

Alkoholvanor bland patienter inom primärvården

– relaterat till ångest och depression

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING



– resultat från en enkätstudie
i Västerbotten 2005

FOTO © INGRAM

Förord

Under den senaste 10-årsperioden beräknas alkoholkonsumtionen i Sverige ha stigit med cirka 30 procent. Detta har skett i takt med att tidigare alkoholpolitiska styrmedel förändrats och försvagats. Ur ett folkhälsoperspektiv är konsumtionsökningen mycket oroande, då det finns en stark koppling mellan totalkonsumtionen i ett samhälle och andelen personer som riskerar att direkt eller indirekt skadas av alkoholen. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder inom området är viktiga och alkoholfrågorna återfinns, tillsammans med tobak, narkotika, dopning och överdrivet spelande, inom ramen för målområde 11, i de av Riksdagen fastställda folkhälsomålen. Landstingsfullmäktige i Västerbotten har konkretiserat dessa mål utifrån ett länsperspektiv i det folkhälsopolitiska programmet (2005).

Negativ påverkan på familjeliv och barns uppväxtvillkor, våld och skadegörelse, trafik- och arbetsolyckor, är några exempel på områden där hög alkoholkonsumtion kan vara en bidragande orsak. På det individuella planet kan både den fysiska och den psykiska hälsan påverkas negativt, och många personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor återfinns som patienter inom sjukvården. I det förebyggande arbetet har primärvården därför en särskilt strategisk position för att tidigt identifiera dessa personer.

Syftet med den aktuella studien var att få en uppfattning om hur stor andel av vårdcentralernas patienter som kan tänkas ha en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion. Då det finns ett samband mellan hög alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa har även förekomst av symtom på ångest och depression tagits med.

Patienter vid vårdcentraler utgör ofta målgruppen för enkätstudier och det finns risk att det uppstår en ”enkättrötthet” både hos patienter och hos personal. Jag vill därför passa på att tacka de personer som besvarade enkäten, de vårdcentraler som deltog samt de läkarsekreterare som ombesörjde att enkäterna delades ut.

Annika Nordström
FoUU-staben
Västerbottens läns landsting

annika.nordstrom@vll.se

Innehållsförteckning

Bakgrund	7
Studiens syfte och metod	8
Bortfallsanalys	8
Resultat	11
Åldersfördelning	11
Alkoholvanor utifrån AUDIT	11
Alkoholvanor på en glidande skala	13
Kontaktanledningar	14
Förekomst av ångest och depression utifrån HAD	15
Samtidig förekomst av riskabla/skadliga alkoholvanor och ångest och depression	17
Några sammanfattande siffror	17
Skillnader och likheter mellan vårdcentralerna i länet	18
Diskussion	19
Referenser	21
Bilaga. Enkät	23

Tabeller

Tabell 1. Procentuell svarsfrekvens

Tabell 2. Medelålder och medianålder per vårdcentral

Tabell 3. Procentuell andel patienter per vårdcentral med riskabla/skadliga alkoholvanor
(N=1400)

Figurer

Figur 1. Procentuell fördelning av kön per åldersgrupp N=1400

Figur 2. Procentuell fördelning av samtliga patienter. Fördelat på kön. (N=1400)

Figur 3. Procentuell andel av alkoholkonumenterna med riskabel/skadlig konsumtion.
Fördelat på kön (n=1080)

Figur 4. Procentandel riskabel/skadlig alkoholkonsumtion fördelat på åldersgrupp och kön
(N=1400)

Figur 5. Procentuell fördelning av kvinnor med sex poäng och däröver på AUDIT (n=76)

Figur 6. Procentuell fördelning av män med åtta poäng och däröver på AUDIT (n=91)

Figur 7. Procentandel med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion per kontakthanledning

Figur 8. Procentuell andel av patienter med symtom på ångest respektive depression (N=1392)

Figur 9. Procentandel med symtom på ångest respektive depression relaterat till ålder
och kön (n=398- ångest, n=236 - depression)

Figur 10. Procentandel med uttalade ångest respektive depressionssymtom relaterat till
ålder och kön (n=188-ångest, n=86-depression)

Figur 11. Procentuell andel med riskabla/skadliga alkoholvanor bland alkoholkonsumenter,
fördelat per vårdcentral (n=1080)

Bakgrund

Under år 2004 beräknades alkoholkonsumtionen i Sverige uppgå till 10.5 liter ren alkohol per invånare, 15 år och äldre. Ett antal samverkande faktorer kan sägas ha bidragit till det senaste decenniets cirka 30 procentiga ökning. Sveriges tidigare restriktiva alkoholpolitik har successivt luckrats upp, bland annat till följd av vårt EU-inträde med förväntningar och krav på en anpassning till övriga medlemsländers regler. Den enskilt största påverkan på konsumtionen tillskrivs de generösa införselbestämmelserna i kombination med våra grannländers betydligt lägre skattenivåer (SOU 2005:25). Andra faktorer av betydelse är den ökade tillgängligheten, till exempel i form av ökat antal serveringstillstånd och utökade öppettider kombinerat med självbetjäningsbutiker hos Systembolaget. Dessutom pågår i samhället en allmän utveckling mot en mer liberal syn på alkohol.

Västerbottens geografiska läge medför att gränshandeln inte påverkat konsumtionen i vårt län i lika stor utsträckning jämfört med södra Sverige. Västerbotten har också genom tiderna av tradition haft en jämförelsevis låg alkoholkonsumtion. Tillsammans med Jönköpings och Kalmar län ligger vi till exempel lägst i statistiken över alkoholrelaterad dödlighet. I Skåne däremot har en markant ökning av den alkoholrelaterade dödligheten under senare år noterats och länet har tillsammans med Stockholm de högsta dödstalen (Statens folkhälsoinstitut, 2005a).

Medvetenhet och kunskaper om alkoholens negativa hälsoeffekter finns i varierande grad hos befolkning och sjukvårdspersonal. Alkoholens hälsofrämjande effekter däremot har med stor genomslagskraft via media nått allmänheten. Det är också visat att alkohol i måttliga mängder, för äldre personer, kan ha positiva effekter för hjärtsjukdomar och diabetes, dock utan att det medför att det finns belägg för att rekommendera alkohol som medicin (Statens folkhälsoinstitut, 2005b).

Primärvården har en mycket strategisk position för tidiga interventioner eftersom många personer med symtom eller begynnande hälsoproblem, relaterade till högkonsumtion av alkohol, återfinns som patienter på vårdcentral (Nordström et al, 1998). Det är emellertid endast en liten del av dessa personer som upptäcks av läkare eller annan vårdpersonal, eller också identifieras de utan att det leder till någon ytterligare åtgärd. Detsamma är fallet med tecken och symtom på ångest och depression (Bodlund, 1997).

Ett problem som lyfts fram har varit att man saknat metoder för att genomföra den enkla intervention, som visat sig vara framgångsrik vid riskabla alkoholvanor (Johansson & Wirbing, 1999). Detta har uppmärksammats inom allmänmedicinens område, och sedan mitten av 90-talet bedrivs ett ”riskbruksprojekt” för att bättre kunna implementera verk samma metoder (Hedberg et al, 2000). Detta projekt administreras i dagsläget inom ramen för det familjemedicinska institutet (www.fammi.se). Att det är viktigt att arbeta förebyggande inom alkoholområdet framhålls från flera aktörer i samhället. Ur primärvårdens synvinkel är området för närvarande prioriterat både lokalt inom länets närsjukvård, och nationellt genom att Socialdepartementet skjutit till medel riktade till primärvården för att stimulera till utvecklingsarbete i dessa frågor.

