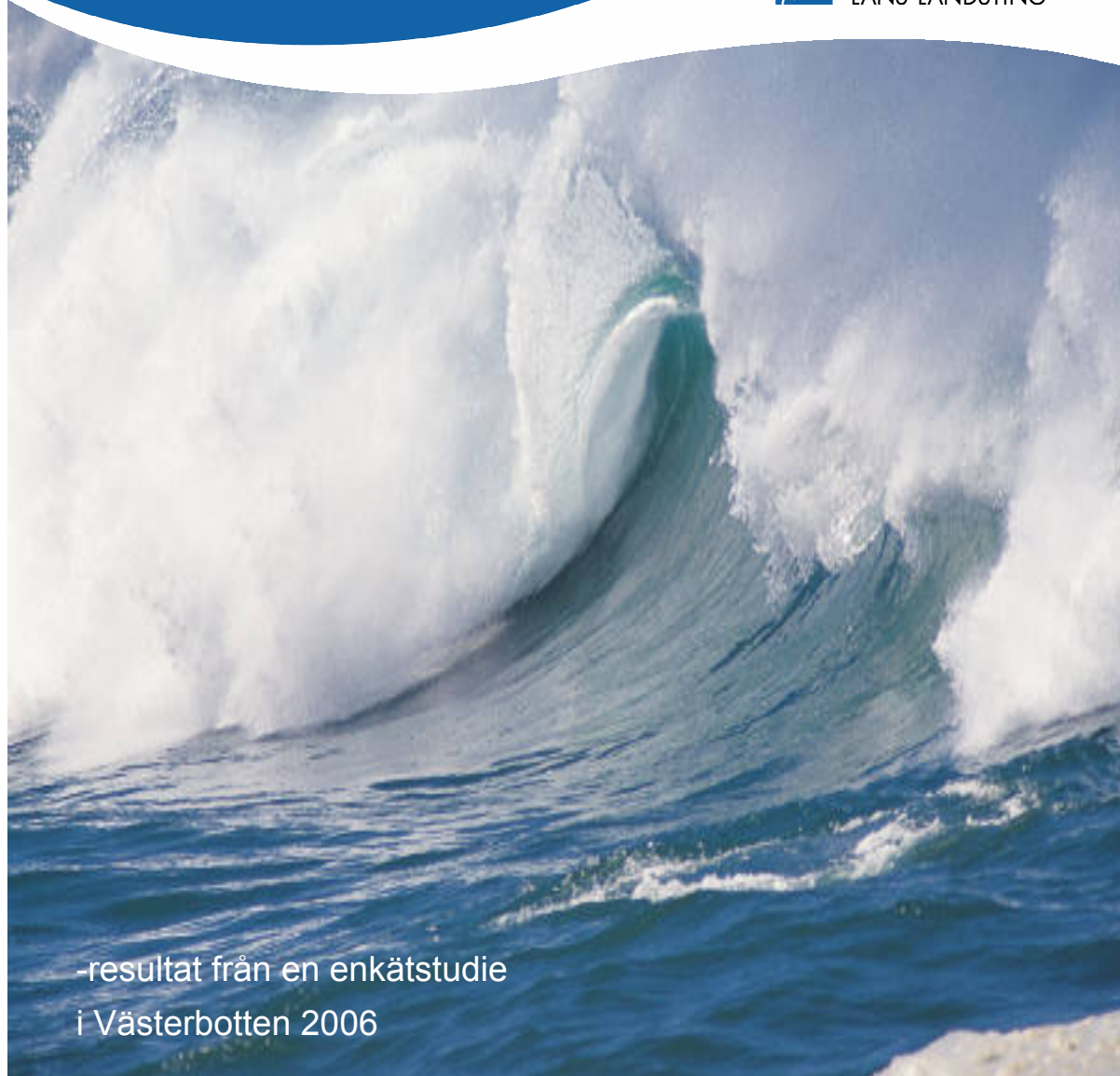


Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING



-resultat från en enkätstudie
i Västerbotten 2006

Inledning

Alkoholkonsumtionen i Sverige har under en tioårsperiod från mitten av 90-talet ökat markant. De senaste åren har dock ökningen mattats av, med en tendens att till och med minska något. Den totala konsumtionen ligger emellertid alltså på en hög nivå, och beräknas för 2006 till 9,7 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre (FHI, 2005a; CAN 2007).

Attityderna i samhället till alkohol är allmänt positiva, och alkoholvanorna har förändrats från att alkohol huvudsakligen har druckits under helger till att alkohol allt oftare även dricks under veckorna. För de allra flesta medför inte alkoholkonsumtionen några negativa effekter. Tvärtom kopplas alkoholen till socialt umgänge, festligheter och avkoppling. Men en ökad totalkonsumtion i samhället medför också att antalet personer som riskerar att skadas av sitt drickande ökar. Förutom fysiska och psykiska skador kan den sociala livssituationen påverkas negativt. Anhöriga och barn till missbrukare får ofta väldigt illa och vidare kan personer skadas i alkoholrelaterade trafik- eller arbetsplatsolyckor, alkoholrelaterat våld eller liknande. Kostnaderna för sjukvården och samhället är sammantaget stora för dessa direkta och indirekta skador, vilket medför att ett förebyggande arbete inom alkoholområdet ger stora vinster inte bara på det mänskliga planet, utan också samhällsekonomiskt.

Det är väl dokumenterat att korta interventioner vid riskabelt/skadligt bruk av alkohol har en mycket god effekt. I en jämförelse med andra vedertagna behandlingar inom sjukvården är det positiva utfallet slående. Av 128 personer med måttligt förhöjt blodtryck som behandlas med läkemedel under fem år undviker man hjärt- och kärlsjukdom hos en. Detta kan ställas mot att av tio personer som ges råd och motivation till att minska sin alkoholkonsumtion, så upphör eller minskar en person till en riskfri nivå (SBU 2001). I Socialstyrelsens nyligen framtagna nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård är också kort rådgivning en av de verksamma åtgärder som förordas vid riskbruk av alkohol (Socialstyrelsen 2007). Betydelsen av att ta upp riskabla alkoholvanor till diskussion inom sjukvård och socialtjänst är därför synnerligen stor.

Det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och psykisk hälsa/ohälsa. Detta kan bland annat illustreras av att i den väntrumsstudie som genomfördes inom primärvården i Västerbotten under våren 2005, bejakade hälften (51 %) av dem som hade ett riskbruk av alkohol samtidigt symtom på ångest och/eller depression (VLL 2005).

Aktuell enkätstudie syftade till att få en uppfattning om hur stor andel av patienterna inom den psykiatriska öppenvården i Västerbottens län som kan antas ha ett riskabelt/skadligt konsumtion av alkohol, och om några skillnader utifrån kön, ålder och kontakthanledning kunde ses. Studien genomfördes vid länets fem psykiatriska öppenvårdsmottagningar under oktober 2006.

