest/depression visar på ett tydligt samband. Drygt var tredje av de med ett riskbruk bejakade samtidigt symtom på ångest (33,5 %) jämfört med gruppen utan riskbruk där 18 % rapporterade ångestförekomst. Vad gäller depression var det dubbelt så vanligt att personer med ett riskbruk av alkohol hade depressiva symtom än de utan ett riskbruk, 16 % i riskbruksgruppen jämfört med 8 % bland övriga patienter. Skillnaderna är signifikanta beträffande båda symtomen ($p = .000/.001$).

Sammantaget var det 36 % av de med ett riskbruk av alkohol som hade symtom på ångest och/eller depression. Omvänt var det var femte (20,5 %) av de med symtom på ångest och/eller depression som hade riskabla alkoholvanor.

De mottagningar som hade en hög andel av personer med riskabla alkoholvanor hade följaktligen också många med psykiska symtom. Som exempel kan nämnas att 38,5 % av kvinnoklinikens patienter bejakade symtom på ångest/depression, likaså 27 % av männen på ortopedimottagningen samt 42 % av männen och 67 % av kvinnorna på STI-mottagningen.

Tobaksvanor

Beträffande tobaksvanor innehöll enkäten frågor om man rökte alternativt snusade, dagligen eller ibland. De personer som valde att avstå från att svara på dessa frågor har tolkats som icke-tobaksanvändare.

Andel tobaksanvändare

Sammantaget var det 461 personer (30 %) som uppgav att man rökte eller snusade, dagligen eller ibland (Tabell 2). Drygt ett hundratal (7 %) både rökte och snusade och återfinns därför i flera av nedanstående rutor.

Tabell 2. Procentuell fördelning av tobaksanvändare, fördelad efter kön

	RÖKER		SNUSAR		TOBAKSBRUK
	Dagl	Ibland	Dagl	Ibland	Totalt
Män	9	12	18	6	33
Kvinnor	8	12	11	5	28

Det är endast beträffande dagliga snusare som det finns någon könsskillnad ($p = .000$).

Tobaksbruk kopplat till mottagning

Den knappa tredjedel som var tobaksanvändare (30 %) fördelade sig över mottagningarna enligt diagram 6.

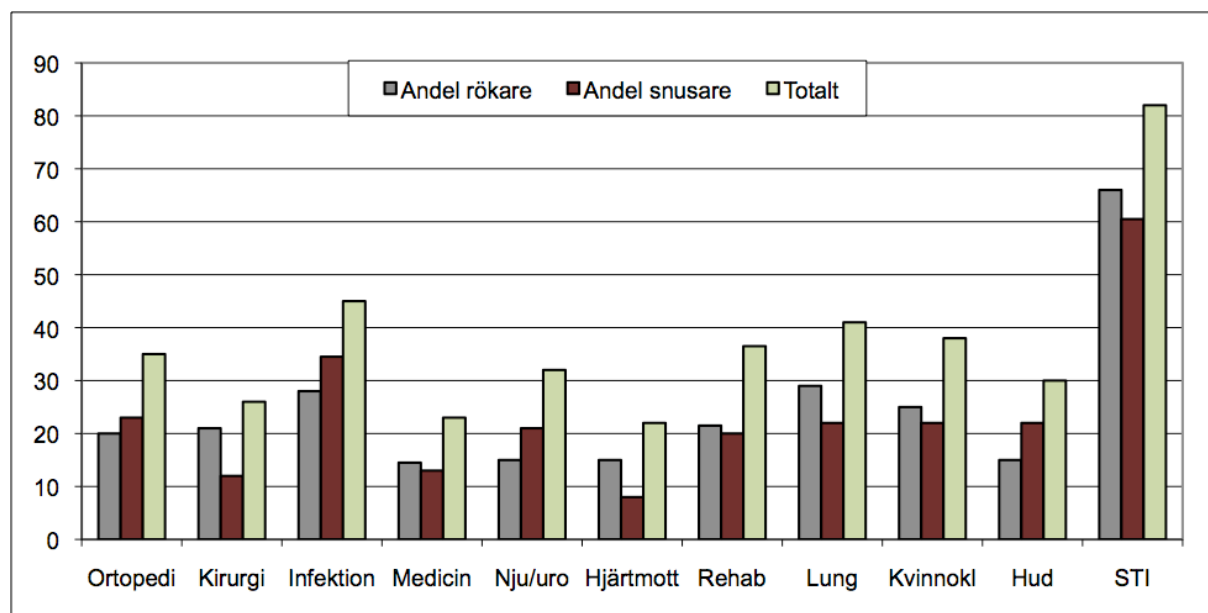


Diagram 6. Procentuell andel rökare, andel snusare och tobaksanvändare totalt vid respektive mottagning

I likhet med riskbruk av alkohol utmärker sig STI-mottagningen med en mycket hög andel tobaksanvändare (82 %). Relativt hög tobakskonsumtion kunde också konstateras vid infektions- och lungklinikerna, med procentsatser över 40 procent.