Olika former av förebyggande och hälsofrämjande projekt både rörande alkohol och psykisk hälsa har tidigare genomförts i Västerbottens län. Bland annat genomfördes under åren 1997-2002 en omfattande utbildning i beroendelära och samtalsmetodik för all personal vid så gott som samtliga av länets vårdcentraler (Winberg & Nordström, 2002). Mottagandet inom primärvården var mycket positivt och i utvärderingarna märktes tydligt

att den motiverande samtalsmetodik som introducerades uppfattades som ett verksamt redskap vid samtal om alkohol, men också rörande levnadsvanor i ett bredare perspektiv. För att hålla kunskapen levande och aktuell och för att samtalsmetodiken ska vara en naturlig del i patientarbetet, krävs emellertid fortlöpande påfyllnad.

Beträffande psykiatrisk problematik har flertalet vårdcentraler i länet tillgång till egen konsult från psykiatrisk klinik, alternativt utarbetade samarbetskanaler. Som ett led i metodutveckling pågår så kallad Contatusverksamhet vid ett antal vårdcentraler i Umeå. Vilket innebär att deprimerade patienter, förutom sedvanlig medicinsk depressionsbehandling, även erbjuds gruppsamtal och patientutbildning. För screening men även som effektmått i denna verksamhet används det formulär (Hospital Anxiety and Depression scale - HAD), som också använts i den aktuella enkätstudien.

Nya vårdplaner rörande alkoholfrågor respektive depression inom primärvården har under pågående år utarbetats. I vårdplanen rörande alkohol i primärvård återfinns samma frågeformulär om alkoholvanor som ingått i aktuell enkätstudie (Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT). Likaså har den enkät som använts i samband med Västerbottens hälsoundersökning (VHU) kompletterats med detta formulär.

Med början under hösten 2005 kommer en förnyad utbildningsinsats rörande alkohol och samtalsmetodik att genomföras vid samtliga vårdcentraler i länet. Att i det sammanhanget ha tillgång till aktuella siffror angående problemområdets omfattning är givetvis mycket värdefullt.

Studiens syfte och metod

För att kartlägga omfattningen av personer med riskabla alternativt skadliga alkoholvanor, kombinerat med förekomst av ångest och depression i en primärvårdspopulation, har en enkätundersökning genomförts i Västerbottens län. Det grundläggande syftet med studien var att med aktuella siffror, stärka motivationen för primärvårdens läkare och annan berörd personal att arbeta förebyggande och hälsofrämjande inom dessa områden.

Från och med vecka 11 i mars 2005, delades en enkät konsekutivt ut till 1800 vuxna personer (18 år eller äldre) som besökte läkare, fördelade vid 11 av länets vårdcentraler. Förutom uppgifter om kön, ålder och kontaktorsak, innehöll enkäten frågeformulären AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), båda väl validerade formulär (se bilaga).

AUDIT, som är avsett för att tidigt identifiera personer med riskabla och/eller skadliga alkoholvanor, har utarbetats av en arbetsgrupp inom WHO och är standardiserat i ett antal länder i världen (Babor et al, 1992; Bergman et al, 1998). Formuläret består av tio frågor med fem, alternativt tre, svarsalternativ per fråga. Poäng fördelas från noll till fyra på varje fråga och max poäng på formuläret är således 40. De rekommenderade skärningspunkterna som indikation på en riskabel/skadlig konsumtion av alkohol är sex poäng och däröver för kvinnor, och åtta poäng för män. Vid poängtal på 14 och däröver för kvinnor, 16 poäng och däröver för män, föreligger troligen ett mer påtagligt missbruk (Bergman & Källmén, 2000).

HAD, som liksom AUDIT är utarbetat för användning i somatisk vård och primärvård, innehåller 14 påståenden med vardera fyra svarsalternativ (Zigmond & Snaith, 1983). Dessa alternativ är viktade med poäng från noll till tre. Sju påståenden mäter ångest och sju mäter tecken på depression. Sammanräknade poäng på åtta eller fler på respektive område indikerar att det finns en symtombild. Poäng på tio eller fler indikerar en tyngre

problematik. Den prediktiva validiteten eller ”pricksäkerheten” för identifikation uppgår till 70 %. I denna studie användes HAD dels för att få ett mått på förekomsten av ångest och depression bland patienter vid vårdcentral, och dels för att studera eventuell samtidig förekomst av dessa tillstånd bland personer med riskabla och/eller skadliga alkoholvanor. Se Bodlund (2000) för genomgång av skattningsformulär för depression inom primärvård.

De 11 vårdcentraler som deltog i studien var de i Vilhelmina (140 enkäter), Storuman (100), Byske (100), Morö Backe (180), Erikslid (180), Robertsfors (180), Vindeln (180), Ersboda (180), Ålidhem (200), Mariehem (180) och Holmsund (180 enkäter). Antalet enkäter baserades på vad som var rimligt, utifrån respektive vårdcentralers besöksfrekvens, att täcka inom ungefärlig samma tidsrymd. Fördelningen av vårdcentraler i länet syftade till att täcka in både stadsmiljöer och inlandskommuner.

Patienterna fick enkäten av läkarsekreteraren i receptionen i samband med registrering av läkarbesöket, med information om att de efter ifyllandet skulle lämna den i en särskild svarslåda. I enkäten framgick att uppgifterna lämnades anonymt och att ingen information skulle kunna knytas till någon enskild individ. Studien pågick till dess att alla enkäter var utdelade.

Åldersgruppering har gjorts med skärningspunkter vid femtal, ex 25-34 år, 35-44 år. På grund av detta består emellertid den yngsta åldersgruppen av personer 18-24 år, och omfattar relativt få personer både bland män och bland kvinnor (39 män respektive 78 kvinnor). Särskilt för männen i den gruppen kan det medföra en viss osäkerhet i de statistiska beräkningarna.

Bortfallsanalys

Enkäten besvarades av totalt 1400 personer (78 %). Svarsfrekvensen varierade mellan vårdcentralerna med 31 % som lägst, medan övriga svarsfrekvenser fördelades i intervallet 67 % till 88 % (tabell 1). Sättet att presentera och lägga fram enkäten av läkarsekreteraren, väntrummet utseende, väntetider och svarslådans placering, är alla faktorer som kan påverka svarsfrekvensen.

Tabell 1. Procentuell svarsfrekvens

Vårdcentral	%	Vårdcentral	%
Vilhelmina	85	Robertsfors	79
Storuman	67	Vindeln	78
		Ersboda	88
Byske	31	Ålidhem	86
Morö Backe	83	Mariehem	67
Erikslid	79	Holmsund	87

Vid den vårdcentral som hade lägst svarsfrekvens, finns en möjlighet att det skett en selektiv utdelning av enkäterna. Vårdcentralen var emellertid en av två som hade lägst antal enkäter totalt att dela ut, vilket medför att den påverkan på resultaten som detta kan medföra i det totala materialet är tämligen liten. Något annat systematiskt bortfall som påtagligt skulle kunna påverka resultaten bedöms inte föreligga.

Enkäterna delades ut konsekutivt, dvs alla vuxna personer som kom till vårdcentralen för ett läkarbesök erbjöds en enkät. För de personer som avstod från att ta emot enkäten, hade läkarsekreterarna uppmanats att anteckna kön och ålder samt eventuell uppgiven orsak, och att returnera dessa för bortfallsanalys. Likaså skulle enkäter som hittades lämnade i väntrummen återsändas. Sammanlagt returnerades 274 av de 400 obesvarade enkäterna, men i endast 177 framgick kön och ålder. Dessa fördelade sig på 54 % kvinnor och 46 %

män, och cirka hälften var över 60 år (51 %). Då dessa uppgifter endast fanns i mindre än hälften av bortfallet kan de dock inte tillskrivas så stort värde.

