

Hans Bergman, professor, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, sektionschef vid Beroendecentrum Stockholm, Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Håkan Källmén, fil dr i psykologi, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet, Stockholm

Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor

Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997–2001

|| Sedan 1997 har det skett en liberalisering av synen på alkohol som konsekvens av Sveriges EU-inträde och harmoniseringen av vår alkoholpolitik med EUs. Alkoholen har även blivit mer tillgänglig genom bl a lördagsöppet, längre öppethållandetider och fler självbetjäningsbutiker hos Systembolaget. Det har med andra ord börjat ske en successiv uppluckring av den restriktiva svenska alkoholpolitiken. Denna förändring har skett samtidigt som Systembolagets försäljning och resandeförseln av alkoholhaltiga drycker har ökat. En ytterligare uppluckring sker då införselkvoterna ökar och alkoholskatten sänks. Dessa förhållanden talar sammantaget för en ökning av alkoholkonsumtionen och alkoholrelaterade problem. Flera indikatorer pekar redan i denna riktning. Den statistikförda försäljningen av alkohol i liter 100 procent per invånare 15 år och äldre ökade från 5,9 liter 1997 till 6,2 liter år 2000 [1]. Den totala alkoholkonsumtionen har beräknats öka med 15 procent under perioden 1996–2001 och uppskattades till 9,2 liter/person under år 2001 [2]. Under samma period ökade även antalet polisanmälda rattfylleribrott från 12 127 till 17 403 enligt Statistiska centralbyrån.

|| Enkätundersökning med AUDIT-metoden

Även om en ökning av den totala alkoholkonsumtionen har påvisats är det osäkert hur denna ökning är fördelad i befolkningen. Beror den på att redan etablerade riskkonsumenter börjat dricka mer eller på att lågkonsumenter som kvinnor och äldre har börjat etablera regelbundna alkoholvanor? Det är också osäkert om ökningen beror på att människor dricker oftare eller om det dricks större mängder vid varje tillfälle. Populationsundersökningar med enkätmetoden AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) kan ge svar på dessa frågor.

Vi har i tidigare artiklar i Läkartidningen rapporterat att intresset för standardiserade och kvalitetssäkrade metoder för identifiering, utredning och bedömning av alkoholvanor ökat starkt under senare år [3, 4]. För att välja rätt bland olika sådana metoder är det viktigt att vara klar över syftet med undersökningen. Om detta är att i olika populationer, t ex inom primärvården, kriminalvården eller socialtjänsten, identifiera

SAMMANFATTAT

Tio enkätfrågor om alkohol ger svar om riskkonsumtion och alkoholproblem.

Män dricker mer än kvinnor och yngre personer mer än äldre.

Särskilt kvinnor dricker oftare och mer per tillfälle år 2001 än år 1997.

Särskilt oroande är de förändrade alkoholvanorna hos 28–38-åriga kvinnor.

Individer med riskabla eller skadliga alkoholvanor för eventuella ytterligare åtgärder rekommenderar vi AUDIT-metoden. Testet har på kort tid blivit mycket populärt i Sverige och i många andra länder.

AUDIT rekommenderas av Världshälsoorganisationen (WHO) och har genererat mycket forskning på kort tid [5]. Bara de betydligt äldre metoderna CAGE (»cut-down, annoyance, guilt, eye-opener«) [6], MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) [7] och MacAndrew Alcoholism Scale [8] har genererat mer forskning inom området. Allt fler går dock över till AUDIT som »psykologisk alkoholmarkör« på grund av dess fördelar [4]. Syftet med AUDIT var att konstruera en testmetod som kunde fungera bra oberoende av skillnader i konsumtionsvanor och alkoholkultur mellan länder, särskilt inom primärvården [9]. Frågorna i AUDIT är utvalda på basis av deras korrelation med daglig alkoholkonsumtion, beroende eller missbruk av alkohol och alkoholrelaterade skador. AUDIT består av tio frågor som var och en poängsätts från 0 till 4, vilket betyder att maximalt 40 poäng kan uppnås. Det finns tre frågor om konsumtionsmönstret, tre om alkoholberoende och fyra om alkoholrelaterade skador eller problem. På blanketten förklaras »standarddrink« som ett glas om 12 gram 100 procent alkohol. Denna dos kan intas i form av öl, vin eller sprit, som framgår av blanketten. Då den-

Här är några frågor om Dina alkoholvanor. Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

AUDIT

Med ett "glas" menas:

45 cl öl
33 cl starköl
1 glas rött eller vitt vin
1 liter glas starkvin
40 sprit, 3,5 volymprocent

