



Riskbruk, utsatthet och psykisk ohälsa
Resultat från en enkätstudie inom den psykiatriska
öppenvården i Västerbotten oktober 2016

Riskbruk, utsatthet och psykisk ohälsa

Resultat från en enkätstudie inom den psykiatriska öppenvården i Västerbotten oktober 2016

FoU Välfärd rapportnummer: 2017:44

Rapporten är sammanställd av:

Annika Nordström, Forskningsledare, FoU Välfärd, Region Västerbotten

Sofia Elwér, Hälsoutvecklare, Enheten för folkhälsa, Västerbottens läns landsting

Urban Janlert, Seniorprofessor, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten

Tryck: Västerbottens läns landstings tryckeri

Upplaga: 100 ex

Viktiga resultat

- Något fler än var fjärde man och kvinna som besökte den psykiatriska öppenvården hade riskabla eller mer problematiska alkoholvanor, (drygt 27 procent).
- Var tionde hade ett troligt missbruk/beroende.
- Högst andel med riskbruk återfanns i den yngsta åldersgruppen upp till 25 år, 37 procent av männen och 46 procent av de unga kvinnorna.
- De allra flesta med problematisk alkoholkonsumtion ville minska eller sluta dricka – men ytterst få uppgav att de ville ha stöd för detta.
- 8 procent uppgav att de använder narkotika ibland och 1,4 procent regelbundet. Cannabis är i särklass det vanligaste preparat.
- Två av tre, både bland män och bland kvinnor, hade tecken på nedstämdhet/depression – ca 30 procent hade en påtaglig depressivitet.
- 90 procent av kvinnorna hade tecken på ångest – 67 procent hade påtaglig ångest.
- Samsjukligheten mellan ångest, depression och missbruk/beroende är mycket stor. Procentuellt hade 72 procent av personerna med ett missbruk/beroende samtidiga symtom på påtaglig ångest och depression.
- Över 40 procent av de unga kvinnorna hade utsatts för någon typ av våld det senaste året.
- Utsattheten för våld under senaste året var betydligt högre för personer som besökte den psykiatriska öppenvården jämfört med totalbefolkningen. Dubbelt så hög för män, och mer än tredubbelt så hög för kvinnor.
- Kvinnorna hade i högre utsträckning blivit utsatta för våld av personer i nära relation, medan männen i hög utsträckning blivit utsatta av andra.
- Våldsutsatthet hade samband både med riskbruk och med egen våldsutövning.
- 40 procent av öppenvårdspsykiatrins besökare hade begränsade sociala nätverk. Kvinnorna hade fler nära relationer än männen.
- Ca 2 av 3 hade vid tidigare besök blivit tillfrågade om sina alkoholvanor.
- 29 procent av männen och 42 procent av kvinnorna hade vid tidigare besök tillfrågats om erfarenheter av våld.

Jämfört med 2006

- En ökning kunde ses av andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor, från 24 till 28 procent.
- Andelen personer med ett troligt missbruk eller beroende hade ökat med ca 2 procentenheter både för män och för kvinnor.
- Fler ville minska/sluta dricka alkohol, men färre ville ha stöd.
- Färre var dagligrökare.
- Färre uppgav sig vara helt ensamma.
- Samsjukligheten mellan ångest, depression och missbruk/beroende var alltså högt jämt hög.



Innehåll

Viktiga resultat	3
Jämfört med 2006	3
Inledning	7
Så genomfördes studien	8
Vilka besvarade enkäten?	8
Drygt var fjärde man och kvinna har riskabla alkoholvanor	9
Många fler med riskbruk inom vården än i befolkningen	10
De yngre har oftare ett riskbruk	10
Männen i inlandet sticker ut?	11
Många vill minska eller sluta dricka - men få vill ha stöd	11
Ställs frågor om levnadsvanor inom öppenvården?	12
Rökning	13
Regelbundet narkotikabruk är sällsynt	13
Ångest och depression är vanligt förekommande	14
Ångest, depression och samsjuklighet med riskabla alkoholvanor	14
Många har blivit utsatta för våld	15
Unga kvinnor är mest våldsutsatta	16
Våldsutsatthet hänger ihop med riskbruk, egen våldsutövning och ångest	16
Boende och sociala nätverk	17
Försörjning	18
Barnens utsatthet och rätt till stöd	19
Reflektioner	20
Bortfallsanalys	21
Referenser	22

Inledning

Det finns starka och väldokumenterade samband mellan beroendeproblematik och psykisk ohälsa. I internationella befolkningsstudier har man t ex kunnat se en fördubblad riskökning för depression och ångest hos personer med ett missbruk/beroende av alkohol och/eller narkotika jämfört med de personer som inte har sådan problematik (Grant et al, 2004, Lenzenweger et al 2007). Flera studier i Sverige och Norden har omvänt utgått från personer i vård för missbruk eller beroende, och bland dessa kunnat se en hög samsjuklighet med psykiatrisk sjukdom. Beroende på vilken målgrupp man studerat och vilka definitioner som använts, har förekomsten varierat mellan ca 30 upp till 90 procent (Nielsen et al 2007, Hodgins et al 2007, Hulse et al 2000).

I en enkätstudie, som genomfördes i Västerbotten 2006, erbjöds alla patienter, som under en vecka besökte någon av mottagningarna inom den psykiatriska öppenvården, en enkät med frågor om bland annat alkoholvanor, ångest, depression, rökning, boende och socialt nätverk. Andelen män och kvinnor som hade ett riskbruk i den studien uppgick sammantaget till ca 25 procent, med högst andel bland unga kvinnor (VLL, 2006). Motsvarande andel av personer med riskabla alkoholvanor kunde ses i en annan svensk studie ett antal år senare bland patienter inom psykiatrisk öppenvård, där andelen var ca 30 procent (Nehlin & Jansson 2011).

Några konsekvenser av ett samtidigt missbruk av alkohol eller narkotika och psykisk ohälsa, kan vara att en psykiatrisk sjukdomsbild försvåras, att medicin inte får önskad effekt eller medföra att personen i fråga t ex inte kan tillgodogöra sig samtalsbehandling. En överkonsumtion av alkohol eller droger kan också dölja eller försvåra upptäckten av en psykiatrisk problematik. För att agera, stötta och behandla krävs att alkoholvanorna eller drogbruket uppmärksammas, och förebyggande arbete kan med fördel göras inom psykiatrin (Öjehagen & Nordström, 2006). Detta kan anses vara en självklarhet, men det är ändå inte alltid som det sker.

I denna rapport presenteras resultaten av en enkätstudie, som genomfördes inom Västerbottens psykiatriska öppenvårdsmottagningar under en vecka i oktober 2016. Eftersom det har gått tio år sedan den första motsvarande studien, fanns det en god anledning att ställa frågor om alkoholvanor bland patienter inom öppenvårdspsykiatrin idag och en möjlighet att se om det skett några förändringar över tid. Den nya enkätstudien genomfördes med samma screeninginstrument och målgrupp men har delvis förändrats och breddats till att även omfatta frågor om erfarenhet av våld, narkotikabruk och om patienter blivit tillfrågade om sina levnadsvanor vid tidigare besök inom psykiatrin. Förutom att ta fram uppgifter om förekomst syftar studien till att identifiera och analysera mönster utifrån missbruksprofil och med avseende på kön, ålder, föräldraskap och andra sociala faktorer.

Annika Nordström
Forskningsledare
FoU Välfärd
Region Västerbotten

Sofia Elwér
Hälsoutvecklare
Enheten för folkhälsa
Västerbottens läns landsting

Urban Janlert
Seniorprofessor
Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Umeå universitet

Så genomfördes studien

Under vecka 41 i oktober 2016 delades enkäten ut av behandlare, alternativt i receptionen, till de patienter som besökte någon av de psykiatriska öppenvårdsenheterna i Västerbotten (Umeå, Skellefteå, Lycksele, Vilhelmina och Storuman). De särskilda beroendemottagningarna i Umeå och Skellefteå ingick inte. De ifyllda enkäterna lämnades i en sluten svarslåda placerad i väntrum eller för de patienter som föredrog att fylla i enkäten hemma kunde den istället skickas till landstinget i ett svarskurvert. Enkäterna var märkta med en ortbeteckning utifrån var de delades ut. Inga identitetsuppgifter efterfrågades i enkäten.

