Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vilka kontaktar Alkohollinjen för att få stöd för förändring av sina alkoholvanor och hur uppfattar de bemötandet?

Resultat från baslinjeintervjuer

Rapport 2012:3

Författare: Nelleke Heinemans, Kerstin Damström Thakker
Lay-out: Viktoria Jonze

Rapport 2012:3
ISBN 978-91-980442-2-5

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 17070
104 62 Stockholm

Stockholm nov 2012

Rapporten kan laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

På senare år har flera försök gjorts att bredda behandlingsutbudet genom att utveckla insatser som kan vara attraktiva för personer med lindriga till måttliga alkoholproblem. Alkohollinjen som erbjuder stöd per telefon för personer som vill förändra sina alkoholvanor är tänkt att vara ett alternativ för just denna målgrupp.

I denna rapport redovisas en beskrivning av en grupp klienter när de första gången kontaktade Alkohollinjen. Sammanfattningsvis hade de relativt omfattande alkoholproblem men i jämförelse med personer vårdade inom missbruks- och beroendevården ändå betydligt mindre allvarliga problem. Färre än hälften av klienterna hade tidigare sökt någon form av hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion, var sjunde man och färre än var tionde kvinna hade då fått hjälp på vårdcentral eller inom beroendevården. De flesta hade arbete och många män levde med vuxen partner och barn. Många kunde få personligt stöd för att klara personliga problem eller kriser i livet. Så gott som alla var mycket nöjda med det bemötande de fick i samband med sin första kontakt med Alkohollinjen.

Den slutsats som kan dras är att det för de flesta klienter uppenbarligen var ett stort steg att söka hjälp för att få stöd att förändra sina alkoholvanor. Detta trots att all kontakt med Alkohollinjen sker per telefon utan personligt möte och med möjlighet till anonymitet.

Det är väl belagt att insatser liknande den rådgivning som ges på Alkohollinjen kan ge goda behandlingsresultat för i första hand personer som ännu inte utvecklat svårt beroende och annan allvarlig psykisk ohälsa. I vilken omfattning Alkohollinjen kan bidra till förändrade alkoholvanor bland de som tar kontakt och vad som utmärker de som förändrar sina alkoholvanor förväntas resultaten från 6- och 12-månadersuppföljningarna kunna ge kunskap om.

Cecilia Magnusson
Verksamhetschef
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Stockholms läns landsting, SLSO

Tack

Vi vill framföra vårt varma tack till alla er som deltagit i den här första utvärderingen av Alkohollinjens arbete med personer som ringer för att få stöd för att förändra sina egna alkoholvanor. Genom att ni vid flera tillfällen tagit er tid att besvara alla våra frågor har ni bidragit till en ökad förståelse av vilka som ringer Alkohollinjen, hur ni uppfattat det stöd ni fått och hur rådgivarna på bästa sätt ska kunna stödja dem som framöver kontaktar Alkohollinjen. Utan ert deltagande hade vi inte kunnat få den kunskap som den här rapporten ger.

Ett stort tack också till våra kollegor som bidragit till att utvärderingen har kunnat genomföras: Först och främst Lena Brorsson som både organiserade arbetet med telefonintervjuerna och genomförde de flesta intervjuerna. Dessutom Annelie Alexander som även hon genomförde en del intervjuer, rådgivarna som informerade om studien och efterfrågade samtycke till deltagande samt Tuula Ainetdin, Astri Brandell Eklund, Marie Illerbrand och Ann-Louise Sirén som kommenterat texten eller hjälpt oss klassificera svaren på de öppna frågorna.

Författarna

Innehållsförteckning

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 9
Material och metod 10
Baslinjeintervjun 10
Screening med AUDIT 10
Screening för psykisk ohälsa 11
Yrkesklassificering 11
Jämförelser med patienter och klienter inom svensk missbruksbehandling 11
Jämförelser med allmänna befolkningen 12
Analys 12
Externt och internt bortfall 12
Resultat 13
Deltagare 13
Kommentar 14
Alkoholvanorna, dess konsekvenser och målsättning för förändring av alkoholvanorna 14
Målsättning för förändring av alkoholvanorna 15
Kommentar 16
Viktigaste anledningen till kontakten med Alkohollinjen och uppfattning om den första kontakten 17
Den viktigaste anledningen till kontakten 17
Varför just Alkohollinjen kontaktades 18
Kontaktväg 19
Uppfattning om den första kontakten med Alkohollinjen 19
Vad som uppskattades 20
Andra synpunkter 20
Kommentar 21
Hälsotillstånd, tidigare behandlingskontakter och alkoholvanor 22
Kommentar 26
Annan samtidig psykisk ohälsa och alkoholvanor 27
Kommentar 32
Tobaksvanor 33
Kommentar 34
Sociala förhållanden 35
Kommentar 38
Diskussion 39
Referenser 43

Bilagor **45**
Bilaga 1. Kort beskrivning av behandlingsupplägget för klienter **45**
Bilaga 2. Frågeformulär **46**
Bilaga 3. Männens svar på AUDIT-frågorna **53**
Bilaga 4. Kvinnornas svar på AUDIT-frågorna **54**
Bilaga 5. Exempel på Alkohollinjens informationsmaterial **55**

Sammanfattning

Bakgrund: På senare år har flera försök gjorts att bredda behandlingsutbudet genom att utveckla insatser som kan vara attraktiva för personer med lindriga till måttliga alkoholproblem. Alkohollinjen som erbjuder stöd per telefon för personer som vill förändra sina alkoholvanor kan vara ett alternativ för just denna målgrupp.

Det stöd Alkohollinjen ger syftar till att öka klienternas förmåga att ta egna beslut om att förändra sina alkoholvanor. Behandlingen anpassas efter hur pass allvarliga problemen är och de förändringar som klienten är beredd att genomföra. Om det framkommer att klienten kan behöva andra insatser erbjuds hänvisning till annan verksamhet. Behandlingsmodellen bygger på Motiverande samtal (MI) med inslag av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) i form av Återfallsprevention.

I denna första delrapport från den första utvärderingen av Alkohollinjens arbete med klienter redovisas uppgifter från baslinjeintervjuerna.

Syfte: Att beskriva klienterna när de första gången kontaktar Alkohollinjen.

Metod: I urvalet ingår klienter som första gången kontaktade Alkohollinjen mellan april 2009 och januari 2011. Baslinjeintervjuerna genomfördes per telefon av en särskild intervjuare och enligt ett strukturerat frågeformulär som inkluderade screeninginstrumenten AUDIT (om alkoholvanorna) och M.I.N.I. (om psykisk ohälsa). Jämförelser görs mellan klienterna och personer i missbruksbehandling och i allmänna befolkningen.

Klienterna följdes upp 6 och 12 månader efter sin första kontakt med Alkohollinjen men resultaten från de intervjuerna redovisas inte i denna rapport.

Resultat: Enligt AUDIT var alkoholvanorna och dess konsekvenser av samma omfattning bland samtliga nya klienter och bland deltagarna i utvärderingen. Deltagarna kan således bedömas relativt väl representera samtliga nya klienter i det för studien viktigaste utfallsmåttet.

De 278 deltagarna var mellan 18 och 82 år och bosatta över hela landet, andelen kvinnor var 38 procent. De flesta hade relativt omfattande alkoholproblem: Den genomsnittliga AUDIT-poängen var nästan densamma bland kvinnor (m=22) och män (m=23). Även andelen med möjligt alkoholberoende (20-40 poäng) var nästan densamma bland kvinnor (65%) och män (66%). Enskilda frågor i AUDIT visar att männen dricker mer och oftare medan kvinnorna oftare rapporterar problem på grund av sina alkoholvanor. Den huvudsakliga målsättningen var för de flesta att minska sin alkoholkonsumtion till en mer måttlig nivå.

Den viktigaste anledningen till kontakten var för två tredjedelar av klienterna deras egen önskan att förändra sina alkoholvanor. Alkohollinjen bedömdes vara ett bra eller bättre alternativ än annat de kände till men också lättillgänglig och professionell. Även möjligheten till anonymitet, att inte behöva möta någon personligen och att kontakten sågs som ett första steg nämndes.

Så gott som samtliga var i hög grad nöjda med bemötandet under det första samtalet. De upplevde att rådgivaren var förstående och lyhörd, ansträngde sig för att förstå dem och visade respekt för deras mål och beslut. Särskilt uppskattades det klientcentrerade förhållningssättet och det respektfulla bemötande, möjligheten till uppföljning och att det var enkelt att ta kontakt.

En något lägre andel kvinnor än män bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott. Oavsett anledning hade en något större andel kvinnor (79%) än män (70%) tidigare haft kontakt med hälso- och sjukvården. Trots ofta höga AUDIT-poäng hade endast var tredje man och var fjärde kvinna då fått frågor om sina alkoholvanor. Nästan varannan hade redan tidigare sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion. Var sjunde man och färre än var tionde kvinna hade då fått hjälp på vårdcentral eller inom beroendevården.

Enligt M.I.N.I. led något fler kvinnor (40%) än män (36%) av egentlig depressionsepisod eller generaliserat ångestsyndrom. Det var särskilt vanligt att de som led av psykisk ohälsa redan tidigare hade sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion.

Två tredjedelar av männen och hälften av kvinnorna rökte eller snusade och nästan var sjätte man och var tredje kvinna hade tidigare använt tobak.

Deltagarnas sociala förhållanden var relativt välordnade. Tre fjärdedelar arbetade eller studerade, två tredjedelar upplevde att de alltid hade personer i sin omgivning som kunde ge dem stöd för att klara personliga problem eller kriser i sitt liv. Männen var i större omfattning än kvinnorna sammanboende med partner och/eller barn. Ett fåtal män men var femte kvinna rapporterade minst 30 dagars sjukfrånvaro under det senaste året.

Bland både män och kvinnor med möjligt alkoholberoende var den självskattade hälsan sämre och andelen med psykisk ohälsa högre än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor. Dessutom hade de med beroende som besökt hälso- och sjukvården i större omfattning fått råd om att förändra sina alkoholvanor och de få som fått hjälp att förändra alkoholvanorna var alla beroende. Bland männen hade de med beroende i större omfattning som mål att helt sluta dricka alkohol under åtminstone en period. De hade också i större omfattning redan tidigare sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion.

Deltagarnas alkoholvanor, dess konsekvenser och tidigare vårdsökande för alkoholproblem var mindre omfattande, förekomsten av psykisk ohälsa lägre och de sociala förhållandena mer välordnade än bland personer i missbruksbehandling. Deltagarnas självskattade hälsa var sämre än bland personer i allmänna befolkningen men deras sociala förhållanden visade större likheter med befolkningen än personer i missbruksbehandling.

Slutsats: För de flesta klienter var det uppenbarligen ett stort steg att söka hjälp för att få stöd att förändra sina alkoholvanor – ett steg som många var beredda att ta först sedan deras alkoholvanor fått relativt omfattande konsekvenser. Det gäller också Alkohollinjen trots att all kontakt sker per telefon utan personligt möte och med möjlighet till anonymitet. De flesta som ändå tog kontakt hade en stark egen motivation till förändring och så gott som samtliga var mycket nöjda med det bemötande de fick. Det är väl belagt att insatser liknande den rådgivning som ges på Alkohollinjen kan ge goda behandlingsresultat för i första hand personer som ännu inte utvecklat svårt beroende och annan allvarlig psykisk ohälsa. I vilken omfattning Alkohollinjen kan bidra till förändrade alkoholvanor bland de som tar kontakt och vad som utmärker de som förändrar sina alkoholvanor förväntas resultaten från 6- och 12-månadersuppföljningarna kunna ge kunskap om.

Inledning

Alkohollinjen startades med syftet att bidra till en breddning av behandlingsutbudet för personer som vill förändra sina alkoholvanor genom att erbjuda stöd för detta per telefon. Målgruppen är personer med riskbruk av alkohol men även personer med mer omfattande alkoholproblem och anhöriga ringer och erbjuds då stöd. Alkohollinjen drivs av Stockholms läns landsting men verksamheten finansieras gemensamt av landstinget och Statens folkhälsoinstitut. Under 2006 påbörjades arbetet med att utveckla behandlingsupplägg, telefoni och datoriserad journal och den första gruppen rådgivare utbildades. Alkohollinjen öppnade i mindre skala i januari 2007 och är sedan september 2008 öppen måndag–torsdag klockan 12.00–19.00 och fredag klockan 12.00–17.00. Tre linjer är bemannade till klockan 17.00 måndag–torsdag och två linjer på kvällar och fredagar. Rådgivningen baseras i huvudsak på Motiverande samtal (MI; Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al., 2009) med inslag av Kognitiv beteendeterapi (KBT; Saxon & Wirbing, 2004) i form av Återfallsprevention. Om klienter eller anhöriga efterfrågar eller bedöms behöva andra insatser än de Alkohollinjen kan erbjuda hänvisar rådgivarna till andra verksamheter. Den som ringer kan välja att vara anonym och det är kostnadsfritt att ringa. En kort beskrivning av behandlingsupplägget för klienterna redovisas i Bilaga 1. Samtal tas emot från hela landet men de flesta är bosatta i de tre storstadslänen. Ungefär hälften av alla samtal kommer från Stockholms län.

Detta är den första av tre delrapporter från den första utvärderingen av Alkohollinjens arbete med klienter. I rapporten presenteras uppgifter från baslinjeintervjuerna och därmed också den första mer ingående beskrivningen av klienterna. I de två följande delrapporterna redovisas resultaten från 6-och 12-månadersuppföljningarna.

De syften som angivits för utvärderingen i sin helhet är följande: 1) Att beskriva de klienter som kontaktar Alkohollinjen med avseende på alkoholvanor, hur deras alkoholvanor förändras över tid och hur de värderar det stöd till förändring som Alkohollinjen ger; 2) Att beskriva förekomst av somatisk och psykisk ohälsa, kontakter med hälso- och sjukvården och annan behandling samt sociala förhållanden och tobaksvanor bland klienterna; 3) Att analysera samband mellan klienternas alkoholvanor och hur de förändras över tid och andra studerade förhållanden.

Med tyngdpunkt i resultaten från 6- och 12-månadersuppföljningarna kommer följande frågeställningar att belysas i utvärderingen: 1) I vilken omfattning når Alkohollinjen sin målgrupp, personer med riskbruk av alkohol?; 2) Värderas det stöd Alkohollinjen ger olika av klienter med riskbruk och missbruk/beroende?; 3) Värderas det stöd Alkohollinjen ger olika av klienter med respektive utan samtidig annan psykisk ohälsa?; 4) I vilken omfattning uppnås bestående förändringar av alkoholvanorna bland klienter med riskbruk respektive missbruk/beroende med och utan samtidig annan psykisk ohälsa?; 5) I vilken omfattning uppnås bestående förändringar av klienter som har enstaka respektive upprepade kontakter med Alkohollinjen?; 6) Finns skillnader mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper i de förhållanden som studeras?

Material och metod

I urvalet till utvärderingen ingår personer som första gången för egen del kontaktade Alkohollinjen per telefon under perioden 1 april 2009 – 31 januari 2011 och som då besvarade screeningformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; se avsnittet *Screening med AUDIT* nedan)**.**

Meningen är att AUDIT ska besvaras under det första samtalet men det kan visa sig vara olämpligt eller inte relevant[1] och ett fåtal klienter vill inte besvara det.

Under det första samtalet informerade rådgivaren om utvärderingen och frågade om klienten samtyckte till deltagande. De som lämnade samtycke kontaktades inom ett par dagar per telefon av en särskild intervjuare (som alltså inte var rådgivare). Med dem som också då samtyckte till deltagande genomfördes.

Också uppföljningarna efter 6 och 12 månader genomfördes per telefon av en särskild intervjuare. Vid båda dessa tillfällen ställdes delvis samma frågor som första gången men även frågor om vad som hänt sedan föregående intervju. Uppföljningarna efter 6 månader avslutades under september 2011 och uppföljningarna efter 12 månader under mars 2012.

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2008/2022–31/5).

Baslinjeintervjun

Baslinjeintervjun genomfördes enligt ett särskilt för utvärderingen framtaget strukturerat formulär omfattande 84 frågor (se Bilaga 2). De inledande frågorna gällde anledningen till kontakten, varför just Alkohollinjen kontaktades och uppfattningen om bemötandet under det första samtalet. Därefter följde frågor om alkoholvanorna och dess konsekvenser (se avsnittet *Screening med AUDIT* nedan), målsättningen för förändring av alkoholvanorna samt tidigare behandlingskontakter för att förändra alkoholvanorna. Frågor ställdes även om självskattad hälsa, sjukfrånvaro och kontakter med hälso- och sjukvården oavsett anledning samt om sociala förhållanden och tobaksvanor. Dessutom ingick screening för psykisk ohälsa i form av egentlig depressionsepisod och generaliserat ångestsyndrom (se avsnittet *Screening för psykisk ohälsa nästa sida*).

Screening med AUDIT

För att bedöma omfattningen av klienternas alkoholvanor och dess konsekvenser när de första gången kontaktar Alkohollinjen används AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). I denna utvärdering används AUDIT dessutom för att belysa förändringar i dessa avseenden från den första kontakten till 6- och 12-månadersuppföljningarna.

AUDIT omfattar tio frågor om alkoholvanor och alkoholproblem under det senaste året. De tre första frågorna rör riskfylld alkoholkonsumtion, de följande tre tecken på alkoholberoende och de fyra sista skadlig alkoholkonsumtion (Saunders et al., 1993). AUDIT har översatts till svenska (Bergman, et al., 1998), rekommenderas av Socialstyrelsen för både screening och bedömning (Socialstyrelsen, 2007) och används både i Sverige och internationellt i behandlingsstudier och befolkningsundersökningar (Reinert & Allen, 2007).

De tio frågorna i AUDIT ger en totalpoäng mellan 0 och 40. Baserat på totalpoäng delas deltagarna i denna studie in i fyra kategorier (Bergman & Källmén, 2002; Bergman &

[1] Tillfällen då det kan bedömas som olämpligt är om klienten är berusad, mycket ledsen eller upprörd medan tillfällen då det inte kan bedömas som relevant är om klienten endast har en enkel faktafråga.

Källmén, 2003): ”Måttliga alkoholvanor” (män 1–7 och kvinnor 1–5 poäng), ”Riskabla alkoholvanor” (män 8–14 och kvinnor 6–12 poäng), ”Skadliga alkoholvanor” (män 15–19 och kvinnor 13–19 poäng) och ”Möjligt alkoholberoende” (20–40 poäng för både män och kvinnor; i fortsättningen ”alkoholberoende” eller ”beroende”).

Vid baslinjeintervjun avser AUDIT-frågorna i denna studie de senaste 12 månaderna, vid 6–månadersuppföljningen de senaste 6 månaderna och vid 12-måndersuppföljningen återigen det senaste året.