Markera med kryss eller det alternativ som gäller för Dig

Hur gammal är Du? år Man Kvinna

1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Alltid <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se ovan) dricker du ett typiskt dag att Du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker Du en sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under senaste året har Du inte kunnat hålla drickandet Du böjer?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under senaste året har Du fått ett gilla något som Du borde för att Du drack?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har Du blivit en "drack" på morgonen eller mycket drickande dagen efter?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under senaste året har Du fått skuldbevis eller samvittsbesvär på grund av Din drickande?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kunnat hålla vad Du sagt eller gjort?	Alltid <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Vissa gånger <input type="checkbox"/>	Varje dag eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har Du eller någon annan blivit skadat på grund av Din drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en skilsmässa eller våld, en förälskelse eller någon annan (som tvångsbehandling) druckit sig över Dig så mycket eller mer än att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>	Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

Figur 1. Blankett för enkätundersökning enligt AUDIT-metoden.

na blev feltryckt i en tidigare Läkartidningsartikel [3] biläggs den. (Figur 1)

Olika gränsvärden för män och kvinnor

För att operationalisera »riskabla eller skadliga alkoholvanor« i ett screeningtest av AUDIT-typ behövs ett gränsvärde. Valet av detta bör göras med avseende på vad som är viktigast i den aktuella situationen. Vid ett lågt värde identifieras ett stort antal av de personer som verkligen har riskabla eller skadliga alkoholvanor, men risken är stor att man samtidigt får med personer som inte har sådana alkoholvanor, beroende på slumpmässiga mätfel (låg specificitet). Vid högre gränsvärden reduceras antalet identifierade falskt positiva fall, men risken ökar att man inte identifierar alla med riskabla alkoholvanor (låg sensitivitet). Ett gränsvärde på 8 poäng visades ge den bästa kombinationen av sensitivitet och specificitet bland primärvårdspatienter i sex olika länder [9]. Detta gränsvärde har sedan använts i de flesta sammanhang. Sensitiviteten och specificiteten vid ett givet gränsvärde hos en screeningmetod varierar med hur vanligt förekommande (prevalensen) det undersökta tillståndet är i den population den testade tillhör. En kvalitetskontroll av den svenska versionen av testet gjordes på en grupp akutpsykiatriska patienter [3]. AUDIT hade god mät-noggrannhet (reliabilitet) och relevans (validitet) för att identifiera patienter som senare fick diagnosen alkoholberoende eller alkoholmissbruk. På grund av den höga förekomsten av sådana diagnoser gav emellertid gränsvärdena 13 och 15 poäng högre sensitivitet och specificitet än den rekommende-

rade gränsen 8 poäng. Bedömning och återkoppling av enskilda patienters alkoholvanor underlättas om det finns referensdata från allmänna befolkningen att jämföra med. En studie för att pröva testets tillförlitlighet och ta fram sådana jämförelsedata genomfördes 1997 [4]. Studien genomfördes som en anonym postenkät och omfattade ett slumpmässigt stickprov om 1 250 svenska män och kvinnor. Med en svarsfrekvens om 79,8 procent analyserades AUDIT-svaren för 997 personer. Eftersom kvinnor är känsligare för alkohol än män rekommenderade vi att gränsvärdet skulle sänkas från 8 till 6 poäng för dessa. Vid ett gränsvärde om 8 poäng för män och 6 för kvinnor befanns 17,9 procent av männen och 10,6 procent av kvinnorna ha riskabla eller skadliga alkoholvanor. Vi kunde också konstatera att den bästa frågan i testet (högsta item-total korrelationen) var frågan om frekvensen intensivkonsumtion (sex eller fler glas per dryckestillfälle). Vi presenterade även en tabell för överföring av en persons poäng på AUDIT till åldersnormerade T-poäng (M=50, SD=10) separat för män och kvinnor. Genom att använda dessa T-poäng standardiseras AUDIT-resultatet med avseende på ålder och kön.

Risikkonsumtion och alkoholproblem delskalor

I ytterligare en AUDIT-studie på samma enkätmaterial genomfördes en faktoranalys av de tio AUDIT-frågorna [10]. På basis av denna analys föreslog vi att totalresultatet i testet skulle kunna kompletteras med resultatet på delskalorna »Risikkonsumtion« (frågorna 1–3) och »Alkoholproblem« (frågorna 4–10). Båge delskalorna visade tillfredsställande mät-noggrannhet (både intern konsistens och test-retestreliabilitet).

Syftet med föreliggande undersökning var att replikera 1997 års studie för att ytterligare kvalitetssäkra AUDIT och pröva hypotesen att det skett en ökning av självrapporterad alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem under de fyra år som gått. Närmare bestämt ville vi testa: a) stabiliteten i faktorstrukturen, dvs om vi även denna gång erhöll två faktorer svarande mot »Risikkonsumtion« och »Alkoholproblem«; b) AUDITs mät-noggrannhet avseende intern reliabilitet; c) huruvida män och kvinnor fått mer riskabla och skadliga alkoholvanor under den senaste fyraårsperioden och i så fall vilka åldersgrupper.