Uppgift om orsak till att man inte ville ta emot enkäten fanns i drygt hälften av de returnerade bortfallsenkäterna. Den vanligaste uppgivna orsaken var helt enkelt antecknad som "vill ej", följt av problem med synen, några var vid tillfället för sjuka, och ett knappt tiotal hade språksvårigheter. En åldersfördelning kunde ses så till vida att det framför allt var äldre personer som angav problem med synen alternativt sjukdom och yngre som uppgav att de inte ville. Vad som ligger bakom att man som patient inte vill fylla i enkäten kan man endast spekulera i. I bortfallet ingår även ett förtital enkäter som var lämnade i svarslådan men som sorterats bort då de var ofullständigt ifyllda.

Närmare en fjärdedel (23 %) av de svarande på denna enkät uppgav i AUDIT-formuläret att de aldrig dricker alkohol. Det finns en möjlighet att ett antal av dessa valt att markera att de inte dricker alkohol och på så sätt "sluppit" att besvara resterande frågor på AUDIT. Andelen alkoholkonsumenter och personer med skadliga/riskabla alkoholvanor skulle i sådant fall kunna vara något högre än redovisat.

Åtta personer (samtliga kvinnor) hade lämnat den sida som innehöll HAD-formuläret blank, men besvarat AUDIT som fanns på nästa blad. HAD besvarades således av 1392 personer. Med hänsyn till att det var så få som lämnat formuläret obesvarat har det en försumbar betydelse för resultaten. Enstaka överhoppade frågor på HAD har kodats med ett medelvärde av övriga svar i samma grupp (ångest alternativt depressionsfrågor).

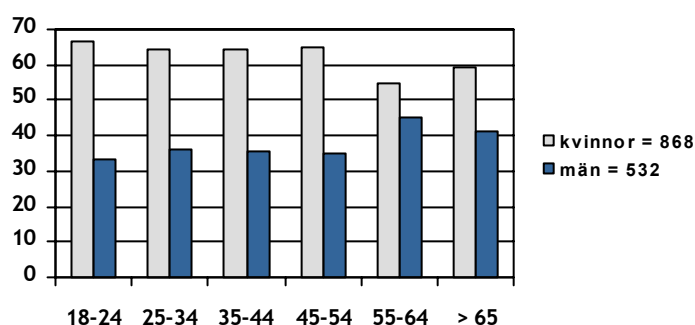
Läkarsekreterarna var instruerade att presentera enkäten neutralt som en folkhälsoenkät för att inte "avskräcka" någon med ämnesområdena alkoholvanor och psykisk hälsa. Sekreterarna uppgav att det fick uppfattningen att de flesta som tackade nej till enkäten skulle ha gjort det oavsett innehåll.

Resultat

Åldersfördelning

De 1400 patienter som besvarade enkäten fördelade sig på 868 kvinnor (62 %) och 532 män (38 %). Medelåldern i den totala patientpopulationen var 49 år (SD 17.2, median 49 år) med en spridning mellan 18-92 år. Skillnaden mellan könen var liten. Männen medelålder var 50 år (51 år median), jämfört med kvinnornas 48 år (median 47 år). Kvinnorna var i majoritet bland de svarande både totalt och i varje åldersgrupp. Könsskillnaden minskade dock något i de äldre åldersgrupperna (figur 1).

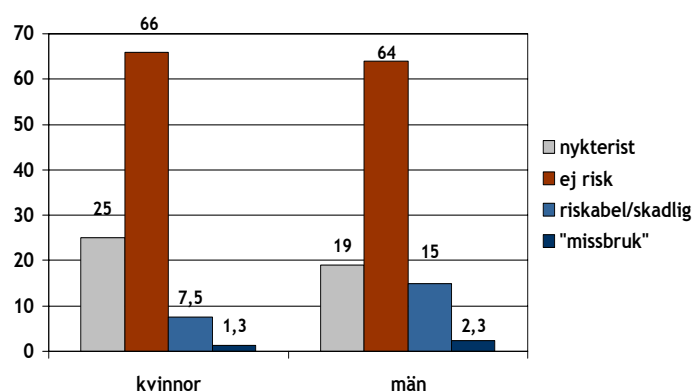
Figur 1. Procentuell fördelning av kön per åldersgrupp. N=1400



Alkoholvanor utifrån AUDIT

Totalt hade 167 personer (12 %) av de svarande i denna enkätundersökning, poäng på sex respektive åtta och däröver på AUDIT, vilket indikerar riskabla eller skadliga alkoholvanor. Som förväntat var andelen kvinnor lägre. Knappt 9 % av kvinnorna och drygt 17 % av männen hade enligt kriterierna för AUDIT en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion, inkluderande fyra procent med ett mer uttalat missbruk (figur 2).

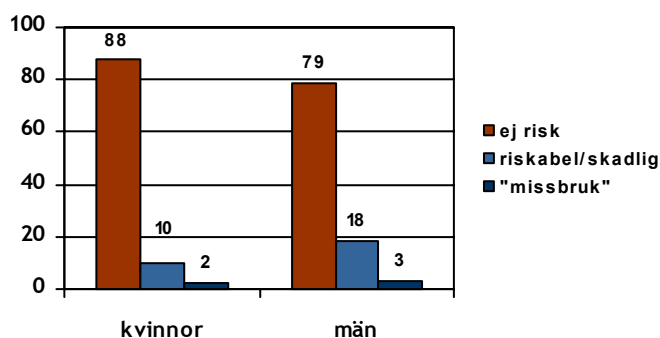
Figur 2. Procentuell fördelning av alkoholvanor bland samtliga patienter. Fördelat på kön. (N=1400)



En relativt stor andel av vårdcentralbesökarna, sammantaget 23 %, uppgav sig inte dricka alkohol, och dessa återfanns huvudsakligen bland kvinnorna, och i den äldsta åldersgruppen. Av kvinnorna 65 år och äldre svarade 57 % att de aldrig dricker, och motsvarande siffra bland männen var 40 %.

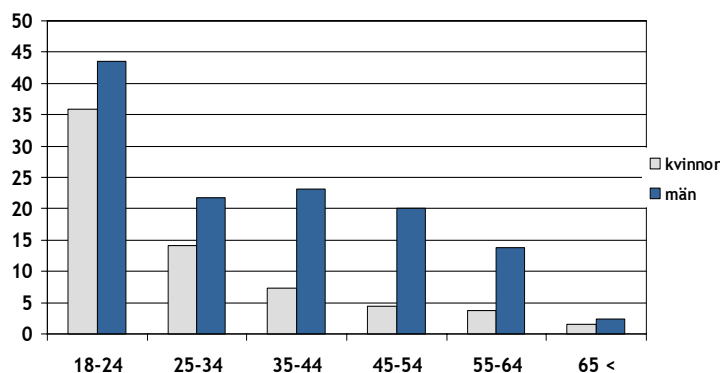
I den direkta kontakten med patienten kan nykteristerna med en enkel fråga snabbt ”gällras bort” och en fortsatt alkoholanamnes behöver i praktiken endast tas på dem som har en alkoholkonsumtion. Det kan därför vara av intresse att separat studera de som uppgav sig dricka alkohol, för att identifiera hur många av dessa alkoholkonsumenter som kan tänkas ha en riskfylld eller skadlig konsumtion av alkohol. Bland de 1080 av vårdcentralernas patienter som bejakade att de dricker alkohol, hade 12 % av kvinnorna en riskabel/skadlig konsumtion av alkohol och motsvarande siffra för männen var 21 % (figur 3). Totalt fem procent av alkoholkonsumenterna (två procent av kvinnorna och tre procent av männen) kom över den övre skärningspunkten på AUDIT vilket indikerar ett mer uttalat missbruk.