Screening för psykisk ohälsa

För att belysa förekomst av psykisk ohälsa när deltagarna första gången kontaktade Alkohollinjen och hur den förändras över tid används M.I.N.I. (MINI International Neuropsychiatric Interview, version 5.0.0) som omfattar korta strukturerade intervjuer om ett antal viktiga psykiatriska störningar enligt DSM-lV och ICD-10 (Sheehan et al., 1998). Även detta screeninginstrument finns i svensk översättning (Allgulander et al., 2006) och det rekommenderas för allmän bedömning av psykiatrisk sjuklighet inom primärvården av såväl Stockholms Psykiatriska råd som i Viss (Stockholms läns landsting, 2008).

De frågor i M.I.N.I. som rör symptom på egentlig depressionsepisod avser de föregående 2 veckorna. De som svarar ”Ja” på de båda första frågorna får svara på 7 följdfrågor. De som svarar ”Ja” på minst fem av de sammanlagt 9 frågorna bedöms ha egentlig depression (i fortsättningen ”egentlig depressionsepisod” eller ”depression”). I samband med sammanställningen av data upptäcktes ett inte tidigare uppmärksammat skrivfel i intervjuformulärets fråga 3d) som även kan ha påverkat hur den följande frågan 3e) uppfattades (Tabell 15). Trots att detta medför en viss osäkerhet redovisas resultaten.

M.I.N.I.s frågor om symptom på generaliserat ångestsyndrom avser de senaste 6 månaderna. De som svarar ”Ja” på någon av de tre inledande frågorna får besvara 6 följdfrågor. De som svarar ”Ja” på minst 3 av de 6 följdfrågorna bedöms ha generaliserat ångestsyndrom (i fortsättningen ”generaliserat ångestsyndrom” eller ”ångest”).

Frågorna om depression och ångest ställs såväl vid baslinjeintervjun som vid 6- och 12-månadersuppföljningarna.

Yrkesklassificering

För att klassificera deltagarna efter det arbete de utför används Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK 96) (Statistiska centralbyrån, 2001). Grundläggande för denna indelning är typ av arbete och vilka kvalifikationer som normalt krävs för att utföra detta arbete. De olika yrkesområdena i SSYK 96 redovisas i Tabell 25.

Jämförelser med patienter och klienter inom svensk missbruksbehandling

Det är av intresse att så långt det är möjligt belysa skillnader och likheter mellan deltagarna i denna utvärdering av Alkohollinjens arbete med klienter och personer som vårdas inom socialtjänstens missbrukarvård och landstingens beroendevård. Den unikt brett upplagda studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” som genomfördes i Stockholms län med baslinjeintervjuer åren 2000–2002 och en därpå följande 12-månadersuppföljning erbjuder den möjligheten. Trots att några år gått sedan studien genomfördes torde den bild som den ger av personer i missbruksbehandling fortfarande vara aktuell. De uppgifter som redovisas i denna rapport avser förhållanden vid baslinjeintervjun men enbart för de som vårdades för alkoholproblem och – om inte annat sägs – de som bedömdes ha svårt alkoholberoende[2]. Om uppgifter för män och kvinnor inte har presenterats i refererade

[2] I gruppen med svårt alkoholberoende ingår de som uppfyllde minst fem av sex beroendekriterier enligt ICD-10 (Socialstyrelsen, 1997).

rapporter och artiklar redovisas uppgifter för hela gruppen (Palm & Storbjörk, 2003; Eriksson et al., 2003; Storbjörk, 2011).

Jämförelser med allmänna befolkningen

Det är även av intresse att göra en del jämförelser mellan deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter och allmänna befolkningen. I Statistiska Centralbyråns Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) i den svenska befolkningen finns för 2010 några uppgifter som möjliggör sådana jämförelser (Statistiska Centralbyrån, 2012). De jämförelser som redovisas i denna rapport avser både i befolkningen och bland Alkohollinjens klienter personer i arbetsför ålder (20–64 år).

Analys

Beskrivande statistik har tagits fram med hjälp av SPSS (SPSS for Windows, Rel. 20.0.0., 2011). Data redovisas separat för män och kvinnor och i en del fall för de båda åldersgrupperna 39 år och yngre och 40 år och äldre. Statistiskt säkerställda skillnader mellan grupper och samband mellan variabler har testats med hjälp av chi^2-test, Fishers exakta test, Mann-Whitney U test och oberoende t–test och redovisas i tabellerna om p-värdet är <0.05.

Externt och internt bortfall

Av samtliga de 1268 klienter som första gången kontaktade Alkohollinjen under perioden 1 april 2009 – 31 januari 2011 besvarade hälften (634 personer) AUDIT. Av dessa 634 personer meddelade 85 (13%) redan vid den första kontakten att de inte ville delta i studien. Ytterligare 51 personer (8%) som först lämnat samtycke kunde trots upprepade försök från intervjuaren inte nås för baslinjeintervjun. Dessutom fick rådgivarna under det första samtalet inte tillfälle att fråga 30 personer (5%) om samtycke. De anledningar som angavs var att klienten var berusad, mycket ledsen eller att rådgivaren inte hann fråga innan samtalet avslutades. För att kunna belysa det externa bortfallet informerades rådgivarna vid upprepade tillfällen om att de skulle notera kön för samtliga klienter som besvarat AUDIT, även de som inte lämnade samtycke till deltagande. Anledningar till att detta inte gjordes för sammanlagt 190 personer (30% av de som besvarade AUDIT) har inte till fullo kunna klargöras men i åtminstone en del fall var anledningen att rådgivarna glömde att fråga och/eller frågade men glömde att notera det.

Sammanlagt 279 klienter lämnade samtycke till deltagande och deltog i baslinjeintervjun. En kvinna som inte samtyckte till att hennes AUDIT-resultat hämtades från journalen och som inte heller ville besvara AUDIT under baslinjeintervjun exkluderades. Av Tabell 1 framgår att det i utvärderingen ingår totalt 278 klienter varav 171 var män och 107 kvinnor. Det motsvarar 46 procent av de manliga och 41 procent av de kvinnliga klienter som under den aktuella perioden besvarade AUDIT när de första gången kontaktade Alkohollinjen.

Ungefär hälften av deltagarna hade antingen inget internt bortfall på de 84 frågorna i baslinjeintervjun (45% av männen, 50% av kvinnorna) eller bortfall på en eller två av frågorna (53% av männen, 49% av kvinnorna). Ett fåtal personer hade bortfall på tre till tio frågor (fyra män, en kvinna) eller mer än 10 procent av frågorna (en kvinna 11 frågor). I de fall där det finns internt bortfall redovisas resultaten för alla personer som besvarade frågan och bortfallet anges under tabellerna.

Tabell 1. Urval och deltagande i studien per kön och åldersgrupp.

	Män						Kvinnor					
	Nya klienter totalt		Besvarade AUDIT		Deltar i studien		Nya klienter totalt		Besvarade AUDIT		Deltar i studien	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	741		375¤	*51*	171	*46#*	527		259	*49¤*	107	*41#*
≤ 25 år	36	*8*	22	*7*	13	*8*	30	*9*	20	*10*	7	*7*
25–39 år	130	*29*	94	*32*	51	*30*	61	*19*	42	*20*	23	*22*
40–49 år	109	*25*	80	*27*	39	*23*	63	*20*	42	*20*	25	*23*
50–64 år	109	*25*	66	*22*	47	*28*	117	*37*	75	*36*	41	*38*
≥ 65 år	58	*13*	36	*12*	21	*12*	48	*15*	29	*14*	11	*10*
Ingen uppgift om ålder	299		77				208		51			

¤ Procentandelarna beräknas över alla manliga respektive kvinnliga klienter som första gången kontaktade Alkohollinjen under perioden april 2009 – januari 2011.
Procentandelarna beräknas över alla manliga respektive kvinnliga klienter som första gången kontaktade Alkohollinjen under perioden april 2009 – januari 2011 och som då besvarade AUDIT.

Resultat

Deltagare

Sammanlagt 38 procent av de 278 deltagarna var kvinnor (Tabell 1), en andel som är nästan lika stor som bland samtliga nya klienter som kontaktade Alkohollinjen under perioden april 2009–januari 2011 (42%).

Bland deltagarna varierade åldrarna mellan 18 och 82 år, 2 procent var yngre än 20 år medan 12 procent var 65 år och äldre. Medelåldern var bland männen 46 år och bland kvinnorna 48 år. Den var något högre än för samtliga nya manliga klienter (44 år) och ungefär densamma som för samtliga nya kvinnliga klienter (47 år) under perioden april 2009 – januari 2011. Dessutom var fördelningen mellan olika åldersgrupper bland deltagarna (Tabell 1) ungefär densamma som bland samtliga nya klienter under den aktuella perioden.

Andelen bosatta i Stockholms län (Tabell 2) var bland de manliga deltagarna nästan densamma som bland samtliga nya manliga klienter under perioden april 2009 – januari 2011 (46 respektive 49%). Bland de deltagande kvinnorna var andelen bosatta i länet lägre än bland samtliga nya kvinnliga klienter under samma period (51 respektive 59%). Bland deltagarna fanns personer bosatta över hela landet och i samtliga 21 län.

Tabell 2. Län där deltagarna var bosatta.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Stockholm	46	51
Västra Götaland	15	9
Skåne	7	8
Övriga län	33	32

Bedömt enligt den totala AUDIT-poängen var alkoholvanorna och dess konsekvenser av samma omfattning bland deltagarna (Tabell 3) och samtliga nya klienter som under perioden april 2009 – januari 2011 besvarade AUDIT. Den genomsnittliga AUDIT-poängen var densamma både bland männen (m=23 i båda fallen) och kvinnorna (m=22 i båda fallen). I båda grupperna var dessutom AUDIT-poängen nästan densamma bland kvinnorna som bland männen.

Kommentar

Det fanns smärre skillnader mellan deltagarna i utvärderingen och samtliga nya klienter som kontaktade Alkohollinjen under perioden april 2009 – januari 2011 då det gällde kön, ålder och den region där de var bosatta. Bedömt enligt den totala AUDIT-poängen var alkoholvanorna och dess konsekvenser av samma omfattning i båda grupperna. Deltagarna i studien kan således i dessa avseenden bedömas ganska väl representera samtliga klienter som under den aktuella perioden kontaktade Alkohollinjen för första gången. Särskilt intressant är att AUDIT-poängen är densamma i både grupperna vilket antyder en hög grad av representativitet bland deltagarna i det för utvärderingen viktigaste utfallsmåttet.

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” (Storbjörk, 2011) var andelen kvinnor lägre än bland deltagarna i studien av Alkohollinjens klienter (27 respektive 38%). Medelåldern var bland männen ungefär densamma i båda grupperna (m=47 respektive 46 år) medan den var lägre bland kvinnorna i missbruks- och beroendevården än bland kvinnorna på Alkohollinjen (m=43 respektive 48 år).

Alkoholvanorna, dess konsekvenser och målsättning för förändring av alkoholvanorna

För att bedöma omfattningen av alkoholvanorna och dess konsekvenser under året före den första kontakten med Alkohollinjen användes AUDIT. Av de 278 deltagarna samtyckte 273 till att de svar de lämnat på AUDIT under det första samtalet med rådgivare på Alkohollinjen fick hämtas från journalen. De övriga fem deltagarna valde att besvara AUDIT igen under baslinjeintervjun.

Den genomsnittliga AUDIT-poängen var något högre för män (m=23) än för kvinnor (m=22). Yngre kvinnor (≤39 år) hade högre AUDIT-poäng (m=24) än de äldre kvinnorna (m=21) och något högre AUDIT-poäng än de jämnåriga männen (m=23).

Bland både männen och kvinnorna hade två tredjedelar 20 poäng eller mer på AUDIT (Tabell 3). vilket bedöms motsvara möjligt alkoholberoende (i fortsättningen ”alkoholberoende” eller ”beroende”). Bland de övriga 34 procent av männen och 35 procent av kvinnorna var det fler som enligt AUDIT hade skadliga alkoholvanor än som hade riskabla alkoholvanor (i fortsättningen slås dessa båda grupper samman) (Tabell 3).

Tabell 3. Alkoholvanorna och dess konsekvenser under det senaste året.

	Män			Kvinnor		
	≤ 39 år n=64	≥40 år n=107	Totalt n=171	≤39 år n=30	≥40 år n=77	Totalt n=10
AUDIT-poäng, medelvärde	22,9	22,6 ¤	22,7 ¤	24,2	21,1*	22,0
	%	%	%	%	%	%
Måttliga alkoholvanor	0	0	0	0	0	0
Riskabla alkoholvanor	8	10	9	3	7	6
Skadliga alkoholvanor	27	23	25	20	34	30
Beroende	66	66	66	77	60	65

¤ En person hade bortfall på en fråga på AUDIT och därmed på den totala poängsumman. Baserat på svaren på de övriga frågorna kategoriserades den personens alkoholvanor som beroende.
* p<.05.

Om man tittar på de enskilda AUDIT-frågorna framkommer bland annat följande om deltagarnas alkoholvanor: Omkring hälften av både männen (47%) och kvinnorna (51%) hade druckit alkohol fyra gånger per vecka eller mer. Berusningsdrickande (att ha druckit minst

sex standardglas[3] vid samma tillfälle) dagligen eller nästan dagligen förekom i större omfattning bland männen (25%) än kvinnorna (14%). En större andel kvinnor (50%) än män (26%) hade haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser dagligen eller nästan dagligen. Nästan hälften av både männen (48%) och kvinnorna (46%) uppgav att de själva eller någon annan under det senaste året hade blivit skadad (fysiskt eller psykiskt) på grund av deras drickande. En procentuellt större andel män (83%) än kvinnor (68%) uppgav att en anhörig, vän, läkare eller annan sjukvårdspersonal under det senaste året hade oroat sig över deras drickande eller antytt att de borde minska på det. Svar på alla AUDIT-frågorna och skillnader mellan könen redovisas i Bilaga 3 och Bilaga 4.

En större andel yngre (≤39 år) än äldre män rapporterade att de drack minst 10 glas en typisk dag då de drack (53 respektive 26%) och att de själva eller någon annan under det senaste året skadats på grund av deras drickande (69 respektive 36%). Det var i större omfattning de äldre männen som drack alkohol fyra gånger i veckan eller oftare (60 respektive 27%) och som dagligen eller nästan dagligen berusade sig (33 respektive 13%). Det var också i större omfattning de äldre männen som under det senaste året haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser på grund av sitt drickande (34 respektive 13%) (Bilaga 3). Bland kvinnorna var andelen som uppgav att någon annan under det senaste året oroat sig över deras drickande eller antytt att de borde minska på det större bland de yngre än bland de äldre (87 respektive 61%) (Bilaga 4).

Målsättning för förändring av alkoholvanorna

För de flesta var den huvudsakliga målsättningen för förändring av alkoholvanorna att minska alkoholkonsumtionen till en mer måttlig nivå. En något större andel kvinnor (68%) än män (59%) hade en sådan målsättning och oavsett kön ville ungefär hälften uppnå detta genom ett kontrollerat drickande (Tabell 4). Det var bland männen en något större andel (42%) än bland kvinnorna (32%) som avsåg att sluta dricka alkohol, antingen helt eller åtminstone under en period.

Tabell 4. Huvudsaklig målsättning för förändring av alkoholvanor.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Att minska alkoholkonsumtionen	59	68
Att dricka mindre mängder alkohol vid varje tillfälle	9	15
Att dricka alkohol mer sällan	18	18
Att dricka kontrollerat	29	34
Att sluta dricka alkohol (en period)	42	32
Att helt sluta dricka alkohol	22	17
Att sluta dricka alkohol under en period	18	14

Andelen som hade som målsättning att sluta dricka alkohol – åtminstone under en period – var större bland män med alkoholberoende (52%) än bland män med riskabla eller skadliga alkoholvanor (21%) (Tabell 5). Även bland kvinnorna var denna andel något högre bland de som var beroende men skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

[3] Ett standardglas motsvarar ett glas vin (12-15 cl), en flaska starköl (33 cl), ett litet glas starkvin (8 cl) eller 4 cl starksprit. Sex standardglas motsvarar drygt en flaska vin eller 3 stora burkar starköl.

Tabell 5. Huvudsaklig målsättning för förändring av alkoholvanorna bland deltagare med olika alkoholvanor under det senaste året.

		Alkoholvanor	
		Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män		n=58	n=113
		%	%
Huvudsaklig målsättning	Mindre mängder/mer sällan/ kontrollerat	79	48***
	Sluta dricka (under en period)	21	52
Kvinnor		n=38	n=69
		%	%
Huvudsaklig målsättning	Mindre mängder/mer sällan/ kontrollerat	76	64
	Sluta dricka (under en period)	24	36

*** p<.001.

Kommentar

Målgruppen för Alkohollinjen är personer med riskbruk av alkohol men vad som avses med riskbruk har varierat i olika sammanhang och över tid. Begreppet introducerades inom allmänmedicinen i mitten av 1990-talet och anges idag innebära en alkoholkonsumtion som innebär en signifikant ökad risk för somatiska och psykiska skador (Franck & Hedberg, 2009–2010). Begreppet fick allmän spridning genom det nationella Riskbruksprojektet som startade 2004 och de regionala Riskbruksprojekt som startade 2006 och som i båda fallen syftade till att utveckla primärvårdens alkoholförebyggande arbete (Statens folkhälsoinstitut, 2010). När Alkohollinjen planerades under 2006 uppfattades riskbruk som alkoholvanor som kan medföra problem men som inte motsvarar missbruk eller beroende som är så allvarligt att det krävs insatser från den specialiserade missbruks- eller beroendevården. Begreppet riskkonsumtion som introducerades 2005 definierades utifrån genomsnittlig alkoholkonsumtion under en vecka och/eller förekomst av intensivkonsumtion (Andréasson & Allebeck, 2005). Detta begrepp kom under de följande åren att i ökande omfattning användas för att definiera riskbruk. Det var också denna betydelse av riskbruk som användes i slutrapporten från det nationella Riskbruksprojektet 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010) men också i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 (Socialstyrelsen, 2011a).

För bedömningen av klienternas alkoholvanor och dess konsekvenser både i det löpande arbetet på Alkohollinjen och i denna utvärdering valdes det väl etablerade screeninginstrumentet AUDIT som alltså oavsett hur det definieras resulterar i andra kategorier än riskbruk. Enligt AUDIT hade en tredjedel av både männen och kvinnorna i denna studie av Alkohollinjens klienter riskabla eller skadliga alkoholvanor när de första gången kontaktade Alkohollinjen medan två tredjedelar hade vad som bedöms vara alkoholberoende. Det är i dag allmänt accepterat att alkoholberoende föreligger i olika svårighetsgrader och att även personer med beroende – särskilt de med lindrigt till måttligt beroende – kan förändra sina alkoholvanor med mer begränsade insatser än vad den specialiserade missbruks- och beroendevården kan erbjuda (Nordström & Andréasson, 2011). Vilka resultat som kan uppnås för deltagarna i Alkohollinjens utvärdering och om bättre resultat kan uppnås för de som hade riskabla och skadliga alkoholvanor än för de som hade alkoholberoende kommer att kunna belysas med resultaten från 6- och 12-månadersuppföljningarna.