Annika Nordström
Hälsoutvecklare/med dr
FoUU-staben
Landstingskontoret
Västerbottens län

Jack Winberg
Leg psykolog
Beroendepsykiatriska enheten
Psykiatriska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus

Innehållsförteckning

Inledning	3
Innehållsförteckning	5
Kort sammanfattning i punktform	6
Riskbruk av alkohol bland patienter inom den psykiatriska öppenvården	7
Metod	7
Bortfallsanalys	7
Resultat med kommentarer	8
Svarsfrekvens	8
Kön och ålder	8
Kontaktanledning	8
Arbete/sysselsättning/försörjning	9
Boende	10
Alkoholvanor	11
Begräppsförvirring	11
Andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor	11
Andel personer med en mer påtaglig problematik	12
Alkohol, kön och ålder	12
Riskabla/skadliga alkoholvanor fördelat på område	13
Var femte dricker inte alls	14
Fördelning utifrån AUDIT poäng	14
Riskkonsumtion av alkohol baserat på uppgiven mängd	15
Många önskar minska sin alkoholkonsumtion	15
Rökning	16
Ångest och depression utifrån HAD	17
HAD relaterat till kön och ålder	17
Ångest och depression i relation till riskbruk	18
Socialt nätverk	18
Referenser	19
Diagram 1. Procentuell köns - och åldersfördelning i patientgruppen (N=725)	8
Diagram 2. Kontaktanledning i procent, fördelat över kön (N=716)	9
Tabell 1. Kontaktorsak-områdesvis	9
Diagram 3. Arbete/sysselsättning/försörjning – könsfördelat	10
Diagram 4. Procentuell fördelning av boende, inkl boende med barn, uppdelat i kön	10
Diagram 5. Procentuell andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor, uppdelat på kön (N=719)	11
Diagram 6. Andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor, uppdelat utifrån svårighetsgrad och kön (N=719)	12
Diagram 7. Procentuell andel med riskabla/skadliga alkoholvanor fördelat på ålder och kön (N=719)	13
Diagram 8. Riskabla/skadliga alkoholvanor, procentuellt fördelat på kön och respektive område ..	13
Diagram 9. Fördelning på AUDIT poäng - kvinnor med 6 poäng eller högre (n = 122)	14
Diagram 10. Fördelning på AUDIT poäng - män med 8 poäng eller högre (n = 59)	15
Diagram 11. Antal personer som rökte, önskade sluta röka och som ville ha hjälp	16
Diagram 12. Procentuell andel av patienterna med symtom på ångest respektive depression, uppdelat på svårighetsgrad (N= 706 resp 701)	17
Diagram 13. Procentuell andel personer med påtaglig ångest och/eller depression, fördelat på ålder och kön	18
Diagram 14. Antal personer att tala förtroligt med	18

Kort sammanfattning i punktform

- * Var fjärde patient inom den allmänpsykiatriska öppenvården hade en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion (25 %)
- * Knappt var tionde kvinna och man hade en mer påtaglig alkoholproblematik
- * Inga könsskillnader kunde ses avseende andelen med riskbruk/missbruk
- * Åldern hade stor betydelse för kvinnorna: drygt hälften av kvinnorna under 25 år hade riskabla/skadliga alkoholvanor (52 %), medelålder 29,7 år
- * Åldern hade ingen betydelse för andelen med riskbruk bland männen, medelålder 38,1 år
- * Hälften av de med riskbruk önskade minska sin alkoholkonsumtion (47 %), procentuellt fler män än kvinnor
- * Av rökarna ville tre av fyra sluta röka (72 %)
- * Var tredje person med riskbruk av alkohol var också rökare
- * Ca åtta av tio i hela patientgruppen rapporterade milda till svåra symtom på ångest och/eller depression i enlighet med HAD (82 %)
- * Patienter med ett riskbruk hade i högre utsträckning kliniskt signifikanta symtom på ångest och/eller depression enligt HAD än de utan riskbruk (74 % vs 60 %)
- * Var fjärde patient i hela gruppen (183 personer) bodde tillsammans med barn.
- * Betydligt fler män än kvinnor med riskbruk uppgav att de inte hade någon förtrolig (27 % vs 14 %)

Riskbruk av alkohol bland patienter inom den psykiatriska öppenvården

Syftet med den aktuella enkätstudien var att få en uppfattning om hur många personer i det gängse patientflödet inom den psykiatriska öppenvården, som kan antas ha riskabla eller skadliga alkoholvanor. Vidare ville vi se om dessa personer utgjorde någon särskild grupp med avseende på kön, ålder, kontaktorsak, boende, sysselsättning, rökning, grad av ångest/depression samt inställningen till att minska sin alkoholkonsumtion.

Metod

Under oktober 2006 delades sammanlagt 1190 enkäter konsekutivt ut till patienter som besökte någon av de fem psykiatriska öppenvårdsenheterna i Västerbotten (NUS/Umeå 540, Skellefteå 400, Södra Lappland: Lycksele/Vilhelmina/Storuman 250). De patienter som i Umeå och Skellefteå besökte de särskilda beroendepsykiatriska mottagningarna uteslöts, då syftet med studien var att undersöka förekomsten av riskbruk hos den psykiatriska vårdens allmänpsykiatriska öppenvårdspatienter.

Enkäten lämnades ut i samband med att patienten anmälde sig i receptionen, och lades efter ifyllandet av patienten i en sluten svarslåda.

Enkäten innehöll, förutom frågor om alkohol, ångest och depression också frågor om kön, ålder, kontakthanledning, boende, sysselsättning, rökning, och socialt nätverk. Tre väl etablerade screeninginstrument ingick; **AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor et al., 1992), **HAD** (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983) och **PHQ** (Patient Health Questionnaire) (Spitzer et al., 1999; Kroenke et al., 2001). Det sistnämnda av dessa instrument analyseras separat.

Resultaten presenteras nedan tillsammans med kommentarer. Med hänsyn till att antalet enkäter vid de mindre mottagningarna Vilhelmina och Storuman var så låg (50 per enhet) har dessa i resultatredovisningen slagits samman med Lyckselemottagningen och benämns Södra Lappland.

Data har bearbetats i SPSS med Pearsons chi-2 test för signifikans.

Bortfallsanalys

Svarsfrekvensen var totalt 61 %, med en något ojämn fördelning. Södra Lappland hade en högre andel svarande (82 %), medan Skellefteå och Umeå hade en likartad tämligen låg andel svarande (56,5 % respektive 55 %).

En möjlig förklaring till den låga svarsfrekvensen i Umeå och Skellefteå skulle kunna vara väntrummens placering och utformning. Medan man i Södra Lappland har mindre mottagningar och därmed en mer koncentrerad yta, har mottagningarna i Umeå och Skellefteå flera väntrum som ligger lite utspridda inom lokalerna. Detta medför att patienten efter ankomstregistreringen kunde röra sig bort från receptionen, där svarsåldorna var placerade.

En annan förklaring som förts fram är korta väntetider inför besöken, vilket skulle medföra att patienterna inte hann besvara enkäten. Enligt den personal som lämnade ut enkäterna mottogs den utan diskussioner och de fick inte något intryck av något motstånd mot enkäten som sådan.

Något som talar för att de svarande kan antas representera patientgruppen är den helt jämna könsfördelningen över de tre områdena, med 71 % kvinnor och 29 % män, oavsett svarsfrekvens. Denna procentuella fördelning överensstämmer också helt med den könsfördelning som 2004 sågs i ett GAF-projekt, där samtliga patienter vid mottagningarna Väst, Syd, Öst och Nord vid Skellefteå psykiatriska mottagning ingick (GAF-projektet 2004). Även medelåldern i patientgruppen överensstämde väl.