Figur 3. Procentuell andel av alkoholkonsumenterna med riskabel/skadlig konsumtion. Fördelat på kön. (n=1080)



Yngre personer dricker generellt sett mer än äldre. Kvinnor har sin konsumtionstopp i 20-21 årsåldern och männen i 24-25 årsåldern (CAN, 2004). Detta medför att yngre personer i högre utsträckning också uppvisar en riskabel/skadlig konsumtion, vilket även återspeglade sig i denna studie (figur 4).

Figur 4. Procentandel riskabel/skadlig alkoholkonsumtion fördelat på åldersgrupp och kön. (N=1400)



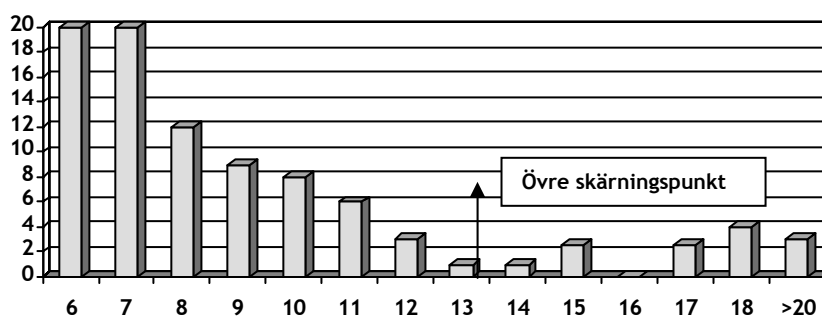
Drygt var tredje kvinna i åldersgruppen 18-24 år (36 %) hade en riskabel/skadlig konsumtion, och för män i den yngsta åldersgruppen utgjordes andelen av nästan hälften av de svarande (44 %). Ålderns betydelse för alkoholvänorna är särskilt uppenbar bland kvinnorna, för vilka andelen med riskabel/skadlig konsumtion var påtagligt störst i den yngsta åldersgruppen upp till 25 år, för att därefter successivt påtagligt sjunka. För männen sjönk också andelen med riskabla/skadliga alkoholvänor, men ungefär var femte manlig patient upp till 55 års ålder kvarstod.

Alkoholvanor på en glidande skala

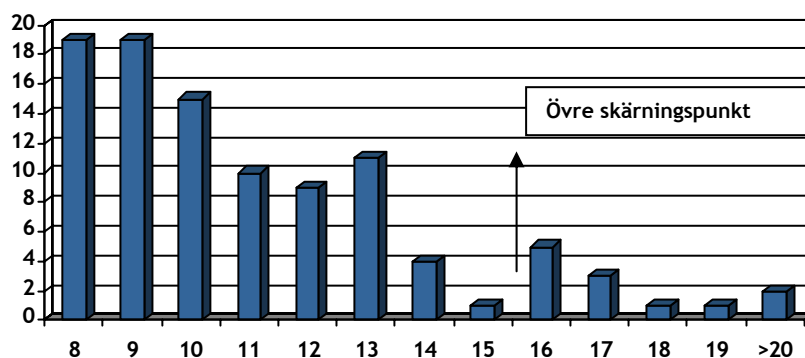
I ett skattningsformulär som AUDIT placeras de svarande på en glidande skala och liksom i de flesta bedömningsformulär finns det gråzoner. Det är inte så enkelt att samtliga med säkerhet har en sjukdom, eller som i detta fall en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion, exakt vid det poängtal som anges som den rekommenderade skärningspunkten. AUDIT kan emellertid ge en bra bild av alkoholvanorna, och en bra indikation på om det finns anledning att intervensera, men svaren måste följas upp i samtal för en mer samlad bedömning. Flertalet personer som dricker alkohol i den omfattningen att det kan ses som en risk för framtida skador kan själva förändra sina vanor, men det förutsätter att de görs medvetna till exempel om samband mellan kroppsliga symtom och sina levnadsvanor, inklusive alkoholintag, och att det ges tillfälle att diskutera och reflektera.

Både för män och kvinnor återfanns många av patienterna just över den lägre skärningspunkten och det var endast en mindre andel av patienterna som kom över de övre skärningspunkterna för ett mer uttalat alkoholmissbruk (figur 5, 6).

Figur 5. Procentuell fördelning av kvinnor med sex poäng och däröver på AUDIT (n=76)



Figur 6. Procentuell fördelning av män med åtta poäng och däröver på AUDIT (n=91)



De rekommenderade skärningspunkterna på AUDIT är för kvinnor 6 poäng och däröver för riskabel/skadlig konsumtion, medan 14 poäng och däröver indikerar ett mer uttalat missbruk. För män är motsvarande poängtal 8 respektive 16. Dessa gränser är satta så att de har en hög sensitivitet (att formuläret identifierar de som har en riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion), men för de lägre poängen sker det lite på bekostnad av specificiteten (förmågan att utesluta personer utan riskfylld alkoholkonsumtion). Det innebär att det vid poäng invid de lägre skärningspunkterna finns risk för en andel ”falskt positiva”. Ju högre upp i poängskalan desto högre blir specificiteten (Bergman m fl, 1998).

Den lägre skärningspunkten på sex poäng för kvinnor är föreslagen utifrån kvinnors högre alkoholkänslighet. Denna känslighet avser både att kvinnor får en högre blodalkoholhalt än män vid samma kroppsvikt och samma mängd alkohol, och det faktum att kvinnor löper större risk för kroppsliga skador till följd av sitt alkoholintag. Denna lägre skärningspunkt på sex poäng har medfört att fler kvinnor identifieras (Bergman & Källmén, 2000).

För de personer som hade poäng kring och över den övre skärningspunkten kan insatser av specialenhet inom sjukvården alternativt socialtjänsten vara nödvändiga eller att föredra. I denna studie utgjorde dessa emellertid en relativt liten andel av de identifierade riskkonsumenterna, sammanlagt 13 % av kvinnorna och 12 % av männen. Majoriteten av personerna med skadliga/riskabla alkoholvanor bör därför till stor utsträckning kunna få adekvat stöd för förändring inom ramen för primärvården.

Kontaktanledningar

I enkäten fanns möjlighet att välja bland sex grupper av kontakthanledningar, Infektion, Värk/rörelseorgan, Hjärta/blod, Mage/tarm, Psykiska symtom, Hälsoundersökning samt ett alternativ "Annat" följt av en rad att specificera vad detta annat var ifall man ville. För att underlätta för patienterna att välja gavs ett antal exempel vid varje kontakthanledning. Efter "Annat" hade många uppgett exakta orsaker till läkarbesöket som "borttagning av födelsemärke" och liknande.