Kvinnorna hade nästan lika höga AUDIT-poäng som männen men svaren på de enskilda AUDIT-frågorna visade att det ändå fanns en del skillnader mellan könen både när det gällde alkoholvanorna och dess konsekvenser. Det fanns flera skillnader mellan yngre och äldre

män men få skillnader mellan yngre och äldre kvinnor, de yngre kvinnorna hade dock den högsta AUDIT-poängen.

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” hade 54 procent av männen och hälften av kvinnorna med svårt alkoholberoende druckit alkohol dagligen under det senaste året. Dessutom drack 42 procent av männen och 27 procent av kvinnorna motsvarande minst 12 standardglas dagligen (Storbjörk, 2011). I denna studie av Alkohollinjens klienter drack 47 procent av männen och 51 procent av kvinnorna alkohol fyra gånger per vecka eller mer medan 36 procent av männen och 23 procent av kvinnorna drack 10 eller fler glas en typisk dag då de drack alkohol. I studien av svensk missbruksbehandling bedömdes samtliga enligt ICD-10 vara svårt alkoholberoende. I denna studie av Alkohollinjens klienter bedömdes enligt AUDIT att två tredjedelar av både männen och kvinnorna hade möjligt alkoholberoende. Med reservation för att uppgifterna från de båda studierna inte är direkt jämförbara talar resultaten för att deltagarna i Alkohollinjens studie även de hade relativt omfattande alkoholproblem men att de i mindre omfattning än deltagarna i studien av missbruks- och beroendevården var alkoholberoende.

Den huvudsakliga målsättning som 59 procent av männen och 68 procent av kvinnorna i Alkohollinjens studie hade – att minska sin alkoholkonsumtion – visar att de flesta hoppades kunna uppnå mer måttliga alkoholvanor. Det kan i sin tur antas spegla att de själva – när de första gången kontaktade Alkohollinjen – inte ansåg sina alkoholvanor så allvarliga att de behövde överväga att sluta dricka alkohol ens under en kortare period. Bland män med alkoholberoende uppgav dock varannan att de planerade att sluta dricka under åtminstone en period.

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” var det mer än hälften av dem med svårt alkoholberoende som angav som behandlingsmål att de ville sluta dricka alkohol helt och hållet: Bland dem som uppgav alkohol som orsak till kontakten med beroendevården var andelen 58 procent (Palm & Storbjörk, 2003) och bland dem inom socialtjänstens missbruksvård som ansåg sig ha alkoholproblem var andelen 52 procent (Eriksson et al., 2003). Bland deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter var det inte fler än 20 procent som hade som behandlingsmål att helt sluta dricka alkohol medan ytterligare 17 procent kunde tänka sig att sluta dricka alkohol under en period.

Viktigaste anledningen till kontakten med Alkohollinjen och uppfattning om den första kontakten

Alla besvarade en öppen fråga om den viktigaste anledningen till att de kontaktade just Alkohollinjen. I kategoriseringen indelades svaren utifrån sitt faktiska innehåll i *tre huvudgrupper:* a) Den viktigaste anledningen till att ta kontakt (svar som inte direkt kan förknippas med att just Alkohollinjen kontaktades), b) Varför just Alkohollinjen kontaktades samt c) Kontaktväg (svar som ger information om hur deltagaren hittat till Alkohollinjen).

Delar av en persons svar kan ingå i två eller tre av dessa huvudgrupper. I det följande redovisas ett mindre antal exempel på svar från huvudgrupperna a) och c) och ett större antal exempel på svar som belyser varför deltagarna kontaktade just Alkohollinjen.

Den viktigaste anledningen till kontakten

Av alla svar bedömdes nästan samtliga (män 91%, kvinnor 89%) mer allmänt handla om varför deltagaren sökte hjälp.

Nästan två tredjedelar av deltagarna (64% av både män och kvinnor) angav som den viktigaste anledningen till kontakten att de själva hade en önskan att förändra sina alkoholvanor eller att de kände en oro för alkoholvanornas konsekvenser: *–”Vill ha hjälp att*

börja ett nyktert liv"; "Kände att måttet var rågat, att jag måste göra något åt mina alkoholvanor"; Känner att jag börjar bli beroende".

Ett fåtal (4%) ringde för att de mådde dåligt psykiskt eller fysiskt. –*"Mår dåligt av att jag drack och kände mig ensam".*

Drygt var fjärde (en något högre andel kvinnor (36%) än män (22%)) ville få råd och tips, stöd och hjälp eller behövde prata med någon: –*"Har problem som jag inte kan handskas med själv"; "Vill ha hjälp med att minska mitt drickande". "Klarar inte av att sluta, behöver råd och tips".*

Några få (4%) ville ha tips på vart de kunde vända sig eller ville ha svar på en fråga: –*"Få svar på hur illa det är, orolig för mitt drickande"; "Ville veta om det gått för långt".*

Var sjunde (en något högre andel män (18%) än kvinnor (7%)) uttalade mer eller mindre tydligt att det var anhöriga eller andra närstående som ville att de skulle söka hjälp: – *"Har gått överstyr, min familj hotar att lämna mig"; "Har druckit för mycket, mamma tvingade mig att ringa".*

Varför just Alkohollinjen kontaktades

Sammanlagt 40 procent av deltagarna (i något större omfattning kvinnor (48%) än män (35%)) gav svar som tydligt handlade om varför de hade valt just Alkohollinjen. Av många svar framgick att deltagaren redan visste en del om verksamheten, exempelvis efter att ha läst informationen på www.vardguiden.se/alkohollinjen, sett annons eller kort[4] eller av någon annan uppmanats att ta just denna kontakt.

I mer allmänna ordalag svarade var sjätte (män 15%, kvinnor 19%) att Alkohollinjen verkade vara ett alternativ som passade deras problem bättre än annat de fått information om… –*"Tittade på många alternativ men Alkohollinjen passade bäst för mitt behov enligt hemsidan. Går att kombinera med vardagen"; "Att sluta med andra passar inte mig utan hjälp till självhjälp lät bra".*

En del berättade mer specifikt vad det var som de uppfattade vara bra med Alkohollinjen. Var sjunde (män 13%, kvinnor 17%) nämnde att Alkohollinjen är lättillgänglig: –*"Alkohollinjen lättaste, enklaste och snabbaste sättet att få hjälp"; "Smidigt att kunna ringa istället för att behöva åka iväg för personligt möte"; "Hade lite frågor och Alkohollinjen var det första jag hittade på nätet".*

För knappt var tionde (8%) var en anledning att välja just Alkohollinjen att den sågs som ett professionellt alternativ: –"Läste i Vårdguiden och läste om artikeln flera gånger… ville ha kontakt med någon som kunde och som inte fanns på hemorten"; "Bra att få prata med någon i telefon som kan ge råd, tror ej att vårdcentralen har kompetensen. Alkohollinjen har mer kompetens och tid"; "Något hände och jag blev orolig, ville ha ett professionellt svar"; "Alkohollinjen känns seriöst eftersom det ligger inom Karolinska Sjukhuset"; "Har tidigare positiv erfarenhet från telefonrådgivning på Vårdguiden".

Knappt var tionde (en något större andel kvinnor (15%) än män (3%)) angav möjligheten att få vara anonym och fördelen med att inte behöva se någon i ögonen som anledning till att välja just Alkohollinjen: –*"Vågade inte gå in i AA:s lokal utan gick hem och ringde*

[4] I sin marknadsföring har Alkohollinjen bland annat annonserat i olika tidningar och skickat kort och kortställ till olika verksamheter inom till exempel hälso- och sjukvården. Alkohollinjens logga (ett lutande glas och texten "Stöd till förändring "), telefonnummer och adress till hemsidan på www.vardguiden.se/alkohollinjen finns alltid med. På kortens baksida och i större annonser står "Funderar du över dina alkoholvanor?" (Bilaga 5).

Alkohollinjen istället"; "Har misslyckats i tidigare kontakter med beroendevården och skäms så jag vill inte kontakta dem igen. Vill inte heller att någon ska se mig när jag söker hjälp och valde därför att kontakta Alkohollinjen"; "Tappade mer och mer kontrollen, klarar inte av det själv men ville inte gå till vårdcentralen och få något noterat i journalen. Tänkte att Alkohollinjen kunde vara ett bra alternativ".

Några få (4%) nämnde att Alkohollinjen bara var ett första steg och att de planerade att gå vidare till annan form av hjälp: –*"Hade behov av råd och det var en början att gå via telefon. Mer anonymt"; "AA är nästa steg, detta var bara en första diskussion".*

Kontaktväg

Trots att det inte direkt efterfrågades innehöll sammanlagt 74 procent av svaren (män 77%, kvinnor 69%) information om hur deltagarna hade hittat telefonnumret till Alkohollinjen. Den vanligaste kontaktvägen var via Internet (män 36%, kvinnor 30%) och då troligen i huvudsak via www.vårdguiden.se där Alkohollinjen har sin hemsida. Därnäst följde information de fått inom hälso- och sjukvården (män 20%, kvinnor 18%) där de sett Alkohollinjens ställ och kort eller fått hänvisning från personal på till exempel vårdcentral, barnavårdscentral eller ungdomsmottagning. Andra vanligare kontaktvägar var tips från anhöriga eller andra närstående (något oftare män 15 % än kvinnor 5%) och annonser eller annan information om Alkohollinjen i media (män 5%, kvinnor 13%). En säkerligen underskattad kontaktväg är Vårdguiden (9%) som finns som hushållstidning i Stockholms län och som dessutom kan nås både per telefon och via nätet (där det sistnämnda alternativet troligen ofta anges som internet utan närmare precisering).

Uppfattning om den första kontakten med Alkohollinjen

Så gott som samtliga deltagare var mycket nöjda med det bemötande de fick under den första kontakten med Alkohollinjen. De tyckte att rådgivarna i hög grad var förstående och lyhörda (män 97%, kvinnor 95%), ansträngde sig att förstå vad de ville ha hjälp med (män 92%, kvinnor 96%) och visade respekt för deras egna mål och beslut (män 98%, kvinnor 97%) (Tabell 6).

Tabell 6. Uppfattning om den första kontakten med Alkohollinjen.

		Män n=171 %	Kvinnor n=106¤ %
Rådgivaren var förstående och lyhörd	Ja, i hög grad	97	95
	Ja i viss mån	2	5
Rådgivaren ansträngde sig för att förstå	Ja, i hög grad	92	96
	Ja i viss mån	7	4
Rådgivaren visade respekt för mina mål och beslut	Ja, i hög grad	98	97
	Ja, i viss mån	2	3

¤ En person hade bortfall på frågan.

Uppfattningen om bemötandet skiljde sig endast marginellt mellan de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor och de som var alkoholberoende. Även mellan deltagare med och utan annan psykisk ohälsa (se avsnittet *Annan samtidig psykisk ohälsa* nedan) var skillnaderna marginella. En sammanvägning av svaren på alla tre frågorna i tabell 6 visade en viss skillnad mellan män med olika alkoholvanor. Andelen som svarade "Ja, i hög grad" på alla tre frågorna var något lägre bland män med riskabla eller skadliga alkoholvanor (86%) än bland män med beroende (94%).

Deltagarna fick även svara på en öppen fråga om hur de uppfattade den första kontakten med Alkohollinjen. Tre fjärdedelar av svaren (män 79%, kvinnor 68%) bedömdes spegla enbart

positiva och 4 procent enbart negativa uppfattningar medan 14 procent (män 12%, kvinnor 17%) innehöll både positiva och negativa synpunkter och 8 procent var svårbedömda.

Vad som uppskattades

De uppskattande svar som lämnades av sammanlagt 84 procent av deltagarna (män 85%, kvinnor 82%) handlade om vad som togs upp i samtalet och hur det genomfördes. Särskilt nöjda var deltagarna med rådgivarens samtalsteknik som innebär ett klientcentrerat förhållningssätt och ett respektfullt och professionellt bemötande. Svaren speglade även deltagarens känsla av att ha blivit lyssnade på, att ha bli förstådda och att ha blivit tagna på allvar. Nedan följer några exempel:

"Varmt mottagande, personligt mottagande, hade inte så höga förväntningar".

"Delar inte gärna med mig av mina erfarenheter men det var otroligt lätt att prata med rådgivaren".

"Var lite nervös och hade vissa förväntningar, efteråt kändes det som om något släppt från mina axlar".

"Har inga referenser, första gången jag tog kontakt. Jag var lite rådvill i början men rådgivaren var väldigt lyssnande, jag fick berätta fritt från hjärtat, hon lyssnade med respekt".

"Pratade igår med Alkohollinjen och är fortfarande omtumlad, positivt överraskad, fick kontakt och pratade om viktiga saker snabbt. Fick hjälp att komma fram till en slutsats, rådgivaren hörde att jag hade bestämt mig".

"Det är en laddad fråga och man drar sig för att ringa. Rådgivaren avdramatiserade och det blev positivt och en bra start".

"Inte fördömande utan seriöst förstående, bara nöjd".

"Det var bara positivt, rådgivaren var väldigt entusiasmerande. Hon lyssnade, gav mig vissa råd. Hon gav mig uppmuntran och vägledning. Samtalet var språngbrädan för mig att ta tag i problemet, jag vågade vara öppen".

"Väldigt seriöst, togs på allvar direkt. Behövde någon att prata med".

"Rådgivaren lyssnade och försökte förstå mina behov. Första gången jag söker hjälp, känner mig väl mottagen. Är van att sköta mig själv. Bra att rådgivningen fokuserade på mina individuella behov och inte bara gav allmänna tips. Fick bra tips".

"Rådgivaren var cool och erfaren. Jag slappnade av trots att jag spänt mig före samtalet".

Drygt var tionde tyckte att det var positivt att rådgivaren tog sig tid (män 12%, kvinnor 11%). En av tio nämnde praktiska saker som möjligheten till återuppringning och uppföljning och att Alkohollinjen var lättillgänglig (män 10%, kvinnor 11%). Några få tyckte att det var ett bra första steg (6%) eller nämnde möjligheten att vara anonym (3%).

Andra synpunkter

Också den knappa femtedel av svaren som inte var entydigt positiva (män 15%, kvinnor 22%) handlade i huvudsak om samtalets innehåll.

En del av svaren avsåg sådant som Alkohollinjen inte är tänkt att kunna erbjuda, exempelvis individuell medicinsk rådgivning och fysiska möten med klienter:

"Ville gärna träffa någon rent fysiskt".

"Vore bra om rådgivarna hade mer medicinska kunskaper".

Några hade önskemål om större tydlighet, tuffare frågor och mer tips och råd (6%).

"Förväntningar om snabba resultat, hade väntat mig tydliga råd, trodde att det skulle vara snabbt och lätt. Vill ha mer råd: gör si eller så!"

”Önskar mer tydlighet, tuffare frågor, mer egna tankar från rådgivaren, tydliggöra konsekvenser”.

Andra hade önskemål om ett annat bemötande (6%).

”Det kändes lite formellt, blev bemött efter ett formulär[5]. Det kändes konstigt då men nu i efterhand kan jag förstå poängen med det”.

”Hon brydde sig om mig men lämnade över lite för mycket ansvar till mig. Hade gärna velat att de skulle erbjuda att Alkohollinjen ringer upp[6], svårt att själv ta kontakt när man mår dåligt”.

”Väldigt anonym kontakt, allt var upp till mig, jag fick pusha. Skulle önska en större tydlighet, visste inte om Alkohollinjen kunde hjälpa mig och det tog tid innan vi kom fram till att jag kan få stöd från linjen och då vände samtalet”.

Även bristande tillgänglighet i form av lång väntetid eller för korta öppettider nämndes (5%).

”Väntetiden skulle kunna förbättras, fick vänta i 30 minuter. Risk för att man lägger på eftersom man är ganska laddad när man ringer, det kan vara en hög tröskel för många”.

Kommentar

På den öppna frågan om den viktigaste anledningen till kontakt med Alkohollinjen gav de flesta deltagare ganska allmänt hållna svar. Intressant är att omkring två tredjedelar svarade att de själva kommit fram till att de behövde förändra sina alkoholvanor. Rimligen innebär det att många redan hade en stark motivation till förändring men att de före den första kontakten inte alltid hade en klar uppfattning om vad just Alkohollinjen skulle kunna bidra med.

Bland de 40 procent som klart uttalade en anledning till att kontakta just Alkohollinjen gavs flera olika svar: Det var enkelt att ta kontakt och de föredrog kontakt per telefon framför kontakt ansikte mot ansikte. De ville få en neutral och kunnig parts uppfattning om hur allvarliga deras alkoholproblem var och om de verkligen hade anledning att förändra sina alkoholvanor. Det var första gången de tog kontakt och de kunde vara anonyma. Alkohollinjen sågs som ett av flera möjliga alternativ, en del hade redan prövat andra insatser och ville pröva något nytt medan andra hade blivit hänvisade till eller uppmanade att ringa just Alkohollinjen. Ett fåtal angav hälsoskäl och det var också ett fåtal som enbart ville bli hänvisade till något annat alternativ än Alkohollinjen.

Det kan konstateras att det var ganska få (3%) av deltagarna som nämnde Alkohollinjens möjlighet att erbjuda anonymitet som en anledning till kontakten. Det finns då skäl att påpeka att bland Alkohollinjens samtliga nya klienter under perioden april 2009–januari 2011 var det en betydligt större andel (21%) som valde att vara helt anonyma. Det är troligt att dessa personer i stor omfattning tackade nej till deltagande i studien.

Så gott som alla var mycket nöjda med det bemötande de fått under den första kontakten och det gällde oavsett alkoholvanor och förekomst av annan psykisk ohälsa. Många svar visar att det var ett stort steg också att per telefon kontakta Alkohollinjen. De flesta upplevde att rådgivarna tagit sig tid, lyssnat, försökt förstå dem och anpassat sina insatser till vad de själva ansåg att de behövde för att kunna förändra sina alkoholvanor.

De som var mindre nöjda hade ibland förväntningar som Alkohollinjen inte kan motsvara eller önskemål om att rådgivaren skulle ta ett större ansvar för deras förändringsarbete än vad som är förenligt med rådgivarnas användande av Motiverande samtal (MI). Några efterlyste större tillgänglighet men trots att bemanningen så långt möjligt anpassas till förväntat antal inkommande samtal är det svårt att undvika att det ibland blir långa

[5] Troligen avses AUDIT som används för bedömning av omfattning av alkoholvanor och problem.
[6] Alkohollinjen erbjuder återuppringningar men av någon anledning verkar det inte ha gjorts i detta fall.

väntetider som då oftast beror på att många ringer samtidigt och/eller att en del samtal blir långa. Dessutom har de som ringer in möjlighet att lämna meddelande så att de kan bli uppringda av rådgivare vanligen samma eller nästa dag.