Resultat med kommentarer

Svarsfrekvens

Sammanlagt 725 enkäter besvarades (61 %). Svarsfrekvensen var ojämnt fördelad med en högre andel svarande inom Södra Lappland (82 %), och en likartat lägre andel i Skellefteå och Umeå (56,5 respektive 55 %). De svarande kan emellertid i enlighet med ovanstående bortfallsanalys anses representera det gängse patientflödet inom den psykiatriska öppenvården.

Den högre svarsfrekvensen i Södra Lappland medförde att alla tre områdena, oavsett antal utdelade enkäter, bidrog med över 200 besvarade enkäter var till resultatsammanställningen (Umeå 295, Skellefteå 226, Södra Lappland 204).

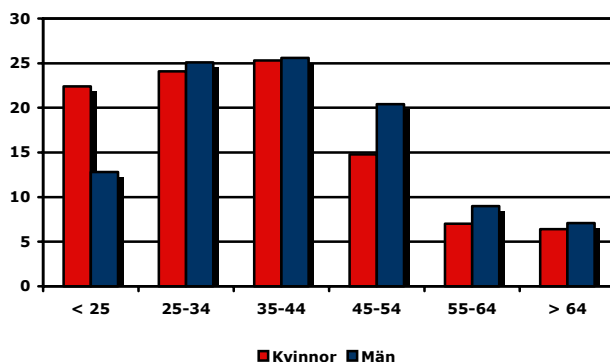
Kön och ålder

Enkäten besvarades av 514 kvinnor (71 %) och 211 män (29 %). Könsfördelningen var densamma i de tre områdena.

Medelåldern i patientgruppen totalt var 39 år (17-85 år, median 37). Kvinnorna var något yngre med en medelålder på 37,9 år (17-85 år, median 36), jämfört med männens 40,9 år (18-80 år, median 39) ($p = .011$). Den statistiska ålderskillnaden mellan könen förklaras emellertid helt av Umeås åldersstruktur i patientgruppen. I Umeå var de kvinnliga patienterna i snitt drygt fem år yngre än männen. Varken Skellefteå eller Södra Lappland uppvisade någon statistisk ålderskillnad mellan könen i sina patientgrupper. Det bör nämnas att Skellefteås mottagning Klockarberget för ”unga vuxna” inte deltog i den aktuella enkätstudien.

Patienterna fördelade sig i åldersgrupper enligt *diagram 1*.

Diagram 1. Procentuell köns- och åldersfördelning i patientgruppen (N=725)



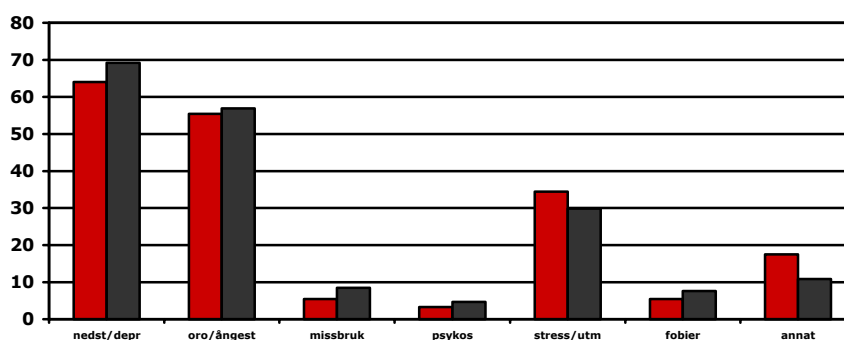
Kontaktanledning

I enkäten fanns sex alternativ till kontakthanledning (*Nedstämdhet/depression, Oro/ångest, Missbruksrelaterade problem, Förföljelsekänslor/psykos, Stress/utmattning, Fobier*), och också möjlighet att välja det öppna svarsalternativet ”Annat”. Som uppgiven orsak under ”Annat” återfanns sådant som receptförskrivning, sjukintyg, ”är anhörig” och liknande. Nio patienter uppgav ingen kontakthanledning alls, medan drygt hälften av de svarande valde att ange fler än ett alternativ.

Det kan påpekas att uppgiven kontakthanledning inte självklart är samma som eventuell diagnos satt av vårdgivare, men den speglar den problembild som patienten själv upplever.

Fördelningen av rapporterade kontakthanledningar visas nedan i *diagram 2*.

Diagram 2. Kontakthanledning i procent, fördelat över kön (N=716)



De tre absolut vanligaste uppgivna kontakthanledningarna var *Nedstämdhet/depression* följt av *Oro/ångest* och *Stress/utmattning*. Två av tre patienter (63 %) hade *Nedstämdhet/depression* som orsak till besöket, antingen som enda anledning eller i kombination med andra alternativ. Tillsammans med alternativen *Oro/ångest* och *Stress/utmattning* uppgavs någon av dessa tre symptomgrupper, enskilt eller i någon kombination av de tre, av 87 % av patienterna vara orsak till besöket på den psykiatriska mottagningen.

Det fanns vissa skillnader i länet beträffande uppgiven kontakthanledning, se Tabell 1. *Stress/utmattning* var till exempel betydligt vanligare i Skellefteå och Södra Lappland än i Umeå; 40 resp 41 % av kvinnorna och 45 resp 39 % av männen hade uppgett denna kontakthanledning i Skellefteå respektive Södra Lappland, medan motsvarande siffror för Umeå var 25 % av kvinnorna och 12 % av männen. Förutom att det var skillnad inom länet beträffande denna kontakthanledning så var det också den enda besöksorsaken där det fanns en könsskillnad ($p = .013$). Denna skillnad förekom dock endast Umeå. Det finns i övrigt inga statistiska skillnader rörande kontakthanledning med avseende på kön i den totala patientgruppen i länet eller per område.

Tabell 1. Kontaktsorsak områdesvis

	Umeå		Skellefteå		S Lappland	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M
<i>Nedstämdhet/depression</i>	65	65	62	70	65	73
<i>Oro/ångest</i>	55	60	58	57	54	51
<i>Missbruksrelaterade symtom</i>	8	8	7	10	3	7
<i>Förföljelsekänslor/psykos</i>	4	3,5	3	6	3	5
<i>Stress/utmattning</i>	25	12	40	45	41	39
<i>Fobier</i>	3	7	7,5	10	7	5
<i>Annat</i>	23	15	16	10	11	5

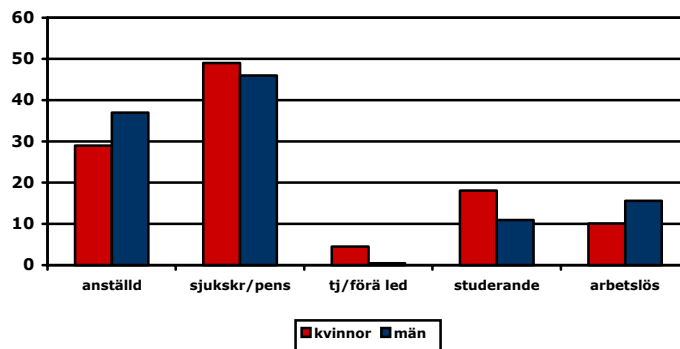
Arbete/sysselsättning/försörjning

Uppemot hälften av patienterna hade en sjukskrivning/rehabiliteringsersättning/pension som löpte längre än tre månader. I denna grupp återfinns också ålderspensionärerna. En relativt hög andel var arbetslösa; 10 % av kvinnorna och 16 % av männen. Fler kvinnor än män studerade. *Diagram 3*.