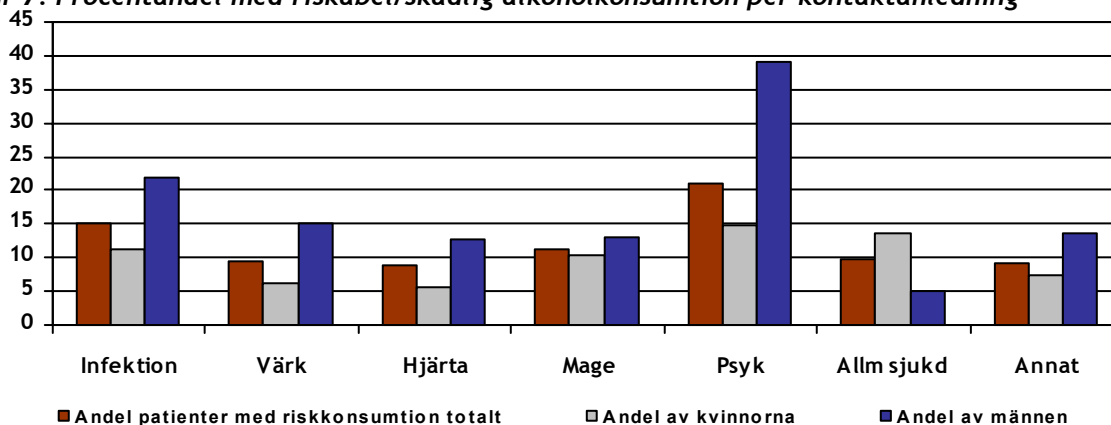
De flesta patienter som träffade läkare på vårdcentral uppgav i enkäten att de sökte för värkproblematik (31 %), följt av "annat" (27 %) och infektion (24%). Därefter följde hjärta/blodtryck (16 %), hälsoundersökning/allmän sjukdomskänsla (13 %), mage/tarm (8 %) och psykiska symtom (8 %).

Var tredje patient (34 %) hade markerat två kontakthanledningar, och detta var vanligast i kombination med värkproblematik. Av de 436 som uppgav värk som orsak till läkarbesöket hade 226 (52 %) samtidigt markerat ytterligare en kontakthanledning.

Personer med riskabla/skadliga alkoholvanor återfanns totalt sett med relativt jämn spridning under alla kontakthanledningar, med undantag för psykiska symtom (figur 7). Det finns vissa noterbara skillnader mellan könen. De tre högsta procentandelarna av män med riskkonsumtion återfanns i grupperna Psykiska symtom (39 %), Infektion (22 %) och Allmän sjukdomskänsla (17 %). För kvinnorna var spridningen något jämnare på de olika kontakthanledningarna och de tre högsta procentandelarna med samtidiga riskabla/skadliga alkoholvanor återfanns i grupperna Psykiska symtom (15 %), Infektion (11 %) och Mage/tarm (10.5 %).

Observera att dessa siffror avser procentandelen riskkonsumenter inom respektive kontakthanledning och att samma person kan förekomma under flera kontakthanledningar.

Figur 7. Procentandel med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion per kontakthanledning



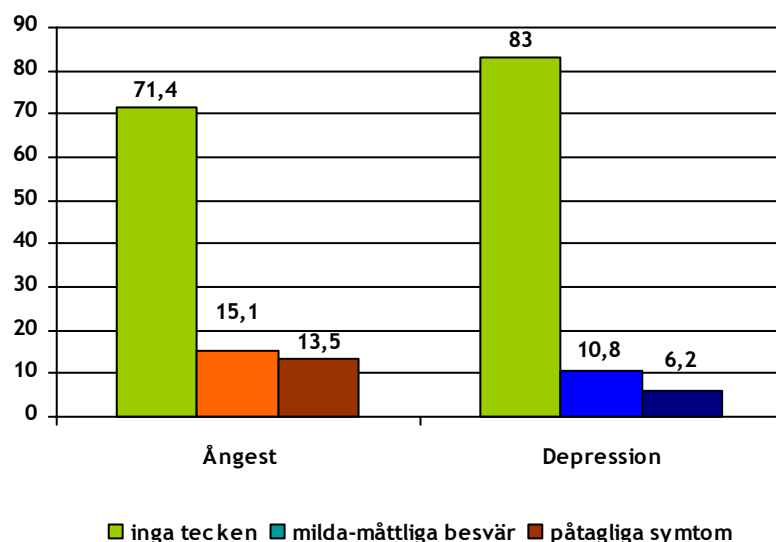
Denna studie visar att personer med riskabla/skadliga alkoholvanor finns som patienter vid vårdcentralerna med väldigt varierande kontakthanledningar. Det är dock värt att understryka att det därmed inte är sagt att det i varje patientfall finns ett samband mellan alkoholkonsumtionen och orsaken till patientbesöket. En hög alkoholkonsumtion kan emellertid vara en del i en livsstil som mer allmänt ger negativa effekter på hälsan, eller påverka faktorer som fysisk återhämtning, effekt av medicinering, motivation till rehabiliterande insatser och annat. En fördjupad anamnes rörande livsstilsfaktorer bör därför alltid omfatta en alkoholanamnes.

Förekomst av ångest och depression enligt HAD

I skattningsformuläret HAD finns sju påståenden som avser att identifiera tecken på ångest och sju påståenden avseende depression. Varje påstående kan maximalt ge tre poäng. En sammanlagd poäng mellan åtta och tio inom respektive område indikerar milda till måttliga besvär. Över tio poäng finns sannolikt ett kliniskt signifikant tillstånd som motiverar till fördjupad anamnes och eventuell behandling.

Totalt 398 patienter (29 %) uppvisade någon form av tecken på ångest (figur 8). Med användande av skärningspunkten på tio poäng, för en mer säkerställd symtombild, uppfyllde sammantaget 188 patienter (13,5%) kriteriet för en mer påtaglig ångestproblematik, 11,5 % av männen och 15 % av kvinnorna.

Figur 8. Procentuell andel av patienter med symptom på ångest respektive depression (N=1392)

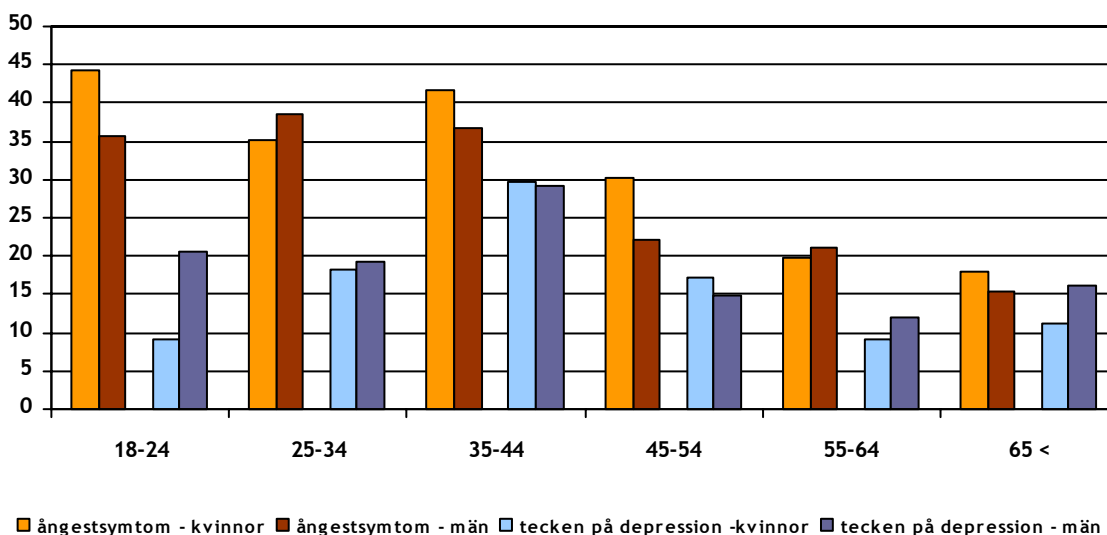


Tecken på depression återfanns bland totalt 236 personer (17 %), varav 86 (6 %) enligt kriterierna för HAD kan bedömas ha en mer påtaglig symtombild (5 % av männen och 7 % av kvinnorna) (figur 8).