Sammanfattningsvis visar svaren på en öppen fråga att den första kontakten med Alkohollinjen av så gott som samtliga deltagare uppfattades som positiv och ett gott stöd inför de förändringar de planerade att genomföra.

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” uppgav 85 procent av de som sökt sig till beroendevården för alkoholavgiftning att det var deras egen idé att påbörja behandling (Palm & Storbjörk, 2003). Bland de inom beroendevården och socialtjänsten som hade alkoholproblem uppgav 40 procent att det under det föregående året förekommit allvarliga gräl med familjen eller andra närstående om deras drickande. Dessutom hade 44 procent att dem under samma period fått påpekande från läkare eller annan sjukvårdspersonal om sitt drickande. För tre fjärdedelar hade dessa händelser bidragit till att de sökt behandling (Storbjörk, 2009). Bland deltagarna i studien på Alkohollinjen uppgavs den viktigaste anledningen till kontakten av två tredjedelar vara en egen önskan att förändra sina alkoholvanor. I vart sjunde fall var det någon närstående som ville att de skulle söka hjälp. En stor andel av både männen och kvinnorna uppgav att en släkting, vän eller någon inom sjukvården under det föregående året hade oroat sig över deras drickande eller antytt att de borde minska ner på det (83 respektive 68%). Visserligen är en direkt jämförelse inte möjlig men de flesta i båda grupperna uppgav att de sökt hjälp på eget initiativ. Båda grupperna hade också i relativt stor omfattning fått sina alkoholvanor kommenterade av närstående eller sjukvårdspersonal. Trots att olika frågor ställdes tyder dessa uppgifter på att det var en större andel bland deltagarna i studien på Alkohollinjen än i studien inom missbruks- och beroendevården som fått kommentarer om sina alkoholvanor. En möjlig förklaring skulle kunna vara att Alkohollinjens klienter i stor omfattning lever socialt relativt välordnade liv (se avsnittet *Sociala förhållanden* nedan) och att det därför är fler bland både närstående och inom hälso- och sjukvården som engagerar sig i deras liv.

Hälsotillstånd, tidigare behandlingskontakter och alkoholvanor

Män bedömde i något större omfattning (60%) än kvinnor (50%) sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott. En något större andel kvinnor (17%) än män (12%) ansåg att deras hälsa var dålig medan ett fåtal oavsett kön uppgav att deras hälsa var mycket dålig (3% i båda fallen) (Tabell 7).

Tabell 7. Självskattat hälsotillstånd.

	Män n=171	Kvinnor n=107
Aktuellt hälsotillstånd, medelvärde§	2,43	2,59
	%	%
Mycket gott	14	13
Gott	46	37
Någorlunda	25	30
Dåligt	12	17
Mycket dåligt	3	3

§ Skala 1–5 där 1 innebär ”Mycket gott” och 5 innebär ”Mycket dåligt”.

Bland både män och kvinnor med alkoholberoende var andelen som bedömde sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott lägre än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (Tabell 8). Ungefär varannan man och endast var tredje kvinna med beroende uppgav att deras hälsotillstånd var gott eller mycket gott. Mer än var fjärde alkoholberoende kvinna bedömde sitt hälsotillstånd som dålig eller mycket dåligt.

Intressant är att de flesta män (76%) och kvinnor (84%) med riskabla eller skadliga alkoholvanor bedömde sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott (Tabell 8).

Tabell 8. Hälsotillstånd bland deltagare med olika alkoholvanor under det senaste året.

		Alkoholvanor	
		Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män		n=58	n=113
		%	%
Hälsotillstånd	Mycket gott/gott	76	52**
	Någorlunda	14	31
	Dåligt/ mycket dåligt	10	17
Kvinnor		n=38	n=69
		%	%
Hälsotillstånd	Mycket gott/gott	84	32***
	Någorlunda	11	41
	Dåligt/ mycket dåligt	5	28

** p<.01; *** p<.001.

En något större andel kvinnor (17%) än män (10%) uppgav att de under det senaste året hade behandlats för någon allvarlig kroppslig sjukdom. Det fanns inga skillnader i alkoholvanor mellan de som hade behandlats för en allvarlig kroppslig sjukdom och de övriga.

Oavsett orsak hade kvinnorna (79%) i något större omfattning än männen (71%) haft kontakt med hälso- och sjukvården under det senaste året. Besök på vårdcentral var vanligast och rapporterades av en något större andel kvinnor (66%) än män (61%). Det var även en något större andel kvinnor än män som besökt akutmottagning och som varit inlagda för slutenvård på sjukhus under det senaste året (Tabell 9).

Tabell 9. Kontakt med hälso- och sjukvården oavsett orsak under det senaste året.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Kontakt med hälso- och sjukvården	71¤	79
Öppen hälso- och sjukvård	69	75
Vårdcentral/husläkar- eller distriktsläkarmottagning	61	66
1 gång	19	16
2 gånger	16	18
≥3 gånger	27	33
Akutmottagning sjukhus	19	24
1 gång	13	17
2 gånger	4	4
≥3 gånger	2	4
Annan öppen hälso- och sjukvård	23	27
1 gång	5	7
2 gånger	4	6
≥3 gånger	15	15
Slutenvård på sjukhus	14 ¤	22

¤ En person hade bortfall på frågan.

Då det gäller kontakt med hälso- och sjukvården oavsett orsak under det senaste året fanns varken för män eller för kvinnor några statistiskt säkerställda skillnader mellan de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor och de som hade beroende (Tabell 10).

Tabell 10. Kontakt med hälso- och sjukvården oavsett orsak bland deltagare med olika alkoholvanor under det senaste året.

	Alkoholvanor	
	Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män	n=57¤	n=113
	%	%
Kontakt med hälso- och sjukvården	74	70
Kvinnor	n=38	n=69
	%	%
Kontakt med hälso- och sjukvården	76	81

¤ En person hade bortfall på frågan.

De som hade haft kontakt med hälso- och sjukvården under året innan de kontaktade Alkohollinjen fick frågor om läkare eller annan sjukvårdspersonal då hade uppmärksammat deras alkohol- och tobaksvanor. Männen hade i något större omfattning fått frågor om sina alkoholvanor (35%) än om sina tobaksvanor (27%) medan kvinnorna i samma omfattning fått frågor om båda dessa levnadsvanor (26% i båda fallen). En något större andel bland både män och kvinnor hade fått råd om och hjälp att förändra sina alkoholvanor än sina tobaksvanor (Tabell 11).

Det var en något större andel bland männen än bland kvinnorna som både fått frågor om sina alkoholvanor och råd om att förändra dem. Bland både män och kvinnor var det endast ett fåtal som fått hjälp av läkare eller annan sjukvårdspersonal att förändra alkoholvanorna (Tabell 11).

Män och kvinnor hade i ungefär samma omfattning fått frågor om sina tobaksvanor men även råd och stöd för att förändra dessa vanor (Tabell 11).

Tabell 11. Frågor om alkohol- och tobaksvanor samt råd om och hjälp att förändra dessa vanor i samband med besök inom hälso- och sjukvården under det senaste året.

		Män n=121 %	Kvinnor n=85 %
Läkare eller annan sjukvårdspersonal har…			
ställt frågor om...	alkoholvanor	35 ¤	26
	rök- och snusvanor	27 ¤	26
gett råd om att förändra...	alkoholvanor	19	15
	rök- och snusvanor	10	9
gett hjälp att förändra...	alkoholvanor	4	5
	rök- och snusvanor	1	1

¤ Två personer hade bortfall på frågan.
Anm: Procentandelarna är beräknade på alla personer som har angett att de oavsett orsak hade haft kontakt med hälso- och sjukvården.

Bland deltagarna var andelen som under det senaste året fått råd om att förändra sina alkoholvanor större bland de med alkoholberoende än med riskabla eller skadliga alkoholvanor Det gällde både bland männen (25 respektive 7%) och bland kvinnorna (21 respektive 3%). De få män och kvinnor som fått hjälp att förändra sina alkoholvanor var utan undantag alkoholberoende (Tabell 12).

Tabell 12. Deltagare med olika alkoholvanor som fått frågor om samt råd och hjälp att förändra sina alkoholvanor i samband med besök inom hälso- och sjukvården under det senaste året.

	Alkoholvanor	
	Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män	n=42 %	n=79 %
Har fått frågor	23¤	41
Har fått råd att förändra	7	25*
Har fått hjälp att förändra	0	6
Kvinnor	n=29 %	n=56 %
Har fått frågor	21	29
Har fått råd att förändra	3	21*
Har fått hjälp att förändra	0	7

¤ Två personer hade bortfall på jämförelsen.
* p<.05.

Nästan hälften av deltagarna (män 47%, kvinnor 46%) hade under det föregående året sökt någon form av hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion. En något större andel män (26%) än kvinnor (17%) hade sökt hjälp inom hälso- och sjukvården. Männen hade i samma omfattning vänt sig till vårdcentral som till beroendevård (13% i båda fallen) och bland kvinnorna var dessa andelar ungefär desamma (6 respektive 8%). En mindre andel män och kvinnor uppgav att de tagit mediciner mot alkoholberoende (Tabell 13).

En tredjedel av både männen och kvinnorna hade sökt hjälp på annat sätt. Svarskategorin inkluderar socialtjänsten, annan professionell hjälp, självhjälpsgrupp eller självhjälpsprogram samt en öppen fråga där deltagarna bland annat har svarat: – *”Sökt upp information på nätet”; ”Tagit stöd från nära och kära”; ”Kognitiv Beteende Terapi för andra orsaker än alkoholen”*.

Tabell 13. Hjälpsökande för att minska alkoholkonsumtionen under det senaste året.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Sökt hjälp TOTALT 1 (inkl tagit mediciner)§	47	46
Tagit mediciner mot alkoholberoende	14	9
Sökt hjälp TOTALT 2 (exkl tagit mediciner)	46	42
Hälso- och sjukvården	26	17
Vårdcentral/husläkar- eller distriktsläkarmottagning	13	6
Beroendevård totalt	13	8
Öppen beroendevård	11	8
Inlagd på TNE §§ eller beroendeklinik	4	0
Annan öppen hälso- och sjukvård	4	3
Akutmottagning på sjukhus	2	1
Inlagd på annan klinik	1	1
Annan hjälp	33¤	33
Socialtjänsten	7¤	3
Annan professionell hjälp	10#	8
Självhjälpsgrupp	4¤	7
Självhjälpsprogram	15¤	9
Annat sätt	13¤	19

¤ En person hade bortfall på frågan. # Två personer hade bortfall på frågan.
§ De mediciner som åsyftas är mediciner mot alkoholberoende, till exempel Antabus, Campral eller Naltrexon.
§§ TNE står för tillnyktringsenhet.

Män med alkoholberoende hade i större omfattning än män med riskabla eller skadliga alkoholvanor sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor under året före den första kontakten med Alkohollinjen. För kvinnor fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i detta avseende (Tabell 14).

Tabell 14. Hjälpsökande för att minska alkoholkonsumtionen bland deltagare med olika alkoholvanor under det senaste året.

	Alkoholvanor	
	Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män	n=58 %	n=113 %
Sökt hjälp för att minska alkoholkonsumtion	29	56**
Kvinnor	n=38 %	n=69 %
Sökt hjälp för att minska alkoholkonsumtion	50	43

** p<.01.

Kommentar

Trots att de flesta hade höga AUDIT-poäng och därmed relativt omfattande alkoholproblem skattade nästan två tredjedelar av männen och hälften av kvinnorna själva sin hälsa som god eller mycket god. De som hade alkoholberoende upplevde i större omfattning än de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor att deras hälsa var mindre bra. Andelen som skattade sin hälsa som mindre bra var störst bland kvinnor med beroende.

I självskattad hälsa fanns stora skillnader mellan 20–64-åringar i ULF-undersökningen 2010 och bland deras jämnåriga i studien av Alkohollinjens klienter. I allmänna befolkningen uppgav 85 procent av männen och 81 procent av kvinnorna att de hade god eller mycket god hälsa (Statistiska Centralbyrån, 2012). I Alkohollinjens studie bedömde 60 procent av männen och 53 procent av kvinnorna sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott. I befolkningen ansåg sig 4 procent av männen och 5 procent av kvinnorna ha dålig eller mycket dålig hälsa medan 15 procent av de manliga och 18 procent av de kvinnliga klienterna på Alkohollinjen gjorde samma bedömning.

Intressant är att jämföra andelen med god eller mycket god självskattad hälsa bland 20–64-åringar i befolkningen och bland de klienter i Alkohollinjens studie som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor. Det var en större andel män i befolkningen än bland de män på Alkohollinjen som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor som bedömde sin hälsa som god eller mycket god (85 respektive 76%). Bland kvinnor med riskabla eller skadliga alkoholvanor på Alkohollinjen var det däremot en något större andel än bland kvinnorna i befolkningen som upplevde sig ha en god eller mycket god hälsa (84 respektive 81%).

Oavsett orsak hade omkring tre fjärdedelar av deltagarna i Alkohollinjens studie – och i något större omfattning kvinnorna än männen – haft kontakt med hälso- och sjukvården under året innan de kontaktade Alkohollinjen. Personer med alkoholberoende hade i ungefär samma omfattning som de med riskabla eller skadliga alkoholvanor haft sådan kontakt. Vanligast var kontakter med vårdcentral, husläkar- eller distriktsläkarmottagning, något som rapporterades av 66 procent av kvinnorna och 61 procent av männen.

I samband med besök inom hälso- och sjukvården under det senaste året hade var tredje man och var fjärde kvinna fått frågor om sina alkoholvanor. Mer omfattande insatser förekom i liten omfattning: Råd om att förändra sina alkoholvanor hade 19 procent av männen och 15 procent av kvinnorna fått medan endast ett fåtal hade fått hjälp av läkare eller annan sjukvårdspersonal att förändra alkoholvanorna (4 respektive 5%). En något större andel män

med alkoholberoende än män med riskabla eller skadliga alkoholvanor hade fått råd om att förändra sina alkoholvanor. Bland de få män och kvinnor som hade fått hjälp att förändra sina alkoholvanor var samtliga alkoholberoende.

Eftersom så många av deltagarna besökt primärvården och/eller annan hälso- och sjukvård under året innan de kontaktade Alkohollinjen och många av dem hade omfattande alkoholproblem kan det tyckas förvånande att inte fler fått råd och hjälp att förändra sina alkoholvanor eller åtminstone fått frågor om sina alkoholvanor. Detta mot bakgrund av att det när deltagarna inkluderades i studien i april 2009–januari 2011 sedan länge var väl belagt att goda resultat kan nås med korta interventioner om alkoholproblem uppmärksammas tidigt. Starkast är stödet för insatser inom primärvården (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2001; Babor et al., 2010; Nordström & Andréasson, 2011) och sådana insatser rekommenderades därför i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som kom 2007 (Socialstyrelsen, 2007). De regionala Riskbruksprojekt som mellan 2006 och 2010 bedrevs i alla landsting med stöd från det nationella Riskbruksprojektet på Statens folkhälsoinstitut bidrog enligt en utvärdering baserad på enkäter till primärvårdens olika professioner till att utveckla primärvårdens alkoholförebyggande arbete (Statens folkhälsoinstitut, 2010). I Socialstyrelsens nyligen publicerade nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsens, 2011a) rekommenderas rådgivande samtal för personer med riskbruk av alkohol inom *hela* hälso- och sjuk*v*ården. Målsättningen med en bred implementering av dessa riktlinjer är att i större omfattning än tidigare uppmärksamma personer innan deras riskbruk utvecklas till missbruk eller beroende.

Målgruppen för Alkohollinjen är personer som inte har för omfattande alkoholproblem. Ändå har de flesta som kontaktar Alkohollinjen för egen del – liksom de flesta deltagare i denna studie av Alkohollinjens klienter – bedömt enligt AUDIT relativt omfattande alkoholproblem. Mot den bakgrunden är det intressant att det inte var fler än knappt hälften av såväl de deltagande männen som kvinnorna som hade sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor under året innan de kontaktade Alkohollinjen. Intressant är också att var fjärde man och var sjätte kvinna då hade vänt sig till hälso- och sjukvården medan var tredje man och kvinna sökt annan hjälp på många olika sätt. Bland männen hade en större andel av de med alkoholberoende än de med riskabla eller skadliga alkoholvanor redan tidigare sökt hjälp. Bland kvinnorna var skillnaden mindre och dessutom var det i något större omfattning de med riskabla eller skadliga alkoholvanor än de med beroende som sökt hjälp under året innan kontakten med Alkohollinjen.

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” var tidigare hjälpsökande betydligt vanligare bland svårt alkoholberoende män och kvinnor (85 respektive 84%) (Storbjörk, 2011) än bland männen och kvinnorna i denna studie av Alkohollinjens klienter (47 respektive 46%). I den förstnämnda gruppen hade så gott som samtliga redan under det föregående året behandlats inom beroendevården (87 respektive 83%) och många även inom socialtjänsten (78 respektive 64%) (Storbjörk, 2011). Bland deltagarna i studien på Alkohollinjen var det både bland männen och kvinnorna betydligt färre som under det senaste året hade haft kontakt med beroendevården (13 respektive 8%) eller socialtjänsten (7 respektive 3%).

Annan samtidig psykisk ohälsa och alkoholvanor

Det är väl belagt att många som har problematiska alkoholvanor även har annan psykisk ohälsa (Öjehagen, 2010). Det beslöts därför att i utvärderingen lägga in screening för depression och ångest för att få en uppfattning om hur vanliga dessa tillstånd är bland Alkohollinjens klienter. För närvarande använder inte rådgivarna några screeninginstrument för att bedöma förekomst av annan samtidig psykisk ohälsa bland klienterna. När det i samtalen ändå framkommer att klienter mår psykiskt dåligt erbjuds de som inte redan har det hänvisning till annan lämplig behandlingskontakt.

På grund av ett skrivfel i intervjuformuläret[7] finns en viss osäkerhet i de resultat som kan presenteras om förekomst av egentlig depressionsepisod i samband med den första kontakten med Alkohollinjen (se avsnittet *Screening för psykisk ohälsa* i *Material och metod*). Med denna reservation var det 27 procent av männen och 30 procent av kvinnorna som rapporterade minst fem av nio symptom under de senaste två veckorna och som därmed uppfyllde kriterierna för egentlig depressionsepisod (Tabell 15).