Behandlande personal informerade muntligt om studien och skriftlig information fanns även på framsidan av enkäten. I informationen framgick studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt. Västerbottens läns landsting och Region Västerbotten stod gemensamt som avsändare. Om någon person inte ville eller kunde besvara enkäten ombads personalen att anteckna kön, åldersgrupp och uppgiven orsak för bortfallsanalys.

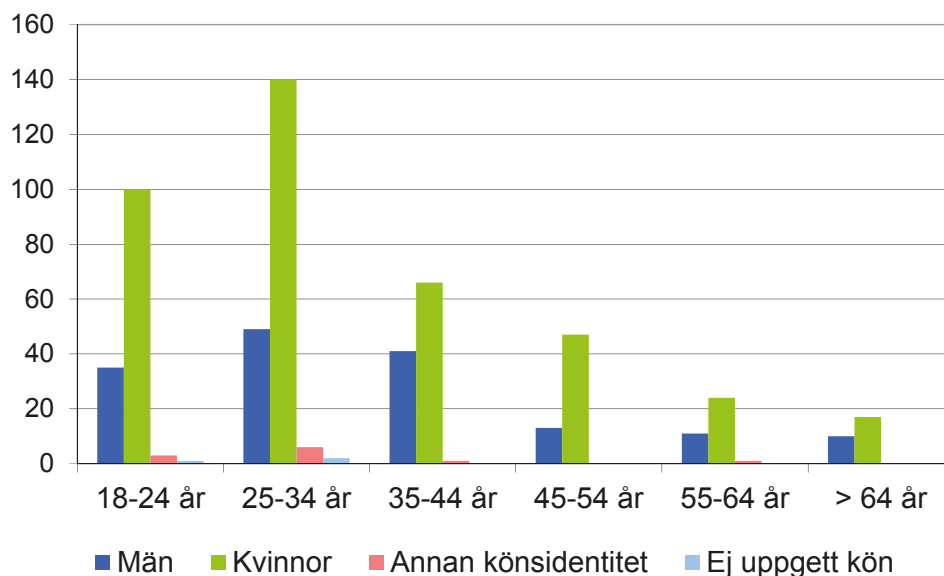
Enkäten omfattade frågor om alkoholvanor, narkotika, ångest, depression, rökning, erfarenheter av våld, kön, ålder, boende samt försörjning. För att analysera alkoholvanor användes det etablerade screeninginstrumentet AUDIT och för mått på ångest och depression användes HAD. Rökning mättes med en fråga om daglig rökning. Erfarenheter av våld mättes med en modifierad variant av frågan från Norrbottens hälsoundersökningar.

För jämförelser mot befolkningen används data från SCB, Hälsa på lika villkor samt Våld och hälsa från Nationellt centrum för kvinnofrid.

Vilka besvarade enkäten?

Enkäten besvarades av 572 personer, 397 kvinnor (69 %), 161 män (28 %) och 11 personer med annan könsidentitet (2 %). Tre personer lämnade ingen uppgift om kön. Könsfördelningen var densamma mellan de tre geografiska områdena och närmast identisk med 2006 års studie.

Deltagarna i studien var mellan 18 och 88 år med en medelålder på 35 år (median 31 år). Det fanns inga signifikanta ålderskillnader mellan män och kvinnor. Personerna med annan könsidentitet var mellan 20 och 56 år med en medelålder på 31 år. Fördelningen mellan olika åldersgrupper visas i figur 1. De yngre åldersgrupperna är överrepresenterade i relation till åldersfördelningen i Västerbottens befolkning i stort. Särskilt tydligt är detta bland kvinnorna. Då antalet personer med annan könsidentitet är få i studien bör resultat avseende dem tolkas med försiktighet och de presenteras därför inte i tabeller där resultaten visas i procent. Istället beskrivs resultaten för gruppen i löptext utifrån antal svar.



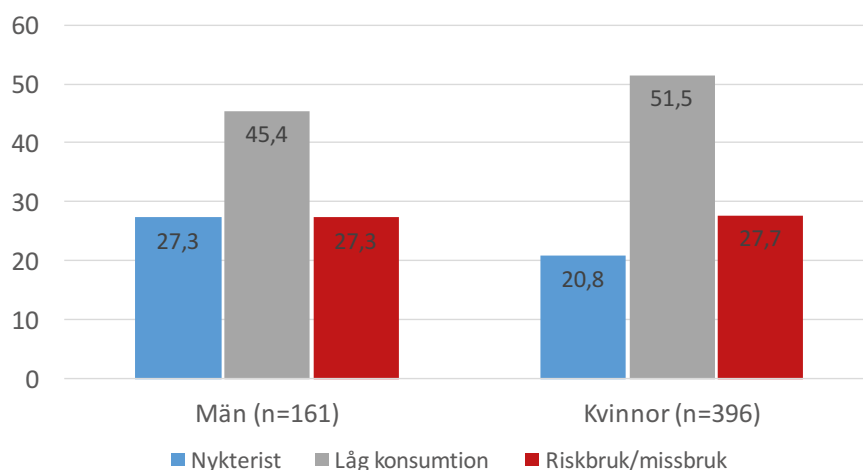
Figur 1: Antal deltagare i olika åldersgrupper utifrån kön (N=567)

Drygt var fjärde man och kvinna har riskabla alkoholvanor

För att få en uppfattning om alkoholvanorna användes screeningsformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Saunders et al, 1993) med skärningspunkterna 6/8 poäng för kvinnor respektive män som indikation på riskabla alkoholvanor, och 14/16 poäng som indikation på en mer påtaglig problematik/missbruk (Bergman et al, 2000, Wennberg et al 2006). Det fanns även med en fråga i enkäten om man önskade förändra sina alkoholvanor genom att minska eller sluta dricka.

Resultaten rörande alkoholvanor avser de 161 män och de 396 kvinnor (557 personer) som besvarade AUDIT formuläret.

Drygt en fjärdedel av männen och var femte kvinna uppgav att de inte alls dricker alkohol (27,3% respektive 20,8 %). För männen var det samma procentandel (27,3 %) som kom över skärningspunkterna för ett riskbruk eller ett missbruk. Bland kvinnorna var andelen med riskbruk/missbruk 27,7 % (figur 2).



Figur 2: Procentuell fördelning av alkoholkonsumtion i ingen, låg och riskabel konsumtion inklusive missbruk/beroende, för män respektive kvinnor.

Med användning av skärningspunkter på 14 respektive 16 poäng eller högre, för kvinnor respektive män, utkristalliserar de personer som kan antas ha en mer påtaglig problematik (Bergman et al, 2000). I den aktuella studien inom psykiatriska öppenvården hade 10,6 procent av männen och 9,3 procent av kvinnorna i enlighet med AUDIT, ett problematiskt missbruk/beroende.

Det bör understrykas att AUDIT inte är ett diagnosinstrument utan ett formulär utarbetat av WHO för att användas vid screening. Detta innebär att skärningspunkterna på de lägre poängnivåerna inte med säkerhet behöver innebära att personen har en begynnande missbruksutveckling eller upplever negativa konsekvenser av sin konsumtion, men det är ändå en nivå där vårdpersonal bör reagera och ta upp alkoholvanorna i samtal. Ju högre poängsumma desto större sannolikhet att personen också har ett missbruk eller beroende.

Sammantaget innebär resultaten, baserade på AUDIT-formuläret, att drygt var fjärde man och kvinna inom den psykiatriska öppenvården hade riskabla alkoholvanor och att var tionde patient hade en mer problematisk alkoholkonsumtion som kan indikera ett missbruk/beroende. Under veckan som studien pågick handlade det om 110 kvinnor och 44 män.