II Metod

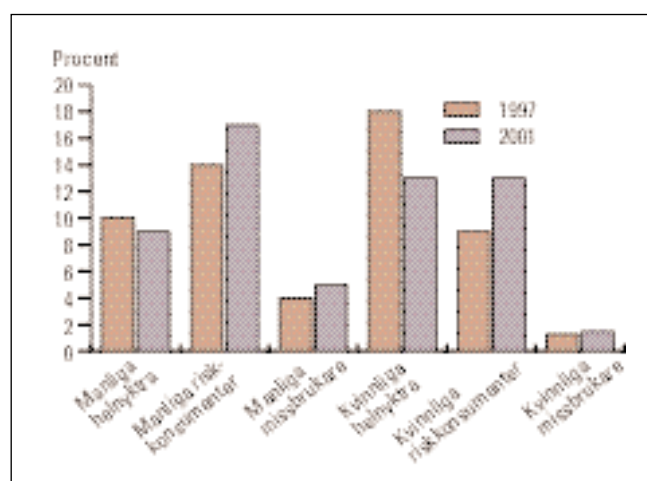
Ett slumpmässigt urval om 1 250 personer i åldern 17–71 år, hälften män hälften kvinnor, drogs från DAFA/SPARs register över personer folkbokförda i Sverige genom SchlumbergerSema InfoDats försorg. AUDIT skickades som postenkät tillsammans med ett följebrev, där syftet med undersökningen beskrevs. Mottagarna informerades om att de kunde få en ersättning i form av ett presentkort värt 50 kronor om de meddelade sitt kodnummer som var förtryckt på AUDIT-blanketten. 92 personer begärde ersättning (10,3 procent). Kodnumret var samtidigt en kontroll på att man hade skickat in enkäten. Två påminnelsebrev skickades ut, efter fem respektive tio veckor.

Lägre svarsfrekvens än för fyra år sedan

Datansamlingen utfördes under perioden maj–september 2001. Några »efterslätrare« returnerade emellertid sina ifyllda AUDIT först under oktober månad. Eftersom ett antal personer hade flyttat och den nuvarande adressen var okänd returnerades 18 utskick obrutna. Genom ett administrativt fel kom 57 personer att besvara enkäten två gånger. Dubletterna utnyttjades för att beräkna test-retestreliabilitet över i genomsnitt två månader. Sammanlagt 339 personer hördes aldrig av trots påminnelser. Analyserna bygger således på 893 AUDIT-enkäter (471 kvinnor och 422 män), vilket ger en svarsfrekvens på 72,5 procent (7,3 procent lägre

Tabell I. Beskrivning av bortfallet per kön och ålder år 1997 och år 2001 avseende förväntad frekvens och bortfallsandel i procent.

	17–27 år		28–38 år		39–49 år		50–60 år		61–71 år		Alla	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Män												
Förväntad frekvens	128	122	144	145	139	134	129	138	85	86	625	625
Bortfall, procent	24,2	41,0	27,8	31,7	31,6	33,6	16,3	27,5	21,2	27,9	24,6	32,5
Kvinnor												
Förväntad frekvens	125	119	140	142	137	132	128	137	95	95	625	625
Bortfall, procent	30,4	30,3	17,8	19,7	1,5	39,4	14,1	13,9	16,8	21,1	15,8	24,8



Figur 2. Förändring mellan åren 1997 och 2001 i antalet helnykterister och positiva fall uppdelade i »Riskkonsumenter« (män 8–14 och kvinnor 6–12 poäng) och »Tyngre missbrukare« (män 15 och kvinnor 13 poäng eller mer).

re än fyra år tidigare). Ett internt bortfall uppstod på grund av att ålder saknades för elva personer, och hos en person saknades uppgifter om både ålder och kön. Sex blanketter var ofullständigt ifyllda, och en totalpoäng kunde inte beräknas. Om respondenten på fråga 1 svarat att han/hon aldrig dricker alkohol och sedan inte svarat på resterande frågor, har vi på samma sätt som 1997 registrerat 0 poäng på alla frågor. I de åldersrelaterade analyserna ingår 881 personer (71,2 procent) och i analyserna av totalpoäng ingår 887 personer (72 procent).

Resultaten på frågorna 1 och 2 omkodades enligt metoden använd av Seppä och medarbetare [11] för att kunna beräkna en veckokonsumtion för varje person. Resultaten av denna beräkning ställdes sedan mot de gränser för riskfylld konsumtion, 110 gram/vecka för män och 80 gram/vecka för kvinnor, som föreslagits av Rydberg och medarbetare [12].