Liksom för kontakthanledningarna så fanns möjligheten att fylla i fler än ett svarsalternativ beträffande arbete eller sysselsättning.

Beträffande arbete/sysselsättning fanns en del regionala skillnader. Till exempel var andelen studerande inte oväntat, störst i Umeå och lägst i Södra Lappland. Av Umeås kvinnliga patienter uppgav 27 % att de studerade, medan motsvarande siffra i Södra Lappland var 10 %. Andelen arbetslösa patienter var likartad i Skellefteå och Södra Lappland, 11-12 % av kvinnorna och 16-17 % av männen, att jämföra med Umeås siffror på 8 % respektive 14 %. Skellefteå hade den högsta andelen patienter med anställning; 38 % av kvinnorna och 42 % av männen.

Diagram 3. Arbete/sysselsättning/försörjning - könsfördelat

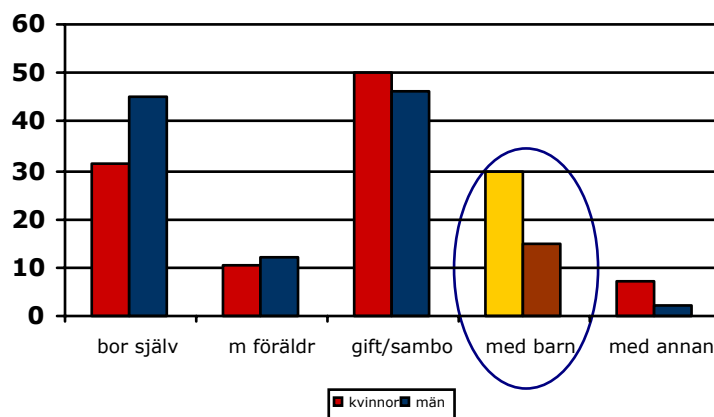


De patienter som hade en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion i enlighet med AUDIT (def nedan) var i mindre utsträckning långtidssjukskrivna (37 % vs 48 % i hela gruppen), i något större utsträckning arbetslösa (14 % vs 12 %) och i högre grad studerande (25 % vs 16 %). I övrigt var procentandelarna likartade.

Boende

De flesta patienter som uppgav sig bo med sina föräldrar återfanns som förväntat i de yngsta åldersgrupperna. Drygt hälften (52 %) av dem som bodde "hemma" var under 25 år, och upp till 35 år täcks 75 % av gruppen. Cirka hälften av patienterna levde i en relation. Fler män än kvinnor bodde ensamma ($p = .001$). Fördelning av boendeform återfinns nedan i *diagram 4*.

Diagram 4. Procentuell fördelning av boende, inkl boende med barn, uppdelat i kön



Att var fjärde patient (25 %, 183 personer) bodde samman med barn är värt att betona. Av dessa 183 individer var 152 kvinnor och 31 män ($p = .000$). Hur många barn det totalt rör sig om kan inte utläsas, annat än att det alltså rör sig om minst 183 barn.

Med den kunskap som finns om att barn till föräldrar med psykiska problem utgör en riskgrupp för att utveckla egen psykisk ohälsa är det synnerligen viktigt att dessa barn uppmärksammas. Patienter med samtidigt riskabla/skadliga alkoholvanor var i samma utsträckning som patienter utan ett riskbruk boende med barn ($p = .08$). En samtidig psykiatrisk problematik och ett riskbruk eller missbruk torde i förekommande fall ytterligare förvärra situationen för dessa barn i deras utsatta situation.

Alkoholvanor

För att få en uppfattning om patienternas alkoholvanor användes frågeformuläret **AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test). Detta formulär har utarbetat av en grupp inom WHO och är flitigt använt som ett screeninginstrument för riskabla och/eller skadliga alkoholvanor (Babor et al., 1992). Formuläret består av tio frågor med tre eller fem svarsalternativ per fråga. Svaren poängberäknas och 40 poäng utgör maximal poäng. De skärningspunkter som har använts som en indikation på ett riskabelt/skadligt bruk av alkohol är sex poäng eller högre för kvinnor och åtta poäng eller högre för män. En skärningspunkt på 14 respektive 16 poäng eller mer, har använts som indikation ett missbruk alternativt beroende. Både sensitiviteten och specificiteten för AUDIT är mycket hög och långt bättre än någon biologisk markör (Bergman et al., 1998, 2000, 2003).

Det bör dock tydligt understrykas att AUDIT *inte* är ett diagnosinstrument. För att sätta en korrekt diagnos krävs både en klinisk bedömning och samtal med personen i fråga. Det innebär att ett antal ”falskt positiva” kan ha inkluderats i nedanstående resultatredovisning. Å andra sidan finns det alltid personer som ”tonar ner” sin konsumtion.

Begreppsförvirring

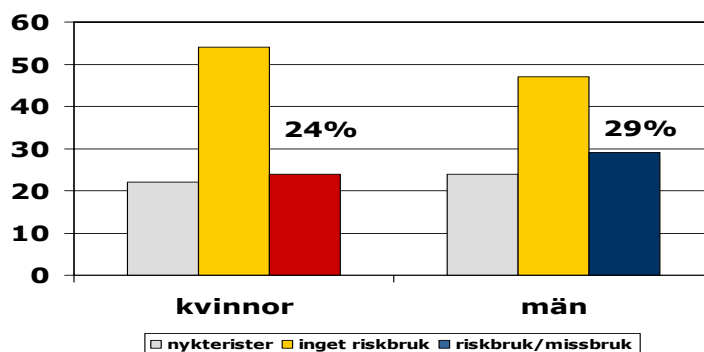
Det finns många begrepp och termer i omlopp rörande alkohol. I diagnossystem som DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 1994) och ICD-10 (International Classification of Diseases) (WHO, 1990), finns medicinska diagnoser som missbruk, beroende och skadligt bruk definierade. Samma begrepp används också av och till i dagligt tal utan att de kriterier som finns för respektive diagnos är kända. Det finns också termer inom vård och behandling som används för att beskriva problemområden eller insatser, utan att de är särskilt definierade. Sådana begrepp kan vara ”psykosocial behandling” ”stödinsatser” och liknande. Dessa olika definitioner kan ibland leda till oklarheter och svårigheter i samarbete mellan olika organisationer, och behovet av gemensamma termer bland berörda parter har tagits upp och betonats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007).

Begreppet *riskbruk* har introducerats under senare år och är ytterligare ett något diffust begrepp. Det är i sig inte någon diagnos utan avser en alkoholkonsumtion som är eller kan bli skadlig för hälsan. AUDIT-instrumentet ger en indikation på ett sådant riskbruk. För sjukvården, och andra som möter personer med en riskbrukskonsumtion, är det synnerligen gynnsamt att inter文enera genom motiverande samtal eller kort rådgivning på denna nivå (Hedberg et al., 2000; Johansson & Wirbing, 2005). Det nationella *Riskbruksprojektet*, har just tidiga interventioner som mål för ett flertal av sina aktiviteter (www.fhi.se/riskbruksprojektet). I denna presentation används begreppet riskbruk synonymt med riskabla och/eller skadliga alkoholvanor.

Andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor

AUDIT-formuläret besvarades av 719 personer (513 kvinnor, 206 män). Av kvinnorna kom 24 % (122 pers) över skärningspunkten för riskabla/skadliga alkoholvanor. Motsvarande siffror för männen var 29 % (59 pers). *Diagram 5*. Könsskillnaden är inte signifikant.

Diagram 5. Procentuell andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor, uppdelat på kön (N=719)



Man kan med andra ord säga att i runda tal har var fjärde patient som besöker den psykiatriska öppenvården, kvinna som man, en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion i enlighet med skärningspunkterna för AUDIT. Det var dock relativt få som uppgett *Missbruksrelaterade symtom* som orsak till besöket; 5 % av kvinnorna och 8,5 % av männen.

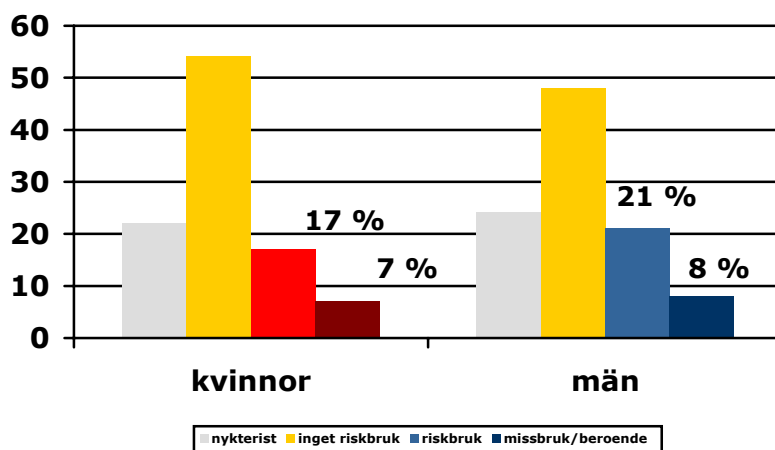
Andelen personer med riskabla/skadliga alkoholvanor inom den psykiatriska öppenvården ligger på betydligt högre nivåer än för patienter inom primärvården. En jämförelse kan göras med den väntrumsstudie inom primärvården i länet som genomfördes under 2005, där andelen patienter med riskabla/skadliga alkoholvanor enligt samma kriterier utgjordes av 9 % av kvinnorna och 17 % av männen (VLL 2005).

Det bör åter poängteras att de särskilda beroendepsykiatriska mottagningarna i Skellefteå och Umeå *inte* deltog i studien, utan målgruppen för enkätstudien var det allmänpsykiatriska patientflödet på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna.

Andel personer med en mer påtaglig problematik

Ungefär var tredje patient som låg över skärningspunkten för riskabla/skadliga alkoholvanor kom också över de högre skärningspunkterna för ett mer påtagligt missbruk alternativt beroende; 30 % av kvinnorna och 29 % av männen. I hela patientgruppen utgjordes andelen med missbruk/beroende av 7 % av kvinnorna och 8 % av männen (*diagram 6*). De skärningspunkter som använts är 14 poäng eller fler för kvinnor och 16 poäng eller fler för män.

Diagram 6. Andel personer med riskabla/skadliga alkoholvanor, uppdelat utifrån svårighetsgrad och kön (N=719)



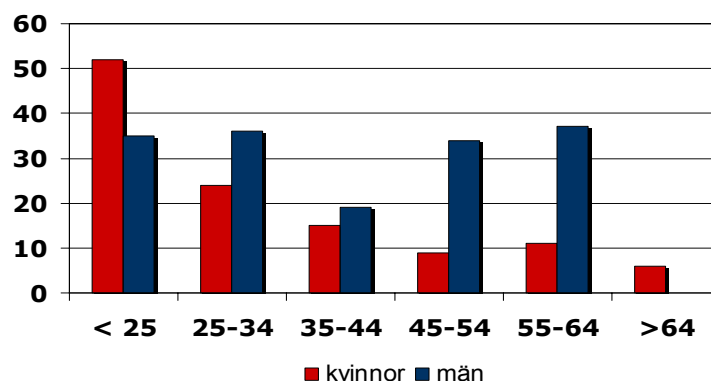
Det fanns inte heller några skillnader mellan könen med avseende på andelen med ett mer påtagligt missbruk, d v s med de högre skärningspunkterna på AUDIT.

Alkohol, kön och ålder

Alkoholkonsumtionen är inte jämnt fördelad över en människas livstid. De allra flesta personer som dricker alkohol, dricker som mest i tjugo- tjugofemårsåldern, och de allra flesta minskar sin alkoholkonsumtion framåt pensionsåldern och därefter. Män har i genomsnitt sin högsta konsumtion vid ca 25 års ålder, medan den för kvinnor infaller några år tidigare, vid ca 21 års ålder (www.can.se). Många personer kan under en period i livet ha en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion som emellertid minskar i takt med att livsbetingelser och sociala omständigheter förändras. Det kan vara faktorer som familjebildning, avslutade studier och liknande. För en del, å andra sidan, utvecklas ett missbruk och/eller ett beroende.

I den aktuella enkätstudien framgår tydligt ålderns betydelse (*diagram 7*).

Diagram 7. Procentuell andel med riskabla/skadliga alkoholvanor fördelat på ålder och kön (N=719)



Att drygt varannan av de unga kvinnorna upp till 25 års ålder, som söker den psykiatriska öppenvården, har riskabla/skadliga alkoholvanor är värt att uppmärksamma. För männen har åldern inte samma uppenbara koppling till riskbruk.

Medelåldern för kvinnorna med riskbruk var 29,7 år medan den för männen var 38,1 år ($p = .000$).

Riskabla/skadliga alkoholvanor fördelat på område

Det finns vissa skillnader inom länet beträffande andelen patienter inom den psykiatriska öppenvården som hade riskabla/skadliga alkoholvanor. Den totala andelen med riskbruk i respektive område skiljer sig inte så mycket åt; Umeå 26,2 %, Skellefteå 23,3 %, Södra Lappland 25,7 %. Däremot kunde en tydlig könsskillnad ses i Skellefteå där andelen kvinnor, vars alkoholvanor skulle kunna betecknas som ett riskbruk var 19,5 %, och männens andel var 33 % ($p = .033$), *diagram 8*. Dessa siffror ska emellertid inte tolkas så att den psykiatriska öppenvården i Skellefteå inte möter unga kvinnor med riskbruk. Det återspeglar snarare effekten av att den särskilda mottagning/verksamhet för unga vuxna som finns i Skellefteå, Klockarberget, inte deltog i denna aktuella studie, och vi vet att just kvinnor i åldersgruppen upp till 25 år har den högsta andelen med riskbruk (se avsnitt ovan).

Diagram 8. Riskabla/skadliga alkoholvanor, procentuellt fördelat på kön och respektive område



Könsskillnaderna som ses i Umeå och Södra Lappland är inte statistiskt säkerställda.