Jämfört med studien 2006 är totala andelen personer med riskbruk/missbruk likartad för män (27,3 % jämfört med 28,6 % 2006), men en viss ökning kan ses bland kvinnorna (27,7 % jämfört med 23,8 % 2006). Andelen personer som kom över de högre skärningspunkterna var något högre för båda könen 2016, med 9,3 procent för kvinnor och 10,6 procent för män, att jämföra med 7 procent respektive 8 procent tio år tidigare 2006.

Av personer med annan könsidentitet hade fyra personer 6 poäng eller högre, alla i spannet 6-10 poäng.

Många fler med riskbruk inom vården än i befolkningen

De tre första frågorna i AUDIT formuläret utgör i sig ett eget screeninginstrument och benämns då oftast AUDIT-C (Babor et al, 2001). Dessa frågor belyser konsumtionen genom att fråga om hur ofta man dricker, hur mycket man dricker vid ett typiskt tillfälle och omfattningen av intensivkonsumtion, dvs sex glas eller fler. Totalpoängen för de tre frågorna är 12 poäng och skärningspunkterna är vanligen satta till 4 poäng eller fler för kvinnor och 5 poäng eller fler för män (Gual et al, 2002; Reinert et al, 2007). AUDIT-C finns även med i Folkhälsomyndighetens undersökning Hälsa på lika villkor, vilket gör att resultaten mellan studien inom psykiatriska öppenvården kan jämföras med befolkningsresultaten i länet (tabell 1). Det framgår tydligt att andelen med riskabla alkoholvanor är betydligt högre inom psykiatriska öppenvården än i befolkningen.

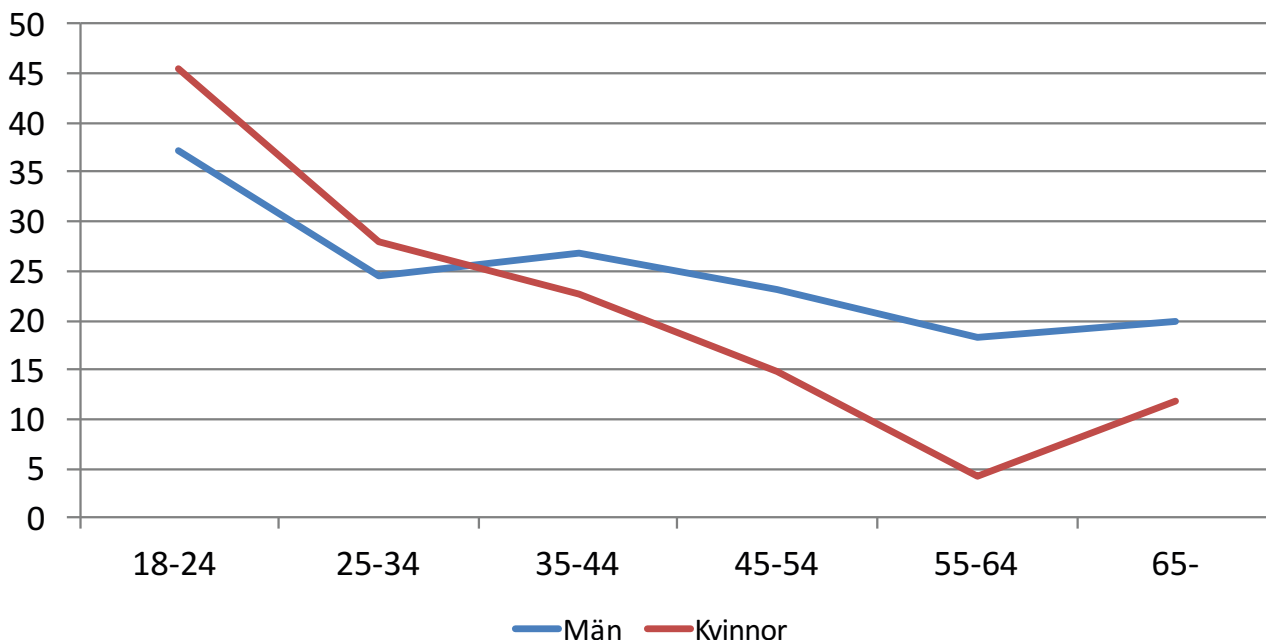
Tabell 1: Procentuell andel personer över skärningspunkter på AUDIT-C, i länets befolkning och inom den psykiatriska öppenvården.

	Länets befolkning	Psykiatriska öppenvården
Män > 5 p	18,5	25,8
Kvinnor > 4 p	14,0	29,8

De yngre har oftare ett riskbruk

Alkoholkonsumtionen i samhället är högst bland personer i de yngre åldersgrupperna (can.se). I grupper där konsumtionen allmänt är hög, återfinns också en högre andel med riskabla vanor. Det återspeglas i denna studie där andelen som kommer över skärningspunkterna för riskbruk är som högst i åldersgruppen upp till 25 år, för båda könen.

Närmast varannan kvinna under 25 år (45,5 %) hade riskabla alkoholvanor liksom en dryg tredjedel av de yngre männen (37,1 %). Medan andelen med riskabla alkoholvanor sjunker med stigande ålder hos kvinnorna så tycks inte åldern ha samma tydliga betydelse för männen (figur 3). Mönstret är likartat från 2006 års siffror.



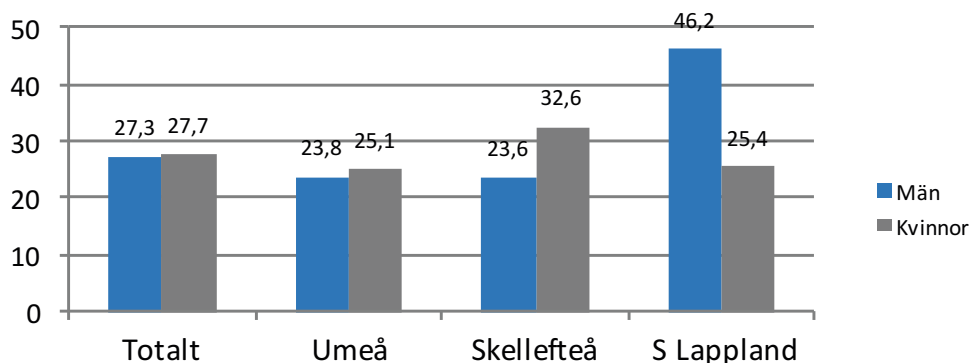
Figur 3: Andelen män och kvinnor med riskabla alkoholvanor per åldersgrupp

Medelåldern för kvinnor med riskbruk var 28,4 år (SD 8,7) medan den för männen var 34,2 år (SD 13,6), ($p=0,003$).

Skillnaden i ålder försvinner emellertid då man enbart studerar de som kommer över de högre skärningspunkterna på AUDIT och som kan antas ha ett missbruk/beroende. Bland dessa var medelåldern för kvinnor 30,3 år (SD 9,8) och för männen 35,0 år (SD 16,4) ($p=.127$).

Männen i inlandet sticker ut?

Det finns vissa skillnader i länet i andel personer med riskbruk (figur 4), men det behöver inte innebära att det finns en faktisk skillnad mellan de psykiatriska mottagningarnas besökare.



Figur 4. Andel personer med riskabla alkoholvanor inom psykiatriska öppenvården, totalt och per område i länet.

Att en betydligt högre andel av männen i inlandet (sammanslagning av Vilhelmina, Storuman och Lycksele) hade riskabla alkoholvanor i denna studie kan bero på att man där inte har någon specialiserad beroendemottagning för personer med missbruksproblematik. I Skellefteå och Umeå finns däremot särskilda beroendemottagningar som inte var inkluderade i enkätstudien.

I Skellefteå är det noterbart att andelen kvinnor med riskbruk är den högsta i länet. Dessa kvinnor återfinns i hög utsträckning i den yngsta åldersgruppen där 58 procent av psykiatrins kvinnliga besökare upp till 25 år i Skellefteå, kom över skärningspunkten för riskabla alkoholvanor på AUDIT.