Bortfall av tyngre missbrukare

Genom att beräkna det förväntade antalet personer i varje åldersklass kunde bortfallet skattas (Tabell I). Av anonymitetsskäl hade vi nämligen inte tillgång till datafilen med hela stickprovet om 1 250 personer. Bortfallet var högt bland 17–27-åringarna av båda könen och betydligt större bland män år 2001 än år 1997. Skillnaden mellan könen var störst i åldersklassen 50–60 år. Det största bortfallet för kvinnor och största skillnaden mellan årtalen noterades i åldersklassen 39–49 år. Den synnerligen låga bortfallsandelen 1997 i denna grupp kan bero på ett slumpfel som gjort att ett alltför stort antal kvinnor i detta åldersintervall kommit med i stickprovet.

En annan uppskattning av bortfallets eventuella påverkan

gav sambandet mellan bortfallsstorlek och försäljningen av alkohol per län i Sverige [1] under antagandet om ett samband mellan försäljningsnivå och konsumtionsnivå. Något sådant samband förelåg dock inte ($\chi^2=0,12$, NS). Det län där det köptes minst alkohol (Jönköping) hade i själva verket ett av de största bortfallen.

Ett tredje försök till uppskattning av bortfallets eventuella påverkan gjordes under antagandet att personer med hög alkoholkonsumtion på grund av sociala normer och värderingar är mindre benägna att avslöja sina alkoholvanor än de med låg konsumtion. Om detta antagande är riktigt bör de personer som svarat först efter två påminnelser vara mer lika dem som inte svarat alls. Om det finns en skillnad i resultat mellan dem som svarat snabbt och dem som svarat först efter två påminnelser bör också bortfallet skilja sig från dem som svarat i riktning mot mer riskabla och skadliga alkoholvanor. Före första påminnelsen erhöles 667 enkätsvar och mellan första och andra påminnelsen ytterligare 122 svar. Den andra påminnelsen efter tio veckor gav ytterligare 104 svar. Det förelåg ingen statistiskt säkerställd skillnad i AUDIT-resultat mellan de tre svarstidsgrupperna ($P=0,60$).

Sammanfattningsvis tyder inte bortfallsanalyserna på att bortfallet allvarligt snedvridit undersökningsresultaten, men vi torde dock ha ett selektivt bortfall av tyngre missbrukare. Andelen män med riskabla eller skadliga alkoholvanor kan ha underskattats år 2001 på grund av det stora bortfallet av 17–27-åriga män. Resultatet är osäkert även för 39–49-åriga kvinnor på grund av det uppskattade stora bortfallet bland dessa.

II Resultat

Med gränsvärdet 8 poäng för män och 6 för kvinnor identifierades 21,1 procent av männen (95 procentens konfidensintervall 17,2–25,0 procent) och 14,9 procent (95 procentens konfidensintervall 11,7–18,1 procent) av kvinnorna. Motsvarande prevalenstal fyra år tidigare var 17,9 (14,4–21,4 procent) respektive 10,6 procent (8,0–13,2 procent). Den 18-procentiga ökningen bland männen var inte statistiskt säkerställd enligt χ^2 -test. Det relativt större bortfallet av just 17–27-åriga män 2001 jämfört med 1997 kan dock ha lett till en viss underskattning av förändringen i den manliga populationen. Den 41-procentiga ökningen för kvinnornas del var däremot statistiskt säkerställd ($\chi^2=3,95$, $P<0,05$). Andelen helnykterister sjönk från 9,8 till 8,6 procent ($\chi^2=0,34$, NS) bland männen och från 18,1 till 13,0 procent bland kvinnorna ($\chi^2=4,84$, $P<0,05$) (Figur 2).

Däremot kunde den obetydliga ökningen av andelen män och kvinnor med ett poängtal om minst 15 respektive 13 (»tunga missbrukare«) jämfört med 1997 inte säkerställas statistiskt (4,0–4,6 procent respektive 1,3–1,5 procent). Möjligen kan det större bortfallet i årets enkät (särskilt bland yngre män) ha påverkat resultatet, dvs att ökningen var så marginal kan ha berott på ett större selektivt bortfall av »tunga missbrukare« detta år. Resultaten av veckokonsumtionsbe-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Tabell II. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) för totalpoäng, »Riskkonsumtion« och »Alkoholproblem« per åldersgrupp och kön samt andelen positiva fynd enligt gränsvärdena 8+ för män och 6+ för kvinnor.