Personerna med tecken på ångest respektive depression sammanföll med 190 personer. Genom att bara räkna faktiska individer, och därmed undvika att räkna dessa 190 personer två gånger, så utkristalliseras att 444 (32 %) av de 1392 patienterna som besvarade HAD, hade tecken antingen på ångest, depression eller både/och. I genomsnitt nästan var tredje patient vid vårdcentralerna. Förekomsten av ångest och depression kan ses mot bakgrund av att endast 8 % av patienterna uppgav psykiska symptom som anledning till läkarbesöket.

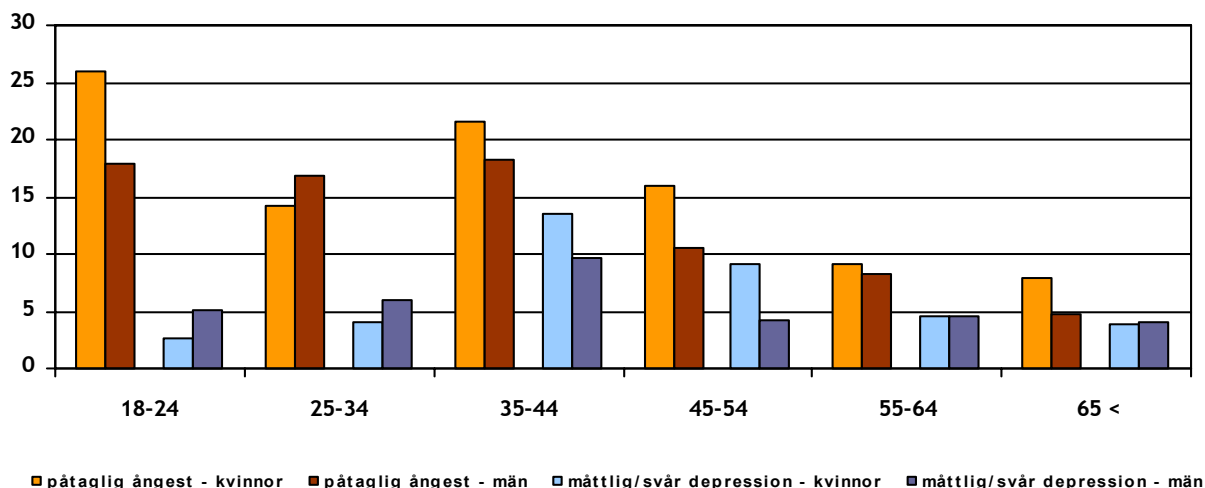
Liksom vid riskabel/skadlig alkoholkonsumtion varierar också förekomsten av ångest och depression beroende på ålder och kön. I figur 9 framgår att andelen med ångestsymtom för båda könen var som högst i de yngre åldersgrupperna, för att därefter minska med stigande ålder. Depressiva symtom däremot stiger med åren för att kulminera i åldersgruppen 35-44 år, där nästan var tredje patient uppvisade depressiva tecken. Figuren omfattar samtliga med åtta poäng och däröver, det vill säga även de patienter som kan sägas vara i gränslandet till en mer uttalad symtombild.

Figur 9. Procentandel med symtom på ångest respektive depression relaterat till ålder och kön (n=398-ångest, n=236 -depression)



Om man lyfter ut de personer som kommer över skärningspunkten på tio poäng, dvs patienter med en mer påtaglig symtombild av ångest respektive depression, syns i stort samma typ av mönster (figur 10). Ångestproblematik förekommer tidigt för att därefter minska med stigande ålder, medan depressionerna kulminerar i medelåldern.

Figur 10. Procentandel med uttalade ångest respektive depressionssymtom relaterat till ålder och kön (n=188-ångest, n=86-depression)



Bland de 109 (8 %) patienter som uppgett att läkarbesöket var föranlett av psykisk problematik, hade som förväntat också många symtom på ångest (74 %) och depression (68 %) enligt HAD.

I övrigt återfanns personer med tecken på dessa psykiska symtom relativt jämnt fördelade på samtliga kontakthanteringar med undantag för värk och mage/tarm, där andelen var som störst. Var tredje patient med värkproblematik (32 %), eller magproblem (36 %) hade samtidig ångest. Dessa var även de kontakthanteringar som hade störst andel av patienter med samtidig depressiva symtom (20 respektive 21 %).

Samtidig förekomst av riskabla/skadliga alkoholvanor och ångest och depression

Drygt hälften (51 %) av de 167 patienterna som hade riskabla/skadliga alkoholvanor uppfyllde samtidigt kriterierna för tecken på ångest och/eller depression. Kombinationen riskkonsumtion – ångest var vanligare än kombinationen riskkonsumtion – depression.

Av de 74 kvinnorna med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion som besvarade HAD hade 39 (53 %) samtidiga ångestsymtom, och 22 (30 %) samtidiga depressionssymtom. Grupperna sammanfaller med 20 personer.

Motsvarande siffror för de 91 männen med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion var 38 män (42 %) med samtidiga ångestsymtom, och 24 (26 %) med samtidig depressionstecken. Grupperna sammanfaller med 18 personer.

Med användande av de mer skärpta kriterierna beträffande de psykiska symtomen, med poäng över tio, minskar den totala andelen av riskkonsumenterna med samtidig psykisk problematik till 27 %. Cirka var fjärde person av riskkonsumenterna.

Med ett omvänt resonemang visar siffrorna att 359 av de 444 personerna med ångest eller depression (81 %) inte hade riskabla/skadliga alkoholvanor.

Några sammanfattande siffror

- ❖ Drygt 17 % av männen, knappt 9 % av kvinnorna i patientgruppen på 1400 personer, hade en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion
- ❖ Av alkoholkonsumenterna (1080 pers) hade 21 % av männen och 12 % kvinnorna riskabel/skadlig alkoholkonsumtion
- ❖ Av samtliga 1400 personer i patientgruppen hade 29 % hade tecken på ångest och 17 % hade tecken på depression. Grupperna sammanfaller med 190 personer. Totalt hade 444 personer (32 %) tecken på ångest och/eller depression
- ❖ Tydligare psykiska symtom, som indikerar sannolikt kliniskt tillstånd, kunde ses hos 13.5 % av patienterna i totala gruppen beträffande ångest och 6.2 % beträffande depression
- ❖ Drygt hälften (51 %) av personerna med riskabla alkoholvanor har samtidiga tecken på ångest/depression
- ❖ Patienterna med riskabla/skadliga alkoholvanor och/eller psykiska symtom återfanns fördelat i samtliga kontakthanteringar, förutom en överrepresentation bland de 8 % som sökte för psykiska symtom

- ❖ **SAMMANTAGET** hade 526 (38 %) patienter av sammanlagt 1400 svarande, antingen symtom av ångest, depression, riskabla/skadliga alkoholvanor eller kombinationer av dessa. Således mer än var tredje patient i det vanliga patientflödet på en vårdcentral.