Det är emellertid vanskligt att dela upp personer med riskbruk i åldersgrupper specificerat för de tre länsdelarna med hänvisning till det låga antal som omfattas och att procentandelarna därför kan svaja betänkligt. Den höga andelen unga kvinnor med riskbruk inom vården generellt kan dock ses som ett observandum.

Många vill minska eller sluta dricka - men få vill ha stöd

På frågan om man önskade minska/sluta dricka alkohol fanns fyra svarsalternativ. Det första var att man redan höll på att minska/sluta dricka, det andra att man ville minska/sluta och behövde stöd, det tredje var att man ville minska/sluta men att man inte ville ha stöd och det fjärde var att man inte hade någon önskan om förändring.

Av de som besvarade AUDIT formuläret var majoriteten alkoholkonsumenter. Med nykteristerna borttagna återstod 71,4 procent av männen och 84 procent av kvinnorna, i faktiska tal 115 män och 310 kvinnor som dricker alkohol i liten upp till större omfattning. Det var många av dessa alkoholkonsumenter som markerade att det antingen redan höll på att minska eller att de ville minska/sluta dricka. I totala gruppen alkoholkonsumenter var det 40,9 procent av männen och 27,4 procent av kvinnorna som påbörjat eller som önskade en förändring av alkoholvanorna. Sammanlagt under denna vecka utgjorde de 137 personer. Majoriteten av dessa kom över skärningspunkterna för riskbruk på AUDIT, men inte alla.

Av personer med riskbruk, dvs de som kom över skärningspunkterna på 6 respektive 8 poäng eller högre på AUDIT (27,7 % av kvinnorna och 27,3 % av männen) ville fler än varannan, 54,2 procent av kvinnorna och 74,4 procent av männen, minska/sluta dricka alternativt att de uppgav att de redan höll på med en nedtrappning (tabell 2).

Särskilt bland de som uppnådde de högre poängnivåerna, vilket indikerar ett troligt missbruk/beroende, var andelen som önskade en förändring mycket stor. Bland kvinnorna ville så många som 89,2 procent minska/sluta och bland männen med ett troligt missbruk var det 82,3 procent som ville minska/sluta. Denna önskan om förändring är viktig att uppmärksamma.

Tabell 2: Procentandel av alkoholkonsumenter som ville minska/sluta dricka alkohol, fördelat på män (N=115) och kvinnor (N=310)

	Andel som vill minska/sluta-av de med riskbruk	Andel som vill minska/sluta-av de med missbruk/beroende	Andel som önskar stöd
Män	74,4	82,3	5,2
Kvinnor	54,2	89,2	0

Det kan noteras att ingen av kvinnorna som uppgav att de ville minska/sluta dricka ville ha stöd för denna förändring och att endast sex av männen hade markerat att de ville ha stöd. Dessa sex män hade poängsummor som alla var höga, mellan 22-32 poäng på AUDIT.

För tio år sedan var det en påtagligt större andel som önskade stöd (16 %). Det är dock svårt att göra någon analys av vad minskningen kan bero på. Det finns nu i högre utsträckning stöd att få genom webb och anonyma forum som www.alkoholhjalpen.se och Alkohollinjen. Det är möjligt att dessa är mer kända men det kan även vara att tilltron till egen förmåga är större, att familjens eller omgivningens stöd är större eller bero på helt andra faktorer. Det som är viktigt är emellertid att man som vårdpersonal fortsätter att samtala om alkoholvanor samt att man för motiverande samtal och visar att man är beredd att stötta till förändring, om det finns en önskan eller behov.

Ställs frågor om levnadsvanor inom öppenvården?

Majoriteten av de personer som besvarade enkäten hade tidigare besökt den psykiatriska öppenvården, (79,7 %) 456 personer. Det kan konstateras att av dessa, hade männen i högre utsträckning än kvinnorna fått frågor om alkoholvanor och droger (tabell 3).

Tabell 3. Procentuell andel som vid tidigare besök fått frågor om alkoholvanor, droger och rökning (N=456)

Tidigare tillfrågad om:	Män	Kvinnor	Totalt
Alkoholvanor	65,8	58,1	60,2
Droger	56,0	49,8	51,7
Rökning	40,6	42,7	42,5

En majoritet av både män och kvinnor som tidigare besökt den psykiatriska öppenvården hade således fått frågor om sina alkoholvanor. Det kan noteras att bland dem som hade riskabla vanor eller ett missbruk var andelen högre. Bland de 33 männen med riskbruk som kom över skärningspunkten på 8 poäng hade 84,8 procent tidigare fått frågor om alkoholvanorna. Om man endast studerar de 13 män med 16 poäng eller mer, vilket indikerar ett missbruk/beroende, hade alla utom en (92,3 %) tidigare blivit tillfrågade om sina alkoholvanor.

Av kvinnorna med ett riskbruk som tidigare besökt vården, hade 68,5 procent (61 av 89) tidigare blivit tillfrågade om sina alkoholvanor. Bland de 31 kvinnor med en påtagligare problematik (>14p) hade 74,2 procent tidigare blivit tillfrågade.

Liksom tidigare nämnts rör det sig om låga antal fördelat på länsdelarna men nedanstående tabell visar att andelen tillfrågade varierar vid de olika mottagningarna (tabell 4).

Tabell 4. Andel av personer med riskabla alkoholvanor som vid tidigare besök fått frågor om alkoholvanor (fördelat per länsdel)

	Män	Kvinnor
Umeå	78,6	62,8
Skellefteå	100	71,4
Lycksele/Storuman/Vilhelmina	75,0	69,2
Totalt:	84,8	68,5

Rökning

84 personer uppgav att de var dagligrökare (11,8 % av männen och 15,8 % av kvinnorna) och av dessa ville majoriteten, 60 personer (71,4 %), sluta eller minska. Ytterligare 23 personer som inte var dagligrökare ville eller höll på att minska/sluta. Av samtliga 83 som ville förändra sina rökvanor önskade 15 personer stöd (18,1 %).

Både andelen rökare och personer som önskar stöd för att sluta, är betydligt lägre än för tio år sedan då drygt var femte person rökte och hälften av de som önskade minska/sluta också ville ha stöd.

Det finns ett samband mellan riskabla alkoholvanor och dagligrökning, med högre andelar av rökare i grupperna med riskbruk (22,7 % av männen och 18,2 % av kvinnorna).

Regelbundet narkotikabruk är sällsynt

Totalt svarade 8,0 procent att de använder narkotika ibland och 1,4 procent regelbundet, sammantaget 54 personer. Könsskillnaden var marginell.

Av de 54 personer som uppgav sig använda narkotika är cannabis det i särklass vanligaste preparatet (79,6 %), följt av centralstimulerande (29,6 %), opiater (20,3 %), hallucinogener (16,7 %) samt att några enstaka personer hade markerat nättdroger (5,5 %). Det var totalt nio av de 54 personerna som ville minska/sluta och tre av dessa ville ha stöd.

Majoriteten av de som använde narkotika hade ett samtidigt riskbruk av alkohol. Detta var fallet för 68,7 procent av kvinnorna och 55,5 procent av männen.

Även om enkäten var anonym bör det vägas in att det faktum att narkotikabruk är kriminaliserat kan ha en inverkan på svaren.

Ångest och depression är vanligt förekommande

Formuläret HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond och Snaithe, 1983) är ett screeninginstrument för ångest och depression bestående av 20 påståenden med fyra poängsatta svarsalternativ vardera. Poängnivåer på 7-10 indikerar mild/måttlig ångest alternativt nedstämdhet och över 10 poäng bedöms nivån av ångest och depression vara påtaglig.

En betydande andel av de personer som besökte sin psykiatriska mottagning denna vecka hade, i enlighet med kriterierna för HAD, tecken på ångest och/eller depression i någon eller i hög grad. Tecken på mild till svår ångest återfanns hos 86,5 procent av besökarna och tecken på nedstämdhet till depression återfanns hos 63,7 procent (tabell 5).

Tabell 5. Procentuell andel av symtom på grad av ångest och depression uppdelat på kön.