Kön	Män								Kvinnor							
	17–27 år		28–60 år		61–71 år		Alla		17–27 år		28–60 år		61–71 år		Alla	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Riskkonsumtion	4,9	2,6	3,6	2,2	2,6	1,8	3,7	2,3	3,5	2,1	2,5	1,5	1,4	1,5	2,5	1,7
Alkoholproblem	2,9	4,0	1,4	2,7	0,5	1,3	1,5	2,9	1,6	3,1	0,6	1,5	0,4	1,2	0,7	1,9
Totalt	7,8	6,0	5,0	4,2	3,1	2,7	5,2	4,5	5,0	4,5	3,0	2,3	1,8	2,2	3,2	3,0
Andel positiva fynd, procent	41,7		19,5		6,5		21,3		35,8		12,3		2,6		14,8	

Tabell III. Förändring i kvinnors totalpoäng, »Riskkonsumtion«, »Alkoholproblem« och prevalens av riskabla eller skadliga alkoholvanor i AUDIT mellan åren 1997 (M1) och 2001 (M2) per åldersgrupp samt T-test av skillnaderna mellan M1 och M2. ¹= P<0,05. ²=P<0,01.

Ålder	17–27 år M1–M2	28–38 år M1–M2	39–49 år M1–M2	50–60 år M1–M2	61–71 år M1–M2	Alla M1–M2
<i>Totalpoäng</i>						
Medelvärde	4,7–5,0	2,8–3,6 ²	2,6–2,8	2,2–2,6	1,4–1,9	2,7–3,2 ²
Prevalens i procent	26,4–35,8	13,0–20,1	8,2–7,6	6,4–6,8	0,0–2,6	10,6–14,9
<i>Riskkonsumtion</i>						
Medelvärde	3,3–3,4	2,4–2,9 ¹	2,3–2,2	1,7–2,3 ²	1,3–1,4	2,2–2,5 ²
<i>Alkoholproblem</i>						
Medelvärde	1,4–1,5	0,4–0,8 ¹	0,3–0,6	0,4–0,3	0,1–0,4 ¹	0,5–0,7

räkningarna visade att 59 procent av männen och 56 procent av kvinnorna rapporterade en riskfri alkoholkonsumtion medan 15 procent av männen och 7 procent av kvinnorna rapporterade en riskfylld konsumtion, dvs 110 respektive 80 gram/vecka eller mer.

Tillfredsställande mätnoggrannhet

Korrelationerna mellan varje fråga i AUDIT överensstämmer i stort med resultatet 1997. Fortfarande förklarar fråga 3 om frekvens intensivkonsumtion (Hur ofta dricker Du sex glas eller mer vid samma tillfälle?) den största andelen av variansen i totalpoäng (59 procent). Intressant var att fråga 1 om »dryckesfrekvensen« (Hur ofta dricker Du alkohol?) förklarar en större andel av variansen nu (27 procent) än 1997 (13 procent). Samma två faktorer erhöles som 1997; frågorna 1, 2 och 3 laddade i »Riskkonsumtion« och frågorna 4–10 i »Alkoholproblem«.

Mätnoggrannheten i AUDIT i form av intern reliabilitet (Cronbach alpha) för båda könen var 0,81 för totalpoäng, 0,65 för »Riskkonsumtion« och 0,80 för »Alkoholproblem«. Att den blir lägre för »Riskkonsumtion« beror främst på färre frågor jämfört med »Alkoholproblem«, inte på lägre genomsnittskorrelation mellan frågorna. Reliabiliteten var något högre bland män (0,83; 0,67; 0,81) än bland kvinnor (0,75; 0,55; 0,76) beroende på större resultatspridning. Mätnoggrannheten överensstämmer med resultatet 1997 och måste bedömas som tillfredsställande. Svarsstabiliteten över tid (test–retestrelabilitet) beräknades över ett längre tidsintervall (cirka två månader) än 1997. Intraklasskorrelationskoefficienten (som tar hänsyn till eventuella nivåskillnader mellan mättillfällena) var 0,92 (1997: 0,93).

AUDIT-resultat i olika åldersgrupper

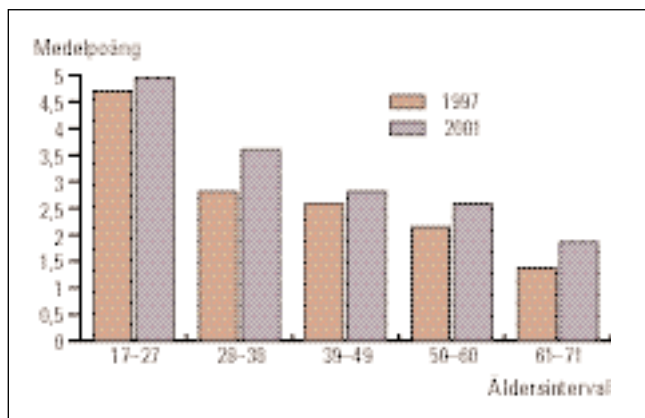
Materialet indelades sedan i samma fem åldersgrupper som 1997: 17–27 (N=154), 28–38 (N=200), 39–49 (N=167),