Skillnader och likheter mellan vårdcentralerna i länet

Patienternas åldersstruktur skiljde sig åt vid de olika vårdcentralerna med generellt sett yngre patientgrupper i städerna. Yngsta patientpopulationen hade Ålidhems vårdcentral, med en medelålder på 37 år (median 31 år), att jämföra med Robertsfors vårdcentral som vid denna undersökning hade den äldsta patientgruppen med en medelålder och median på 56 år (tabell 2).

Tabell 2. Medelålder och medianålder per vårdcentral

Vårdcentral	Medel	Median	Vårdcentral	Medel	Median
Vilhelmina	52.8	53.0	Robertsfors	55.9	56.0
Storuman	55.5	56.0	Vindelns	52.4	54.0
			Ersboda	44.8	45.0
Byske	47.0	45.0	Ålidhem	37.3	31.0
Morö Backe	47.3	46.0	Mariehem	48.5	46.0
Erikslid	51.6	54.0	Holmsund	51.2	51.5

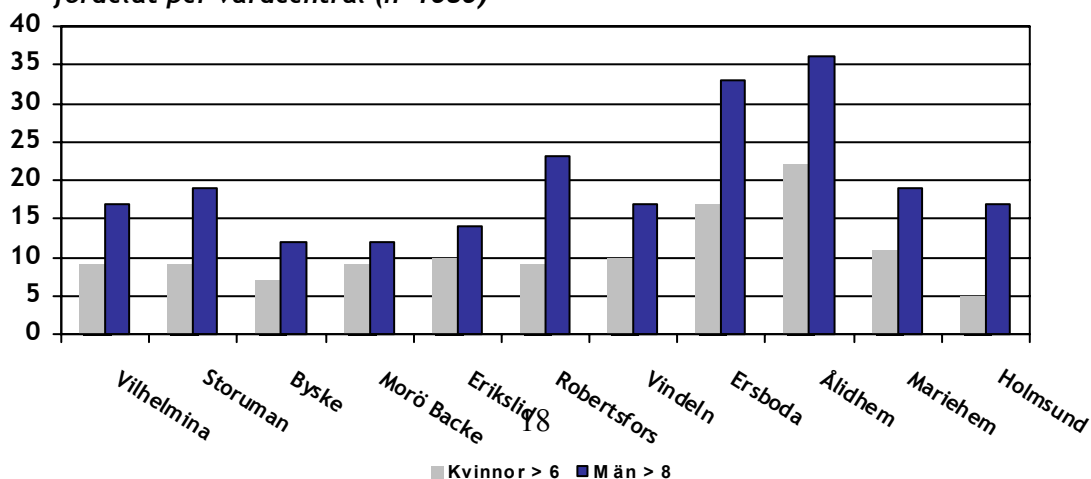
Skillnaden i åldersstruktur återspeglas i andel patienter med riskabla/skadliga alkoholvanor. Största andelarna återfanns vid de vårdcentraler som hade patienter med den lägsta medelåldern, dvs Ålidhem och Ersboda vårdcentraler, båda i Umeå (tabell 3). Dessa båda vårdcentraler hade också, tillsammans med Morö Backe vårdcentral, de lägsta andelarna av nykterister.

Tabell 3. Procentuell andel patienter per vårdcentral med riskabla/skadliga alkoholvanor

Vårdcentral	Nykterister %	Kvinnor > 6	Män > 8	Riskabla/skadliga alkoholvanor Totalt - %
Vilhelmina	23	7	13	9
Storuman	28	6	16	10
Byske	26	6	8	7
Morö Backe	17	8	10	9
Erikslid	22	7	12	9
Robertsfors	38	5	16	9
Vindelns	31	6	14	9
Ersboda	18	14	27	19
Ålidhem	15	19	32	23
Mariehem	21	9	14	11
Holmsund	20	4	15	8

Andelen nykterister varierar stort mellan de olika vårdcentralerna, från 15 till 38 procent. Genom att exkludera dessa och enbart inkludera de 1080 personer som uppgav sig dricka alkohol stiger följaktligen procentandelarna med riskabla/skadliga alkoholvanor (figur 11).

Figur 11. Procentuell andel med riskabla/skadliga alkoholvanor bland alkoholkonsumenter, fördelat per vårdcentral (n=1080)



Det finns givetvis en mängd socioekonomiska faktorer förutom ålder- och könsfördelning som kan påverka alkoholkonsumtionsmönster i ett upptagningsområde. Någon sådan fördjupad analys kan emellertid inte göras utifrån föreliggande material. Det bör här åter understrykas att detta inte är en befolkningsstudie utan en väntrumsundersökning.

Diskussion

En överkonsumtion av alkohol kan påverka både den fysiska och den psykiska hälsan negativt. Det är därför rimligt att anta att andelen personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor är högre bland primärvårdens patienter, än bland befolkningen i allmänhet. Utifrån sitt nordliga läge och av tradition är Västerbotten ett län med en låg alkoholkonsumtion och stark nykterhetsrörelse. Som ett mått på befolkningens alkoholvanor kan Västerbottens hälsoundersökningar (VHU) användas eftersom den fångar ett tvärsnitt av befolkningen i sina åldersgrupper. I den patientenkät som deltagarna får fylla i ingår fyra så kallade CAGE-frågor (Cut down, Annoyance, Guilt, Eve-opener). Två eller fler ja-svar på dessa frågor indikerar en hög alkoholkonsumtion och av de 2450 personer (40- 50- och 60-åringar) som deltog under 2003, hade totalt 7.2 % bejakat två eller fler av frågorna. Fördelat på kön hade 3.9 % av kvinnorna och 10.6 % av männen en hög alkoholkonsumtion, vilket är att betrakta som en relativt låg siffra nationellt.

I den aktuella väntrumsundersökningen hade totalt 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen riskabla/skadliga alkoholvanor, enligt kriterierna för AUDIT. Eftersom denna studie riktade sig till en selekterad grupp, patienter i samband med läkarbesök, är det ett högst rimligt resultat att andelen med riskabla/skadliga alkoholvanor var högre än i VHU-materialet. AUDIT som instrument är också mer nyanserat än CAGE, vilket också med säkerhet bidrar till att fler identifieras. Det är också orsaken till att AUDIT från i år kommer att finnas med i VHU-enkäten.

Resultatet från den aktuella enkätstudien kan också jämföras med en studie genomförd 1997, baserad på normalpopulationen i Sverige, 18-70 år (Bergman & Källmén 2003). I den studien befanns 18 procent av männen och 11 procent av kvinnorna ha riskabla eller skadliga alkoholvanor. Således snarlika siffror med primärvårdspatienterna i Västerbotten. Genom att exkludera patienterna över 70 år, för en rättvis jämförelse, steg andelen riskkonsumenter marginellt i primärvårdspopulationen till 19 procent av männen och 10 procent av kvinnorna, men bilden av Västerbotten som ett län med låg konsumtion förstärks. Den höga andelen nykterister inom patientgruppen har betydelse för siffrorna. I ett längre perspektiv torde denna inverkan minska då yngre personer, och särskilt kvinnorna, i allt lägre utsträckning är nykterister.

I en tidigare liknande patientundersökning genomförd 1995 vid fem av länets vårdcentraler, erhöles närmast exakt samma siffror beträffande riskkonsumenter av alkohol (Nordström et al. 1999) som i den nu aktuella. I den tidigare studien användes frågeformuläret Mm-MAST (Malmös modifierade Michigan Alcoholism Screening Test) bestående av tio frågor med ja/nej svar. Totalt uppfyllde 17 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i den studien kriteriet för riskkonsumtion. Detta kan dock inte tolkas som om situationen är oförändrad. Troligt är att andelen riskkonsumenter i tidigare studie blev något förhöjd då flera av MAST-frågorna fångar beteenden utan någon tidsgräns bakåt. AUDIT-formuläret har fördelen att fokusera på senaste året och flervalsoalternativen ger en mer nyanserad bild.