Var femte dricker inte alls

En relativt stor andel, drygt 20 % av både kvinnor och män, uppgav sig inte dricka alls. Detta är en högre andel än i den svenska befolkningen. I den stora nationella folkhälsoenkät, som besvarats av närmare 57 000 personer i åldern 16-84 år, uppgav 18 % av kvinnorna och 10 % av männen att de inte alls dricker alkohol (Hälsa på lika villkor, 2006 (www.fhi.se)). Nykterhetsrörelsen har av tradition varit stark i Västerbotten och om det är detta som återspeglas i de höga andelarna i aktuell studie är svårt att med någon säkerhet uttala sig om. Umeåområdet har en befolkningsstruktur med många inflyttade personer som därmed inte skulle ha påverkats av nykterhetstraditionen. Men att andelen, som i enkätstudien uppgav sig inte alls dricka alkohol, är lägst i Umeå (21 %, jämfört med 25 % i Skellefteå och 27 % i Södra Lappland) behöver inte ha med denna befolkningsstruktur att göra utan kan bero på att de svarande i Umeå hade en lägre medelålder.

Det kan också vara så att några valt att uppges att de inte dricker alls i enkäten för att på så sätt ”slippa” resten av frågorna om alkoholvanorna. Det vi kan se är dock att andelen nykterister både för män och kvinnor ökar med stigande ålder. Inom gruppen som uppgav sig aldrig dricka (n=170) är medelåldern för kvinnorna 42,9 år och för männen 43,9 år (p= .095). Detta kan jämföras med medelåldern för kvinnorna med riskbruk som var 29,7 år och för männen 38,1 år (p= .000).

Fördelning utifrån AUDIT poäng

AUDIT formuläret är som tidigare nämnts ett screeninginstrument som är mycket väl lämpat att använda i samtal med patienten. Den poäng som fås ger en indikation på det eventuella problemets svårighetsgrad, samtidigt som man genom svaren kan ringa in både konsumtionsmönster och särskilda konsekvenser av alkoholkonsumtionen (ex vis minnesluckor, skuld känslor, återställarbehov). Strax över skärningspunkterna återfinns personer vars alkoholvanor i dagsläget kanske inte medför några påtagliga bekymmer men som kan ligga i en riskzon att utveckla problem. Ju högre poäng, desto mer ökar risken för att alkoholvanorna medför negativa effekter på egna fysiska och psykiska hälsan och/eller indirekta skadeeffekter på personer i omgivningen.

Hur patienterna som kom över skärningspunkterna för riskbruk, fördelade sig utifrån uppnådda poäng framgår av *diagram 9 och 10*.

Diagram 9. Fördelning på AUDIT poäng - kvinnor med 6 poäng eller högre (n = 122)

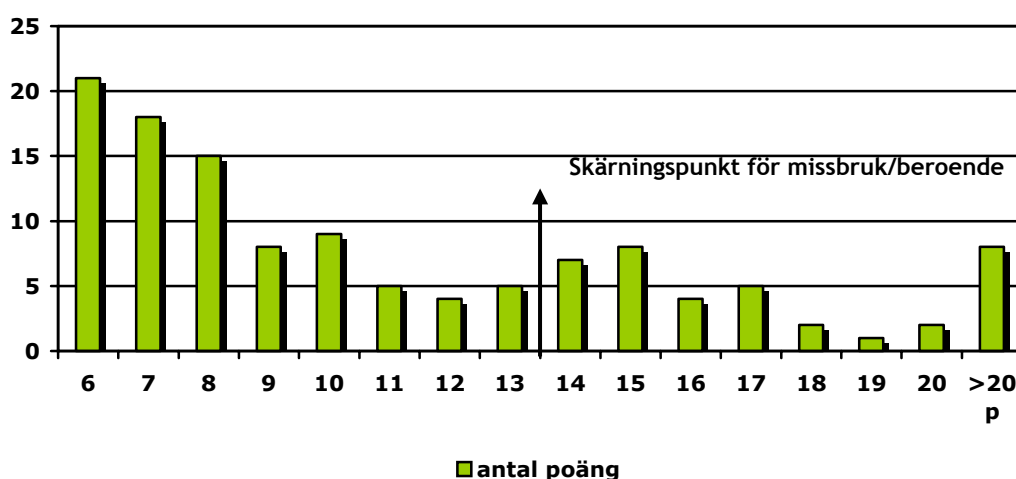
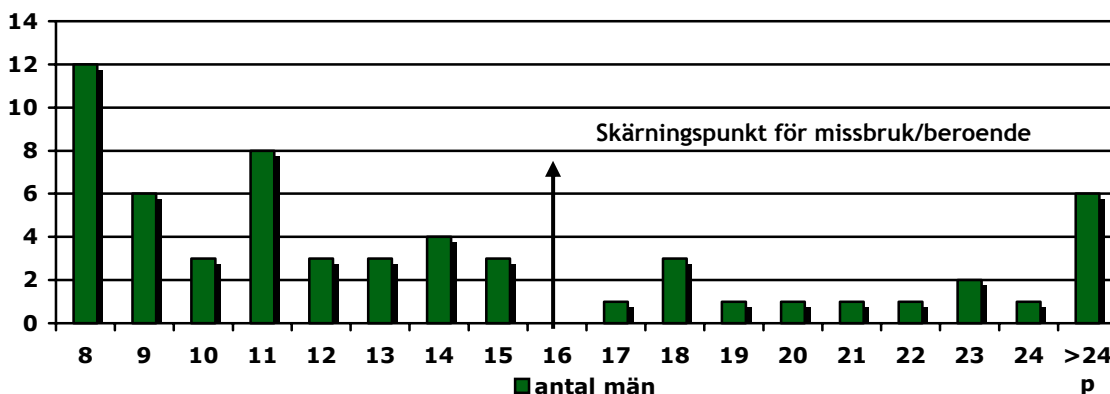


Diagram 10. Fördelning på AUDIT poäng - män med 8 poäng eller högre (n = 59)



Risikonsumtion av alkohol baserat på uppgiven mängd

De tre första frågorna i AUDIT formuläret används ibland separat som screeninginstrument och benämns "AUDIT-3" eller "C-3" (Gual et al., 2002). Dessa tre frågor tar upp hur ofta man dricker alkohol, hur många glas man dricker en typisk dag och hur ofta som man berusningsdricker, i AUDIT formuläret definierat som sex glas alkohol eller mer, vid ett och samma tillfälle. Poängberäkningen och skärningspunkterna är de samma som vid användandet av hela formuläret, d v s sex poäng eller fler för kvinnor och åtta poäng eller fler för män. Det innebär förstås att den procentuella andelen som faller ut som riskkonsumenter krymper. I den aktuella studien bland patienter inom den psykiatriska öppenvården i Västerbotten 2006 var det 20 % av männen och 11,5 % av kvinnorna som hade en riskkonsumtion enligt ovanstående kriterier.

En kritik som man kan ha mot att enbart använda de tre första frågorna är att nivån på berusning i fråga tre är satt till "6 glas eller fler", utan någon könsskillnad. Gränsen för berusningsdrickande brukar vanligtvis vara lägre, 4 glas eller mer för kvinnor och 5 glas eller mer för män, vid ett och samma tillfälle (FHI, 2005b). Det kompenseras dock av den lägre skärningspunkten för kvinnor. Vanligt är vidare att man kompletterar dessa tre AUDIT-frågor med en fjärde fråga om hur ofta man druckit sig berusad, enligt sitt eget mått på berusning. De personer som uppger sig dricka sig berusad två till tre gånger per månad inkluderas då som riskkonsumenter. Detta förfarande återfinns bland annat i den nationella folkhälsoenkäten. Andelen personer i befolkningen med riskkonsumtion i Sverige i åldern 16-84 år, enligt ovanstående kriterier, var 9 % av kvinnorna och 17 % av männen år 2006 (www.fhi.se).