50–60 (N=218) och 61–71 år (N=137). För att närmare pröva inverkan av kön och ålder utfördes en tvåvägs variansanalys på AUDIT-totalpoäng och på poängtalet i delskalorna »Riskkonsumtion« och »Alkoholproblem«. På samma sätt som 1997 förelåg genomgående signifikanta effekter av kön och ålder (P<0,001). Männen nådde högre poängtal på AUDIT än kvinnorna (M=5,17; SD=4,55 respektive M=3,18; SD=2,97). För båda könen minskade poängtalet i AUDIT med stigande ålder, dvs yngre personer nådde högre poängtal än äldre. Multipla medelvärdesjämförelser enligt Scheffés metod visade att de tre åldersgrupperna i intervallet 28–60 år kunde slås samman till en enda grupp på samma sätt som 1997. AUDIT-resultatet för åldersgrupperna per kön visas i Tabell II. I tabellen visas även prevalensstalen för riskabla eller skadliga alkoholvanor. Tabell II är direkt jämförbar med den tabell som gäller 1997 års studie som finns publicerad i Läkartidningen [2].

Störst förändring bland kvinnor i åldern 28–38 år

En jämförelse av genomsnittlig AUDIT-poäng mellan 2001 och 1997 visade att förändringen i alkoholvanor hos män var för liten för att kunna säkerställas statistiskt enligt T-test för oberoende stickprov (tvåsvansat test). Återigen kan emellertid det större bortfallet år 2001 av män i åldersgruppen 17–27 år ha påverkat resultaten i riktning mot en underskattning av ökningen i populationen. Enligt motsvarande statistiska analys förelåg däremot en säkerställd ökning för kvinnorna i totalpoäng (P<0,01), liksom även i »Riskkonsumtion« (P<0,001, Tabell III). Det förelåg även statistiskt säkerställda förändringar i de tre frågor som ingår i riskskalan. Kvinnorna drack således oftare (fråga 1), konsumerade fler glas per tillfälle (fråga 2) och drack oftare sex glas eller mer per tillfälle (fråga 3) nu än för fyra år sedan (P<0,05).

Förändringen bland kvinnorna motiverade en mer detalje-



Figur 3. Förändring i kvinnors AUDIT-poäng mellan åren 1997 och 2001 per åldersgrupp.

rad analys i olika åldersgrupper. Anledningen till att vi har använt tre åldersklasser i Tabell II var att göra den helt jämförbar med tabellen gällande 1997. Eftersom vi funnit en statistisk signifikant ökning av alkoholkonsumtionen hos kvinnor finns det skäl att återgå till de ursprungliga fem åldersklasserna. Såväl i AUDIT totalt som i »Riskkonsumtion« och »Alkoholproblem« förelåg en statistiskt säkerställd ökning 2001 jämfört med 1997 hos kvinnor i åldersgruppen 28–38 år enligt T-test för oberoende stickprov ($P < 0,05$). Att prevalensökningen om 7,1 procent bland 28–38-åringarna var signifikant medan ökningen om 9,4 procent bland 17–27-åringarna inte nådde signifikans kan förklaras av skillnaderna i utgångsnivåer. Dessutom förelåg en signifikant ökning i »Riskkonsumtion« hos gruppen 50–60 år ($P < 0,01$) och i »Alkoholproblem« för gruppen 61–71 år ($P < 0,05$). En närmare granskning av förändringarna på enskilda frågor visade att de 28–38-åringarna numera både drack oftare (fråga 1) och oftare rapporterade intensivkonsumtion (fråga 3) jämfört med 1997 (Tabell III).

Sammanfattningsvis dricker kvinnor numera både oftare och mer vid varje konsumtionstillfälle än för fyra år sedan. Konsumtionsökningen var tydligast bland 28–38-åringarna, vilka dessutom uppgav mer alkoholrelaterade problem. Att motsvarande förändring inte kunde säkerställas hos 39–49-åringarna bör ses mot bakgrund av det uppskattade stora bortfallet bland dessa 2001 jämfört med 1997. Eftersom fördelningarna av AUDIT-poäng är positivt sneda gjordes signifikans-testningar även med det icke-parametriska Mann-Whitney's U-test. Det visade sig att resultatet stod sig. En grafisk beskrivning av kvinnornas förändringar i AUDIT visas i Figur 3.