	Kvinnor %	Män %	Totalt
ÅNGEST måttlig/mild (7-10 p)	23	29	24,3
Påtaglig ångest (> 10 p)	67	50	62,2
TOTALT	90	79	86,5
DEPRESSION nedstämdhet(7-10 p)	34	33	33,9
Påtaglig depressivitet (> 10 p)	29	31	29,3
TOTALT	63	64	63,7

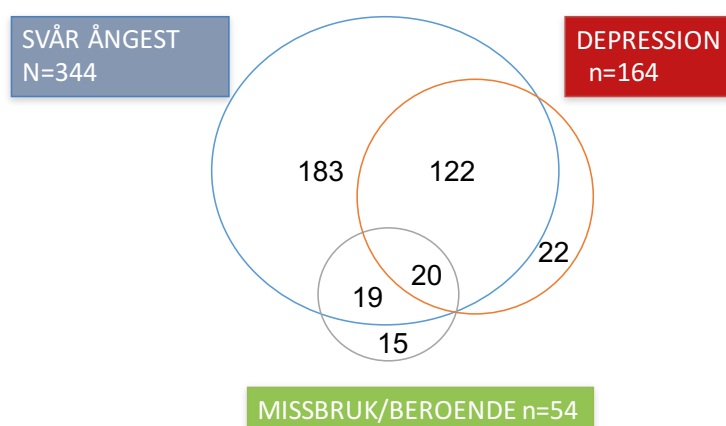
Inte förvånande med hänsyn till studiens målgrupp, var det endast en minoritet som varken hade någon grad av ångest eller tecken på depression (61 av 569, 10,7 %). Tillstånden sammanfaller dessutom i stor utsträckning och 60,5 procent av personerna som besökte öppenvårdsmottagningarna hade samtidigt någon grad av ångest och nedstämdhet/depression. Om enbart de svårare tillstånden tas med (>10 p) var det en fjärdedel av patienterna som hade en sådan kombination. (145 av 569, 25,4 %).

Ångest, depression och samsjuklighet med riskabla alkoholvanor

Det finns tydliga samband mellan psykisk ohälsa och missbruk av alkohol och droger. Detta kunde även ses i denna studie. Genom att utkristallisera män och kvinnor som har påtagliga symtom på ångest och depression i enlighet med HAD och de som har ett troligt missbruk/beroende enligt AUDIT, och samköra dessa med varandra framkommer en tydlig bild av samsjuklighet (figur 5). Mönstret är detsamma för båda könen.

Procentuellt hade 72,2 procent av personerna med ett missbruk/beroende samtida symtom på påtaglig ångest och depression.

Figur 5. Samsjuklighet mellan missbruk/beroende, påtaglig ångest och depression.

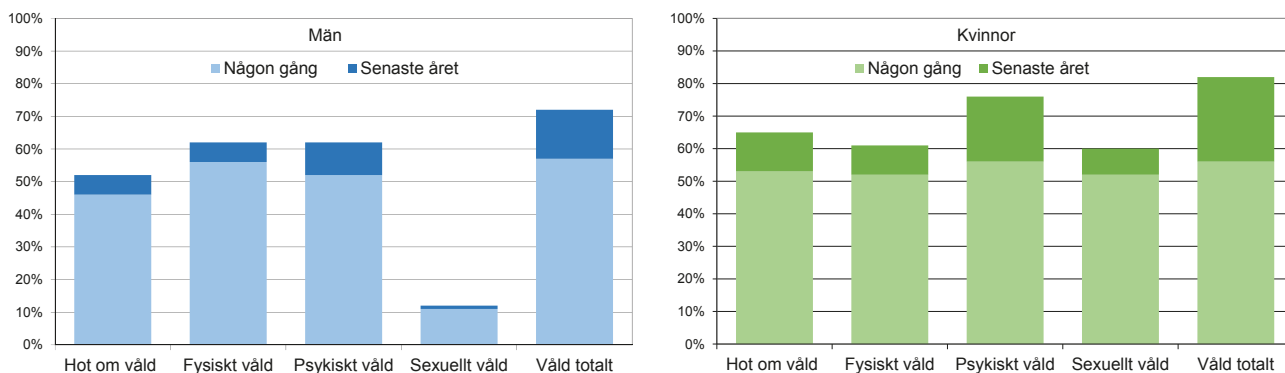


Många har blivit utsatta för våld

Fyra olika dimensioner av våld undersöktes i studien; hot om våld, fysiskt våld, psykiskt våld och sexuellt våld. En stor majoritet av deltagarna hade varit utsatt för någon av dessa typer av våld någon gång i livet. En fjärdedel av kvinnorna och ca 15 procent av männen hade varit utsatta för någon typ av våld under det senaste året.

Av de som varit våldsutsatta under det senaste året levde 17 kvinnor och 1 man tillsammans med barn. Bland de 11 personerna med annan könsidentitet hade 9 personer varit våldsutsatta någon gång, 1 person under senaste året och 1 person hade inte varit våldsutsatt.

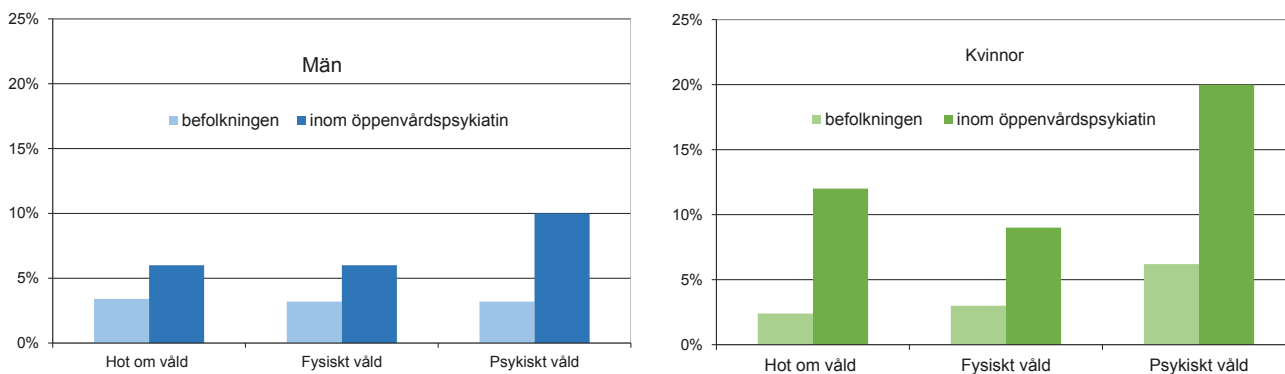
Utsatthet för psykiskt och fysiskt våld var mest vanligt förekommande bland män medan sexuellt våld rapporteras i låg utsträckning. För kvinnorna var förekomsten hög för alla typer av våldsutsatthet. Förekomsten av våld var över 60 procent inom respektive våldsform för kvinnor och sammantaget hade över 80 procent av kvinnorna drabbats av någon typ av våld under livet (figur 6).



Figur 6: Andel kvinnor (n=392) och män (n=156) som varit utsatta för olika typer av våld någon gång och under senaste året.

Bland de våldsutsatta kvinnorna var en majoritet (54 procent) utsatta av en person i en nära relation. Bland männen är motsvarande siffra 21 procent och det var vanligare att våldet hade utövats av annan person. Personer med annan könsidentitet rapporterade hög utsatthet för våld både i en nära relation (6 av 10) och av andra personer (8 av 10).

För att jämföra våldsutsattheten bland besökarna inom öppenvård psykiatri med utsatthet i befolkningen i stort har vi använt oss av befolkningsstudien Våld och hälsa från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK-rapport 2014:1). Frågorna i befolkningsstudien är mer detaljerade, vilket innebär att de troligtvis fångat upp mer våld än de övergripande frågor som ingått i studien inom öppenvård psykiatri. Trots detta visar jämförelsen att personerna inom öppenvård psykiatri har varit utsatta för våld under det senaste året i betydligt högre utsträckning än ett slumpmässigt urval ur befolkningen (se figur 7 nedan). För både män och kvinnor är utsattheten för psykiskt våld mer än dubbelt så hög inom öppenvård psykiatri jämfört med befolkningen. Bland kvinnorna är även andelen utsatta för hot om våld och fysiskt våld flerfaldigt högre jämfört med befolkningen.