I samma undersökning (Hälsa på lika villkor) kom Västerbottens län på samma nivåer som riket, medan Umeås befolkningssiffror var högre med 11 % av kvinnorna och 21 % av männen som riskkonsumenter (Livsmiljöbokslut, Umeå kommun 2006).

Många önskar minska sin alkoholkonsumtion

I hela den svarande patientgruppen av 725 personer uppgav 110 att de ville minska sin alkoholkonsumtion (15 %). Det vill säga var sjätte, sjunde patient i det vanliga patientflödet. Majoriteten av dessa 110 personer (84 %) ansåg att de kunde klara av detta själva. Det kan noteras att alla av dessa som önskade dricka mindre alkohol inte kom över gränserna för riskbruk enligt AUDIT.

Av de 181 personerna med riskbruk, det vill säga de som kom över skärningspunkterna på AUDIT (6 respektive 8 p), ville närmare hälften (47 %) minska sin alkoholkonsumtion. Männen bejakade i större utsträckning att de ville minska konsumtionen än kvinnorna, 61 % av männen med riskbruk jämfört med 40 % av kvinnorna ($p = .008$). Männen som ville minska var äldre (43,9 år) än motsvarande kvinnor (32,8 år) ($p = .000$). Detta är i linje med den ålderskillnad som också fanns beträffande förekomst av riskbruk.

De allra flesta svarade att de trodde att de själva kunde klara av att minska sin alkoholkonsumtion och endast 16 % (18 personer) av de 110 personer som ville minska, uppgav att de behövde stöd.

Sammantaget innebär det att under den korta tid som enkätstudien pågick mötte psykiatrisk vårdpersonal 181 personer (var fjärde patient) med ett riskbruk eller missbruk av alkohol. På en direkt fråga skulle ungefär varannan av dessa bejaka att de ville minska sin alkoholkonsumtion. Att de flesta av dessa ansåg att de kunde klara denna minskning själva innebär inte att vårdgivarens samtal skulle vara utan värde. Ingen kan genomföra förändringar åt sina patienter, det arbetet måste patienterna göra själva. Men vi kan som vårdgivare vara ett stöd och ett aktivt bollplank i t ex ett motiverande samtal om förändringar av levnadsvanor, inklusive alkoholvanor (Forsberg, 2006; www.somra.se). Det är också visat att enbart att vårdgivaren tar upp alkoholvanorna i samband med besök så minskar ett stort antal sin konsumtion.

En intressant jämförelse kan göras med rökning och önskan om stöd i att sluta röka och önskemål om stöd (se avsnittet nedan).

Rökning

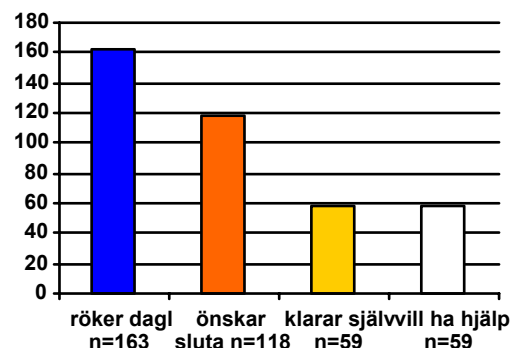
Två frågor i enkäten handlade om rökning: ”Röker du dagligen?” och ”Vill du sluta röka?”

Sammanlagt uppgav 163 personer (22,5 %) att de röker dagligen. Det fanns ingen skillnad mellan könen (23 % av kvinnorna, 21 % av männen).

Det finns ett känt samband mellan alkoholkonsumtion och rökning och det illustreras väl av att var tredje person med riskbruk/missbruk av alkohol rökte (34 %) jämfört med 19 % av dem som inte hade ett riskbruk ($p = .000$).

Av de 163 dagligrökarna var det närmare tre av fyra, (72 %, 118 personer) som uppgav att de ville sluta röka. Hälften av dem som ville sluta ville också ha stöd i detta (*diagram 11*).

Diagram 11. Antal personer som rökte, önskade sluta röka och som ville ha hjälp



Att betydligt fler av dem som önskar sluta röka vill ha hjälp, jämfört med dem som önskar minska sitt drickande, är noterbart. Det finns en del skillnader och faktorer som kan ha betydelse för detta. En av dessa skulle kunna vara att alkoholvanorna många gånger ses som mer ”privata” och det är behäftat med en större skuld- och skamkänsla att inte kunna hantera sin alkoholkonsumtion än att vara fast i ett nikotinberoende. Rökning är idag inte heller lika accepterat i samhället som tidigare, medan inställningen till alkohol blivit alltmer liberal och tillåtande. En annan skillnad är målsättningen rörande förändring/minskning. För rökare är det oftast en ”antingen-eller” situation medan det för alkoholkonsumenterna snarare är en önskan av att ”dricka normalt” eller ”lagom”. En tredje skillnad är att det finns ett antal kända stöd för att sluta röka som lanseras offensivt. Det handlar till exempel om nikotinersättningsmedel (plåster, tuggummi) och sluta-röka-grupper. Det stöd som man skulle kunna få för att minska sin alkoholkonsumtion kan däremot upplevas som mer ”diffust” och därför också svårt att ta ställning till.

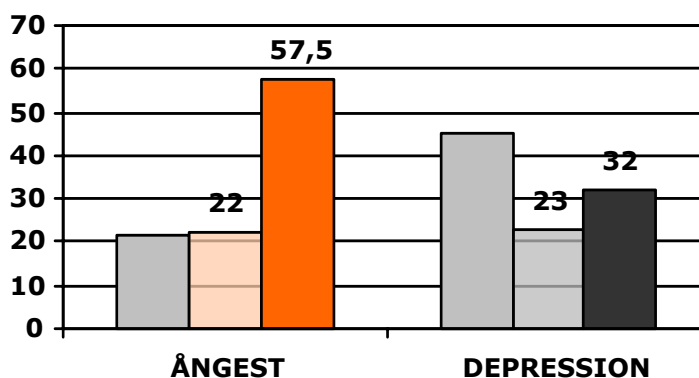
Ångest och depression utifrån HAD

Enkäten innehöll också självskattningsformuläret HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), som liksom AUDIT är utarbetat för användning i somatisk vård och primärvård (Zigmond & Snaith, 1983). Formuläret är i vården tänkt att ligga som grund för fortsatt diskussion med patienten inför eventuell diagnos.

HAD är uppbyggt på 14 påstående med vardera fyra svarsalternativ. Dessa alternativ är viktade med poäng från noll till tre. Sju påståenden är kopplade till ångest och sju till depression. Sammanräknade poäng på åtta eller fler inom respektive område indikerar att det finns en ångest och/eller depressionsproblematik. Poäng på elva eller fler talar för ett kliniskt signifikant tillstånd, vilket bör leda till en fördjupad diagnostik och behandling.