II Diskussion

Både test–retest och den interna reliabiliteten som mått på AUDITs mätnoggrannhet var tillfredsställande och överensstämde med resultatet från den identiskt genomförda befolkningsstudien 1997. Kvinnor svarade dock något mindre konsekvent på »Riskkonsumtion«, vilket kan bero på det faktum att konsumtionsfrekvensen ökat något mer än konsumtionsmängden per tillfälle. Ytterligare stöd för detta ges av att korrelationen mellan fråga 1 (frekvens drickande) och totalpoäng har ökat markant, vilket alltså beror på mer »kontinental« alkoholvanor. En faktoranalys gav ytterligare stöd för att de tre första frågorna definierar »Riskkonsumtion« och resterande sju frågor »Alkoholproblem«. Liksom 1997 nådde männen högre poängtal på AUDIT än kvinnor både totalt och i de bägge delskalorna, och yngre personer av bägge könen nådde högre poängtal än äldre.

Som visats ovan var svarsfrekvensen drygt 7 procent läg-

re i denna studie än i den identiskt genomförda studien 1997. Det är en allmän erfarenhet att svarsfrekvensen på postenkäter sjunkit under senare år. Detta kan bl a bero på att fler enkäter och kommersiella marknadsundersökningar är i omlopp ute i samhället numera. Under olika antaganden prövades i tre typer av analyser om bortfallet påverkat resultaten. Så tycktes inte vara fallet. Trots detta föreligger sannolikt ett selektivt bortfall av tyngre missbrukare som lett till en underskattning av prevalensen riskabla och skadliga alkoholvanor. Bortfallet var dessutom 7,3 procent större nu än 1997 och hade ökat särskilt mycket bland 17–27-åriga män och 39–49-åriga kvinnor. Möjligen är alkoholkonsumtionen i bortfallet åldersrelaterad beroende på de rådande attityderna till alkohol i respektive åldersgrupp. Bland unga och bland män är riskabla alkoholvanor inte lika normbrytande som för äldre och bland kvinnor. Det innebär att unga och manliga högkonsumenter torde ha en större svarsbenägenhet än äldre och kvinnliga högkonsumenter. Av detta följer att det stora bortfallet bland unga män (41 procent) inte behöver betyda en signifikant underskattning av prevalensen av riskabla eller skadliga alkoholvanor i just den åldersgruppen trots att prevalensen bland män som helhet torde ha underskattats på grund av att åldersgruppen blivit underrepresenterad. Det drygt 20-procentiga bortfallet bland 61–71-åriga kvinnor kan däremot betyda en klar underskattning av prevalensen i just den åldersgruppen. Det stora bortfallet bland kvinnor mellan 39 och 49 år torde enligt detta resonemang ge en mer osäker uppskattning av den sanna förändringen i gruppen än det stora bortfallet bland de 17–27-åriga männen orsakat i sin grupp, och det kan dessutom innebära en större underskattning av prevalensen i gruppen. Detta kan förklara att totalpoängen i AUDIT ökade mindre bland 39–49-åringarna än i närliggande åldersgrupper.

Kvinnorna närmar sig männens alkoholvanor

Den vanligaste skärningspunkten i AUDIT är 8 poäng, vilken även använts för män i denna studie. Dock har poängtal varierande mellan 2 och 15 förekommit i olika tidigare studier [5]. En jämförelse mellan resultaten 1997 och 2001 visar att andelen män med riskabla eller skadliga alkoholvanor enligt gränsvärdet 8 poäng tenderar att ha ökat något, från 18 till 21 procent. Förändringen ligger dock inom den statistiska felmarginalen men kan möjligen vara en underskattning av förändringen i populationen, eftersom bortfallet 17–27-åriga män (med hög prevalens) var betydligt större i stickprovet 2001 än 1997. Andelen kvinnor med riskabla eller skadliga alkoholvanor hade ökat från 11 till 15 procent enligt gränsvärdet 6 poäng. Denna ökning är statistiskt säkerställd och beror främst på en större kvinnlig alkoholkonsumtion. Däremot kunde den observerade tendensen att svenska kvinnor har mer alkoholrelaterade problem nu än 1997 inte säkerställas statistiskt. Vid detaljerade jämförelser inom åldersklasser framkommer att kvinnor i grupperna 28–38 år och 50–60 år hade ökat sin konsumtionsfrekvens liksom även frekvensen intensivkonsumtion (endast 28–38-åringarna) och därmed sin totalpoäng. Med undantag för 28–38-åringarna rapporterar de dock inte mer alkoholproblem. Med tanke på att åldern för kvinnors barnafödande ökat under senare år och ofta inträffar i 28–38-årsåldern är ökningen av både riskkonsumtion och alkoholrelaterade problem i just denna grupp oroande. Informationen om att alkohol och graviditet inte hör ihop borde därför intensifieras, och AUDIT borde användas som screeningmetod vid landets mödravårdscentraler som utgångspunkt för sekundärpreventiva åtgärder.