Samband mellan alkoholvanor och tobaksbruk

Sambandet mellan riskbruk av alkohol och rökning/snusning var uppenbart. Hela 70 % av männen och 61 % av kvinnorna som hade riskabla alkoholvanor använde också tobak.

Varannan tobaksanvändare (52 %), i faktiska tal 238 personer, uppgav att man önskade sluta röka/snusa. Procentuellt en något större andel av männen än av kvinnorna. Av de 238 personerna hade 70 markerat att man behövde stöd. Vilken form av stöd framgår emellertid inte men någon form av personlig stödkontakt torde vara det som avses. Med tanke på att studien endast pågick en vecka vid de tretton mottagningarna understryker detta vikten av att ha lättillgängligt sluta-röka-stöd att hänvisa till. De hälsovinster som tobaksfrihet kan ge är ju väl dokumenterade.

Närmare hälften av patienterna omfattas

Riskbruk av alkohol, tobaksbruk och psykisk ohälsa är på olika sätt komplicerande faktorer inom den somatiska vården. Samtliga kan påverka utfallet av de behandlingsinsatser som görs på ett icke önskvärt sätt.

I denna enkätstudie där 1533 patienter ingick, fördelade på tretton somatiska mottagningar i länet, omfattades närmare hälften (46%) av något av de studerade problemområdena (*Diagram 7*). Detta resultat understryker vikten av att levnadsvanor och psykiska besvär tas upp som en naturlig del i anamnesupptagningen.

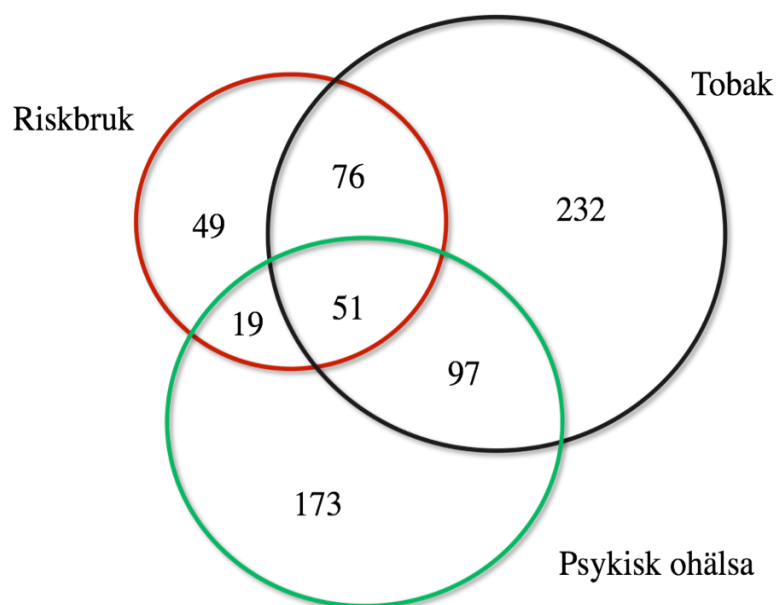


Diagram 7. Antal patienter med riskbruk av alkohol, tobaksbruk och ångest/depression, enskilt eller i kombinationer (N=1533)

Som framgår av diagram 7 är det endast en fjärdedel av patienterna med riskbruk av alkohol (25 %) som inte samtidigt antingen är tobaksanvändare och/eller har samtidigt symptom på ångest/depression.

Bortfallsanalys

Enkäten erbjöds konsekutivt samtliga patienter som besökte respektive mottagning under den vecka som undersökningen pågick. I de fall patienten avböjde, inte hann, bedömdes för sjuk för att fylla i enkäten eller inte behärskade svenska, fyllde sekreteraren i en bortfallsblankett. I 369 fall förelåg någon av dessa faktorer.

Sammantaget fick 1800 patienter en enkät i handen. Av dessa 1800 sorterades 267 enkäter bort vid databearbetningen då de var ofullständigt ifyllda. För att ingå i databearbetningen krävdes att kön, ålder och de tio frågorna i AUDIT var fullständigt ifyllda. I bearbetningen ingår således 1533 enkäter, vilket ger en svarsfrekvens på 70,7 % (1533 av 2169 möjliga).

Könsfördelningen i svarsgruppen och bortfallsgruppen (de 369) var likartad, men andelen män i bortfallsgruppen var något högre relativt svarsgruppen (46,6% män och 53,4 % kvinnor i bortfallsgruppen jämfört med 41,2% män och 58,8% bland de svarande).