Tabell 15. Förekomst av egentlig depressionsepisod under de senaste två veckorna.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Egentlig depressionsepisod §	27	30¤
1. Har du varit ihållande deprimerad eller nere under större delen av dagen nästan varje dag under de senaste 2 veckorna?	29	39
2. Har du under de senaste 2 veckorna tappat intresse för det mesta omkring dig eller inte kunnat ha riktigt nöje av sådant du vanligen brukar tycka om?	39	44
Under de senaste 2 veckorna när du kände dig deprimerad eller ointresserad	n=75 %	n=52¤ %
3a. Hade du minskad eller ökad aptit nästan varje dag? Minskade eller ökade du oavsiktligt i vikt?	56	54
3b. Hade du problem med sömnen nästan varje natt?	64	65
3c. Pratade eller rörde du dig långsammare än vanligt eller var du rastlös eller hade svårt att sitta stilla nästan varje dag?	56	40
3d. Kände du dig trött eller kraftlös nästan varje dag?	80	85
3e. Kände du dig värdelös eller hade skuldkänslor nästan varje dag?	52	60
3f. Hade du svårt att koncentrera dig eller fatta beslut nästan varje dag?	59	60
3g. Funderade du ofta på att göra dig själv illa, hade du tankar på att ta ditt liv eller önskade att du var död?	17	25

¤ En person hade bortfall på frågan.
§ De som rapporterar fem eller fler av sammanlagt nio symptom bedöms enligt M.I.N.I. ha egentlig depressionsepisod.
Anm 1: Frågorna som de är formulerade i M.I.N.I. redovisas i Tabell 15. Frågorna 3a och 3b är något förkortade.
Anm 2: Fråga 3a–3g ställs enligt M.I.N.I. endast om personen svarar ”Ja” på fråga 1 eller 2. Procentandelarna i frågorna 3a–3g beräknas i denna studie endast över de personer som fick dessa frågor.

Svaren på de båda frågor som ställdes till samtliga deltagare (frågorna 1–2 i Tabell 15) visar att en större andel – och i något större omfattning kvinnor (50%) än män (44%) – rapporterade åtminstone något symptom på depression: En något större andel kvinnor (39%) än män (29%) hade känt sig ihållande deprimerade eller nere större delen av dagen nästan varje dag. Det var också en något större andel kvinnor (44%) än män (39%) som tappat intresse för det mesta omkring sig eller inte kunnat ha riktigt nöje av sådant som de vanligen brukar tycka om (Tabell 15).

Endast de som svarade ”Ja” på någon av de båda första frågorna i Tabell 15 fick besvara frågorna 3a–3g. I den gruppen (75 män och 52 kvinnor) var det 13 män och 13 kvinnor (8 respektive 12 procent av samtliga deltagare) som på fråga 3g uppgav att de ofta funderade på att göra sig själv illa, hade tankar på att ta livet av sig eller önskade att de var döda. I studien

[7] I det intervjuformulär som används i studien hade fråga 3d följande felaktiga formulering: ”Kände du dig trött *eller hade skuldkänslor* nästan varje dag?”. Formuleringen av fråga 3d i Tabell 15 är den korrekta. Den felaktiga formuleringen av fråga 3d kan ha påverkat svaren även på fråga 3e.

frågade intervjuaren dessa personer om de hade någon att prata med om sina tankar och de som inte hade det erbjöds hänvisning till hälso- och sjukvården eller Nationella hjälplinjen[8].

Frågorna om generaliserat ångestsyndrom i M.I.N.I. avser de senaste 6 månaderna. Bland både män och kvinnor rapporterade 28 procent minst tre av sex symptom (frågorna 4a–4f i Tabell 16) och bedömdes därmed ha generaliserat ångestsyndrom när de första gången kontaktade Alkohollinjen.

På den enda frågan som alla fick besvara (fråga 1 i Tabell 16) svarade en betydligt större andel – och i större omfattning kvinnor (76%) än män (60%) – att de under det senaste halvåret hade varit avsevärt oroade eller ängsliga för flera saker.

Tabell 16. Förekomst av generaliserat ångestsyndrom under de senaste sex månaderna.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Generaliserat ångestsyndrom §	28¤	28¤
1. Har du varit avsevärt oroad eller ängslig för flera saker under de senaste 6 månaderna?	60	76**
	n=103 %	n=81 %
2. Känner du denna oro för det mesta?	66	59
	n=68 %	n=48 %
3. Tycker du det är svårt att kontrollera denna oro eller stör den din förmåga att koncentrera dig på vad du gör?	81	75
När du var ängslig under de senaste 6 månaderna, var det så att du för det mesta	n=54¤ %	n=35¤ %
4a. Kände dig rastlös, uppskruvad eller irriterad?	82	71
4b. Kände dig spänd?	72	83
4c. Kände dig trött, svag, eller blev lätt uttröttad?	82	80
4d. Hade svårt att koncentrera dig eller blev alldeles tom i huvudet?	69	80
4e. Kände dig lättretlig?	67	60
4f. Hade sömnproblem?	67	80

¤ En person hade bortfall på frågan.
§ De som rapporterar tre eller fler av sex symptom enligt frågorna 4a–4f bedöms enligt M.I.N.I. ha generaliserat ångestsyndrom.
Anm 1: Frågorna som de är formulerade i M.I.N.I. redovisas i Tabell 16. Fråga 4f är något förkortad.
Anm 2: Fråga 2 ställs enligt M.I.N.I. endast om personen svarar "Ja" på fråga 1. Fråga 3 ställs endast om personen svarar "Ja" på fråga 1 *och* 2. Frågorna 4a–4f ställs endast om personen svarar "Ja" på fråga 1, 2 *och* 3. Procentandelarna i frågorna 2–4 beräknas i denna studie endast över de personer som fick dessa frågor.
** p<.01.

Bland både män och kvinnor var andelen som uppfyllde M.I.N.I.:s kriterier för *både* egentlig depressionsepisod och generaliserat ångestsyndrom densamma (18%). Däremot bedömdes en något större andel kvinnor (22%) än män (18%) ha endast det ena av dessa båda tillstånd. Samtidigt kan konstateras att nästan två tredjedelar av både männen (64%) och kvinnorna (60%) varken bedömdes ha depression eller ångest när de första gången kontaktade Alkohollinjen (Tabell 17).

[8] Rådgivarna på Alkohollinjen screenar inte för suicidtankar men det förekommer att klienter som ringer spontant berättar om sådana tankar eller uttalar klara suicidhot. I dessa fall agerar rådgivaren som intervjuaren i studien. Vid akuta suicidhot försöker rådgivaren i första hand motivera klienten till att söka akut hjälp men om det inte går försöker hon få klientens tillstånd att ringa i första hand SOS alarm och i andra hand psykiatrins mobila team. Om inte klienten vill ta emot hjälp – och om rådgivaren kan få kontaktuppgifter till klienten - informerar hon om Alkohollinjens rutiner kring akuta suicidhot och ringer sedan SOS alarm.

Tabell 17. Samtidig förekomst av egentlig depressionsepisod och generaliserat ångestsyndrom.

		Ångest	
		Ja %	Nej %
Män (n=170 ¤)			
Depression	Ja	18	8***
	Nej	10	64
Kvinnor (n=105 #)			
Depression	Ja	18	11***
	Nej	11	60

¤ En person hade bortfall på jämförelsen. # Två personer hade bortfall på jämförelsen.
Anm: Procentandelarna beräknas på samtliga män respektive kvinnor.
*** p<.001.

Det framkom som förväntat samband mellan psykisk ohälsa och alkoholvanorna. Depression och/eller ångest var vanligare bland män med alkoholberoende (46%) än bland män med riskabla eller skadliga alkoholvanor (17%). Även bland kvinnorna förekom depression i större omfattning bland de som hade beroende än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (52 respektive 18%). Var fjärde man och kvinna med beroende hade både depression och ångest (Tabell 18).

Tabell 18. Samtidig förekomst av egentlig depressionsepisod och generaliserat ångestsyndrom bland deltagare med olika alkoholvanor under det senaste året.

	Alkoholvanor	
	Riskabla/skadliga alkoholvanor	Beroende
Män	n=58 %	n=112¤ %
Varken depression eller ångest	83	54**
Enbart depression	7	10
Enbart ångest	5	12
Både depression och ångest	5	25
Kvinnor	n=38 %	n=67# %
Varken depression eller ångest	82	48**
Enbart depression	8	13
Enbart ångest	3	15
Både depression och ångest	8	24

¤ En person hade bortfall på jämförelsen. # Två personer hade bortfall på jämförelsen.
** p<.01; *** p<.001.

Det fanns också ett förväntat samband mellan psykisk ohälsa och att under det senaste året ha sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion. Bland både män och kvinnor hade en större andel bland de som led av *depression och/eller ångest* (68 respektive 64%) än bland de som *inte* hade *något av båda dessa tillstånd* sökt hjälp (34 respektive 35%) (Tabell 19).

Bland männen var andelen som redan tidigare sökt hjälp högst bland de som hade både depression och ångest (81%) men den var också hög bland de som enbart var deprimerade (67%). Bland kvinnorna var det i störst omfattning de som hade enbart depression eller enbart ångest som redan tidigare hade sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor (75 respektive 73%) (Tabell 19).

Tabell 19. Tidigare hjälpsökande för att minska alkoholkonsumtionen under det senaste året bland deltagare med och utan psykisk ohälsa.

	Sökt hjälp för att minska alkoholkonsumtion		
	n	Ja %	Nej %
Män¤			
Varken depression eller ångest	108	34	66***
Enbart depression	15	67	33
Enbart ångest	16	44	56
Både depression och ångest	31	81	19
Kvinnor#			
Varken depression eller ångest	63	35	65**
Enbart depression	12	75	25
Enbart ångest	11	73	27
Både depression och ångest	19	53	47

¤ En person hade bortfall på jämförelsen. # Två personer hade bortfall på jämförelsen.
Anm: Procentandelarna beräknas över respektive M.I.N.I.-kategori.
** p<.05; *** p<.001.

Det har redan framkommit att det fanns vissa skillnader mellan män och kvinnor när det gällde samband mellan alkoholvanor respektive psykisk ohälsa i form av depression och ångest samt tidigare hjälpsökande för att minska sin alkoholkonsumtion. I det följande belyses betydelsen av *både* alkoholvanor och psykisk ohälsa för tidigare hjälpsökande.

Under året före den första kontakten med Alkohollinjen hade en större andel män med alkoholberoende än med riskabla eller skadliga alkoholvanor sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion (Tabell 14). Dessutom förekom tidigare hjälpsökande i större omfattning bland män med depression med eller utan ångest än bland män utan psykisk ohälsa (Tabell 19). När hänsyn tas till både alkoholvanor och psykisk ohälsa framkommer att en något större andel män med alkoholberoende och psykisk ohälsa än med riskabla eller skadliga alkoholvanor och psykisk ohälsa redan tidigare hade sökt hjälp (69 respektive 60%) (Tabell 20). Betydelsen av depression för hjälpsökande var särskilt tydlig bland män med alkoholberoende: Oavsett om de led av depression med eller utan ångest så hade de flesta alkoholberoende män (79 respektive 73%) redan före kontakten med Alkohollinjen sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion (Tabell 20).

Bland kvinnorna var det en något större andel bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor än bland de med alkoholberoende som sökt hjälp redan under året före sin första kontakt med Alkohollinjen (Tabell 14). Även bland kvinnorna var det procentuellt fler hjälpsökande bland de med depression och/eller ångest än bland de utan psykisk ohälsa (Tabell 19). När även i detta fall hänsyn tas till både alkoholvanor och psykisk ohälsa visar det sig att tidigare hjälpsökande i något större omfattning förekom bland kvinnor med riskabla eller skadliga alkoholvanor och psykisk ohälsa än bland kvinnor med alkoholberoende och psykisk ohälsa (71 respektive 63%) (Tabell 20).Också för de alkoholberoende kvinnorna var psykisk ohälsa av betydelse för tidigare hjälpsökande men de flesta av de som sökt hjälp led av enbart depression eller enbart ångest (78 respektive 70%) (Tabell 20).

Tabell 20. Tidigare hjälpsökande för att minska alkoholkonsumtionen under det senaste året bland deltagare med olika alkoholvanor samt med och utan psykisk ohälsa.

		Sökt hjälp för att minska sin alkoholkonsumtion	
	n	Ja %	Nej %
Män¤			
Riskabla/skadliga alkoholvanor			
Varken depression eller ångest	48	23	77*
Depression och/eller ångest	10	60	40
Beroende			
Varken depression eller ångest	60	43	57**
Depression och/eller ångest	52	69	31
Enbart depression	11	73	27
Enbart ångest	13	46	54
Både depression och ångest	28	79	21
Kvinnor#			
Riskabla/skadliga alkoholvanor			
Varken depression eller ångest	31	45	55
Depression och/eller ångest	7	71	29
Beroende			
Varken depression eller ångest	32	25	75**
Depression och/eller ångest	35	63	37
Enbart depression	9	78	22
Enbart ångest	10	70	30
Både depression och ångest	16	50	50

¤ En person hade bortfall på denna jämförelse. # Två personer hade bortfall på denna jämförelse.
Anm: Procentandelarna beräknas över respektive M.I.N.I.-kategori.
* p<.05; ** p<.01.

Kommentar

Den screening för annan psykisk ohälsa som genomfördes visade att något fler kvinnor än män (40 respektive 36%) uppfyllde kriterierna för egentlig depressionsepisod och/eller generaliserat ångestsyndrom när de första gången kontaktade Alkohollinjen. Såväl depression som ångest förekom i ungefär samma omfattning oavsett kön och nästan var femte man och kvinna hade båda dessa tillstånd. Psykisk ohälsa rapporterades av ungefär hälften av männen och kvinnorna med alkoholberoende och nästan en femtedel av männen och kvinnorna med riskabla eller skadliga alkoholvanor. Skillnaden i andelen med psykisk ohälsa och tidigare hjälpsökande var statistiskt signifikant bland männen men inte bland kvinnorna.

Bland både män och kvinnor med alkoholberoende och psykisk ohälsa i form av depression och/eller ångest hade omkring två tredjedelar sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor redan under året innan de kontaktade Alkohollinjen.

Många tidigare studier visar att psykisk ohälsa och sjukdom kan förväntas vara vanligare bland kvinnor än män med alkoholvanor liknande de som de flesta deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter hade (Öjehagen, 2011). Intressant är att det i detta fall knappast fanns några skillnader mellan män och kvinnor när det gäller förekomst av depression och/eller ångest så som det bedöms i denna studie. Liksom i tidigare studier förekom psykisk ohälsa i större omfattning bland de som hade alkoholberoende än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (Öjehagen, 2011) – även om skillnaden i denna studie var statistiskt signifikant endast bland männen. En annan likhet med tidigare studier är att en procentuellt större andel med alkoholberoende än med riskabla eller skadliga alkoholvanor redan innan kontakten med Alkohollinjen hade sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor

(Öjehagen, 2011) – även i detta fall var skillnaden statistiskt signifikant endast bland männen. En tredje likhet med tidigare studier är att de som hade både beroende och annan psykisk ohälsa i särskilt stor omfattning redan tidigare hade sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor (Öjehagen, 2011).

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling ”(Storbjörk, 2011) var psykisk ohälsa betydligt vanligare bland personer med svårt alkoholberoende än bland deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter. Med reservation för att bedömningarna baseras på olika instrument[9] och att tillstånden benämns på olika sätt är jämförelsen ändå av intresse. ”Allvarlig depression utan direkt koppling till alkohol- eller andra droger” förekom bland 59 procent av männen och 64 procent av kvinnorna inom missbruks- och beroendevården medan 27 procent av männen och 30 procent av kvinnorna på Alkohollinjen bedömdes ha ”egentlig depressionsepisod”. ”Ångest som inte var kopplad till alkohol eller droger” förekom bland 58 procent av männen och 75 procent av kvinnorna inom missbruks- och beroendevården medan 28 procent av både män och kvinnor på Alkohollinjen bedömdes ha ”generaliserat ångestsyndrom”.

En slutsats som kan dras av den screening som i utvärderingen gjorts med M.I.N.I. är att det finns goda skäl för ett fortsatt utvecklingsarbete på Alkohollinjen när det gäller rådgivarnas bemötande av och insatser för klienter med psykisk ohälsa. Med hänsyn till konsekvenserna är det särskilt angeläget att prioritera insatser för klienter som kan lida av depression.

Tobaksvanor

Rådgivarna på Alkohollinjen ställer inte regelmässigt frågor om tobaksvanor men eftersom det är väl känt att personer med missbruk eller beroende av alkohol i stor omfattning också använder tobak bedömdes det vara av intresse att göra det i denna utvärdering av arbetet med Alkohollinjens klienter.

En större andel män än kvinnor rökte eller snusade (66 respektive 50%). Oavsett kön var det i större omfattning de som var yngre än 40 år som använde tobak i någon form (77 respektive 60%). Dessutom hade omkring var sjätte man och kvinna tidigare använt tobak men slutat med det (Tabell 21).

Bland männen var andelen som snusade större än andelen som rökte (49 respektive 32%) medan det bland kvinnorna var en större andel som rökte än som snusade (36 respektive 21%) (Tabell 21).

Av de 64 procent av männen som var eller hade varit rökare hade hälften (32%) slutat och av de 80 procent av kvinnorna som var eller hade varit rökare hade drygt hälften (44%) slutat (Tabell 21). Däremot var bland både män och kvinnor de flesta som någon gång snusat (67 respektive 29%) fortfarande snusare (50 respektive 21%).

[9] I båda studierna används instrument framtagna för lekmannaintervjuare, i studien inom missbruks- och beroendevården användes Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Ustün et al., 1997; Palm & Storbjörk, 2003) som avser diagnoskriterier enligt ICD-10 och i studien av Alkohollinjens klienter M.I.N.I.(Sheehan et al., 1998; Allgulander et al., 2006) som ger diagnoskriterier enligt både ICD-10 och DSM-IV.

Tabell 21. Tobaksvanor

		Män ≤39 år n=64 %	Män ≥40 år n=107 %	Män Total n=171 %	Kvinnor ≤39 år n=30 %	Kvinnor ≥40 år n=77 %	Kvinnor Total n=107 %
Röker eller snusar		77	60*	66	60	46	50**
Slutat röka/snusa		9	22	18	27	39	36
Aldrig rökt/snusat		14	18	16	13	16	15
Rökvanor	**Röker**	34	31	32	40	35	36
	≥10 cigaretter/dag §	6	17	13	17	21	20
	<10 cigaretter/dag §	28	14	19	23	14	17
	Slutat röka	23	37	32	37	47	44
	Aldrig rökt	42	32	36	23	18	20
Snusvanor	**Snusar**	63	42*	50	37	14*	21***
	≥1 dosa/vecka	59	39	47	17	13	14
	<1 dosa/vecka	3	3	3	20	1	7
	Slutat snusa	14	19	17	13	7	8
	Aldrig snusat	23	39	33	50	79	71

§ 10 cigarrer eller 20 pipstopp räknas som 10 cigaretter.
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

En större andel män med alkoholberoende (74%; p<.01) än med riskabla eller skadliga alkoholvanor (50%) rökte eller snusade. Bland kvinnorna var det i något större omfattning de som hade alkoholberoende (54%) än de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (42%) som rökte eller snusade. Andelen med beroende var bland männen något större bland rökarna (82%) än snusarna (69%) medan andelen beroende bland kvinnorna var något högre bland de få snusarna (77%) än bland rökarna (67%).