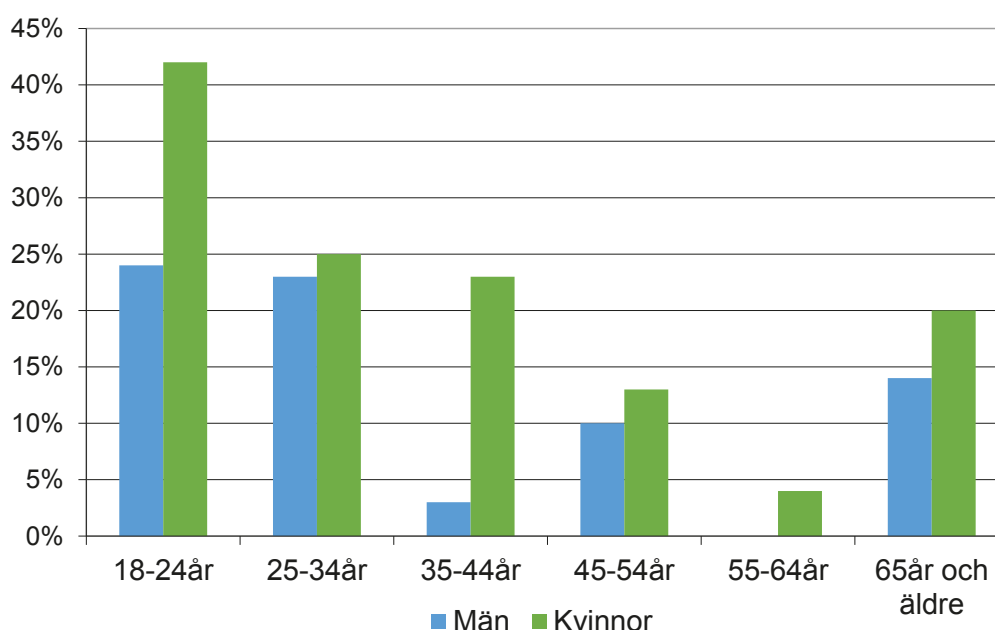


Figur 7: Utsatthet för olika typer av våld under det senaste året i befolkningen jämfört med personerna inom psykiatriska öppenvården.

Av de personer som tidigare under senaste året hade besökt psykiatrin hade 42,1 procent av kvinnorna, 29,0 procent av männen och 5 av 10 med annan könsidentitet tillfrågats om våldsutsatthet. Av de som personer som varit utsatta för våld under det senaste året har hälften av männen och något mer än hälften av kvinnorna (61 procent) tillfrågats.

Unga kvinnor är mest våldsutsatta

Bland kvinnorna fanns signifikanta skillnader i utsatthet för våld mellan olika åldersgrupper. Unga kvinnor var utsatta för våld i högre utsträckning jämfört med äldre. Bland kvinnor mellan 18-24 år hade hela 42 procent varit utsatta för någon typ av våld under det senaste året. Gruppen män som varit utsatta för våld under det senaste året var för liten för att motsvarande analys ska kunna generera signifikanta resultat men även bland männen är det en större andel våldsutsatta i de yngre åldersgrupperna (figur 8).



Figur 8: Andel kvinnor och män i olika åldersgrupper som har varit utsatta för någon typ av våld under det senaste året.

Våldsutsatthet hänger ihop med riskbruk, egen våldsutövning och ångest

För kvinnorna finns en tydlig samvariation mellan våldsutsatthet och riskbruk av alkohol. Bland kvinnorna som varit våldsutsatta under det senaste året hade 44 procent ett riskbruk vilket är en signifikant högre andel jämfört med de kvinnor som inte varit våldsutsatta där 22 procent av kvinnorna hade ett riskbruk. Riskbruket kan för dessa kvinnor vara ett sätt att bedöva sig i en utsatt situation men riskbruket kan också vara orsaken till en förstärkt utsatthet. Oavsett vilket är det ett viktigt konstaterande att riskbruk och våldsutsatthet är en vanlig kombination bland kvinnor. Bland männen är riskbruksskillnaderna mellan våldsutsatta och icke våldsutsatta mindre och inte signifikanta (41 % mot 27 %).

29 procent av männen och 18 procent av kvinnorna rapporterade att de själva utövat någon typ av våld. Bland de personer som utövat våld hade nästan alla också själva blivit utsatta för våld (96 procent av både männen och kvinnorna). Bland både män och kvinnor som utövat våld är andelen med riskbruk högre jämfört med dem som inte utövat våld. Bland männen som utövat våld hade 39 procent ett riskbruk (jmf med 27 procent av alla män) och bland kvinnor var motsvarande siffra 44 procent (jmf 28 procent bland alla kvinnor).

Bland kvinnorna som varit våldsutsatta under det senaste året hade 96,9 procent symptom på mild/måttlig eller svår ångest. Depression var också vanlig förekommande men nästan uteslutande i kombination med ångest. Knappt hälften av de våldsutsatta kvinnorna (43,8 %) hade en samtidig förekomst av riskbruk och ångest. Även bland männen som varit våldsutsatta under det senaste året hade en majoritet samtidigt symptom på ångest (20 av 22 män) ofta med ett samtidigt riskbruk (9 av 22 män).

Boende och sociala nätverk

Ensamhushåll, med eller utan barn, var den vanligaste boendeformen bland männen (55,4 %). För kvinnorna var ensamhushåll och boende med sambo, make eller maka ungefär lika vanliga. Av männen som svarat på enkäten bodde 17 procent tillsammans med egna eller någon annans barn. Motsvarande siffra för kvinnor var 25 procent. Skillnaderna mellan könen är signifikanta. Det finns dock inga signifikanta skillnader mellan Umeå, Skellefteå och Södra Lapplands mottagningar. Jämfört med Västerbottens befolkning i stort så är ensamhushåll betydligt vanligare bland öppenvårdspsykiatriens patienter, både bland män och kvinnor (se tabell 6).

Tabell 6: Andel kvinnor och män i olika boendeformer

Boende	Män öppenvårds- psykiatri (antal)		Män befolkningen	Kvinnor öppenvårds- psykiatri (antal)		Kvinnor befolkningen
Ensamhushåll	50,4	(80)	19,8	40,6	(160)	20,0
med hemmaboende barn	5,0	(8)	5,1	7,3	(29)	6,7
Sambo/make maka	23,9	(38)	25,8	29,9	(118)	26,3
med hemmaboende barn	11,3	(18)	40,1	17,8	(70)	38,7
Annan boendeform	6,9	(11)	4,7	4,1	(16)	3,9
med hemmaboende barn	0,6	(1)	4,4	0,0	(0)	4,4
Hemlös	1,9	(3)	0,1	0,3	(1)	0,05
Totalt	100	(160)	100	100	(396)	100

De sociala nätverken var små för många av deltagarna. Nästan hälften av männen i studien uppgav att de inte hade någon eller 1-2 nära personer i sitt liv. Kvinnorna i studien hade generellt sett fler nära relationer jämfört med männen (tabell 7).

I studien som genomfördes 2006 var gruppen som helt saknade nära personer betydligt större (18% av männen, 12% av kvinnorna).

Tabell 7: Andel kvinnor och män utifrån antal nära personer.

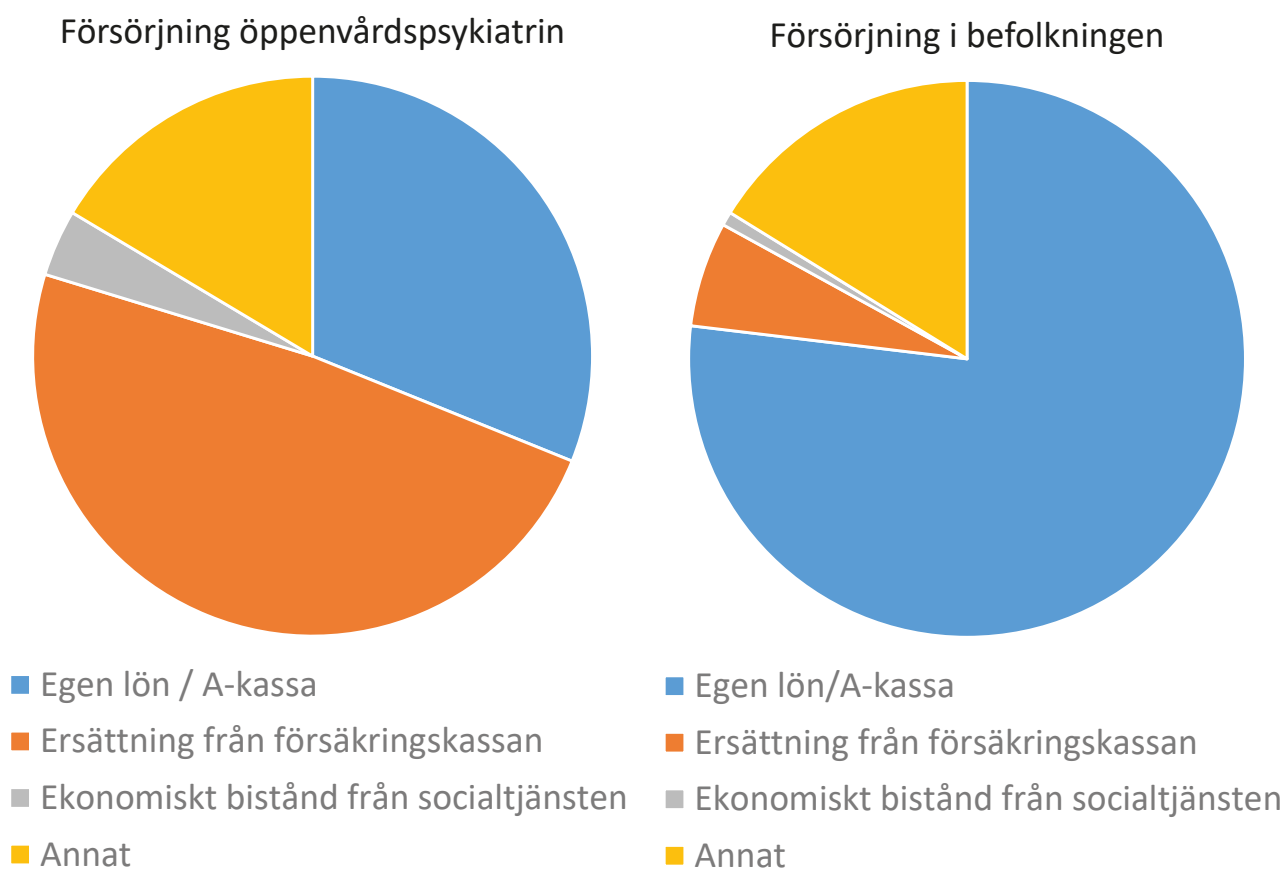
Antal nära personer	Män %	Kvinnor %
Ingen	4,3	1,0
1-2 personer	39,8	35,2
3-5 personer	41,6	44,6
6 personer eller fler	14,3	19,2

Sju av deltagarna med annan könsidentitet rapporterade att de levde i annan boendeform, fem bodde i ensamhushåll och två tillsammans med sambo, make eller maka. Bland personerna med annan könsidentitet uppgav endast en att hen levde tillsammans med barn. Jämfört med män och kvinnor hade personer med annan könstillhörighet större sociala nätverk, åtta av elva personer hade tre eller fler nära personer.

Försörjning

Den vanligaste försörjningsformen bland deltagarna var ersättning från försäkringskassan följt av egen lön eller A-kassa. Under fem procent av deltagarna angav ekonomiskt bistånd från socialtjänsten som sin huvudsakliga försörjning. Det finns inga signifikanta skillnader i försörjning mellan män och kvinnor, eller mellan orterna. Jämfört med försörjningen bland befolkningen i Västerbotten i stort så är gruppen med ersättning från försäkringskassan betydligt större bland besökarna inom öppenvård psykiatri (se figur 9).

Figur 9: Huvudsaklig försörjning bland patienterna i öppenvård psykiatri (N=558) och i Västerbottens befolkning.



Barnens utsatthet och rätt till stöd

Barnen i riskmiljöer ska särskilt uppmärksammas. Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet enligt 2 g § HSL att ge information, råd och stöd till barn när en förälder eller annan vuxen missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel alternativt har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning. Utöver detta ska en orosanmälan göras till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att barn far illa (SoL 14 kap. 1 §).

Att uppmärksamma och stötta barn i riskmiljöer är något som alla medborgare bör ta ansvar för men personal inom hälso- och sjukvård har också en lagstadgad skyldighet. Barn som växer upp i hem där en vuxen vårdnadshavare har en depression eller ett missbruk har en ökad risk att själv utveckla psykisk ohälsa.

Av samtliga män som besvarat enkätens frågor, bodde 16,8 procent tillsammans med egna eller någon annans barn. Motsvarande siffra för samtliga kvinnor var 25,2 procent. Skillnaderna mellan könen är signifikanta. Det finns dock inga signifikanta skillnader mellan orterna.

Det handlar sammantaget om 216 barn under 18 år, varav 45 är boende hos en av de manliga besökarna och 171 är boende med en av de kvinnliga. Det kan teoretiskt hända att samma barn räknas två gånger i de fall som både mannen och kvinnan som bor med barnen är besökare inom psykiatriska vården.

Av de män och kvinnor som utifrån den högre poängnivån på 14 respektive 16 kan antas ha ett mer problematiskt förhållande till alkohol var det ingen av männen som bodde med (sina 5) barn. Bland kvinnorna med höga poängnivåer var det 8 kvinnor som angav att de bodde med sammanlagt 17 barn.

Som tidigare betonats är AUDIT inte något diagnosinstrument och det är inte alls säkert att ett barn far illa för att en person kommer över de lägre skärningspunkterna. Men alkoholvanorna är en av flera faktorer som bör sammanvägas i bedömningen av stabiliteten i hemmet för barnen. Samtidig ångest och/eller depression är vanlig vid ett riskbruk/missbruk/beroende och det är något som kan påverka ett barns utveckling och trygghet negativt, men det finns också omgivande skyddsfaktorer som bör beaktas.

Reflektioner

Andelen med riskabla alkoholvanor av de som besökte den allmänpsykiatriska öppenvården var med sina 27-28 procent likartad den som kunde ses tio år tidigare och den ligger i linje med andra svenska studier. Tendensen är emellertid att kvinnorna står för en ökning av riskabla alkoholvanor över tid och att andelen med en mer problematisk konsumtion stiger både hos män och hos kvinnor.

Kan man då lita på självrapporterade uppgifter? Här finns det skillnader beroende på målgrupp. Screening med enbart frågeformulär har inom slutenvården visat sig ge en underrapportering i jämförelse med biologiska markörer (de Beaufort et al., 2007). Som screeninginstrument för riskfylld/skadlig alkoholkonsumtion och för användning inom primärvård och annan öppenvård bedöms emellertid AUDIT vara tillförlitligt (Bohn et al, 1995) och är flitigt använt i olika sammanhang. I den mån att personer vill hålla nere sin konsumtion eller inte rapporterar de symtom som faktiskt finns så vet personen det själv, vilket i sig kan innebära en sorts intervention genom att personen får tänka till och ta ställning. För de samlade resultaten i denna sorts studier innebär det enbart att det är lägstavärden som rapporteras.

Av de personer som hade riskabla alkoholvanor eller missbruk ville majoriteten minska sin konsumtion eller sluta dricka helt, men det var anmärkningsvärt få som ville ha stöd för sin förändring. Inte en enda kvinna uppgav att hon ville ha stöd och endast sex män ville ha det. Utan följdfrågor kan vi inte säga hur dessa personer som ville minska, men inte ville ha stöd i detta, resonerade. Alla behöver ju heller inte stöd från behandlingsinstanser och många vill uppenbart "klara sig själv". Resultatet ska emellertid inte tas som intäkt för att man inte ska ställa frågor om alkoholvanor, att motivera till förändring och att erbjuda tillfälle att prata om sin situation.