Viktigaste orsaken till att man inte fyllde i var att man avböjde (40 %), 21 % uppgav att man inte hann, 19 % hade dålig syn, 10 % fick inte enkäten på grund av språksvårigheter och 10 % bedömdes för sjuka.

Inför studien fick mottagningarna själva skatta beräknat patientantal under veckan. Dessa skattningar var högre än det antal patienter som täcks av studien. Tänkbara orsaker till detta är att enkäten på några av mottagningarna stundtals lades åt sidan, ”glömdes bort”, av några sekreterare inte ansågs som viktig eller liknande. I sammanhanget kan nämnas att drygt 50 sekreterare var engagerade i att lämna ut enkäten. Det finns emellertid ingen anledning att tro att de patienter som kanske inte fick någon möjlighet att besvara enkäten torde utgöra något systematiskt bortfall. Resultaten bör därför kunna anses som representativa.

KOMMENTAR

I den Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (FHI, 2008) och i rapporten Öppna jämförelser Folkhälsa (SKL/Socialstyrelsen, 2009) anges att 13 procent av männen och nio procent av kvinnorna i Västerbotten dricker på ett sådant sätt att de riskerar att skada sin hälsa. Detta är en nationellt sett en relativt låg andel. Motsvarande siffror för riket är 17 procent bland män och tio procent bland kvinnor. Även om siffrorna inte är helt jämförbara med våra data, utifrån att kriterierna för riskabel alkoholkonsumtion är något olika, så är det med hänsyn till alkoholens negativa påverkan på hälsan, högst rimligt att andelen personer med riskabla alkoholvanor är högre i en patientpopulation än i länets befolkning.

Berusningsdrickande är ett på många sätt skadligt bruk av alkohol. Inte bara ur det faktum att kroppens organ tar stryk av hög promillehalt, utan också för att personer under berusning kan utsätta sig och sin omgivning för olika former av risker eller skador. Tyvärr har detta sätt att dricka inte minskat i samband med att nya ”kontinentala” alkoholvanor kommit till med vin och öl som naturliga ingredienser i social samvaro även under veckorna. I stället har kombinationen av dessa dryckesmönster bidragit till den påtagliga konsumtionsökning som kunnats ses sedan mitten av nittioalet. Skulle vi ”bara” kunna få ner berusningsdrickandet i samhället skulle mycket vara vunnet. Personal inom hälso- och sjukvården skulle i sina möten med patienter aktivt kunna agera i den riktningen.

Med en låg medelålder i en mottagnings patientgrupp ökar andelen patienter med riskabla alkoholvanor på grund av att alkoholkonsumtionen för de flesta är som högst efter dryga 20 år. Typ av mottagning visade sig i vår studie också ha betydelse för andelen personer med riskbruk och kvinnokliniken var en av dessa. Att drygt var femte patient på kvinnokliniken (21%) under denna enkätvecka hade riskabla alkoholvanor kan ses som en återspeglning av den utveckling som skett med en påtagligt ökad alkoholkonsumtion bland kvinnor. Medianåldern bland dem med riskbruk var 26 år, vilket innebär att det inte bara var de yngsta kvinnorna som ingick i riskgruppen. Det kan nämnas att den äldsta kvinnan med riskbruk var 74 år.

Graviditet och ansvar för barn har en stark påverkan på kvinnors alkoholkonsumtion och många avstår helt eller minskar kraftigt på konsumtionen under barnens uppväxt. Därefter ökar intaget och i nationella studier framgår att kvinnor i gruppen 50-64 år har en högre konsumtion än i åldersgruppen 30-49 år (Socialstyrelsen, 2009). En hög alkoholkonsumtion kan bland annat ge upphov till högt blodtryck, hjärtklappning och sömnstörningar och till exempel i klimakterieutredningar bör frågor om alkoholvanor alltid finnas med. En tredjedel av de med riskbruk uppgav att de ville minska sin konsumtion. Det var emellertid fler i hela patientgruppen på kvinnokliniken som ville dra ner på konsumtionen. En av fem kvinnor (19%) bejakade en sådan önskan. Det är mycket möjligt att ett samtal om alkoholvanorna i samband med besöket kan förstärka och stötta en sådan handling.

Att det finns ett samband mellan alkohol och psykisk ohälsa är väl dokumenterat (Grant et al, 2004). Vad som är orsak och verkan då en hög alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa förekommer samtidigt, är emellertid inte alltid uppenbart (Anderson & Baumberg, 2006). Något som emellertid är klart är att båda tillstånden ska behandlas samtidigt (SBU, 2001). I en tidigare väntrumsstudie som gjordes inom länets primärvård omfattades drygt var tredje patient (38%) av antingen riskbruk och/eller symtom på ångest/depression (VLL 2005, Nordström & Bodlund 2008). I denna studie är motsvarande andel något lägre (30 %) men det är ändå knappt var tredje patient som bejakar sådana symtom.