Som förväntat bejakade majoriteten av patienterna inom den psykiatriska öppenvården symtom på ångest och/eller depression. Sammanlagt kom 79,5 % av patienterna över skärningspunkten för ångest och 55 % av patienterna hade tecken på depression (> 7p). Den största delen bejakade symtom för en mer påtaglig problematik (>10p), vilka återfinns nedan i de enfärgade staplarna i *diagram 12*.

Diagram 12. Procentuell andel av patienterna med symtom på ångest respektive depression, uppdelat på svårighetsgrad (N= 706 resp 701)



Symtom på ångest och depression är närbesläktade, och flertalet av patienterna kom i linje med detta över skärningspunkterna både på ångest och på depression. Sammantaget återfanns 82 % av de svarande i enkätstudien i något eller i båda symtomområdena utifrån HAD-instrumentet. Det sammanfaller väl med att 87 % av patienterna uppgav *Depression/nedstämdhet, Oro/ångest* och/eller *Stress/utmattning* som orsak till deras besök på den psykiatriska mottagningen.

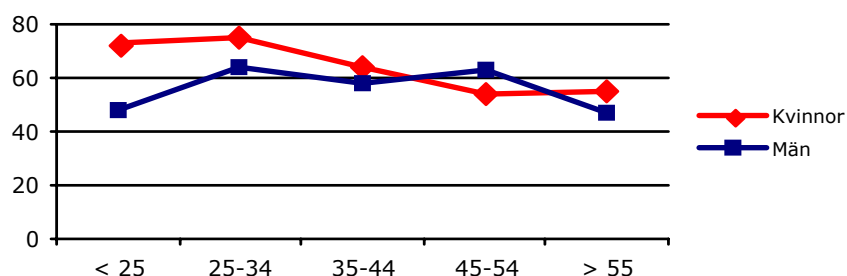
HAD relaterat till kön och ålder

Fler kvinnor än män bejakade symtom på ångest. Åtta av tio kvinnor (82 %) kom över skärningspunkten för milda/måttliga symtom jämfört med 73 % av männen. Skillnaden mellan könen beträffande ångest återfanns främst i delen för mer påtagliga symtom, d v s mer än 10 poäng på HAD-skalan ($p = .021$). Däremot fanns ingen könsskillnad med avseende på depressiva symtom ($p = .555$).

Beträffande ålder är det återigen de unga kvinnorna som utmärker sig. I detta fall handlar det om att de uppvisar mest symtom på svår ångest. I yngsta åldersgruppen bejakade 70.5 % av kvinnorna symtom på kliniskt signifikant tillstånd av ångest (>10p). Motsvarande siffra för männen i denna åldersgrupp var 44 % ($p = .037$). Inte i någon annan åldersgrupp fanns, vad gäller ångest eller depressiva symtom, någon signifikant skillnad mellan könen.

I nedanstående diagram (*diagram 13*) visas andelen personer med symtom på kliniskt signifikant ångest och/eller depression, d v s 11 poäng eller fler, på endera ångest- eller depressionsskalan i HAD. Den äldsta åldersgruppen över 65 år har slagits samman med gruppen 55-64 för att antalet personer i gruppen skulle bli rimlig.

Diagram 13. Procentuell andel personer med påtaglig ångest och/eller depression, fördelat på ålder och kön



Ångest och depression i relation till riskbruk

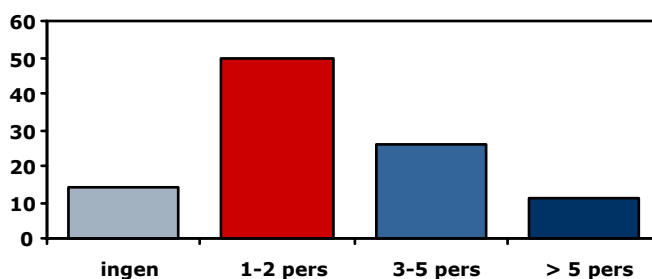
Med tanke på att symtom på ångest och depression var så vanliga är det inte annat att förvänta än att även patienterna med ett riskbruk hade motsvarande höga förekomst av dessa problem. Bland dem med ett riskbruk av alkohol hade 86 % av kvinnorna och 89 % av männen samtidiga symtom på ångest och/eller depression.

Om man fokuserar på de med en mer påtaglig symtombild (>10 p) är procentsatserna fortsatt höga; 74 % för både kvinnor och män med ett riskbruk. Denna höga andel med symtom på kliniskt signifikant ångest och/eller depression inom riskbruksgruppen, är betydligt större än andelen med påtaglig problematik för dem utan riskbruk; 74 % vs 60 % ($p = .001$). Även om andelen personer med påtaglig depression är procentuellt större i riskbruksgruppen än i gruppen utan riskbruk (37% vs 30%), så är det ångestvariabeln som bidrar störst till den statistiska skillnaden mellan grupperna.

Socialt nätverk

Så många som 14 % av patienterna uppgav att de inte hade någon person i sin familj eller vänskapskrets som de kunde tala förtroligt med (*diagram 14*). Fler män än kvinnor var ensamma i denna bemärkelse; 18 % jämfört med 12 % ($p = .022$). Siffrorna kan jämföras med de något lägre andelarna i befolkningen i Sverige, där 15 % av männen och 10 % av kvinnorna var ensamma i denna bemärkelse (Hälsa på lika villkor, 2006).

Diagram 14. Uppgivet antal personer att tala förtroligt med



En något högre andel av de med ett riskbruk av alkohol (18 %) hade ingen förtrolig. Särskilt saknade männen med riskbruk någon att kunna anförtro sig till. Drygt var fjärde man med riskbruk av alkohol var utan någon förtrolig (27 %). Motsvarande andel bland kvinnorna med riskabla/skadliga alkoholvanor var 14 % ($p = .031$).

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). Svensk översättning av "Quick reference" av Herlofson J & Landqvist M (1995). Pilgrim Press.
- 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.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007 – Rapport 107. www.can.se Stockholm: CAN
- Forsberg L (2006). Motiverande samtal – bättre än råd. Läkartidningen nr 42, 3178-3180.
- GAF-projektet 2004, öppenvård -huvudrapport. Candefjord I-L & Larsson M (eds), Nysam nyckeltalssamverkan http://www.nysam.com/GLOBAL/Nysam_Site.nsf
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol & Alcoholism. Vol 37, No 6, 591-592.
- Hedberg C, Hallberg H & Urwitz V (2000). Projekt om "Riskbruk av alkohol". Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. Läkartidningen, 97(1-2), 48-50.
- Johansson K & Wirbing P (2005) Riskbruk och missbruk. Natur och kultur.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13.
- SBU (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapportnummer 156/I och 156/II. www.sbu.se
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. www.socialstyrelsen.se
- SOMRA (Samtal OM Riskbruk av Alkohol) www.somra.se
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
- Statens folkhälsoinstitut (2005a) Den svenska alkoholutvecklingen. Lägesrapport januari 2005. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Statens folkhälsoinstitut (2005b). Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Statens folkhälsoinstitut (2007) Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006. Rapport nr A 2007-01. www.fhi.se
- Umeå kommun (2006) Livsmiljöbokslut.
- VLL (2005).Alkoholvanor bland patienter inom primärvården - relaterat till ångest och depression. www.vll.se
- World Health Organisation (1990) International Classification of Diseases, ICD -10. WHO; Svensk version Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) Socialstyrelsen.
- Zigmond AS & Snaith RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67(6), 361-70.