Andelen patienter med ångest eller depression enligt HAD var några procentenheter högre i denna studie än i en tidigare studie i Västerbotten med samma kriterier (Bodlund, 1997).

Möjligen kan det vara en trend mot att allt fler personer mår psykiskt dåligt och det bör följas upp. Att det finns en koppling mellan alkohol och psykisk ohälsa visar uppgiften om att drygt hälften av patienterna med riskabla/skadliga alkoholvanor samtidigt upplever ångest och/eller depression. Ångestsymtom var vanligare än depression, och kopplingen till alkohol var vanligare bland kvinnor än bland män. Det är dock inget givet samband. Majoriteten av patienterna med tecken på ångest eller depression återfanns inte bland riskkonsumenterna. Att sammantaget drygt var tredje patient på en vårdcentral antingen hade riskabel/skadlig alkoholkonsumtion eller tecken på ångest eller depression belyser vikten av att uppmärksamma båda dessa problemområden.

Ålderns betydelse var påtaglig i studien vilket också får stor genomslagskraft på vårdcentraler med låg medelålder. Att andelen med riskabla/skadliga alkoholvanor och psykisk ohälsa i de yngre åldersgrupperna är höga, är mycket viktigt att uppmärksamma. I dessa grupper återfinns till exempel kvinnor i fertil ålder, unga föräldrar och personer som ännu inte funnit sin plats i tillvaron. Många läkare inom primärvården känner emellertid att deras egen möjlighet till stöd för personer med en komplex problembild är begränsad och utökad psykosocial kompetens inom primärvården skulle här kunna fylla en viktig roll.

Majoriteten av Sveriges befolkning dricker alkohol, och för de allra flesta utgör det inte något problem utan ses som en del av vår kultur och som ett positivt inslag i sociala sammanhang. För många kan emellertid alkoholkonsumtionen i sig utgöra ett problem i form av ett missbruk, leda till fysiska eller psykiska skador, eller bli en del i en påfrestande livssituation vilket oftast leder till negativa komplikationer. Kombinationen med psykisk ohälsa i form av depression och/eller ångest är som framgått också vanlig. Att tidigt uppmärksamma och identifiera personer med riskabla/skadliga alkoholvanor och psykisk ohälsa, och genom samtal lyfta fram personens egna bevekelsegrunder och motivation till förändring är en viktig uppgift. Primärvården har i detta arbete en mycket strategisk position.

Referenser

- 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.
- Bodlund O (1997). Ångest och depression dolt problem i primärvården. Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen*, 94(49), 4612-18.
- Bodlund O (2000). Flertalet deprimerade patienter kan behandlas inom primärvården. *Läkartidningen*, 97(11), 1244-49.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN (2004). Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004. www.can.se. Stockholm: CAN.
- Folkhälsopolitiskt program. Antaget i landstingsfullmäktige 2004 (2005). Umeå: Landstingets informationsfunktion
- 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 (1999). Riskbruk och missbruk. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nordström A, Winberg J & Persson S (1998). Resultat av en primärvårdsstudie om alkohol: 17 procent av männen, 8 procent av kvinnorna troliga högkonsumenter. *Läkartidningen*, 95(43), 4739-43.
- SOU 2005:25 Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. Stockholm: Fritzes.
- 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.
- Winberg J & Nordström A (2002). I primärvården finns ett stort intresse för beroendelära. Utnyttja det! Det har man gjort i Västerbotten. *Läkartidningen*, 99(43), 4256-58.
- Zigmond AS & Snaith RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-70.

Enkät



Västerbottens läns landsting har som övergripande mål att arbeta för en god folkhälsa. För att kunna möta befolkningens behov behövs kunskap om hälsoläget hos länsborna. Denna enkät, som vi hoppas att Du tar Dig tid att fylla i, är ett led i detta arbete.

Sammanlagt 2000 enkäter, fördelade på elva vårdcentraler i länet, delas under denna vecka ut i samband med patientbesök hos läkare. Svaren kommer att bearbetas och redovisas gruppvis och inga uppgifter kommer att kunna kopplas till någon enskild person.

Om du har några frågor eller synpunkter angående enkäten kan du ringa eller e-posta hälsoplanerare Annika Nordström, FoUU-staben, Landstingskontoret, Umeå.

Telefon: 090 – 785 71 85, e-post: annika.nordstrom@vll.se

Enkäten lämnas efter ifyllande i lådan märkt **ENKÄTSVAR**

Kön

- Man
 Kvinna

Ålder

Jag ärår

Jag besöker vårdcentralen med anledning av:

- INFEKTION (hals, öron, urinvägar eller liknande)
 VÄRK/RÖRELSEORGAN (muskler, knän, nacke, rygg, värk eller likn)
 HJÄRTA/BLOD (högt/lågt blodtryck, rytmrubbningar eller likn)
 MAGE/TARM (magkatarr, magsår, illamående, förstoppning eller likn)
 PSYKISKA SYMTOM (sömnstörningar, nedstämdhet, ångest eller likn)
 HÄLSOUNDERSÖKNING (allmän sjukdomskänsla, provtagning eller likn)
 ANNAT:.....

Läs igenom följande påståenden och sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver **Hur Du känt Dig den senaste veckan**. Fundera inte för länge över Dina svar utan kryssa för den ruta som Du spontant känner stämmer för Dig.

1. Jag känner mig spänd eller nervös:

- Mestadels
- Ofta
- Av och till
- Inte alls

2. Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

- Definitivt lika mycket
- Inte lika mycket
- Endast delvis
- Nästan inte alls

3. Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:

- Mycket klart och obehagligt
- Inte så starkt nu
- Betydligt svagare nu
- Inte alls

4. Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

- Lika ofta som tidigare
- Inte lika ofta nu
- Betydligt mer sällan nu
- Aldrig

5. Jag bekymrar mig över saker:

- Mestadels
- Ganska ofta
- Av och till
- Någon enstaka gång

6. Jag känner mig på gott humör:

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Mestadels

7. Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

- Definitivt
- Vanligtvis
- Sällan
- Aldrig

8. Allting känns trögt:

- Nästan alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig

9. Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:

- Aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Veldig oft

10. Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

- Fullständigt
- Till stor del
- Delvis
- Inte alls

11. Jag känner mig väldigt rastlös:

- Veldig oft
- Ganska ofta
- Sällan
- Inte alls

12. Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

- Lika mycket nu som tidigare
- Mindre än tidigare
- Mycket mindre än tidigare
- Knappast alls

13. Jag får plötsliga panikkänslor:

- Veldig oft
- Ganska ofta
- Sällan
- Aldrig

14. Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:

- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

Här följer några frågor som rör Dina alkoholvanor.

Med ett "glas" menas t ex:



45 cl
folköl



en liten
starköl



1 glas rött
el vitt vin



1 litet glas
starkvin



Ett litet glas
sprit, t ex
4 cl snaps

1. Hur ofta dricker Du alkohol ?	Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger/vecka eller mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då Du dricker alkohol?	0-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller <i>mer</i> vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har det hänt under senaste året att Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under senaste året har Du låtit bli att göra det som du borde för att Du drack?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt ett "glas" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under senaste året har Du haft skuld känslor eller samvets- förebräelser p g a Ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej	Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej	Ja, men inte under det senaste året		Ja, under det senaste året	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

TACK FÖR DIN MEDVERKAN !