Mer än var tionde patient i hela patientgruppen och drygt var tredje av dem med riskabla alkoholvanor hade markerat att de önskade dra ner på alkoholkonsumtionen. Det var emellertid endast några få av dessa som markerade att de ville ha stöd. Detta står i skarp kontrast till de som uppgav att de ville minska sitt tobaksbruk, där drygt hälften också ville ha stöd. Att man som överkonsument av alkohol inte vill ha stöd kan vara ett utslag av att man inte vet vilket stöd som kan erbjudas, eller att man har en bild av stöd eller behandling för personer med tyngre alkoholproblematik som avskräcker. De flesta personer med riskabla alkoholvanor kan också förändra dessa utan att det behövs några särskilda insatser från samhällets sida. En viktig ingrediens i den förordade enkla interventionen är att stötta den egna förmågan till förändring. Hänvisning till Alkoholhjälpen (www.alkoholhjalpen.se), Alkohollinjen (tfn: 020-84 44 48) eller till eventuell lokal alkoholtaggning kan dock vara av värde.

Trots att en av tio personer minskar eller upphör med sin alkoholkonsumtion med stöd av en enkel intervention görs det ändå inte i den utsträckning som borde vara naturligt (Holmqvist et al, 2008). Förutom en positiv grundinställning till att samtala om alkohol med patienterna och en viss basal kunskap om alkohol, till exempel om risknivåer och samband med hälsa och/eller ohälsa, kan det behövas träning i samtalsmetodik (Wåhlin, 2009). Vetskapen om att andelen patienter med riskabla alkoholvanor i väntrummet kan vara så många som en av fem, vilket var fallet vid kvinnokliniken och ortopedin, eller så många som åtta av tio som var fallet vid STI-mottagningen, kan förhoppningsvis bidra till att man inom hälso- och sjukvården känner sig inspirerade och manade till att i högre utsträckning ta upp alkoholvanorna i samtal med patienten.

Folkhälsoinstitutet har i samarbete med Svenska läkarsällskapet och Socialstyrelsen formulerat nedanstående fem rekommendationer för läkare rörande alkohol (FHI, 2005).

- 1. Rekommendera inte alkohol som medicin*
- 2. Avråd inte från måttligt drickande i det enskilda fallet, men ta hänsyn till kända kontraindikationer*
- 3. Informera om att de gynnsamma effekterna uppnås vid mycket måttlig konsumtion*
- 4. Avråd alltid från berusningsdrickande*
- 5. Avråd alltid deprimerade patienter från att dricka alkohol*

Referenser

- Anderson P, Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*, in *A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK: London*
- Andréasson S, Allebeck P (2005). *Alkohol som medicin fungerar dåligt. Läkartidningen* 9 (102), 632-36.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001). *AUDIT- Guidelines for Use in Primary Care. WHO WHO/MSD/MSB/01.6a*
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders JB, Grant M (1992). *AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. WHO, Geneva.*
- Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C (1998). *Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem; Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. Läkartidningen*, 95(43), 4731-35.
- Bergman H, Källmén H (2000). *Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. Läkartidningen*, 97(17), 2078-84.
- Bergman H, Källmén H (2003). *Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997-2001. Läkartidningen*, 100(12), 1028-35.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002). *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res, Feb; 52 (2): 69-77.*
- FHI, Statens folkhälsoinstitut (2005). *Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.*
- FHI, Statens folkhälsoinstitut (2008). *Hälsa på lika villkor. www.fhi.se*
- Fillmore KM, et al (2007). *Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Errors in Prospective Studies and New Hypotheses. Annals of Epidemiology*, 17 (5): S16-23.
- Grant et al. (2004) *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry*, 61, 807-816.
- Gual et al. (2002.) *AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of the short forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test; Alcohol & Alcoholism Vol. 37, No. 6, pp. 591–596*
- Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjö A, Geirsson M, Nilsen P. (2008) *Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. Addictive behaviors* 2008; 33; 301-14.
- Nordström A, Bodlund O. (2008) *Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. Nor J Psychiatry*, 62, 250-255.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem- En evidensbaserad kunskapsmanställning. 2001. Rapport 156. Stockholm.*
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *Öppna jämförelser Folkhälsa. www.skl.se www.fhi.se www.socialstyrelsen.se*
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Author.*
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009. Author.*
- VLL, Västerbottens läns landsting (2005) *Alkoholvanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression. www.vll.se*
- VLL, Västerbottens läns landsting (2006) *Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. www.vll.se*
- VLL, Västerbottens läns landsting (2007) *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa. www.vll.se*
- Wählin S (2009) *Att samtala om alkohol ”En praktika om samtalskonst på spirituellt nivå” . Läkartidningen*, 37(106), 2289-92.
- Zigmond AS & Snaith RP (1983). *The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-70.