Ett högre gränsvärde, 19 poäng, har föreslagits som indikator på svåra alkoholproblem med ett tungt fysiskt beroende [8]. På basis av våra erfarenheter hittills av flera tusen

AUDIT-testningar föreslår vi att de vanliga gränsvärdena 8 respektive 6 poäng kompletteras med 15 poäng för män och 13 för kvinnor som indikation på »tungt missbruk«. Ett AUDIT-resultat under gränsvärdet för tungt missbruk utesluter givetvis inte möjligheten av ett faktiskt alkoholberoende enligt en DSM-IV- eller ICD-10-diagnos.

Med ett föreslaget gränsvärde om 15 poäng för män och 13 för kvinnor kunde ingen ökning av gruppen »tunga missbrukare« säkerställas statistiskt. Resultatet för männens del måste dock ses mot bakgrunden av det större bortfallet i årets enkät, särskilt bland yngre män. Bortfallet och det lilla antalet personer i denna kategori gör resultaten osäkra. Vi avser att göra ännu en populationsstudie med AUDIT år 2005 för att pröva effekten av den uppluckrade svenska alkoholpolitiken då denna torde ha fått ett större genomslag. Det blir intressant att se om vi kan säkerställa en ökning av andelen personer som inte bara har riskabla alkoholvanor utan även alkoholrelaterade problem och »tungt missbruk«. Det brukar ta något eller några år innan en ökning av alkoholkonsumtionen även ger alkoholrelaterade skador och problem.

Det faktum att män verkar ha ökat sin alkoholkonsumtion i något lägre grad än kvinnor ger stöd åt »konvergenshypotesen« [14], dvs att kvinnor successivt börjar närma sig mäns alkoholvanor som en följd av kvinnoemancipationen. En sådan konvergens har rapporterats av Bengtsson och medarbetare [15]. De visade i en longitudinell studie att kvinnor ökat sin alkoholkonsumtion sedan slutet av 1980-talet, särskilt måttlighetsdrickandet, som ökat från en låg nivå medan den tunga konsumtionen inte ökat.

*

Projektet har erhållit ekonomiskt stöd av Systembolagets Fond för alkoholforskning (SFA) och godkänts av Karolinska sjukhusets regionala etiska kommitté.

Referenser

1. Drogutvecklingen i Sverige: Rapport 2001. Rapport nr 63, Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2001.
2. Leifman H, Trolldal B. Svenskens alkoholkonsumtion i början av 2000-talet med betoning på 2001. SoRad forskningsrapport nr 3, Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet; 2002.
3. Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. *Läkartidningen* 1998;95: 4731-5.
4. Bergman H, Källmén H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen* 2000;97:2078-84.
5. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21:613-9.
6. Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-7.
7. Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psych* 1971;127:1653-8.
8. MacAndrew C. The differentiation of male alcoholic outpatients from non-alcoholic psychiatric outpatients by means of MMPI. *Q J Stud Alcohol* 1965;26:238-46.
9. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborated project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.
10. Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Alcoholism* 2002;37:245-51.
11. Seppä K, Mäkelä R, Sillanaukee P. Effectiveness of the alcohol use disorders identification test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19:999-1003.
12. Rydberg U, Damström-Thakker K, Skerfving S. Risk evaluation of alcohol. In: Costa e Silva JA, Nadelson CC, editors. *Int Rev Psychia*. Vol 1. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993. p.563-600.
13. Claussen B, Aasland OG. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a routine health examination of long term unemployed. *Addiction* 1993;88:363-8.
14. Neve RJM, Drop MJ, Lemmens PH, Swinkels H. Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addiction* 1994;91:357-73.
15. Bengtsson C, Allebeck P, Lissner L, Björkelund C, Hallström T, Sigurdsson JA. Alcohol habits in Swedish women: observations from the population study of women in Gothenburg, Sweden 1968-1993. *Alcohol Alcoholism* 1998;33:533-40.

SUMMARY

Swedish women have developed riskier and more harmful alcohol habits. Study of changes in Swedes' alcohol habits during 1997-2001

Hans Bergman, Håkan Källmén

Läkartidningen 2003;100:1028-35

A random sample of 1,250 persons from the general Swedish population responded to the Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT. The results (72.5% response rate) were compared to the results from an identical survey made 1997 (79.8% response rate). The factor structure and the internal reliability showed good correspondence with those of 1997, indicating a stable and satisfactory psychometric quality of the Swedish AUDIT version. The female prevalence of hazardous or harmful alcohol use had increased from 11 to 15 percent between 1997 and 2001. Thus, women, particularly 28-38 years old, reported drinking more often and in greater amounts. Furthermore, the prevalence of female teetotallers had decreased from 18 to 13 percent. The corresponding trends among men were not significant but might have been underestimated due to a greater dropout, particularly among young men in the year of 2001.

Correspondence: Hans Bergman, Dept of Clinical Neuroscience, Clinical Alcohol and Drug Addiction Research Section, Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, SE-171 76 Stockholm, Sweden.