Kommentar

Användning av tobak förekommer i mindre omfattning bland 20–64-åringar i allmänna befolkningen än bland de jämnåriga deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter. Enligt ULF-undersökningen 2010 var 35 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i befolkningen dagliga rökare eller snusare (Statistiska Centralbyrån, 2012). Bland Alkohollinjens klienter var det ungefär dubbelt så många män (69%) och kvinnor (48%) som rökte eller snusade. Bland männen var andelen som slutat röka eller snusa lägre bland Alkohollinjens klienter (14%) än i befolkningen (24%) medan andelen var högre bland kvinnliga klienter (37%) än bland kvinnor i befolkningen (28%). Sammantaget innebär det att de flesta manliga och kvinnliga klienter på Alkohollinjen antingen var eller hade varit rökare eller snusare (83 respektive 85%) medan detsamma gällde knappt hälften av männen och kvinnorna i befolkningen (49 respektive 48%).

I studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” uppgav cirka tre fjärdedelar av de som vårdades för alkoholproblem att de var rökare (Palm & Storbjörk, 2003; Eriksson et al., 2003). Bland deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter var en tredjedel rökare – alltså ungefär hälften av andelen bland dem som vårdades inom missbruks- och beroendevården.

Intressant är att så många av deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter lyckats sluta röka. Det kan förmodas att många av dem därför redan har erfarenheter som kan bidra till att de även lyckas förändra sina alkoholvanor. Inga frågor ställdes om intresse för att förändra tobaksvanorna men resultaten motiverar en undersökning med frågor om både tobaks- och alkoholvanor och intresse för att förändra dessa vanor bland dem som kontaktar både Alkohollinjen och Sluta Röka Linjen.

Sociala förhållanden

En större andel män (63%) än kvinnor (42%) var sammanboende med vuxen partner medan ensamboende utan vuxen partner förekom i något större omfattning bland kvinnor (56%) än män (33%) (Tabell 22).

Andelen ensamboende med barn var störst bland kvinnorna medan sammanboende med både vuxen partner och barn förekom i störst omfattning bland männen (Tabell 22).

Bland männen var en procentuellt större andel med alkoholberoende än med riskabla eller skadliga alkoholvanor ensamboende med eller utan barn (40 respektive 19%%; p<.01). Bland kvinnorna där något sådant samband inte fanns var drygt hälften i båda grupperna ensamboende (57 respektive 55%).

Tabell 22. Familjeförhållanden.

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
Ensamboende utan barn	29	44**
Ensamboende med barn	4	12
Sammanboende men utan barn §	29	22
Sammanboende med barn §	34	20
Bor med föräldrar/syskon	3	2
Bor med andra vuxna	1	0

§ Sammanboende avser maka, make, sambo eller partner.
** p<.01.

Av de som i någon omfattning hade barn boende hos sig (män 38%, kvinnor 32%) bodde en något större andel män (33%) än kvinnor (25%) tillsammans med minderåriga barn (Tabell 23).

Oavsett kön hade alkoholberoende i ungefär samma omfattning som de med riskabla eller skadliga alkoholvanor barn boende hos sig.

Tabell 23. Ålder på barn som deltagarna bodde tillsammans med (flera alternativ kunde anges).

	Män n=171 %	Kvinnor n=107 %
0–17 år	33	25
0–6 år	16	11
7–12 år	11	11
13–17 år	13	12
18 år eller äldre	9	10

Tre fjärdedelar av både männen och kvinnorna arbetade eller studerade, yngre i större omfattning än äldre men skillnaden mellan åldersgrupperna var signifikant endast bland kvinnorna. Ungefär hälften av såväl de yngre männen som de yngre och äldre kvinnorna hade tillsvidare anställningar. En fjärdedel av de äldre männen var egna företagare och en ungefär lika stor andel av de yngre kvinnorna studerade. Ungefär var sjätte man och kvinna (16% i båda fallen) var förtids- eller ålderspensionär (Tabell 24).

Bland både män och kvinnor var en något större andel alkoholberoende bland de som inte var yrkesaktiva[10] (71 respektive 72%) än bland de som förvärvsarbetade eller studerade (64 respektive 63%).

Tabell 24. Sysselsättning (flera alternativ kunde anges).

	Män			Kvinnor		
	≤39 år n=64 %	≥40 år n=107 %	Total n=171 %	≤39 år n=30 %	≥40 år n=77 %	Total n=107 %
Arbete eller studier	80	71	75	90	69*	75
Anställning tillsvidare	53	39	44	53	52	52
Anställning tidsbegränsad	14	6	9	23	4	9
Sköter eget/delägt företag	8	26	19	3	12	9
Studerar	8	0	3	27	1	8
Tjänstledig	3	0	1	0	1	1
Arbetslös	14	9	11	10	8	8
Förtidspension/sjuk- eller aktivitetsersättning	3	6	5	0	9	7
Ålderspension	0	17	11	0	13	9
Annat	0	1	1	0	3	2

* p< .05.

Redovisningen av deltagarnas yrken baseras på de breda yrkesområden (Tabell 25). som används i yrkesklassificeringen SSYK 96 (Statistiska Centralbyrån, 2001). Männen arbetade i större omfattning än kvinnorna med hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning (24 respektive 7%) och med ledningsarbete (13 respektive 6%). Kvinnorna arbetade oftare än männen med service-, omsorgs- och försäljningsarbete (32 respektive 17%). Andelen med arbete som kräver kortare högskoleutbildning var ungefär densamma bland männen (18%) och kvinnorna (20%) (Tabell 25).

Baserat på SSYK 96 är det också möjligt att sammanföra yrken från de breda yrkesområdena som finns inom likartade verksamhetsområden: Fler män (13%) än kvinnor (2%) arbetade med teknik, data och ingenjörsarbete. Dessutom arbetade männen i något större omfattning med försäljning och inköp (12 respektive 6%). Kvinnorna arbetade i mycket större omfattning med vård och omsorg (32 respektive 5%), till exempel som vårdbiträden, undersköterskor eller sjuksköterskor.

[10] Kategorin ”inte yrkesaktiv” inkluderar de som var arbetslösa, fick förtidspension/sjuk- eller aktivitetsersättning eller ålderspension.

Tabell 25. Yrkesområden (flera alternativ kunde anges).

	Män n=166# %	Kvinnor n=106¤ %
1) Ledningsarbete	13	6*
2) Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	13	20
3) Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	18	20
4) Kontors- och kundservicearbete	2	9**
5) Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	17	32**
6) Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	24	7***
7) Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete mm	6	0*
Övriga	11	11

¤ En person hade bortfall på frågan; # Fem personer hade bortfall på frågan.
Anm 1: Bland deltagarna var följande yrken de vanligaste inom de olika yrkesområdena: 1) Chefer för mindre företag/enheter; 2) Ekonomer, journalister/konstnärer m.fl., lärare, teknik- och dataspecialister och specialister inom hälso- och sjukvård; 3) Ingenjörer och tekniker, säljare, inköpare och mäklare m.fl. samt arbete inom hälso- och sjukvård; 4) Kontorsarbetare; 5) Vård- och omsorgspersonal, försäljare i detaljhandeln samt restaurangpersonal; 6) Bygg- och anläggningsarbete inklusive målare samt metallhantverk och reparatörsarbete m.fl.; 7) Transport- och maskinförararbete.
Anm 2: I yrkeskategorin Övriga ingår enligt SSYK 96 Arbeten utan krav på särskild yrkesutbildning, Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske samt Militärarbete. Dessutom ingår i denna studie Ospecificerade yrken.
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

Bland de som arbetade eller studerade var det en större andel män (40%) än kvinnor (22%) som inte hade haft någon sjukfrånvaro under det föregående året. Andelen som hade varit borta på grund av sjukdom under mer än 8 dagar var större bland kvinnor (45%) än män (19%) (Tabell 26).

Tabell 26. Frånvaro på grund av sjukdom under det senaste året.

	Män n=125¤ %	Kvinnor n=78# %
0 dagar	40	22***
1–7 dagar	41	33
8–30 dagar	15	26
31 eller fler dagar	4	19

¤ En person hade bortfall på frågan; # Två personer hade bortfall på frågan.
Anm: Procentandelarna är beräknade på alla personer som arbetade eller studerade.
*** p<.001.

Kvinnor med alkoholberoende rapporterade i större omfattning än kvinnor med riskabla eller skadliga alkoholvanor minst 8 dagars sjukfrånvaro (54% respektive 30%). Mellan män med olika alkoholvanor fanns ingen skillnad i andelen som hade minst 8 dagars sjukfrånvaro (19% i båda fallen).

Två tredjedelar av både männen (65%) och kvinnorna (66%) upplevde att de *alltid* hade personer i sin omgivning som kunde ge dem stöd för att klara personliga problem eller kriser i sitt liv. En något större andel män (14%) än kvinnor (7%) som upplevde att de aldrig kunde få sådant personligt stöd (Tabell 27).

Tabell 27. Personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i livet.

	Män n=170¤ %	Kvinnor n=107 %
Ja, alltid	65	66
Ja, ibland	22	27
Nej, aldrig	14	7

¤ En person hade bortfall på frågan.

Bland männen var det en något lägre andel bland de alkoholberoende (63%) än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (69%) som upplevde att de alltid hade tillgång till personligt stöd. Bland kvinnorna uppgav de alkoholberoende (67%) ungefär lika ofta som de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor (66%) att de alltid kunde få personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser.

Kommentar

De flesta deltagare i denna studie av Alkohollinjens klienter är socialt relativt väletablerade personer. Två tredjedelar av männen var sammanboende med maka/sambo/partner och nästan 40 procent bodde tillsammans med barn. Tre fjärdedelar av männen arbetade eller studerade och deras sjukfrånvaro var låg. Mer än hälften av kvinnorna var ensamboende utan vuxen partner medan var tredje bodde tillsammans med barn. Även bland kvinnorna var det tre fjärdedelar som arbetade eller studerade men var femte hade varit sjukfrånvarande mer än 30 dagar under det senaste året. Bland både män och kvinnor uppgav två tredjedelar att de alltid kunde få stöd av personer i sin omgivning för att klara personliga problem eller kriser i livet.

En större andel män med alkoholberoende än med riskabla eller skadliga alkoholvanor var ensamboende. Sjukfrånvaron var högre bland kvinnor med beroende än bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor.

För familjeförhållanden fanns vissa skillnader mellan 20–64-åringar i allmänna befolkningen och de jämnåriga deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter. I ULF-undersökningen 2010 var 65 procent av männen och 70 procent av kvinnorna sammanboende med vuxen partner medan 32 procent av männen och 35 procent av kvinnorna bodde med både partner och minderåriga barn (Statistiska Centralbyrån, 2012). Bland Alkohollinjens klienter var 60 procent av männen och 45 procent av kvinnorna sammanboende med vuxen partner medan 34 procent av männen och 19 procent av kvinnorna bodde med både partner och minderåriga barn. Andelen ensamboende utan barn var betydligt lägre bland kvinnor i befolkningen än bland kvinnliga klienter (16 respektive 41%). Mellan män i befolkningen och manliga klienter fanns en mindre skillnad i detta avseende (24 respektive 30%).

Även för sysselsättningsförhållanden fanns vissa skillnader mellan 20–64-åringar i allmänna befolkningen och jämnåriga klienter på Alkohollinjen. En lägre andel i befolkningen än bland klienterna arbetade, skillnaden var liten mellan männen i de båda grupperna (79 respektive 82%) men ganska stor mellan kvinnor i befolkningen och bland klienterna (70 respektive 82%). En lägre andel var arbetslösa bland män och kvinnor i befolkningen (7 respektive 5%) än bland manliga och kvinnliga klienter (12 respektive 10%). Andelen pensionärer var densamma i båda grupperna bland männen (6% i båda fallen) och bland kvinnorna (9% i båda fallen). I befolkningen studerade en större andel (7 respektive 10%) än bland Alkohollinjens klienter (3 respektive 1%).

Män med svårt alkoholberoende i studien ”Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling” (Storbjörk, 2011) var i mindre omfattning (38%) än manliga klienter i Alkohollinjens studie (67%) sammanboende med vuxen partner och/eller barn. Kvinnor inom missbruks- och beroendevården var i något större omfattning (59%) än de kvinnliga deltagarna i Alkohollinjens studie sammanboende med partner och/eller barn (54%). En betydligt mindre andel arbetade eller studerade bland män (23%) och kvinnor (15%) i svensk missbruksbehandling (Storbjörk, 2011) än bland de manliga och kvinnliga deltagarna i Alkohollinjens studie (75% i båda fallen).

I studien inom missbruks- och beroendevården bedömdes kvinnorna leva ett mer socialt välordnat liv än männen. Detta eftersom de i större omfattning än männen hade egen bostad

och mer ordnad ekonomi (ofta i form av sjukpenning eller pension) och i mindre omfattning umgicks med andra som var missbrukare/beroende. Samtidigt levde kvinnor i större omfattning än män med en partner som hade alkohol- eller drogproblem (Storbjörk, 2011).

De uppgifter som finns om deltagarna i denna studie av Alkohollinjens klienter talar för att männen i vissa avseenden levde ett mer socialt välordnat liv än kvinnorna: Männen var i större omfattning än kvinnorna sammanboende med partner och i något större omfattning sammanboende med barn. De hade också lägre sjukfrånvaro än kvinnorna. Intressant är att män och kvinnor i samma omfattning var yrkesaktiva (i arbete eller studier) och att de i samma omfattning hade stöd för att klara personliga problem och kriser i livet. Intressant är även att de kvinnliga deltagare i studien som var i arbetsför ålder arbetade i större omfattning än jämnåriga kvinnor i befolkningen.

Diskussion

Ett av flera syften med denna utvärdering av Alkohollinjens arbete med klienter är att mer ingående än vad som tidigare varit möjligt beskriva de personer som kontaktar Alkohollinjen för att få hjälp att förändra sina alkoholvanor. Med de uppgifter från baslinjeintervjuerna som redovisas i denna rapport uppnås detta syfte då det gäller klienternas förhållanden när de första gången kontaktade Alkohollinjen. Övriga för utvärderingen angivna syften rör förändringar över tid och kommer att belysas med uppgifter från 6- och 12-månadersuppföljningarna.

En viktig fråga är hur väl deltagarna i utvärderingen representerar samtliga klienter som kontaktar Alkohollinjen. Urvalet av vilka som skulle tillfrågas om deltagande i utvärderingen begränsades till de nya klienter som under en viss period besvarade AUDIT när de första gången kontaktade Alkohollinjen. Den genomsnittliga AUDIT-poängen var densamma för män respektive kvinnor bland samtliga nya klienter som besvarade AUDIT och bland de klienter som ingår i studien. De få övriga uppgifter som finns tillgängliga om båda grupperna visar att det fanns smärre skillnader i andelen kvinnor och oavsett kön i både medelålder och fördelning mellan olika åldersgrupper mellan samtliga nya klienter och de som deltog i baslinjeintervjun. En rimlig slutsats är att deltagarna i utvärderingen i dessa avseenden relativt väl kan antas representera samtliga nya klienter under den aktuella perioden.

I det följande summeras och diskuteras en del av de uppgifter som redovisats och kommenterats i olika avsnitt i denna rapport.

I studier av alkoholvanor och dess konsekvenser i befolkningen framkommer som regel stora skillnader mellan män och kvinnor men så är inte alltid fallet i studier av personer som söker hjälp för att förändra sina alkoholvanor (Storbjörk, 2011). När deltagarna i denna utvärdering första gången kontaktade Alkohollinjen fanns i flera avseenden betydande likheter mellan män och kvinnor: Såväl alkoholvanorna som dess konsekvenser var relativt omfattande och den totala AUDIT-poängen var ungefär densamma oavsett kön. Knappt hälften hade redan tidigare sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor och då i något större omfattning utanför än inom hälso- och sjukvården. En dryg tredjedel led av psykisk ohälsa i form av egentlig depressionsepisod och/eller generaliserat ångestsyndrom. Tidigare vårdsökande var särskilt vanligt bland de som led av psykisk ohälsa. I vissa avseenden förefaller deras sociala förhållanden att vara relativt välordnade. Detta mot bakgrund av att tre fjärdedelar arbetade eller studerade och att två tredjedelar alltid kunde få personligt stöd för att klara personliga problem eller kriser i livet. För två tredjedelar var den viktigaste anledningen till kontakten med Alkohollinjen att de själva kommit fram till att de ville förändra sina alkoholvanor. Så gott som samtliga var mycket nöjda med det bemötande de fick av rådgivaren under det första samtalet.

Av de få skillnader mellan könen som var statistiskt säkerställda framgår att männen hade mer omfattande alkoholvanor och att andra i större omfattning hade kommenterat deras alkoholvanor. Vidare framkom att andelen som ofta haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser på grund av sitt drickande var större bland kvinnorna. Dessutom var det i större omfattning männen som var sammanboende med vuxen partner och som var snusare och kvinnorna som hade mer omfattande sjukfrånvaro.

Med avseende på såväl alkoholvanorna som dess konsekvenser framkommer i många studier skillnader mellan yngre och äldre (Reinert & Allen, 2007; Ramstedt et al., 2010; Damström Thakker et al., 2011). Även bland deltagarna i denna studie fanns några statistiskt säkerställda skillnader mellan åldersgrupperna. Bland männen hade de yngre en högre typisk konsumtion när de drack och de hade i större omfattning skadat sig själv eller andra på grund av sitt drickande. De äldre männen drack vid fler tillfällen och berusade sig oftare än de yngre männen. De yngre kvinnorna hade högre genomsnittlig AUDIT-poäng – och därmed mer omfattande alkoholvanor och problem – än de äldre. De hade dessutom oftare än de äldre kvinnorna fått sina alkoholvanor kommenterade av andra.

En av de få övriga statistiskt signifikanta skillnader som fanns mellan åldersgrupperna gällde andelen snusare som oavsett kön var högre bland de yngre än de äldre. Dessutom arbetade eller studerade en större andel av de yngre än de äldre kvinnorna.

Det fanns vissa skillnader som rimligen kan förväntas mellan deltagare med alkoholvanor av olika svårighetsgrad: Bland både män och kvinnor var den självskattade hälsan bättre bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor än bland de som var alkoholberoende. Bland männen var det i större omfattning de med riskabla eller skadliga alkoholvanor som hade som behandlingsmål att minska sin alkoholkonsumtion (och som alltså inte funderade på helnykterhet under kortare eller längre tid). De hade också i mindre omfattning tidigare fått råd att förändra sina alkoholvanor och redan tidigare sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor. De led även i mindre omfattning av egentlig depressionsepisod och/eller generaliserat ångestsyndrom när de kontaktade Alkohollinjen. Dessutom använde män med riskabla eller skadliga alkoholvanor i mindre omfattning tobak och de var i större omfattning sammanboende med vuxen partner. Bland kvinnorna var sjukfrånvaron under det senaste året lägre bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor än bland de som var alkoholberoende.