De allra flesta av de svarande hade tidigare besökt öppenvården och en majoritet av dessa hade fått frågor beträffande sina alkoholvanor, cirka hälften beträffande narkotikaanvändning, något lägre rörande rökning och ytterligare något färre hade fått frågor om våld. Med tanke på att det finns starka kopplingar mellan den psykiska hälsan och dessa områden så skulle man kunna förvänta sig att fler hade blivit tillfrågade. Beträffande narkotika så finns förstas den komplikationen att bruket är kriminaliserat och att personer av den anledningen inte besvarar den frågan sanningsenligt. En frågeställning som också väcks är varför kvinnor i lägre utsträckning tillfrågats om sina alkoholvanor och narkotikabruk men i högre utsträckning om erfarenhet av våld. Även om detta återspeglar könsfördelningen av förekomst så finns risken att man missar tillfällena att intervjua genom att man inte tar upp dessa ämnen.

Förutom inom den psykiatriska vården finns det en mängd tillfällen då samtal om alkohol- och drogvanor, tobaksbruk och våldserfarenhet kan föras. Samtliga dessa delar kan medföra negativa konsekvenser på hälsan och personal inom primärvård, akutvård och annan somatisk vård bör uppmärksamma dessa faktorer. Polis och socialtjänst har också motsvarande tillfällen att ta upp frågorna i samtal.

Sedan den tidigare studien från 2006 har det kommit nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen dels för sjukdomsförebyggande metoder, som bland annat omfattar riskbruk och tobaksbruk (Socialstyrelsen, 2011), och dels för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2015). I de senare betonas bland annat vikten av att psykisk ohälsa/sjukdom och förekommande missbruk/beroende behandlas parallellt. Socialstyrelsen har själv utvärderat anpassningen till riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och i denna konstateras att bara en liten andel av patienterna får rekommenderade åtgärder för att förbättra sina levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2014). I samma utvärdering lyfter Socialstyrelsen särskilt fram personer med psykisk sjukdom som en grupp där riskbruk identifieras i mycket låg utsträckning.

Samsjukligheten mellan riskbruk/missbruk, ångest och depression och våldsutsatthet var som väntat väldigt stor i den aktuella studien och det understryker vikten av att en alkoholanamnes alltid bör innehålla frågor rörande psykiska symtom och utsatthet. Förutom ångest, depression och våldsutsatthet kan det förstas också finnas andra samtidiga och komplicerande tillstånd som självskadebeteende, självmordstankar, sömnstörningar, somatiska komplikationer med flera. På samma sätt bör frågor om alkohol- och drogvanor alltid finnas med vid psykiatrisk problematik.

Vår förhoppning är att resultaten från denna studie kan bidra till kunskap och underlag för verksamhetsutveckling och att rutiner för att uppmärksamma alkoholvanor, rökning, narkotikabruk och våld implementeras. Utan ett aktivt, patientcentrerat och empatiskt anslag i bemötandet och en uppmärksamhet på alkohol-, tobak- och narkotikabruk kan en beroendeproblematik annars förbli osedd och obehandlad alltför länge.

Bortfallsanalys

Totalt besvarades enkäten av 572 personer, med en fördelning på 69 procent kvinnor och 28 procent män samt 2 procent med annan könsidentitet. Jämfört med den gängse könsfördelningen vid mottagningarna (56 % kvinnor och 46 % män) så motsvaras den inte av de svarande, så till vida att det var procentuellt fler kvinnor och färre män som besvarade enkäten än de som besöker mottagningarna. Däremot är åldersfördelningen likartad.

Av praktiska skäl delades enkäten ut av behandlare i anslutning till öppenvårdsbesök på den psykiatriska mottagningen i Umeå och Skellefteå vilket sannolikt har påverkat svarsfrekvensen negativt. Risker är överhängande att enkäten från behandlaren sida "glömdes bort", inte hanns med, valdes bort eller att uthålligheten för hela veckan tröt, och detta kan i sin tur ha påverkat antalet enkäter som delades ut. Från besökarnas sida kan det också vara mindre motiverat att besvara en enkät efter ett besök än innan. I Lycksele, Storuman och Vilhelmina delades enkäten ut i samband med besöksregistrering.

Personalen ombads rapportera kön och ålder på de patienter som de inte delat ut enkäter till. Detta gjordes rörande 118 patienter med en fördelning på 66 procent kvinnor och 33 procent män samt 1 procent med annan könsidentitet vilket är snarlikt könsfördelningen bland de som svarat på enkäten. De vanligaste anledningarna till att enkäterna inte delades ut var att behandlaren glömde bort det (37 st) eller att patienten inte ville svara (34 st). Bland övriga kommentarer fanns att patienten mådde för dåligt, att det saknades enkäter eller att det inte hanns med. Patienterna som föll bort av någon av dessa anledningar hade en något högre medelålder (45 år) jämfört med de patienter som svarade på enkäten. Sammantaget behöver detta inte innebära att det är något systematiskt bortfall.

Under veckan var antalet unika besök inom öppenvård psykiatri totalt 1766 besök och svarsfrekvensen ligger därmed totalt på 33 procent. Oavsett distributionsmetod så är svarsfrekvensen likartad vid de olika mottagningarna (tabell 8).

Tabell 8: Antal svar, unika besök och svarsfrekvens utifrån ort.

	Svar	Antal unika besök	Svarsfrekvens
Umeå	291	924	31 %
Skellefteå	195	590	33 %
Lycksele	64	179	36 %
Storuman/Vilhelmina	22	73	30 %
Totalt	572	1766	33 %

Majoriteten av de svarande hade tidigare besökt den psykiatriska öppenvården och endast en femtedel utgjordes av första-gångsbesök (ca 20 %).

Referenser

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J & Monteiro MG (2001): AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. Geneva; WHO.

Bergman H, Källmén H (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. Läkartidningen, 97(17), 2078-84.

de Beaufrepaire, R., Lukasiewicz, M., Beauverie, P., Castera, S., Dagorne, O., Espaze, R., et al. (2007) Comparison of self-reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 22(8), 540-548.

Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 423–432.

Grant et al, (2004): Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 807-816 – 368.

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.

Hodgins et al (2007) Consulting for substance abuse: mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (5), 379-386.

Hulse GK, Roydhouse R M, Basso MR, Saunders JB, Stockwell TR (2000) Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric in-patients using the AUDIT questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, Vol 19 (3), pp 291-298.

Lenzenweger M, Lane M, Loranger A Kessler K (2007) DSM-IV Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Biological Psychiatry*, Vol 62, 6.

Våld och hälsa från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK-rapport 2014:1).

Missbruksutredningen (2011) SOU 2011:35; Bättre insatser vid missbruk och beroende.

Nehlin C, Fredriksson A, Jansson L (2011) Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: Special attention needed. *Drug Alcohol Rev*, 31, 538-543.

Nielsen et al (2007) Personality-guided treatment for alcohol dependence. A quasi-randomized experiment. *The American Journal on Addictions*, 16, 357-364.

Reinert D, Allen JP (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research Findings. *Alcohol Clin Exp Res*. Vol 31:No 2:185-199.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Fuente JR, Grant M (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction* ;88(6):791–804.

SCB (2016) Frågor och svar om frågekonstruktion i enkät och intervjuundersökningar. SCB-tryck, Örebro 2016:12.

Socialstyrelsen (2011) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen (2014) Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.

Socialstyrelsen (2015) Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.

VLL (2006) Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. www.vll.se

Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Manual. Karolinska Universitetssjukhuset.

Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

Öjehagen, A., & Nordström, G. (2006). Prevention av alkohol - och drogprevention inom psykiatrin. En randomiserad kontrollerad studie. In *Hur kan man minska nyrekrytering: Mobilisering mot Narkotika*, Rapport 17.