Den viktigaste av de frågeställningar för utvärderingen som kan belysas med uppgifter från baslinjeintervjuerna är i vilken omfattning Alkohollinjen når sin målgrupp. Det kan konstateras att det inom alkoholområdet används många olika begrepp för att beteckna både alkoholvanor och alkoholproblem. Det har redan nämnts att målgruppen för Alkohollinjen från början definierades som personer med riskbruk av alkohol. Det har också nämnts att det fortfarande finns delade meningar om vad som avses med detta begrepp (se *Kommentar* till avsnittet *Alkoholvanorna, dess konsekvenser och målsättning för förändring av alkoholvanorna*). Eftersom det när Alkohollinjen startades inte fanns något enkelt sätt att bedöma om och i vilken omfattning riskbruk föreligger valdes att använda det väletablerade screening- och bedömningsinstrumentet AUDIT. Bedömt enligt AUDIT hade en tredjedel av både de manliga och kvinnliga deltagarna riskabla eller (oftare) skadliga alkoholvanor. Det verkar högst rimligt att bedöma att dessa personer ingår i Alkohollinjens målgrupp.

Då det gäller de två tredjedelar av deltagarna som enligt AUDIT bedömdes ha ett möjligt alkoholberoende är saken inte lika enkel. Det bör påpekas att AUDIT inte är ett diagnosinstrument och att det inte heller inkluderar samtliga de kriterier för alkoholberoende som behövs för att ställa en säker diagnos enligt något av de båda diagnossystemen DSM-lV eller ICD-10. Dessutom har det redan nämnts att det idag är allmänt accepterat att alkoholberoende föreligger i olika svårighetsgrader och att särskilt personer med lindrigt eller måttligt beroende ofta kan förändra sina alkoholvanor med begränsade insatser där rådgivning per telefon förhoppningsvis kan visa sig vara ett

alternativ (se *Kommentar* till avsnittet al*koholvanorna, dess konsekvenser och målsättning för förändring av alkoholvanorna*). För AUDIT finns så vitt känt inte några allmänt accepterade gränser för poängnivåer som kan motsvara olika grader av beroende. En rimlig bedömning är därför att även en del av de som enligt AUDIT bedöms möjligen ha alkoholberoende kan ingå i Alkohollinjens målgrupp – men det är svårt att enbart utifrån AUDIT-poängen bedöma hur stor den gruppen skulle kunna vara.

Det kan konstateras att andelen som redan tidigare sökt hjälp för att förändra sina alkoholvanor var särskilt hög bland män med både alkoholberoende enligt AUDIT och psykisk ohälsa enligt M.I.N.I. Bland kvinnorna förekom hjälpsökande i störst omfattning bland de som hade riskabla eller skadliga alkoholvanor och som dessutom led av psykisk ohälsa. Bland de som enbart hade alkoholproblem oavsett svårighetsgrad och som redan tidigare sökt hjälp hade de flesta sökt hjälp på annat sätt än inom den specialiserade beroendevården. Med det avses här att de vänt sig till vårdcentral, annan professionell hjälp, självhjälpsgrupp eller att de använt sig av självhjälpsprogram eller på annat sätt fått stöd att förändra sina alkoholvanor (Tabell 13). Det kan då vara en rimlig bedömning att även personer som inte har så allvarlig psykisk ohälsa att de uppfyller kriterierna för egentlig depressionsepisod eller generaliserat ångestsyndrom och som inte redan tidigare sökt hjälp inom den specialiserade missbruks- och beroendevården kan räknas in i Alkohollinjens målgrupp. Dessutom är det möjligt att det bland dem som vänt sig till missbruks- och beroendevården finns personer som inte haft mer än enstaka kontakter där och som skulle kunna förändra sina alkoholvanor med stöd av den rådgivning de kan få på Alkohollinjen. Även i detta fall är det svårt att utifrån tillgänglig information bedöma hur stora de nu nämnda grupperna skulle kunna vara.

Ett annat sätt att försöka bedöma i vilken omfattning Alkohollinjen når sin målgrupp är att avvakta resultaten av 6- och 12-månadersuppföljningarna för att se vad som kännetecknar de deltagare som både lyckas förändra sina alkoholvanor och vidmakthålla de uppnådda förändringarna.

Andra frågeställningar som delvis kan belysas utifrån baslinjeintervjuerna är om det stöd Alkohollinjen ger värderas olika av klienter med olika typer av problem. När det gäller uppfattningen om den första kontakten med Alkohollinjen uppgav så gott som samtliga deltagare att rådgivaren i hög grad var förstående och lyhörd, ansträngde sig för att förstå dem och visade respekt för deras mål och beslut. Enligt en sammanvägning av de olika aspekterna på bemötandet var män med riskabla eller skadliga alkoholvanor i något mindre omfattning än män med möjligt alkoholberoende nöjda med bemötandet. Oavsett kön framkom endast marginella skillnader i uppfattning om bemötandet mellan deltagare med och utan psykisk ohälsa. Av klienternas svar framkom att en stor majoritet särskilt uppskattade rådgivarens klientcentrerade förhållningssätt och professionella bemötande.

Även för frågeställningarna om hur det stöd Alkohollinjen ger värderas av klienter med olika typer av problem kommer 6- och 12-månadersuppföljningarna att vara av stort intresse. De uppgifterna kommer att spegla deltagarnas uppfattning om vilken betydelse de i ett längre tidsperspektiv anser att rådgivningen på Alkohollinjen har haft på deras egen förmåga att förändra sina alkoholvanor. Uppgifterna kommer också att visa om deras uppfattningar förändras över tid beroende på hur väl de lyckas förändra sina alkoholvanor.

Avslutningsvis finns anledning att anknyta till de två världar som finns beskrivna för människor med alkoholproblem. Begreppet introduceras på 1970-talet efter analyser av studier genomförda både i den allmänna befolkningen och i behandlingspopulationer i USA (Room, 1977). Nyligen genomfördes en studie i Sverige som också den visade två världar av alkoholproblem (Storbjörk & Room, 2008). Det som avses är att de flesta människor i den ena världen (i befolkningen) har måttliga alkoholvanor och en ordnad social situation medan människor i den andra världen (inom missbruks- och beroendevården) förutom omfattande alkoholproblem ofta även är socialt marginaliserade. Det har varit möjligt att göra en del

jämförelser mellan deltagarna i denna utvärdering av Alkohollinjens arbete med klienter och såväl den allmänna befolkningen som personer inom missbruks- och beroendevården. Dessa jämförelser talar sammanfattningsvis för att huvuddelen av Alkohollinjens klienter fortfarande ingår i den av de båda världarna som är typisk för den allmänna befolkningen.

Referenser

Allgulander C, Waern M, Humble S, Andersch S & Ågren H (2006*). M.I.N.I. Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Svensk reviderad version 5.0.0*. Stockholm: Karolinska Institutet och Göteborg: Sahlgrenska akademin (Nerladdad från www.viss.nu 2008).

Andréasson S & Allebeck P (2005). *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2005:11.

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Bergman H & Källmén H (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alchol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism 37*:245–251.

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*: 1028–1035.

Bergman H, Källmén H, Rydberg U & Sandahl C (1998). Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem: psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. *Läkartidningen 95*: 4731–4735.

Damström Thakker K, Ahacic K, Cannertoft C, Larsson N, Ramstedt M & Snidare K (2011). *Alkohol och andra droger – utveckling och åtgärder. Delrapport till Folkhälsorapporten 2011.* Stockholm: Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.

Eriksson A, Palm J & Storbjörk J (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2000–2001.* Stockholm: Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol och drogforskning (SoRAD), Forskningsrapport nr 15.

Franck J & Hedberg C (2009–2010). Alkohol – riskbruk, missbruk och beroende. I *Läkemedelsboken*, Apoteket AB (1002–1015) (Nerladdad från www.lakemedelsboken.se/#pdf).

Miller WR & Rollnick N (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd ed).* New York: Guilford Press.

Nordström A & Andréasson S (2011). Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser. I Wiklund H & Sandlund M (red). *Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar (SOU 2011:6): 279–327.

Palm J & Storbjörk J (2003). *Kvinnor och män i svenska missbruksbehandling. En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000–2001.* Stockholm: Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol och drogforskning (SoRAD), Forskningsrapport nr 9.

Ramstedt M, Boman U, Engdahl B, Sohlberg T & Svensson J (2010). *Tal om alkohol 2010. En statistisk årsrapport från Monitorprojektet.* Stockholm: Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol och drogforskning (SoRAD), Forskningsrapport nr 60.

Reinert DF & Allen JP (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: an update of research findings. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research 31*:185–199.

Rollnick S, Miller WR & Butler CC (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende* (Svensk översättning). Lund: Studentlitteratur.

Room R (1977). Measurement and distribution of drinking patterns and problems in general populations. I Gross MM, Edwards G, Keller M, Moser J & Room R (red). *Alcohol-related disabilities.* Offset Publications No. 32. Geneva: World Health Organization, 61–87.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la 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 consumtion - II. *Addiction 88*:791–804.

Saxon L & Wirbing P (2004). *Återfallsprevention – färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel.* Lund: Studentlitteratur.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Willer E et al. (1998). Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry 59*:22–57.

Socialstyrelsen (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. Systematisk förteckning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

SPSS for Windows, Rel. 20.0.0 (2011). Chicago: SPSS Inc.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym I*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård. Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat*. Östersund, Rapport 2010:05.

Statistiska Centralbyrån (2001). *SSYK 96. Standard för svensk yrkesklassificering 1996*. Örebro: Statistiska Centralbyrån (SCB).

Statistiska Centralbyrån (2012) *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)* (beställda data). www.scb.se.

Stockholms läns landsting (2008). *Viss.* (Nerladdad från www.viss.nu).

Storbjörk J & Room R (2008). The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research and Theory 16*:67–84.

Storbjörk J (2009). Events as precipitators to treatment: important for both well-integrated and marginalized alcohol and drug users of a Swedish treatment system. *Contemporary Drug problems 36*:345–373.

Storbjörk J (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs 28*:185–209.

Ustün B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S et al. (1997). WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence 47*:161–169.

Öjehagen A (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. I *Missbruket, kunskapen, vården – missbruksutredningens forskningsbilaga. Delbetänkande av Missbruksutredningen*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar (SOU 2011:6), 223–235.

Bilagor

Bilaga 1. Kort beskrivning av behandlingsupplägget för klienter

Det stöd Alkohollinjen ger syftar till att öka klientens förmåga att ta egna beslut om att förändra sina alkoholvanor. Behandlingen anpassas både efter hur pass allvarliga problemen är och de förändringar som klienten är beredd att genomföra.

Behandlingsmodellen bygger på Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI; Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al., 2009) med inslag av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) i form av Återfallsprevention (Saxon & Wirbing, 2004). Det huvudsakliga målet med MI är att vägleda och stödja människor i förändringsprocesser.

Ett MI-samtal är klientcentrerat, klientens erfarenheter och upplevelse av att kunna hantera och genomföra en förändring står i centrum. Samtalet är följsamt och strukturerat med ett tydligt förhållningssätt (”MI-anda”) som bygger på samarbete, där rådgivaren ser sig som en jämlik samtalspartner till klienten. Rådgivaren lockar fram klientens egna tankar och idéer kring förändring och respekterar klientens autonomi. Rådgivarens uppgift är också att stärka klienten i hans/hennes tilltro till den egna förmågan att fatta beslut och göra lämpliga val.

Återfallsprevention är en KBT-baserad metod som används för att hjälpa klienter att förebygga återfall. Metoden har fokus på att lära ut och träna sociala färdigheter. Rådgivaren arbetar med att öka klientens förmåga att känna igen sina risksituationer, att kunna undvika dem och att stärka hans/hennes förmåga att bättre kunna hantera dessa. Klienten får också vid behov stöd i att hitta alternativa lösningar och färdigheter för att undvika eller hantera sina risksituationer samt hjälp med att bli mer uppmärksam på det egna beteendet.

Vid det första samtalet ska rådgivaren informera om att Alkohollinjen erbjuder *motiverande och stödjande samtal för att underlätta och genomföra förändring av alkoholvanorna*. För dem som vill ha eller behöver andra insatser kan rådgivaren erbjuda hänvisning till annan relevant verksamhet.

En kartläggning och bedömning av klientens alkoholvanor och dess konsekvenser med hjälp av Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) bör – om det är möjligt och relevant – genomföras.

Rådgivaren ska informera om att om ett femte samtal blir aktuellt så görs en avstämning för att utvärdera om det finns fortsatt behov av kontakt med Alkohollinjen eller med annan verksamhet.

De klienter som kontaktar Alkohollinjen kan välja mellan en *reaktiv tjänst* som innebär att de själva ringer upp när de vill ha kontakt eller en *proaktiv tjänst* som innebär att en rådgivare ringer upp på i förväg överenskomna tider.

Ett komplement till samtalen kan vara hemuppgifter som klienten kan genomföra tillsammans med rådgivaren per telefon eller på egen hand och i så fall med ett erbjudande om uppföljning vid nästa samtal.

Om det framkommer att klienten kan behöva andra insatser än de Alkohollinjen kan erbjuda bör *hänvisning till annan verksamhet* övervägas. Har klienten redan *tidigare sökt behandling inom missbruks- eller beroendevård* och/eller har svårare psykiska och/eller somatiska problem bör han/hon i första hand hänvisas till tidigare vårdgivare alternativt till annan relevant verksamhet. I samband med hänvisning enligt ovan kan ett extra samtal erbjudas för att följa upp att kontakt tagits.

BASLINJEFRÅGOR**

I: Intervjun ska genomföras inom ett par dagar efter klientens första kontakt med Alkohollinjen

_____

A: Om intervjun:

Klientens namn: _____ A1: ID-nr i studien: _____

A2: Datum första kontakt: _____ A3: Journal ID: _____

Intervjuarens namn: _____

A4: Antal försök nå klienten innan intervjun: _____ A5: Datum intervju: _____

A6: Start intervju kl: _____

Inledning intervjun:
"Du har redan fått information om den här studien och lämnat samtycke till att delta men innan vi fortsätter vill jag upprepa en del av den information som du redan har fått:
* Det här är en utvärdering av Alkohollinjen där frågorna handlar om dig och dina kontakter med Alkohollinjen.
* Vi som intervjuar arbetar inte som rådgivare på Alkohollinjen, bara med att intervjua deltagarna i studien.
* De uppgifter du lämnar kommer bara att användas i utvärderingen.
* Vi som intervjuar har tystnadsplikt och sekretess gäller för den information du lämnar.
* Det är frivilligt att delta och du kan välja att inte besvara vissa frågor. Du kan också när som helst avbryta ditt deltagande.
* Om du avbryter din medverkan är du ändå välkommen att fortsätta att ha kontakt med Alkohollinjen.
* Har du några frågor?"

När eventuella frågor är besvarade påbörjas intervjun.

På uppdrag av Stockholms läns landsting | Karolinska Institutet

B: Om kön, ålder och i vilket län du bor

B1: Är du ☐ a) man eller ☐ b) kvinna?

B2: Vilket år är du född? _____

B3: I vilket län bor du? _____

C: Om din kontakt med Alkohollinjen, din målsättning och dina skäl att minska din alkoholkonsumtion

C1: Vilken var **den viktigaste anledningen** till att du kontaktade **just Alkohollinjen**?

_____

_____

_____

_____

_____

C2-C5: De följande tre frågorna handlar om hur du uppfattade din första kontakt med Alkohollinjen. Varje fråga har tre svarsalternativ.

C2: Var rådgivaren förstående och lyhörd?

☐ a) Ja, i hög grad
☐ b) Ja, i viss mån
☐ c) Nej, inte alls

C3: Kände du att rådgivaren ansträngde sig för att förstå vad du ville ha hjälp med?

☐ a) Ja, i hög grad
☐ b) Ja, i viss mån
☐ c) Nej, inte alls

C4: Kände du att rådgivaren visade respekt för dina egna mål och beslut?

☐ a) Ja, i hög grad
☐ b) Ja, i viss mån
☐ c) Nej, inte alls

C5: Hur uppfattade du din första kontakt med Alkohollinjen? Ange gärna både det som var bra och vad som skulle kunna förbättras.

C6: Vilken är **din huvudsakliga målsättning** när det gäller förändring av dina alkoholvanor? Endast ett av de följande sex alternativen kan anges.

☐ **a)** Att dricka mindre mängder alkohol vid varje tillfälle
☐ **b)** Att dricka alkohol mer sällan
☐ **c)** Att dricka kontrollerat
☐ **d)** Att helt sluta dricka alkohol
☐ **e)** Att sluta dricka alkohol under en period → *Ange hur länge:* _____

☐ **f)** Annat → *Ange vad:* _____

C8: Av vilka skäl har du under **de senaste 12 månaderna** funderat på att minska din alkoholkonsumtion? Med att minska avses även att sluta helt.

Ange vad: _____

D: Om dina alkoholvanor

D1: I samband med din första kontakt med Alkohollinjen svarade du på 10 frågor om dina alkoholvanor under de senaste 12 månaderna. Får vi hämta den informationen från din journal eller vill du att jag ställer dessa frågor igen?

Registrera relevant alternativ
☐ **a)** Ja, svaren på AUDIT får hämtas från journalen → **Gå till D2a-g**
☐ **b)** Nej, besvarar AUDIT under intervjun → **Gå till Bilaga 1, frågorna K1-10**
☐ **c)** Nej, svaren får inte hämtas från journalen och personen vill inte besvara AUDIT under intervjun → **Gå till fråga D2a-g**

D2a-g: Nu följer ett antal frågor om dina alkoholvanor.
Har något av följande inträffat under **de senaste 12 månaderna**?

	Ja (1)	Nej (2)
D2a) Behövde du dricka mer för att få samma effekt som du fick när du först började dricka alkohol?	☐	☐
D2b) När du minskade drickandet, fick du skakiga händer, svettades du eller kände dig orolig? Drack du för att undvika dessa symtom?	☐	☐
D2c) När du drack alkohol, brukade det bli så att du drack mer än du hade tänkt från början?	☐	☐
D2d) Har du försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats?	☐	☐
D2e) De dagar du drack, lade du ner avsevärd tid på att skaffa eller dricka alkohol eller på att återhämta dig från alkoholeffekterna?	☐	☐
D2f) Fick du mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?	☐	☐
D2g) Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?	☐	☐

D3a-d: Nu följer ytterligare ett antal frågor om dina alkoholvanor de senaste 12 månaderna.

	Ja (1)	Nej (2)
D3a) Har du varit berusad, påverkad eller "bakfull" mer än en gång när du skulle sköta plikter i skolan, på jobbet eller hemma? Orsakade detta problem? ***(Kryssa JA bara om det ledde till problem)***	☐	☐
D3b) Har du varit berusad mer än en gång i någon situation som inneburit att du utsatt dig för fysisk risk, exempelvis när du kört bil, motorcykel eller båt eller hanterat en maskin?	☐	☐
D3c) Har du råkat i klammeri med rättvisan mer än en gång på grund av att du druckit, t ex blivit gripen av polisen eller anmälts för störande beteende?	☐	☐
D3d) Fortsatte du att dricka trots att det ledde till problem med din familj eller andra människor?	☐	☐

D4: Har du någon gång under **de senaste 12 månaderna** sökt hjälp inom hälso- och sjukvården för att minska din alkoholkonsumtion? *(Räkna inte med kontakt med Alkohollinjen)*

☐ a) Ja (1) **→ Om Ja, gå till D5** ☐ b) Nej (2) **→ Om Nej, gå till D6a-e**

D5: Inom vilka av följande sex verksamheter har du sökt hjälp för att minska din alkoholkonsumtion? Flera alternativ kan anges.

☐ **a)** På vårdcentral, husläkar- eller distriktsläkarmottagning
☐ **b)** Inom landstingets öppna beroendevård *(ej inläggning på beroendeklinik)*
☐ **c)** Inom annan öppen hälso- och sjukvård *(ej inläggning på sjukhus)*
☐ **d)** På akutmottagning på sjukhus
☐ **e)** Har varit inlagd på tillnyktringsenhet eller beroendeklinik
☐ **f)** Har varit inlagd på annan klinik på sjukhus

D6a-e: Har du någon gång under **de senaste 12 månaderna** sökt annan hjälp för att minska din alkoholkonsumtion? Flera av de följande fem alternativen kan anges.

	Ja (1)	Nej (2)
D6a) Inom socialtjänsten	☐	☐
D6b) Annan professionell hjälp (t ex terapi eller stödsamtal)	☐	☐
D6c) Någon självhjälpsgrupp (t ex AA eller Länkarna)	☐	☐
D6d) Något självhjälpsprogram (t ex Alkoholhjälpen)	☐	☐
D6e) På annat sätt	☐	☐

→ *Ange på vilket sätt:* _____

_____

_____

D7: Har du någon gång under **de senaste 12 månaderna** tagit mediciner mot alkoholberoende? (t ex Antabus, Campral eller Naltrexon Vitaflo (tidigare Revia)

☐ a) Ja (1) ☐ b) Nej (2)

E: Om dina tobaksvanor

E1: Röker du?

☐ **a)** Ja, mindre än 10 cigaretter per dag eller motsvarande[1]
☐ **b)** Ja, 10 cigaretter eller fler per dag eller motsvarande
☐ **c)** Nej, har slutat
☐ **d)** Nej, har aldrig rökt

E2: Snusar du?

☐ **a)** Ja, mindre än en dosa per vecka
☐ **b)** Ja, _____ dosor per vecka
☐ **c)** Nej, har slutat
☐ **d)** Nej, har aldrig snusat

F: Om dina kontakter med hälso- och sjukvården

F1: Har du oavsett orsak någon gång under **de senaste 12 månaderna** besökt eller fått behandling av läkare eller annan sjukvårdspersonal i öppen vård? Frågan avser all kontakt med hälso- och sjukvården utom inläggning på sjukhus.

☐ a) Ja (1) **→Om Ja, gå till F2a-c** ☐ b) Nej (2) **→ Om Nej, gå till F3**

F2a-c: Hur ofta under **de senaste 12 månaderna** har du haft kontakt med någon av följande tre verksamheter?

	1 gång (1)	2 ggr (2)	≥ 3 ggr (3)	Nej (4)
F2a) Vårdcentral, husläkar- eller distriktsläkarmottagning	☐	☐	☐	☐
F2b) Akutmottagning på sjukhus	☐	☐	☐	☐
F2c) Annan sjukvård *(ej inläggning på sjukhus)*	☐	☐	☐	☐

F3: Har du någon gång under **de senaste 12 månaderna** varit inlagd på sjukhus?

☐ a) Ja (1)

☐ b) Nej (2) **→ Om Nej F1 och F3, gå till G1**

[1] 10 cigarrer eller 20 pipstopp räknas som 10 cigaretter

F4: Har läkare eller annan sjukvårdspersonal någon gång under **de senaste 12 månaderna** ställt **frågor** om dina rök/snusvanor eller alkoholvanor? *Flera alternativ kan anges.*

☐ a) Ja, om mina rök- och snusvanor
☐ b) Ja, om mina alkoholvanor
☐ c) Nej

F5: Har du av läkare eller annan sjukvårdspersonal någon gång under **de senaste 12 månaderna fått råd** om att förändra dina rök/snusvanor eller alkoholvanor?
Flera alternativ kan anges.

☐ a) Ja, då det gäller mina rök- och snusvanor
☐ b) Ja, då det gäller mina alkoholvanor
☐ c) Nej

F6: Har du av läkare eller annan sjukvårdspersonal någon gång under **de senaste 12 månaderna fått hjälp** att förändra dina rök/snusvanor eller alkoholvanor?
Flera alternativ kan anges.

☐ a) Ja, då det gäller mina rök- och snusvanor
☐ b) Ja, då det gäller mina alkoholvanor
☐ c) Nej

G: Om ditt hälsotillstånd

G1: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

☐ a) Mycket gott
☐ b) Gott
☐ c) Någorlunda
☐ d) Dåligt
☐ e) Mycket dåligt

G2: Har du under **de senaste 12 månaderna** behandlats för någon allvarlig kroppslig sjukdom?

☐ a) Ja (1) ☐ b) Nej (2)

Om Ja, ange vad: _____

_____

_____

_____

_____

_____

G3-G4: De följande frågorna handlar om din sinnesstämning under de senaste 2 veckorna.

	Ja (1)	Nej (2)
G3a) Har du varit ihållande deprimerad eller nere under större delen av dagen nästan varje dag under de senaste 2 veckorna?	☐	☐
G3b) Har du under de senaste 2 veckorna tappat intresse för de mesta omkring dig eller inte kunnat ha riktigt nöje av sådant du vanligen brukar tycka om?	☐	☐

Om G3a eller G3b Ja → Gå till G4

Om G3a och G3b Nej → Gå till G5

G4: Under **de senaste 2 veckorna** när du kände dig deprimerad eller ointresserad

	Ja (1)	Nej (2)
G4a) Hade du minskad eller ökad aptit nästan varje dag? Minskade eller ökade du oavsiktligt i vikt (dvs. med ± 5% av kroppsvikten, 3,5 kg för en person som väger 70 kg, på en månad)?	☐	☐
G4b) Hade du problem med sömnen nästan varje natt (svårt att somna, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov alldeles för mycket)?	☐	☐
G4c) Pratade eller rörde du dig långsammare än vanligt eller var du rastlös eller hade svårt att sitta stilla nästan varje dag?	☐	☐
G4d) Kände du dig trött eller hade skuldkänslor nästan varje dag?	☐	☐
G4e) Kände du dig värdelös eller hade skuldkänslor nästan varje dag?	☐	☐
G4f) Hade du svårt att koncentrera dig eller fatta beslut nästan varje dag?	☐	☐
G4g) Funderade du ofta på att göra dig själv illa, hade du tankar på att ta ditt liv eller önskade att du var död?	☐	☐

***Om ja G4g:** Fråga om personen har någon att prata med om sina tankar? Om relevant kontakt inte finns fråga om personen kan tänka sig att kontakta hälso- och sjukvården (t ex husläkare, psykiatrisk- eller beroendemottagning) och/eller informera om Nationella hjälplinjen, 020-22 00 60 eller www.nationellahjalplinjen.se*

G5-G7: Nu följer frågor om du känt dig orolig eller ängslig under de senaste 6 månaderna.

	Ja (1)	Nej (2)
G5a) Har du varit avsevärt oroad eller ängslig för flera saker under de senaste 6 månaderna?	☐→ G5b	☐→ H1
G5b) Känner du denna oro för det mesta?	☐→ G6	☐→ H1
G6: Tycker du att det är svårt att kontrollera denna oro eller stör den din förmåga att koncentrera dig på vad du gör?	☐→ G7	☐→ H1

G7: När du var ängslig under **de senaste 6 månaderna**, var det så att du för det mesta

	Ja (1)	Nej (2)
G7a) Kände dig rastlös, uppskruvad eller irriterad?	☐	☐
G7b) Kände dig spänd?	☐	☐
G7c) Kände dig trött, svag eller lätt blev uttröttad?	☐	☐
G7d) Hade svårt att koncentrera dig eller blev alldeles tom i huvudet?	☐	☐
G7e) Kände dig lättretlig?	☐	☐
G7f) Hade sömnproblem (svårt att somna, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov för mycket)?	☐	☐

H: Om dina familjeförhållanden och nära relationer

H1: Med vem delar du bostad? Dvs med vem bor du tillsammans under större delen av veckan? *Flera alternativ kan anges.*

☐ **a)** Ingen
☐ **b)** Föräldrar/syskon
☐ **c)** Make/maka/sambo/partner
☐ **d)** Andra vuxna
☐ **e)** Barn (hela tiden)
☐ **f)** Barn (mindre ofta)

Om den intervjuade inte bor med barn, gå till H3.

H2: Hur gamla är de barn du bor tillsammans med? *Flera alternativ kan anges.*

☐ **a)** 0-6 år
☐ **b)** 7-12
☐ **c)** 13-17 år
☐ **d)** 18 år eller äldre

H3: Har du någon eller några personer som kan ge dig personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?

☐ **a)** Ja, alltid
☐ **b)** Ja, ibland
☐ **c)** Nej, aldrig

I: Om arbete och sysselsättning

I1: Vilka är dina nuvarande sysselsättningar? *Flera alternativ kan anges.*

☐ **a)** Anställning, tills vidare
☐ **b)** Anställning, tidsbegränsad (t ex vikariat, projekt-, viss tid-, tim- eller provanställning)
☐ **c)** Sköter eget eller delägt företag
☐ **d)** Studerar
☐ **e)** Tjänstledig (inkl studier och föräldraledighet)
☐ **f)** Arbetslös
☐ **g)** Förtidspension/sjukersättning eller aktivitetsersättning
☐ **h)** Ålderspension
☐ **i)** Annat → *Ange vad:* _____

Om den intervjuade inte arbetar eller studerar, I1e-i → gå till I3

I2: Hur många dagar har du sammanlagt varit frånvarande från arbete/studier pga. sjukdom under **de senaste 12 månaderna**?

☐ **a)** Ej varit sjukfrånvarande
☐ **b)** 1-7 dagar
☐ **c)** 8-30 dagar
☐ **d)** 31-90 dagar
☐ **e)** Mer än 90 dagar

I3: Vilket är/var ditt huvudsakliga yrke eller dina huvudsakliga arbetsuppgifter? Försök att lämna en så detaljerad beskrivning som möjligt. Om du inte arbetar nu, ange yrke/arbetsuppgifter som du huvudsakligen hade i ditt tidigare förvärvsarbete.

Här följer några exempel: Istället för assistent ange t ex inköpsassistent, redovisningsassistent eller reklamassistent. Istället för chaufför ange t ex busschaufför, taxichaufför eller lastbilschaufför.

Yrke/arbetsuppgifter: _____

I3a: *Registrera SEI-kod:* _____

J: Avslut av intervju och kontaktuppgifter inför uppföljningarna

J1: Vi börjar närma oss slutet av intervjun. Finns det något som du vill lägga till gällande Alkohollinjen som du tycker att vi inte har frågat om? _____

_____

_____

_____

_____

_____

J2: Innan vi avslutar intervjun har jag några sista frågor: Får vi kontakta dig igen om 6 månader för den andra intervjun?

☐ a) Nej → Tacka för klientens deltagande och avsluta samtalet.

☐ b) Ja → Hur kan vi då få kontakt med dig för att boka tid för en ny intervju?
Markera vilka alternativ klienten samtycker till när det gäller att ta kontakt för att boka nästa intervju:

☐ Per telefon → Tel. nr:_____

Om Ja telefon: Ange lämpligaste tiden på dagen/kvällen (mån.-tors. kl 8-17 och fre. kl 8-16).

_____

_____

_____

☐ Per sms Ja, på nr: _____

☐ Per post Ja, på adress: _____

☐ Per mail Ja, på adress: _____

Tacka för klientens deltagande och avsluta samtalet.

⟶ *Efter avslutad intervju, fyll i uppgifterna på nästa sida.*

Efter intervjun:
J3: Slut intervju kl: _____

J4: ☐ Intervjun fullföljdes

J5: ☐ Intervjun avbröts vid fråga _____

J6: Framkom något under intervjun som gav anledning till åtgärd?[2]

☐ a) Nej ☐ b) Ja → Ange vad _____

_____

_____

_____

J7: Framkom något särskilt under intervjun som kan tänkas påverka den information som gavs?

☐ a) Nej ☐ b) Ja → Ange vad _____

_____

_____

_____

[2] Eventuell hänvisning till annan behandling ska alltid dokumenteras i klientens journal.

Bilaga 1: AUDIT

(om AUDIT fylls i i samband med baslinjeintervjun, se fråga D1)

Följande frågor gäller dina alkoholvanor de senaste **12 månaderna.** Besvara frågorna så noggrant och ärligt som möjligt genom att ange vilket alternativ som passar bäst för dig. Med ett "glas" menas 50 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin eller 4 cl sprit, t ex whiskey.

K1: Hur ofta dricker du alkohol?

☐ a) Aldrig
☐ b) 1 gång i månaden eller mer sällan
☐ c) 2-4 gånger i månaden
☐ d) 2-3 gånger i veckan
☐ e) 4 gånger/vecka eller mer

K2: Hur många "glas" (ge exempel enligt ovan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

☐ a) 1-2
☐ b) 3-4
☐ c) 5-6
☐ d) 7-9
☐ e) 10 glas eller fler

K3: Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K4: Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K5: Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K6: Hur ofta under det senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K7: Hur ofta under det senaste året har du haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser på grund av ditt drickande?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K8: Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?

☐ a) Aldrig
☐ b) Mer sällan än en gång i månaden
☐ c) Varje månad
☐ d) Varje vecka
☐ e) Dagligen eller nästan varje dag

K9: Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

☐ a) Nej
☐ b) Ja, men inte under det senaste året
☐ c) Ja, under det senaste året

K10: Har en släkting eller vän, läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?

☐ a) Nej
☐ b) Ja, men inte under det senaste året
☐ c) Ja, under det senaste året

Bilaga 3. Männens svar på AUDIT-frågorna

Under det senaste året…		0 %	1 %	2 %	3 %	4 %
Hur ofta dricker du alkohol?		**Aldrig**	**≤1 g/mån**	**2–4 ggr/mån**	**2–3 ggr/v**	**≥4 ggr/v**
	≤39 år	0	3	33	38	27***
	≥40 år	0	2	8	30	60
	Totalt	0	2	18	33	47
Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?		1–2	3–4	5–6	7–9	≥10
	≤39 år	2	11	14	20	53**
	≥40 år	2	15	34	23	26
	Totalt	2	14	26	22	36**
Hur ofta dricker du sex sådana glas eller mer vid samma tillfälle?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	2	9	22	55	13*
	≥40 år	3	7	13	45	33
	Totalt	2	8	16	49	25**
Hur ofta har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	13	31	20	27	9
	≥40 år	25	17	23	22	13
	Totalt	21	22	22	23	12
Hur ofta har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	33	30	17	13	8
	≥40 år	30	24	18	17	11
	Totalt	31	26	18	15	10
Hur ofta har du behövt en drink på morgonen efter mycket drickande dagen innan?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	63	14	6	16	2
	≥40 år	52	19	9	14	6
	Totalt	56	17	8	15	4*
Hur ofta har du haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser på grund av ditt drickande?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	3	23	28	33	13**
	≥40 år	8	10	18	31	34
	Totalt	6	15	22	32	26***
Hur ofta har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	13	34	33	17	3
	≥40 år ¤	23	33	28	14	2
	Totalt ¤	19	34	30	15	2
Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?		**Aldrig**		**Ej senaste året**		**Senaste året**
	≤39 år	17		14		69***
	≥40 år	53		11		36
	Totalt	40		12		48
Har en släkting/vän, läkare/sjukvårdspersonal oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska ner på det?		**Aldrig**		**Ej senaste året**		**Senaste året**
	≤39 år	17		3		80
	≥40 år	12		4		84
	Totalt	14		4		83**

¤ En person hade bortfall på frågan.
§ Varje dag eller nästan varje dag.
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

Bilaga 4. Kvinnornas svar på AUDIT-frågorna

Under det senaste året…		0 %	1 %	2 %	3 %	4 %
Hur ofta dricker du alkohol?		**Aldrig**	**≤1 g/mån**	**2–4 ggr/mån**	**2–3 ggr/v**	**≥4 ggr/v**
	≤39 år	0	0	20	40	40
	≥40 år	0	1	13	31	55
	Totalt	0	1	15	34	51
Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?		**1–2**	**3–4**	**5–6**	**7–9**	**≥10**
	≤39 år	0	17	33	20	30
	≥40 år	3	31	30	16	21
	Totalt	2	27	31	17	23**
Hur ofta dricker du sex sådana glas eller mer vid samma tillfälle?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	0	0	33	53	13
	≥40 år	9	12	20	46	14
	Totalt	7	8	23	48	14**
Hur ofta har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	7	7	53	20	13
	≥40 år	20	20	21	27	13
	Totalt	16	16	30	25	13
Hur ofta har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	20	23	30	20	7
	≥40 år	26	25	25	16	9
	Totalt	24	24	26	17	8
Hur ofta har du behövt en drink på morgonen efter mycket drickande dagen innan?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	60	7	23	3	7
	≥40 år	74	10	8	4	4
	Totalt	70	9	12	4	5*
Hur ofta har du haft skuldkänslor eller samvetsförebråelser på grund av ditt drickande?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	0	3	30	27	40
	≥40 år	1	5	16	25	53
	Totalt	1	5	20	25	50***
Hur ofta har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?		**Aldrig**	**<1 g/mån**	**Varje månad**	**Varje vecka**	**Varje dag §**
	≤39 år	13	27	30	30	0
	≥40 år	25	27	23	25	0
	Totalt	22	27	25	26	0
Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?		**Aldrig**		**Ej senaste året**		**Senaste året**
	≤39 år	40		0		60
	≥40 år	56		4		40
	Totalt	51		3		46
Har en släkting/vän, läkare/sjukvårdspersonal oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska ner på det?		**Aldrig**		**Ej senaste året**		**Senaste året**
	≤39 år	13		0		87*
	≥40 år	30		9		61
	Totalt	25		7		68**

§ Varje dag eller nästan varje dag.
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

Bilaga 5. Exempel på Alkohollinjens informationsmaterial

ISBN 978-91-980442-2-5

Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING