



Självständigt arbete, 15 hp

Förekomst av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre

En kvantitativ studie baserat på data från SNAC-B

Annika Eriksson
Tilda Hammar

Handledare: Benjamin Grossmann
Sjuksköterskeprogrammet, OM1542
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona december 2024

Förekomst av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre.

Annika Eriksson
Tilda Hammar

Sammanfattning

Bakgrund: Den äldre befolkningen är en ökande population i dagens samhälle där personer över 60 år förväntas fördubblas till år 2050. Den ökade befolkningsmängd kommer medföra en ökad fysisk och psykisk hälsoproblematik som kan påverka den upplevda ensamheten, den diagnostiserade depressionen och alkoholkonsumtionen. Dessa problem är oftast integrerade med varandra, svårupptäckta och stigmatiserade vilket medför att sjuksköterskan behöver kunskap kring förekomsten för att vara observant, se helheten och vara närvarande i mötet med patienten.

Syfte: Beskriva förekomsten av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre.

Metod: En kvantitativ metod med deskriptiv tvärsnittsdesign användes till denna studie med ett urval från The Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge (SNAC-B).

Resultat: 42,2% av de som upplevde ensamhet var i ålderskategorin >84 år där majoriteten svarade *Ja ibland*. Merparten av de som upplevde ensamhet var bland kvinnor i båda ålderskategorier. Resultatet indikerade på en signifikant skillnad mellan ålder ($p=0.007$) och kön ($p < 0.001$). 3,9% av de som hade en diagnostiserad depression var i ålderskategorin 66–78 år. Majoriteten av de som svarade *Ja* var kvinnor i båda ålderskategorier. Resultatet indikerade inte på en signifikant skillnad mellan varken ålder ($p=0,912$) eller kön ($p=0,110$). 5,2% av de som hade riskabla alkoholvanor var i ålderskategorin 66–78 år. Kön fördelningen var lika fördelat i båda ålderskategorier. Resultatet indikerade inte på en signifikant skillnad mellan varken ålder ($p=0,588$) eller kön ($p=0,993$).

Slutsats: Majoriteten av de äldre upplevde inte ensamhet, hade ingen diagnostiserad depression och hade inga riskabla alkoholvanor. Resultatet bevisar därmed att sjuksköterskan bör arbeta mångsidigt och ha kunskap kring förekomsten. Detta för att uppfatta riskfaktorer i patientens fysiska och psykiska uttryck samt i patientberättelsen, då problemen är stigmatiserade.

Nyckelord: Upplevd Ensamhet, Diagnostiserad Depression, Alkoholkonsumtion, Äldre

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Den äldre populationen	5
Upplevd ensamhet	6
Diagnostiserad depression	7
Alkoholkonsumtion	7
AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test	8
Personcentrerad vård	9
Jean Watsons teori för mänsklig omsorg – att värna om mänskligheten	9
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	11
Design	11
SNAC	12
Urval	12
Datainsamling	13
Dataanalys	13
Variabelgenomgång	14
Statistisk analys	15
Bortfallsanalys	15
Etiska överväganden	15
Resultat	16
Upplevd ensamhet	16
Diagnostiserad depression	18
Alkoholkonsumtion	19
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
Kliniska implikationer	26
Förslag på fortsatt forskning	27
Självständighet	27

Referenser	28
Bilaga 1 AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test	34
Bilaga 2 AUDIT Riskzon	35
Bilaga 3 Fristående frågor	36

Inledning

Enligt Andréasson et al. (2019) är den äldre populationen en växande grupp i befolkningen där medelåldern fortsatt ökar världen över. Den andel personer som är över 60 år förväntas bli dubbelt så stor vid år 2050 och i Sverige beräknas antalet äldre än 65 år öka med 26 procent mellan åren 2015 och 2030. Dödligheten minskar och de antal levnadsår med sjukdom ökar inom denna population vilket i sin tur ökar belastningen på vården (Andréasson et al., 2019). I takt med denna befolkningsökning kommer den fysiska och psykiska hälsoproblematik att öka där den äldre individen blir mer sårbar (Folkhälsomyndigheten, 2023b).

Depression är en av de vanligaste psykiska sjukdomarna bland äldre som påverkas av de fysiska sjukdomar och funktionsnedsättningar som kommer med ålderdomen (Lennartsson et al., 2019). Depression har en koppling till och påverkar samt påverkas av flera faktorer som upplevelse av ensamhet och konsumtion av alkohol (Andréasson et al., 2019). Känslan av upplevd ensamhet är vanligt förekommande bland alla människor i alla åldrar, men är mer påtaglig bland äldre över 75 år (Socialstyrelsen, 2022a). De livsförändringar som kommer med åldern kan generera en större upplevelse av ensamhet (Sirén & Lindberg, 2021). Alkohol som därmed har en ångestdämpande och lugnade effekt, påverkar hjärnans belöningssystem och lindrar de spänningar som finns för stunden då man dricker (Systembolaget, 2016). Alkoholkonsumtionen har ökat med 30 procent bland äldre över 65 år under perioden 2004–2021 (Guttormsson, 2022). Detta kan innebära ett problem då alkoholen har en beroendeframkallande och lugnande effekt där risken för att individen fortsätter bruka alkohol vid samma problematik igen är stor (Systembolaget, 2016). Eftersom dessa problem upplevs skamfyllda är det vanligt förekommande att individer inte söker hjälp för dem specifikt. Sjuksköterskan bör därmed vara observant på hela individen, dess behov och ha kunskap kring förekomsten för att förebygga ohälsa i denna population som växer.

Bakgrund

Den äldre populationen

Äldre definieras som yngre-äldre vid åldern 65–79 år och äldre-äldre vid >80 år (Karolinska institutet, u.å.). När människan åldras så påverkas kroppen på olika sätt, biologiskt och

psykologiskt (Lundman & Norberg, 2019). Även den äldres miljö kommer att förändras och påverka individen där faktorer som förtroendefulla relationer, sociala relationer, hälsotillstånd, social- och fysisk aktivitet, utbildningsnivå och boendemiljö är väsentliga (Nationalencyklopedin [NE], u.å.). Kroppens åldrande är mångfacetterat vilket uttrycks i en påverkan och nedsättning i kroppens olika organ samt system, den viktigaste konsekvensen för den äldre personen är den minskade reservkapaciteten som ger en försämrad motståndskraft mot yttre påverkan (Ernst Bravell et al., 2017b). I samband med det naturliga åldrandet ökar risken för multisjukdom och polyfarmaci vilket medför att symtombilden kan vara svårtolkad (Ernst Bravell et al., 2017c). Ett hälsosamt åldrande handlar om att hitta strategier för att optimera livskvaliteten och hantera de nedsatta funktioner, förluster och förändrade levnadsförhållanden som kommer med åldern (Lundman & Norberg, 2019).

Äldre är en växande grupp i befolkningen. Åldersgruppen 60 år och äldre har ökat mer än befolkningen som helhet. De senaste 50 åren har denna åldersgrupp ökat med 65 % jämfört med resterande befolkning som har ökat med 35 %. Den åldersgrupp som har ökat mest procentuellt är 90 år och äldre. Denna utveckling förväntas fortsätta, och hela gruppen äldre beräknas vara kring 30 miljoner om 10 år (Statistiska Centralbyrån, 2022).

Upplevd ensamhet

Ensamhet brukar beskrivas som en subjektiv och negativ upplevelse, där individens faktiska och önskade grad av social kontakt inte samspekar (Folkhälsomyndigheten, 2024b).

Ensamheten kan vara frivillig som ofrivillig där behovet av det skiljer sig mellan olika individer. Frivillig ensamhet kan ha positiva effekter där det kan ge möjlighet till reflektion, återhämtning och mer tid kan tas till egna behov där mer frihet finns för egentid. Den ofrivilliga ensamheten kan däremot leda till långvarig fysisk och psykisk ohälsa då avsaknaden av den sociala gemenskapen kan kännas otryggt och skrämmande (Ahlgren, 2023). Ensamhet kan upplevas av alla människor och förekommer i alla åldrar men är vanligast bland yngre och äldre över 75 år. Det beräknas att ungefär 10–15 % av den äldre befolkningen över 75 år upplever ensamhet (Socialstyrelsen, 2022a). Äldre personer med åldersrelaterade försämringar av fysisk och psykisk karaktär upplever en större ensamhet än personer med få begränsningar (Sirén & Lindberg, 2021). Riskfaktorer som associeras till ensamhet är att vara ensamstående, att förlora en partner, ha ett begränsat socialt nätverk, begränsad social aktivitet, låg uppskattad hälsa, depressiva besvär och depression (Dahlberg et al., 2021). Den äldre personen söker inte alltid hjälp för sin ensamhet då det kan vara

stigmatiserat vilket påverkar livskvaliteten och då det finns en okunskap kring individuella hjälpinsatser som samtalsterapi, fysisk aktivitet, sociala aktiviteter och interaktioner (Kunskapsguiden, 2023a). Goda sociala kontakter som är skapta på emotionella band är en väsentlig del för människans välbefinnande för att minska den subjektiva upplevelsen av ensamhet (Axén et al., 2023).

Diagnostiserad depression

Depression är en vanlig psykisk sjukdom i dagens samhälle. Denna diagnos kännetecknas av ett sänkt stämningsläge med minskad energi, avsaknad av glädje, minskad självkänsla, sömnlöshet, störd aptit och förändrad kroppsvikt under minst två veckor (World Health Organization [WHO], 2023). Depression kan behandlas icke farmakologiskt med samtalsterapi, beteendeaktivering, fysisk aktivitet samt sociala aktiviteter där samverkan i vårdteamet kan behandla och stödja en äldre person med bristande drivkraft (Ludvigsson, 2024). Depression påverkar alla aspekter i livet där relationer till vänner och familj inkluderas (WHO, 2023). Bland äldre är depression bland det vanligaste psykiatriska tillståndet och anses vara så omfattande att det ska benämnas som ett folkhälsoproblem (Kunskapsguiden, 2020). Däremot är det svårt att diagnostisera i denna åldersgrupp jämfört med yngre eftersom de väljer att inte erkänna sina depressiva symtom och är mer benägna att därmed underrapportera dem (Kim et al., 2017). Det beräknas att ungefär 5,7 % av äldre över 60 år i världen är drabbade av depression (WHO, 2023). De som löper störst risk att drabbas är de av kvinnligt kön, de som har lägre utbildningsnivå, har kronisk sjukdom och de som upplever ekonomisk otillräcklighet (Yaka et al., 2014). Risken är även ökad för änklingar, arbetslösa, de som lider av medicinska faktorer, de som drabbas av olika livshändelser som konflikter inom familjen, dödsfall inom familjen samt sjukdom som drabbar en själv eller familjemedlemmar (Buvneshkumar et al., 2018). Depressionen bland äldre uppstår till följd av de förändringar som sker hälsomässigt och socialt, och präglas av hopplöshetskänsla, ångest och oro (Kunskapsguiden, 2020).

Alkoholkonsumtion

Alkohol är ett av de vanligaste berusningsmedlen som konsumeras i Sverige som i västvärlden. Alkohol påverkar kroppen på olika sätt och kan vara förknippat med känslor av välbehag, avslappning och ångestlindring men ger även en ökad trötthet och irritabilitet som konsekvens (Guttormsson, 2020). Alkoholkonsumtion är aldrig helt riskfritt men enligt definitionen genererar riskbruk en förhöjd risk för skadliga sjukdomar som kan skilja sig

mellan olika individer (Folkhälsomyndigheten, 2023a). Riskbruket kan mätas och definieras med dryckesmönster, rekommendationer för antalet standardglas eller mätinstrumentet AUDIT (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], 2020). När kroppen åldras så reagerar den annorlunda och blir mer känslig för alkoholen på grund av den minskade kroppsvikt, tidigare medicinering och överlag försämrade hälsotillstånd. Sedan EU-inträdet år 1995 skedde en kraftig ökning av alkoholkonsumtion vilket förlöpte de följande tio åren (Karolinska institutet, 2024), då gränserna för import öppnades upp mellan EU-länder, där privatpersoner fick tillgång till billigare alkohol (Ekeroth, 2015). Det har påvisats att alkoholkonsumtionen bland äldre över 65 år har ökat med ungefär 30 procent medan den har minskat i den övriga befolkningen under perioden 2004 – 2021. Konsumtionen av alkohol bland äldre kvinnor har ökat med 46% medan den ökat med 17% bland äldre män under samma period (Guttormsson, 2022). Det har även påvisats att utvecklingen av riskkonsumtionen bland äldre mellan 65–84 år har ökat sedan 2006 – 2022 vilket har genererat besvär av ensamhet i större utsträckning (Folkhälsomyndigheten, 2024a). En studie gjord 2017 har kunnat påvisa att alkohol har en stor påverkan på och är en orsak till flera sjukdomar, fysiska som psykiska. Studien har även kunnat påvisa att alkohol är en orsak till flera dödlighetsutfall (Rehm et al., 2017). En annan studie gjord 2014 kunde påvisa att den mentala hälsan har en påverkan på alkoholkonsumtionen där den ökade hos de deltagarna med sämre mental hälsa och minskade hos de övriga (Bell & Britton, 2014). Det är sällan äldre individer söker hjälp för sin alkoholproblematik då det är förenat med en stark känsla av skam. I dessa lägen söker individerna istället för andra problem vilket ökar kraven på sjuksköterskan (Edberg et al., 2017). Tecken som kan påvisa att en individ har en alkoholproblematik kan visa sig som sömnproblem, humörsvängningar, kognitiva svårigheter och fallrisk för de som redan har nedsatt balans (Kunskapsguiden, 2023b).

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT är ett självuppskattat mätinstrument till för att upptäcka riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion där syftet är att vårdpersonal snabbt ska kunna identifiera individer med denna problematik. Formuläret består av 10 frågor vilka är avsedda att mäta konsumtionen, beroende och alkoholrelaterade skador (bilaga 1). Beroende på vad individen svarar kommer frågorna genereras en viss poäng som placerar dem i en zon vilket beskriver deras riskbruk (Socialstyrelsen, 2022b) (bilaga 2).

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården är en av sjuksköterskans kärnkompetenser som är en väsentlig del i deras arbete. Det grundas på en ömsesidig vårdrelation mellan sjuksköterskan, patienten samt andra betydelsefulla personer i patientens liv. Den ömsesidiga relationen ska grundas på värden som förståelse, förtroende och respekt för patientens integritet samt självbestämmande vilket möjliggör ett gott partnerskap. Det personcentrerade arbetssättet och förhållningssättet innebär att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt och därmed har en helhetssyn på människan. Sjuksköterskan tar därmed hänsyn till personen bakom patienten för att skapa sig en översikt av deras värderingar, övertygelser och föreställningar vilket i sin tur gör patienterna delaktiga i besluten och möjliggör att bästa möjliga vård ges. Det är väsentligt inom den personcentrerade vården för sjuksköterskor att reflektera kring och bli medveten om sina värderingar så de inte påverkar beslutsfattandet (McCance & McCormack, 2019).

Ett personcentrerat förhållningssätt är därmed av ytterst vikt för att sjuksköterskan ska kunna upptäcka och lindra symtom på korrekt sätt (Ernst Bravell et al., 2017c). I mötet med den äldre människan är det därmed väsentligt att utgå och ta del av deras livserfarenheter, sociala förändringar, värderingar och historiska händelser vilket har haft en stor betydelse för dem (Blomqvist & Beck, 2017). Detta inger en känsla av sammanhang i mötet där individen får möjlighet att uttrycka tankar och känslor (Lundman & Norberg, 2019). Att få berätta och bli lyssnad på är salutogent och läkande i sig genom att det lindrar lidande och förebygger ohälsa (Blomqvist & Beck, 2017).

Den personcentrerade vården var central i denna studie relaterat till upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion. Eftersom problemen är relaterade till varandra är det av yttersta vikt att sjuksköterskan är medveten om stigmat kring alkohol och ensamhet. Det är därmed väsentligt vid dessa möten att sjuksköterskan kan fastställa problematiken, individernas behov och resurser genom att ställa rätt frågor och utforma vården därefter. Alkohol och ensamhet är bidragande faktorer till depression vilket ökar kraven på sjuksköterskan att vara observant och se helheten för att arbeta förebyggande med individuella omvårdnadsåtgärder.

Jean Watsons teori för mänsklig omsorg – att värna om mänskligheten

I Jean Watsons teori ligger fokus på den mänskliga omsorgen och hur omvårdnaden bör utgå från att främja hälsa genom att värna om mänskligheten inombords vilket görs genom de tio

olika Caritas processerna. Watson utgår från en tanke av att alla handlingar och möten har en påverkan på människor och universum. Det människan gör mot sig själv och mot andra sprids som ringar på vattnet. Omvårdnad är inte bara något sjuksköterskan gör mot patienten utan något som sker i relationen där båda parter påverkas. Den vårdande relationen är ett ömsesidigt samspel där lidande kan lindras och hälsa återupprättas. Grundläggande för engagemanget i relationen är att sjuksköterskan inte bara ska tillhandahålla fysisk vård utan att främja förmåga till egenomsorg genom att utbilda, vägleda och ge emotionellt stöd för patienten som får förståelse för fysiska, psykiska och mentala behov. I det vårdande mötet ställs sjuksköterskan inför den andra människans utsatthet och sårbarhet. Samtidigt sträcker mötet sig bortom personens livshistoria där erfarenheter, drömmar och visioner är närvarande. Det är väsentligt för sjuksköterskan att uppfatta nyanserna i det den andra säger och förstå intentionen bakom det förmedlade budskapet för att kunna välja begrepp av betydelse. Paradigmet i teorin betonar helheten och främja människors upplevelse av frihet och rättvisa (Watson, 2008).

Sjuksköterskan kommer att möta äldre inom flera olika vårdkontexter som har underliggande problematik med upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkohol utan att det framkommer i mötet. Då dessa faktorer har en negativ påverkan på hälsan både fysiskt och psykiskt är det viktigt att sjuksköterskan kan få patienten att berätta om sin problematik för att det ska åtgärdas och förebyggas. Jean Watsons teori kan därmed användas som referensram i detta arbete då det krävs ett personcentrerat synsätt för att bemöta patienter som har problem med upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och riskabla alkoholvanor. Detta genom en etablerad vårdrelation där sjuksköterskan visar tillit, trygghet och är närvarande i mötet där förmågan finns att förmedla budskap och är medveten om sina värderingar för att undvika att klandra patienten som ges utrymme för att uttrycka sig.

Problemformulering

Den äldre populationen är en stor del av befolkningen idag och statistiskt sett kommer den att öka med åren. Detta innebär att sjuksköterskan kommer att möta fler äldre inom fler vårdkontexter. Åldrandet medför en större risk för multisjukdom där depression är en av de vanligaste psykiska sjukdomarna. Detta i samband med polyfarmaci påverkar kroppen och försämrar motståndskraften på yttre påverkan såsom ensamhet och alkoholkonsumtion. Att åldras i dagens samhälle innebär att de sociala och emotionella relationerna förändras. Detta i samband med förlust av familjemedlemmar och att familjen är geografiskt utspridda över

landet genererar en upplevd känsla av ensamhet som kan vara en riskfaktor till den ökade alkoholkonsumtion som ses inom denna population. Eftersom även depression är starkt relaterat till både en ökad alkoholkonsumtion och en ökad känsla av ensamhet, genereras en större ohälsa och sämre livskvalitet bland äldre. Detta tillsammans med att det upplevs skamfyllt att söka vård för denna typ av problematik gör det svårt att identifiera individer med dessa svårigheter. Sjuksköterskan bör därmed arbeta personcentrerat och vara observant, se personen i sin helhet, skapa tillit och ställa rätt frågor i mötet med patienten för att kunna skapa en lämplig vård och behandling där ohälsa förebyggs. För att detta ska vara möjligt måste sjuksköterskan arbeta evidensbaserat och ha kunskap samt erfarenhet kring förekomsten av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva förekomsten av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre.

Metod

Design

En kvantitativ metod användes i detta arbete i samband med en deskriptiv tvärsnittsdesign. Designen var lämplig utifrån syftet som var att beskriva förekomst av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre.

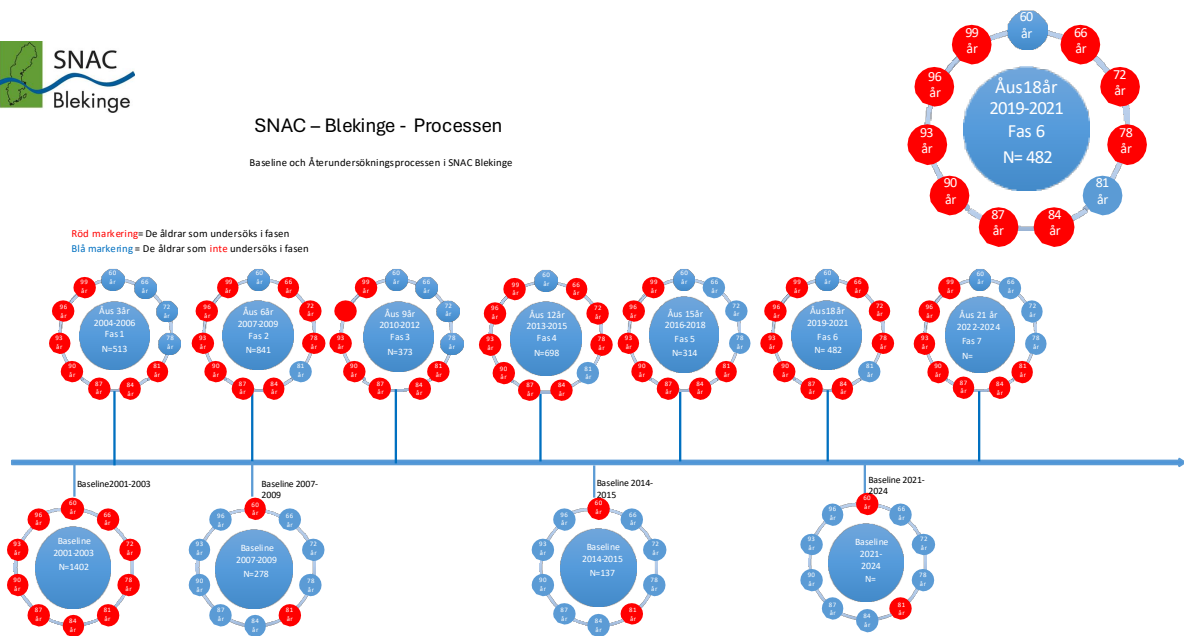
Den kvantitativa metoden härstammar från positivismen vilket grundar sig på idén om objektiv och säker kunskap. För att erhålla ett svar på en forskningsfråga vid en kvantitativ metod används strukturerade mätningar eller observationer varav insamlade data består av siffror i olika former (Billhult, 2023b). En deskriptiv tvärsnittsdesign innebär att egenskaper hos en specifik grupp av människor eller population beskrivs. En viss mängd kunskap är redan känd, därav beskrivs vissa fenomen mer detaljerat (Olsson & Sörensen, 2011, kapitel 2). Tvärsnittsdesignen undersöker populationen vid ett visst nedslag i tiden vilket innebär att karakteristiska drag kan undersökas hos gruppen (Billhult, 2023b).

SNAC

The Swedish National Study of Aging and Care (SNAC) är en nationell longitudinell forskningsstudie om åldrande och vård som involverar fyra olika forskningscentrum i Sverige, Nordanstig, Kungsholmen, Skåne och Blekinge. Studien initierades 2001 med stöd av nationella och lokala myndigheter samt av forskningsråd och universitet. Syftet med SNAC är att upptäcka risk och friskfaktorer, öka kunskap om åldrandet och kartlägga deras behov av vårdinsatser samt förse kommuner och landsting med ökad kunskap. Datainsamling till SNAC inhämtas genom bland annat intervjuer och enkäter vilket upprepas med några års mellanrum för att kartlägga förändringar i de äldres tillvaro (Lagergren et al., 2004). Ett urval av personer över 60 år bjuds in att delta i SNAC inom respektive område. Samma grupp deltagare undersöks vart sjätte år fram till 78 års ålder där undersökningarna fortsättningsvis sker vart tredje år så länge grupperna har möjlighet att delta (Lagergren et al., 2004).

Urval

Till denna studie har data från SNAC i Blekinge (SNAC-B) använts med 18 års återundersökningen som utfördes mellan 2019 och 2021 under pågående pandemi. 18 års återundersökningen var en uppföljning av dels de deltagare som startade 2001 och de deltagare som tillkommit under åren. Urvalet av åldrar som användes i denna studie var 66, 72, 78, 84, 87, 90, 93, 96 och 99 åringar med undantag av 60 och 81 åringar som inte blev kallade till denna återundersökning (figur 1). Utvalda variabler från enkäten utifrån syftet var frågor som berörde upplevd ensamhet, diagnostiserad depression, alkoholkonsumtion och kön.



Figur 1: Undersökningsprocessen inom SNAC i Blekinge (SNAC-B). De cirklar ovan linjen beskriver de deltagare som var med i återundersökningarna medan cirklarna under linjen beskriver de deltagare som tillkom i studien. Antalet deltagare redovisas som bokstaven *n* där röd markering var de åldrar som undersöktes samt tillkom i faserna.

Datainsamling

Data till denna studie samlades in från SNAC-B via enkäter som gjordes mellan 2019 och 2021 där 482 individer deltog av 836 inbjudna. Endast en del av enkätsvaren användes för att besvara syftet. Data kring upplevd ensamhet och diagnostiserad depression erhöles från fristående frågor via enkäterna, vilka inte var validerade instrument (bilaga 3). Vid mätning av alkoholvanorna användes data från AUDIT, ett validerat mätinstrument (bilaga 1). Allt material togs emot via en aidentifierad SPV-fil, vilket ej kunde härleda specifika deltagare till deras svar.

Dataanalys

Analysen var av deskriptiv karaktär vilket genererade en beskrivande statistik över deltagare vilka inkluderades i studien. Data erhöles från SNAC-B där variabler kring ålder, kön upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion valdes ut och fördes över i IBM SPSS Statistics version 30.0.0.0 (171). Enligt Olsson & Sörensen (2021, kapitel 8) kan en överblick skapas av resultatet genom att placera materialet i tabeller. I SPSS analyserades och bearbetades variablerna där de omkodades vilket gav en bättre överblick av eventuella

samvariationer i korstabellerna. Variablerna sattes gentemot ålder och kön där statistiska analyser gjordes för att se på eventuella signifikanta skillnader. Där frekvenstabeller användes benämndes frekvenserna med bokstaven *n*.

Variabelgenomgång

Ålder är en kvantitativ variabel som användes i denna studie där de ursprungliga kategorierna 66, 72, 78, 84, 87, 90, 93, 96 och 99 år används. Denna variabel låg på kvotskalenivå och var kontinuerlig. Variabeln kodades om till två kategorier som baserades på definitionen från Svensk MeSH, 66–78 år placerades i kategorin yngre-äldre och 84 år och äldre placerades i kategorin äldre-äldre. Kategoriseringen gjordes för att tydliggöra resultatet. Efter omkodning blev variabeln ordinal och kategorisk.

Kön var en kvalitativ variabel som var grupperad i två kategorier, *Man* och *Kvinna*. Variabeln låg på nominalnivå då det inte fanns någon rangordning

Upplevd ensamhet var en kvalitativ variabel, frågan ställdes som följande, *Händer det att du känner dig ensam?* Denna fråga hade fyra svarsalternativ som var, *Ja ofta*, *Ja ibland*, *Nej sällan* och *Nej aldrig*. Variabeln bibehölls för att se specifika skillnader mellan svarsalternativen, ålder och kön. Variabeln låg då på ordinalnivå. Variabel kodades däremot om vid utförande av diagram och χ^2 – test där *Ja ofta* och *Ja ibland* placerades i kategorin *Ja* och *Nej sällan* och *Nej aldrig* placerades i kategorin *Nej*. Omkodningen utfördes för att skapa en tydlighet av upplevd ensamhet. Efter omkodning låg variabeln på nominalnivå.

Diagnostiserad depression var en kvalitativ variabel, frågan ställdes som följande, *Har du någon diagnostiserad depression?* Denna fråga hade tre svarsalternativ vilka var, *Ja*, *Nej* och *Vet ej* där endast *Ja* och *Nej* erhöles i datamaterialet (bilaga 3). Variabeln bearbetades inte då den redan var placerad i två kategorier, variabeln låg på nominalnivå.

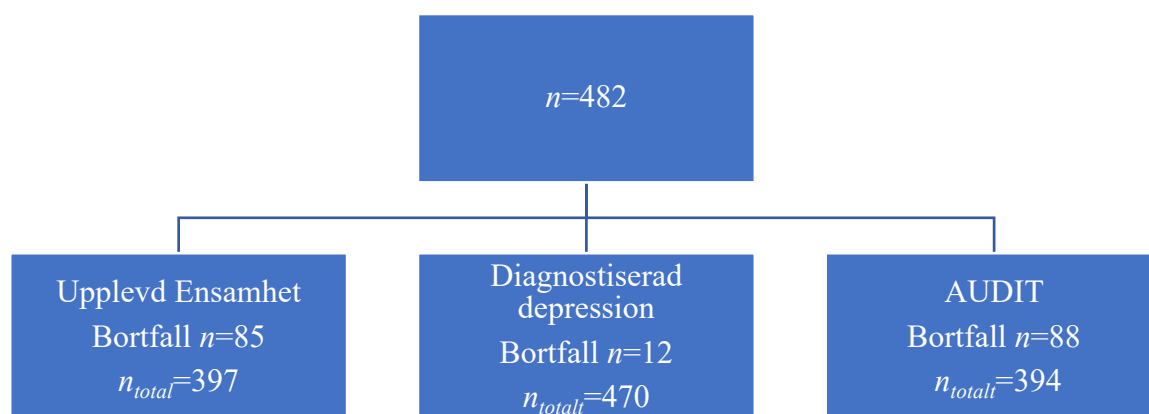
Variablerna som berörde alkohol var baserade på AUDIT vilka omfördelades och kategoriserades i två grupper, *Riskabla alkoholvanor* samt *Ej riskabla alkoholvanor*. De riskabla alkoholvanorna räknades från 6 poäng för kvinnor och 8 poäng för män (bilaga 2). Denna kategorisering gjordes för att behålla konfidentialiteten bland deltagarna och skapa tydlighet i tabellerna. Efter omkodning och kategorisering var variabeln kvalitativ på nominalnivå.

Statistisk analys

χ^2 – testet är enligt Olsson & Sörensen (2021, kapitel 8) ett statistiskt test som används vid kvalitativa variabler, χ^2 avser att jämföra skillnaden mellan det observerade värdet och det förväntade värdet, vid större skillnad mellan dessa värden desto mindre sannolikhet att slumpen har skapat den. P -värdet förklarar sannolikheten att slumpen har skapat resultatet där värden $<0,05$ anses signifikanta och där statistisk skillnad föreligger mellan variablerna. χ^2 – testet är känsligt för små urval där förväntade frekvenser vid minst 5 krävs för att det ska vara en lämplig statistisk analys (Olsson & Sörensen, 2021, kapitel 8). Föreliggande studie beaktar en signifikansnivå $<0,05$ som signifikant.

Bortfallsanalys

Deltagare som väljer att inte svara på vissa frågor genererar ett internt bortfall (Olsson & Sörensen, 2021, kapitel 6). I denna studie besvarades inte alla frågor av samtliga 482 deltagare. Mätinstrumentet AUDIT hade ett internt bortfall på 88 deltagare (18,3 procent), upplevd ensamhet hade ett bortfall på 85 deltagare (17,6 procent) och diagnostiserad depression genererade ett bortfall på 12 deltagare (2,5 procent) (figur 2).



Figur 2: Flödesschema över det interna bortfallet. Det översta fältet representerade antalet deltagare från SNAC-B vilket mynnade ut i tre olika bortfallsanalyser där n representerade antalet deltagare.

Etiska överväganden

SNAC bygger på etiskt godkännande från Karolinska institutets etiska kommittéer (KI

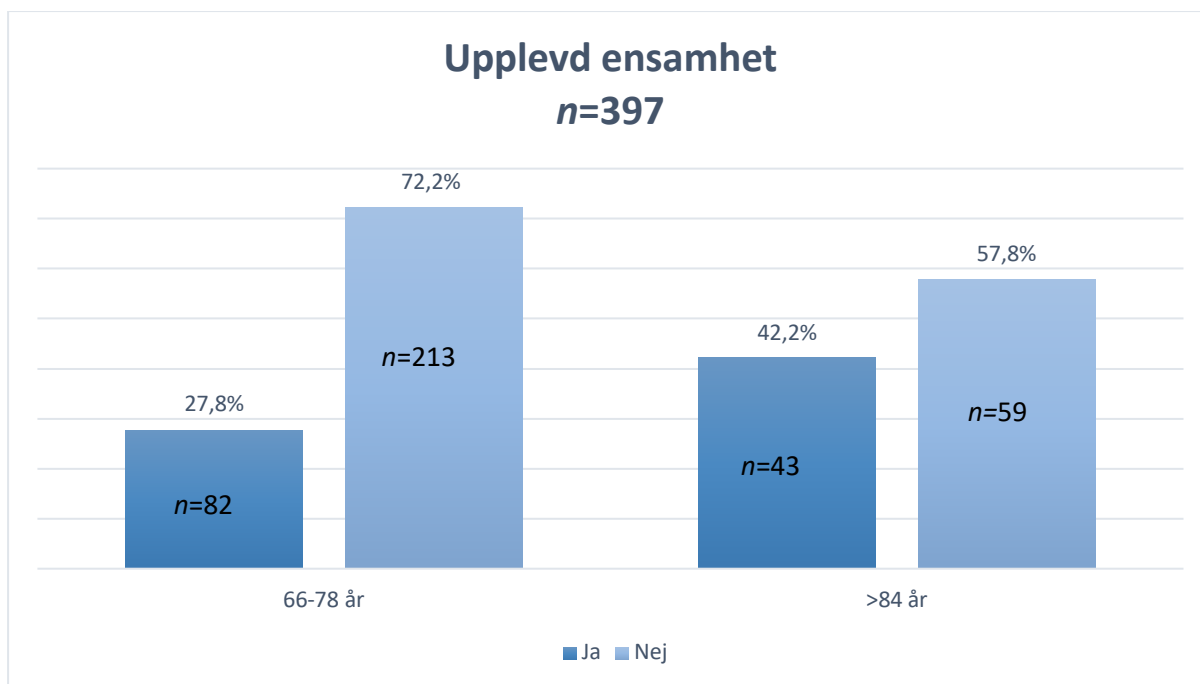
dnr 00–446) och Lunds universitet (LU dnr 650–00 respektive LU 744–00) (Lagergren et al., 2004). De följer även svensk lagstiftning om forskningsetik där hänsyn tas till mänskliga rättigheter, grundläggande frihet, hälsa, säkerhet och personlig integritet (Källström, 2023). SNAC bygger även på informerat samtycke med frivilligt deltagande (Lagergren et al., 2004).

Denna studie hade tillgång till avidentifierade data genom en SPV-fil i en USB-sticka som erhöles från forskningscentrets datamanager. Begränsad information om deltagarna mottogs och behandlades konfidentiellt samt objektivt. Materialet förvarades på skribenternas lösenordskyddade datorer under projektiden där ingen obehörig har fått ta del av materialet. Försiktighet togs vid omkodning för att bibehålla det konfidentiella och deltagarnas integritet. Efter godkänd uppsats återlämnades USB-stickan till datamanagern och SPV-filen raderades från datorerna. Då skribenterna arbetat inom rättspsykiatri, på en psykiatrisk akutmottagning, inom hemtjänsten och har erfarenhet av äldre i familjen så finns en förförståelse kring studiens syfte. Genom reflektion i skrivparet tolkades resultatet objektivt och färgades inte av förförståelsen.

Resultat

Upplevd ensamhet

Resultatet visade att 42,2% (43 deltagare) inom ålderskategorin >84 år och 27,8% (82 deltagare) inom ålderskategorin 66-78 år uppgav att de upplevde ensamhet (figur 3, tabell 2). Kvinnor upplevde ensamhet i högre grad än män i alla ålderskategorier där totalt 81 kvinnor respektive 44 män svarade *Ja* (tabell 1, tabell 2). De flesta deltagarna bland både ålderskategorierna och könen svarade *Ja ibland* eller *Nej sällan* där 115 deltagare svarade *Ja ibland* och 178 deltagare svarade *Nej sällan* (tabell 1). χ^2 – testet indikerade att det fanns en signifikant skillnad mellan upplevd ensamhet och ålderskategorierna där $p = .007$ samt kön där $p < .001$ (tabell 2).



Figur 3: Upplevd ensamhet relaterat till ålderskategorierna där *Ja* innefattade de två första svarsalternativen och *Nej* innefattade de två sista svarsalternativen, enligt tabell 1. Svarefrekvensen redovisades i procent, antal deltagare redovisas som *n*.

Tabell 1: Upplevd ensamhet relaterat till ålder och kön.

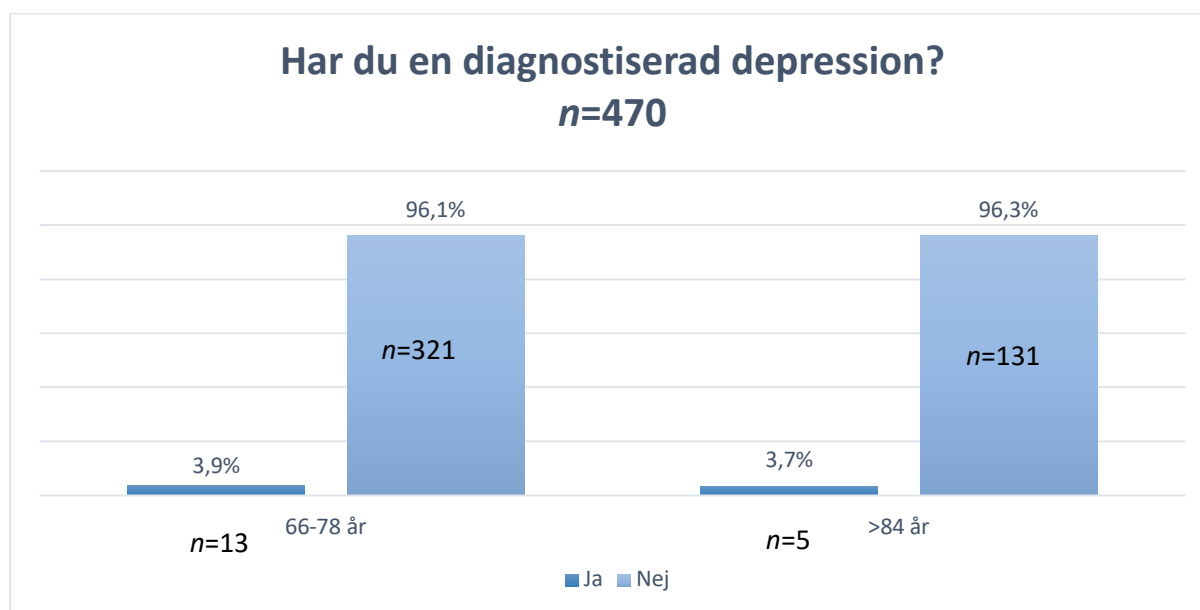
Ålder	Kön	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, aldrig	Total
		% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)
66–78 år	Man	1,4 (2)	17,1 (24)	41,1 (58)	40,0 (56)	100 (140)
	Kvinna	2,6 (4)	33,5 (52)	52,3 (81)	11,6 (18)	100 (155)
	Total	2,0 (6)	25,8 (76)	47,1 (139)	25,1 (74)	100 (295)
>84 år	Man	0 (0)	34,0 (18)	34,0 (18)	32,1 (17)	100 (53)
	Kvinna	8,2 (4)	42,9 (21)	42,9 (21)	6,1 (3)	100 (49)
	Total	3,9 (4)	38,2 (39)	38,2 (39)	19,6 (20)	100 (102)
Total	Man	1,0 (2)	21,8 (42)	39,4 (76)	37,8 (73)	100 (193)
	Kvinna	3,9 (8)	35,8 (73)	50,0 (102)	10,3 (21)	100 (204)
	Total	2,5 (10)	29,0 (115)	44,8 (178)	23,7 (94)	100 (397)

Tabell 2: Upplevd ensamhet relaterat till ålderskategorier och kön, där *Ja* innefattade de två första svarsalternativen och *Nej* innefattade de två sista svarsalternativen, enligt tabell 1.

Ålder	Ja	Nej	Total	<i>p</i> -värde
	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	
66–78 år	27,8 (82)	72,2 (213)	100 (295)	.007
>84 år	42,2 (43)	57,8 (59)	100 (102)	
Total	31,5 (125)	68,5 (272)	100 (397)	
Man	22,8 (44)	77,2 (149)	100 (193)	<.001
Kvinna	39,7 (81)	60,3 (123)	100 (204)	
Total	31,5 (125)	68,5 (272)	100 (397)	

Diagnostiserad depression

Resultatet visade att 3,9% (13 deltagare) inom ålderskategorin 66-78 år och 3,7% (5 deltagare) inom ålderskategorin >84 år uppgav att de hade en diagnostiserad depression (figur 4). Kvinnorna uppgav att de hade en diagnostiserad depression i större utsträckning än männen i båda ålderskategorier, där totalt 13 kvinnor och 5 män svarade *Ja* (tabell 3, tabell 4). χ^2 – testet indikerade ingen signifikant skillnad mellan diagnostiserad depression och ålder där $p = .912$ samt kön där $p = .110$ (tabell 4).



Figur 4: Diagnostiserad depression relaterat till ålderskategori där svarsfrekvenser redovisades i procent, antal deltagare redovisas som *n*.

Tabell 3: Diagnostiserad depression relaterat till ålder och kön.

Ålder	Kön	Ja	Nej	Totalt
		% (n)	% (n)	% (n)
66–78 år	Man	2,5 (4)	97,5 (158)	100 (162)
	Kvinna	5,2 (9)	94,8 (163)	100 (172)
	Total	3,9 (13)	96,1 (321)	100 (334)
>84 år	Man	1,8 (1)	98,2 (54)	100 (55)
	Kvinna	4,9 (4)	95,1 (77)	100 (81)
	Total	3,7 (5)	96,3 (131)	100 (136)
Total	Man	2,3 (5)	97,7 (212)	100 (217)
	Kvinna	5,1 (13)	94,9 (240)	100 (253)
	Total	3,8 (18)	96,2 (452)	100 (470)

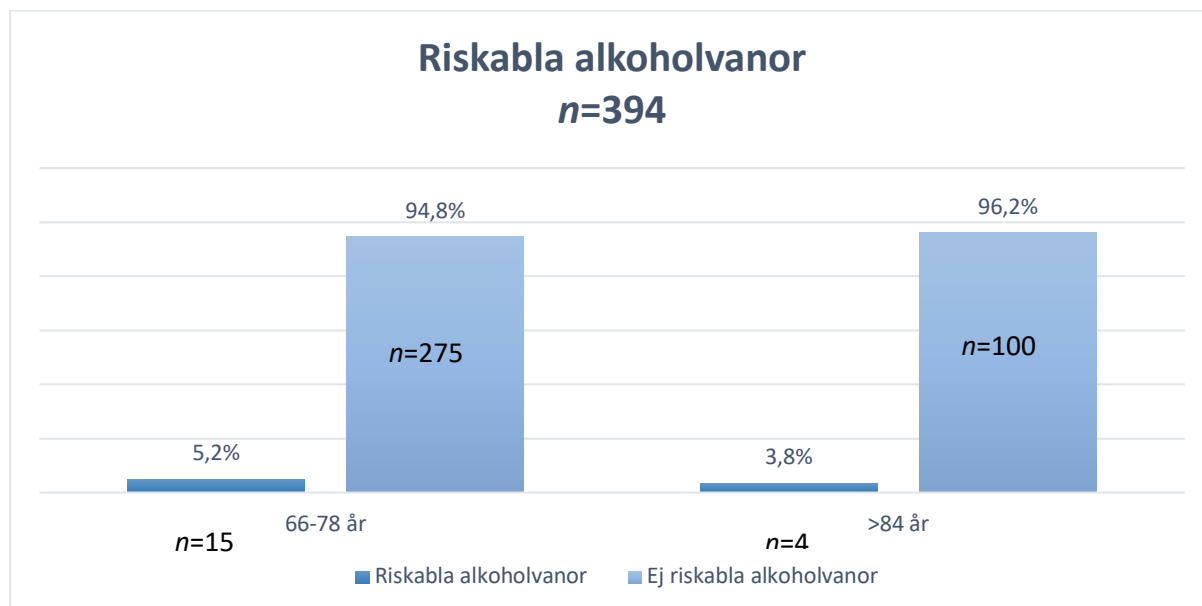
Tabell 4: Diagnostiserad depression relaterat till ålderskategorierna och kön.

Ålder	Ja	Nej	Total	p-värde
	% (n)	% (n)	% (n)	
66–78 år	3,9 (13)	96,1 (321)	100 (334)	.912
>84 år	3,7 (5)	96,3 (131)	100 (136)	
Total	3,8 (18)	96,2 (452)	100 (470)	
Man	2,3 (5)	97,7 (212)	100 (217)	.110
Kvinna	5,1 (13)	94,9 (240)	100 (253)	
Total	3,8 (18)	96,2 (452)	100 (470)	

Alkoholkonsumtion

Resultatet visade att 5,2% (15 deltagare) inom ålderskategorierna 66-78 år och 3,8% (4 deltagare) inom ålderskategorierna >84 år hamnade över gränsen för riskabla alkoholvanor (figur 5). Andelen var jämnt fördelad mellan män och kvinnor i båda ålderskategorierna där

totalt 9 män och 10 kvinnor hamnade över gränsen för riskabla alkoholvanor (tabell 5, tabell 6). χ^2 – testet indikerade ingen signifikant skillnad mellan riskabla alkoholvanor och ålder där $p = .588$ samt kön där $p = .993$ (tabell 6).



Figur 5: Alkoholkonsumtion relaterat till ålderskategori där svarsfrekvensen redovisades i procent, antal deltagare redovisas som n .

Tabell 5: Alkoholkonsumtion relaterat till ålder och kön.

Ålder	Kön	Riskabla alkoholvanor	Ej Riskabla alkoholvanor	Total
		% (n)	% (n)	% (n)
66–78 år	Man	5,1 (7)	94,9 (130)	100 (137)
	Kvinna	5,2 (8)	94,8 (145)	100 (153)
	Total	5,2 (15)	94,8 (275)	100 (290)
>84 år	Man	4,0 (2)	96,0 (48)	100 (50)
	Kvinna	3,7 (2)	96,3 (52)	100 (54)
	Total	3,8 (4)	96,2 (100)	100 (104)
Total	Man	4,8 (9)	95,2 (178)	100 (187)
	Kvinna	4,8 (10)	95,2 (197)	100 (207)
	Total	4,8 (19)	95,2 (375)	100 (394)

Tabell 6: Alkoholkonsumtion relaterat till ålder och kön.

Ålder	Riskabla alkoholvanor	Ej Riskabla alkoholvanor	Total	<i>p</i> -värde
	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	
66–78 år	5,2 (15)	94,8 (275)	100 (290)	.588
>84 år	3,8 (4)	96,2 (100)	100 (104)	
Total	4,8 (19)	95,2 (375)	100 (394)	
Man	4,8 (9)	95,2 (178)	100 (187)	.993
Kvinna	4,8 (10)	95,2 (197)	100 (207)	
Total	4,8 (19)	95,2 (375)	100 (394)	

Diskussion

Metoddiskussion

En kvantitativ metod valdes till denna studie då syftet var att beskriva förekomsten av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion bland äldre. Metoden genererade en säker och objektiv data som var mätbar. Den deskriptiva tvärsnittsdesignen var lämplig då förekomsten skulle beskrivas utifrån flera variabler vid en viss tidpunkt och inte orsakssambanden. Enligt Olsson & Sörensen (2021, kapitel 2) görs en explorativ undersökning för att undersöka orsakssamband där andra statistiska analyser används. Kvalitativ metod valdes bort då syftet inte var att beskriva den äldres upplevelse av upplevd ensamhet, diagnostiserad depression eller alkoholkonsumtion.

Denna studie tog data från SNAC-B's återundersökning som gjordes mellan 2019–2021 då det var en pågående pandemi. Detta kan ha påverkat trovärdigheten på materialet och dess reliabilitet då pandemin kan ha påverkat deltagandet i studien och hur deltagarna svarade på frågorna. Olsson & Sörensen (2021, kapitel 5) beskriver hög reliabilitet som nivån av samstämmighet mellan mätningarna med mätinstrumentet där resultatet blir detsamma vid varje mätning. I denna studie användes ett varierat urval av åldrar mellan 66–99 år där inga 60- och 81 åringar var inbjudna och inga 99 åringar hade svarat på valda frågor. Majoriteten av dessa var yngre-äldre vilket kan förklaras av den pågående pandemin, medan fördelningen

mellan män och kvinnor var alltmer jämn. Åldrarna fördelades i två kategorier, 66–78 år och >84 år, vilket skapade en tydlighet, tolkningsbarhet och generaliserbarhet. Ur SNAC-B's återundersökning användes data från två frågor vilka handlade om upplevd ensamhet och diagnostiserad depression samt data från formuläret AUDIT. Olsson & Sörensen (2021, kapitel 5) konstaterar att validiteten avser att fastställa ett mätinstruments kapacitet att mäta det som ska mätas i en studie där exempelvis hur frågor i ett frågeformulär är utformade kan påverka validiteten och hur svaren tolkas. Validiteten i frågorna som användes i studien ansågs vara goda då svaret i frågorna mätte studiens syfte. Däremot påverkades validiteten av reliabiliteten då endast en fråga valdes inom området upplevd ensamhet och diagnostiserad depression. Ett större urval av frågor hade ökat både reliabilitet och validitet i studien. Reliabiliteten styrdes även av vem som ställde frågan men också vid tidpunkten frågan ställdes. Svartalternativen i upplevd ensamhet ansågs även som tolkningsbara då ingen tydlig tidsaspekt fanns mellan *Ja ofta*, *Ja ibland*, *Nej sällan* och *Nej aldrig*. För att förenkla och tydliggöra data valde skribenterna att omkoda alternativen till två kategorier. Svartalternativen i diagnostiserad depression i enkäten var *Ja*, *Nej* och *Vet ej* samt *om ja ange debutålder*; *om ja behandling*; *om ja ange typ av behandling samt behandlingens längd* där endast data kring *Ja* och *Nej* erhöles från enkäterna (bilaga 3). Då ingen data erhöles av de som svarat *Vet ej* så fanns ingen data kring gråzonen vilket kan ha påverkat validiteten ytterligare. Enligt Olsson & Sörensen (2021, kapitel 5) är svar som mestadels består av *Vet ej* i ett frågeformulär präglade av en låg validitet.

Formuläret AUDIT är av hög validitet då det innefattar frågor kring konsumtion, mönster, mängd och beteendemässiga psykiska och fysiska konsekvenser av alkoholkonsumtion. I svartalternativen beskrivs tydligt vad som efterfrågas där konsumtionen är beskriven i intervaller utan avbrott med en begränsad tidsaspekt och exakt angivelse för mängden i ett standardglas vilket minskar tolkningsrisken och ökar validiteten. Däremot så finns risk att frågorna i sig är tolkningsbara, beroende på när frågan ställs och till vem den ställs till där exempelvis kultur och sociala normer har en inverkan på validiteten. Omkodning gjordes för att förenkla och tydliggöra skillnaden mellan de med riskabla alkoholvanorna och ej riskabla alkoholvanorna (bilaga 2).

Totalt deltog 482 individer i återundersökningen där det förekom bortfall från valda variabler. Frågan om upplevd ensamhet hade ett bortfall på 17,6% ($n=85$), frågan om diagnostiserad depression hade ett bortfall på 2,5% ($n=12$) och formuläret AUDIT hade ett bortfall på 8,3%

($n=88$). Meterko et al. (2015) menar att en hög svarsfrekvens på 70–85 procent ökar tillförlitligheten och generaliserbarheten på resultatet, och enligt Smith et al. (2019) minskar även risken för en snedvridning (bias) av resultatet vid ett större urval. Detta indikerade därmed på att urvalet var tillräckligt tillförlitligt och omfångsrikt för att det skulle kunna generaliseras till en större population. I studien användes Chi^2 – testet som statistisk analys för att mäta om det fanns en signifikant skillnad mellan variabeln, ålder och kön för att jämföra observerade frekvenser. Olsson & Sörensen (2021, kapitel 8) beskriver att p -värdet inte alltid ger ett absolut säkert resultat men att det kan ge en uppfattning om vilken säkerhet slutsatsen besitter.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visade att den största andelen deltagare inte upplevde ensamhet men bland de som upplevde ensamhet var kvinnor och gruppen äldre-äldre i majoritet. Det påvisades även att majoriteten som uppgav sig ha en diagnostiserad depression var kvinnor och likartad fördelning mellan ålderskategorierna. Däremot påstod sig merparten av deltagarna vara odiagnostiserade. I resultatet framgick även att en liten andel hade riskabla alkoholvanor där andelen var lika fördelad mellan män och kvinnor samt ålderskategorierna.

Ett av de fynden som kommer diskuteras i detta avsnitt är kring ensamheten där resultatet påvisade att den största andelen deltagare inte upplevde ensamhet, men av de som svarade *Ja* var det procentuellt flest inom ålderskategorin 84 år och äldre. Detta stöds av tidigare forskning som beskriver att ensamhet är vanligt bland äldre och att det ökar med ålderdomen (Dahlberg et al., 2014; Dahlberg et al., 2018; Kemperman et al., 2019;), där upplevd ensamhet var konstant de sista 20 åren (Dahlberg et al., 2018). Tidigare studier visar även på att kvinnor rapporterar ensamhet i högre grad än män (Dahlberg et al., 2014; Dahlberg et al., 2018; Kemperman et al., 2019), vilket styrks av resultatet som visade att kvinnorna var överrepresenterade gällande upplevd ensamhet i båda ålderskategorierna där svarsalternativet *Ja ibland* dominerade. En annan studie påvisar däremot att män i den yngre generationen rapporterar ensamhet som mest (Barreto et al., 2020). Då resultatet även indikerade på en signifikant skillnad mellan ensamhet och ålder samt ensamhet och kön indikerade det att äldre kvinnor upplevde mer ensamhet än äldre män. Tidigare studier tar däremot upp andra aspekter till ökad ensamhet som nödvändigtvis inte endast har med ålder och kön att göra utan snarare med omkringliggande faktorer vilka medföljer ålderdomen och berör faktorer som exempelvis hälsoproblem, änkestånd, sociala förhållanden och psykiska tillstånd som

depression (Dahlberg et al., 2014; Dahlberg et al., 2018). Ensamheten påverkas även av händelser och upplevelser från livsförloppet där män och kvinnor påverkas olika (Nicolaisen & Thorsen, 2013). Eftersom flertalet av dessa variabler inte togs i åtanke, och eftersom endast förekomst undersöks, kan inga slutsatser dras kring hur det påverkar ensamheten, men vetenskapen om att de hade en påverkan bör finnas.

Ett andra fynd som kommer diskuteras i detta avsnitt är kring den diagnostiserade depressionen där resultatet påvisade att den största andelen deltagare inte uppgav att de inte hade en diagnostiserad depression. Däremot, av de som svarat *Ja*, var det procentuellt en likartad fördelning mellan ålderskategorierna. En studie motsäger däremot resultatet och påvisar att förekomst av depression är som lägst bland yngre-äldre där den ökade med ålderdomen (Sjöberg et al., 2017). Detta kan bero på att ett mindre antal deltagare erhöles av gruppen äldre-äldre vilket kan ha påverkat resultatet. Studier påvisade även att kvinnor rapporterar depression i större utsträckning än män (Golboni et al., 2022; Grover & Malhotra, 2015; Leite et al., 2021; Sjöberg et al., 2017;). Detta styrks av resultatet som visade att kvinnorna var överrepresenterade gällande diagnostiserad depression i båda ålderskategorierna. Däremot indikerade resultatet inte på en signifikant skillnad mellan diagnostiserad depression och kön, men då avvikelserna på signifikansnivån inte var märkbart större och då tidigare forskning styrker resultatet kan det tyda på att en viss skillnad föreligger. Tidigare studier beskriver fortsatt att depression är en vanlig förekommande psykisk sjukdom inom den äldre populationen men att det i hälften av fallen är odiagnostiserat (Zenebe et al., 2021). Då symtomen skiljer sig åt från den yngre populationen, resulterar det i att patienten riskerar att förbli odiagnostiserad då ytterligare hjälp inte söks (Holm et al., 2014). Däremot så påvisar även tidigare forskning att män är benägna att undanhålla känslomässiga uttryck för depression på grund av den stereotyp som finns kring psykisk ohälsa (Sjöberg et al., 2017). Tidigare studier berör även stigmat kring depression som beskrivs förstärka det destruktiva mönster av isolering och hopplöshet som finns (Holm et al., 2014). Resultatet påvisade därmed att stigmat och stereotyperna kunde vara av stor betydelse gällande svarsfrekvensen och att flertalet av de som inte svarade *Ja* uppgav sig vara odiagnostiserade.

Ett tredje fynd som kommer diskuteras i detta avsnitt är kring alkoholkonsumtion där resultatet påvisade att den största andelen deltagare inte uppgav sig ha några riskabla alkoholvanor. Av de som hamnade över gränsen för riskabla alkoholvanor var det

procentuellt likartad fördelning mellan ålderskategorierna och kön. Detta motsägs av tidigare forskning som beskriver att yngre-äldre dricker alkohol mer frekvent än äldre-äldre (St John et al., 2010). Tidigare studier beskriver även att det finns en uppåtgående trend av alkoholkonsumtionen bland äldre vuxna över 65 år (Geels et al., 2013; Joshi et al., 2021) där vissa studier framhäver att det är främst bland kvinnor (Breslow et al., 2017; Folkhälsomyndigheten, 2024a; Geels et al., 2013; Grant et al., 2017), och andra framhäver att det är främst bland män (Erhag et al., 2023; Richard et al., 2017). Då studien inte erhöll en jämförelsegrupp kan inga slutsatser dras kring en ökad alkoholkonsumtion. Resultatet indikerade ingen signifikant skillnad mellan riskabla alkoholvanor, ålder eller kön vilket indikerade att resultatet kan till största del vara genererat av slumpen men att mönster kan ses i förhållande till tidigare forskning. Studier visar att förekomsten av riskabla alkoholvanor ökar, trots det förblir den underdiagnostiserad (Joshi et al., 2021), då det är svårt att särskilja symtom från andra besvär i samband med åldrandet såväl som förnekelse och rädsla för stigma (Carvalho et al., 2019; DiBartolo & Jarosinski, 2016). Enligt tidigare forskning kan därmed stigma förvärpa den äldres situation om de är ovilliga att erkänna sina riskabla alkoholvanor, samtidigt som kognitiv funktionsnedsättning kan minimera förmågan att tolka innehållet i frågan och ge korrekta svar på mätinstrumentet (Fagbemi, 2021). Resultatet i studien visade därmed att stigmat gällande riskabla alkoholvanor och den äldres kognitiva funktion kan vara av betydelse för svarsfrekvensen där flertalet underrapporterar sina vanor eller tolkar frågorna felaktigt.

Avslutningsvis är ensamheten, depressionen och alkoholkonsumtionen faktorer vilka påverkar patienten, bland annat socialt, fysiskt och psykiskt, som uttrycks på olika sätt beroende på den äldre individen. Dessa faktorer med dess föränderliga natur tillsammans med stigmatiseringen påverkar diagnostiseringen och medför att det är svårt att upptäcka då patienterna är ovilliga att öppna upp sig om sin problematik. Därmed bör sjuksköterskan ha den kunskap som krävs kring förekomsten om dessa problem då den äldre populationen ökar i dagens samhälle och ohälsan tilltar. Eftersom den upplevda ensamheten, den diagnostiserade depressionen och alkoholkonsumtionen även är integrerade med varandra krävs det att sjuksköterskan är observant på riskfaktorer som familjesituation, boendemiljö och det sociala nätverket för att därmed arbeta förebyggande. Det krävs därmed att individen får förståelse för sin problematik genom sjuksköterskans utbildning och vägledning för att engagemang ska förekomma för egenomsorg och delaktighet i den egna vården och i

vårdrelationen. För att detta ska vara möjligt krävs en ömsesidig vårdrelation som grundas på tillit, respekt och trygghet gentemot varandra.

Slutsats

Studiens resultat visade att majoriteten av de äldre inte upplevde ensamhet, inte hade någon diagnostiserad depression och inte angivit några riskabla alkoholvanor. Däremot, bland de som upplevde ensamhet och hade en diagnostiserad depression, var majoriteten kvinnor, medan det var mer jämnt könsfördelat vid riskabla alkoholvanor. Procentuellt var det flest som upplevde ensamhet inom ålderskategorin 84 år och äldre medan en likartad fördelning återfanns mellan ålderskategorierna inom diagnostiserad depression och självrapporterade riskabla alkoholvanor. Resultatet indikerade på en signifikant skillnad mellan ensamhet, ålder och kön men inte mellan diagnostiserad depression och riskabla alkoholvanor. Studiens resultat är generaliserbart på en större population då studiens validitet och reliabilitet är god och att tidigare studier kan appliceras och styrka resultatet, samt att det interna bortfallet är minimalt. Detta resultat kan därmed ha betydelse för sjuksköterskan, genom att mer fokus och uppmärksamhet riktas till de grupper där problem föreligger men även till grupper där problem riskerar att uppstå, genom att en god vårdrelation etableras. Sjuksköterskan fokuserar på patienten som helhet och tar hänsyn till fysiska och psykiska aspekter för att ha patientens subjektiva upplevelser och erfarenheter i åtanke. Genom att sjuksköterskan har kunskap om förekomsten kring problematiken, är medveten om sina värderingar och vågar ställa frågor kring ämnen som är stigmatiserade, kan fler få en individanpassad vård där riskfaktorer upptäcks i tid. Detta för att minska upplevelsen av ensamhet, diagnostiserad depression och riskabla alkoholvanorna.

Kliniska implikationer

Studiens resultat visar att de flesta inom den äldre befolkningen inte upplever ensamhet, har en diagnostiserad depression eller riskabla alkoholvanor. Detta indikerar på att sjukvårdspersonal bör uppmärksammas, då nuvarande statistik påvisar en uppåtgående trend inom dessa problemområden. Eftersom den äldre befolkningen förväntas öka kommer vården stå inför fler utmaningar vilket ställer krav på att kunskap, rutiner och validerade mätinstrument finns på vårdenheter runt om i landet. Att vara uppmärksam och informerad

om stigmatiseringen inom dessa problemområden, skapas förutsättning för att bemöta patienter på ett personcentrerat förhållningssätt och förebygga problemen innan de eskalerar.

Förslag på fortsatt forskning

Baserat på det som framkom i studien finns utrymme för framtida forskning kring området. Eftersom det diskuterades mycket kring stigmatiseringen i studien kan det finnas ett syfte att utforska detta ämne vidare. Detta i förhållandevis till sjukvårdspersonalens upplevelser och/eller erfarenheter av att bemöta patienter med utmanande frågor kring upplevd ensamhet, diagnostiserad depression och alkoholkonsumtion utan att kränka. Det är därmed även önskvärt att forska kring hur patienter med denna typ av problematik velat bli bemötta av sjukvårdspersonal. Eftersom tidigare studier påvisar att den upplevda ensamheten, den diagnostiserade depressionen och alkoholkonsumtionen är integrerade hade det varit intressant att se vidare forskning kring dess statistiska samband. Det hade även funnits ett syfte med att genomföra en likartad studie med ett större urval av validerade frågor för att undersöka om resultatet överensstämmer med tidigare fynd. Slutligen hade det varit av väsentlighet att vidare forska kring de mätinstrument som används vid mätning av alkoholkonsumtion, där verktyg kan utvecklas som är anpassningsbara för den äldre- respektive yngre populationen.

Självständighet

Arbetet har utförts gemensamt där Annika och Tilda har samlat in material till varje del och gemensamt diskuterat, reflekterat och bearbetat informationen. Skribenterna har haft ett dagligt kontinuerligt samarbete för att säkerställa noggrannhet och kvalitet i arbetet. Annika och Tilda har haft lika stor tillgång till SPSS där data har analyserats, bearbetats och omkodats tillsammans. Alla delar i arbetet är formulerade i samförstånd.

Referenser

- Ahlgren, R. (27 september 2023). *Så påverkas vår hälsa av ensamhet*. Hjärnfonden. <https://www.hjarnfonden.se/hjarnhalsa/social-aktivitet/sa-paverkas-var-halsa-av-ensamhet/>
- Andréasson, S., Holder, H., Chikritzhs, T., Naimi, T., Dangardt, F., & Stockwell, T. (2019). *Alkoholen och samhället 2019: Alkohol och äldre*. Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, CERA & IOGT-NTO. https://alcoholandsociety.report/wp-content/uploads/2019/01/Alkohol-och-aldre_Alkoholen-och-samhallet-2019_rapport_sv.pdf#https://alcoholandsociety.report/wp-content/uploads/2019/01/Alkohol-och-aldre_Alkoholen-och-samhallet-2019_rapport_sv.pdf
- Axén, A., Taube, E., Sanmartin Berglund, J., & Skär, L. (2023). Loneliness in Relation to Social Factors and Self-Reported Health Among Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1–9. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1177/21501319231198644>
- Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2020). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, Article 110066. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>
- Bell, S., & Britton, A. (2014). An exploration of the dynamic longitudinal relationship between mental health and alcohol consumption: a prospective cohort study. *BMC Medicine*, 12(1), 91. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1186/1741-7015-12-91>
- Billhult, A. (2023b). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (2 uppl., s. 103–114). Studentlitteratur.
- Blomqvist, K., & Beck, I. (2017). Personcentrerade processer. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 71–87). Studentlitteratur.
- Breslow, R. A., Castle, I.-J. P., Chen, C. M., & Graubard, B. I. (2017). Trends in alcohol consumption among older Americans: National Health Interview Surveys, 1997 to 2014. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1111/acer.13365>
- Buvneshkumar, M.1.; John, K. R.2; Logaraj, M.3. A Study on Prevalence of Depression and Associated Risk Factors among Elderly in a Rural Block of Tamil Nadu. *Indian Journal of Public Health* 62(2):p 89-94, Apr–Jun 2018. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_33_17
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781–792. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31775-1)
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (maj 2020). *Hur många dricker riskabelt?* <https://www.can.se/fragor-och-svar/alkohol/hur-manga-dricker-riskabelt/>
- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>

- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2014). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- DiBartolo, M. C., & Jarosinski, J. M. (2016). Alcohol use disorder in older adults: Challenges in assessment and treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(1), 25–32. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1257076>
- Edberg, A-K., Ericsson, I., & Gunnarsson, E. (2017). Psykisk ohälsa. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 431–455). Studentlitteratur.
- Ekeröth, E. (17 mars 2015). Så har svenskarnas alkoholvanor ändrats efter EU-inträdet. *Accent*. <https://accentmagasin.se/politik/sa-har-svenskarnas-alkoholvanor-andrats-efter-eu-intradet/>
- Erhag, H. F., Ahlner, F., Wetterberg, H., Fässberg, M. M., & Skoog, I. (2023). Alcohol use and drinking patterns in Swedish 85 year olds born three decades apart – findings from the Gothenburg H70 study. *Age & Ageing*, 52(3), 1–7. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1093/ageing/afad041>
- Ernsth Bravell, M., & Dahlin Ivanoff, S., & Edberg, A-K. (2017c). Äldres komplexa vårdbehov. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 217–233). Studentlitteratur.
- Ernsth Bravell, M., & Edberg, A-K., & Blomqvist, K. (2017b). Den förändrade kroppen. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (s. 201–215). Studentlitteratur.
- Fagbemi, M. (2021). How do you effectively evaluate the elderly for alcohol use disorder? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88(8), 434–439. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20123>
- Folkhälsomyndigheten. (30 juni 2023a). *Alkoholkonsumtion*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/alkoholkonsumtion/>
- Folkhälsomyndigheten. (16 januari 2024a). *Alkoholkonsumtion bland vuxna*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/alkoholkonsumtion/alkoholkonsumtion-bland-vuxna/>
- Folkhälsomyndigheten. (27 juni 2024b). *Ensamhet kan påverka hälsan*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4c47d2c239964839a9fb8c16011a4acd/ensamhet-paverka-halsan.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (30 mars 2023b). *Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/>

Geels, L. M., Vink, J. M., van Beek, J. H., & et al. (2013). Increases in alcohol consumption in women and elderly groups: Evidence from an epidemiological study. *BMC Public Health*, *13*, 207. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-207>

Golboni, F., Mahmoodi, H., Baghi, V., Ghanei Gheshlagh, R., Valiee, S., Dalvand, P., & Kurdi, A. (2022). Prevalence of depression among Iranian elderly: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Preventive and Complementary Medicine*, *1*(2), 70–80. <https://doi.org/10.22034/ncm.2022.327342.1014>

Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001–2002 to 2012–2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 911–923.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>

Grover, S., & Malhotra, N. (2015). Depression in elderly: A review of Indian research. *Journal of Geriatric Mental Health*, *2*(1), 4–15. <https://doi.org/10.4103/2348-9995.161376>

Guttormsson, U. (11 mars 2020). *Alkohol*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/fakta/alkohol/>

Guttormsson, U. (30 november 2022). *Alkoholvanor hos äldre 2004–2021*.
<https://www.can.se/app/uploads/2022/11/alkoholvanor-hos-aldre-2004-2021.pdf>

Holm, A. L., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2014). Living with stigma: Depressed elderly persons' experiences of physical health problems. *Nursing Research and Practice*, *2014*, Article 527920. <https://doi.org/10.1155/2014/527920>

Joshi, P., Duong, K. T., Trevisan, L. A., & Wilkins, K. M. (2021). Evaluation and management of alcohol use disorder among older adults. *Current Geriatrics Reports*, *10*, 82–90. <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00359-5>

Karolinska institutet. (12 januari 2024). *Ett glas för mycket*.
<https://ki.se/forskning/popularvetenskap-och-dialog/popularvetenskapliga-teman/tema-alkoholberoende/ett-glas-for-mycket>

Karolinska institutet. (u.å.). *Äldre*. Svensk MeSH. <https://mesh.kib.ki.se/term/D000368/aged>

Kemperman, A., van den Berg, P., Weijts-Perrée, M., & Uijtdeuwillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 406.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>

Kim, J.-Y., Liu, N., Tan, H.-X., & Chu, C.-H. (2017). Unobtrusive monitoring to detect depression for elderly with chronic illnesses. *IEEE Sensors Journal*, 17(17), 5694–5704. <https://doi.org/10.1109/JSEN.2017.2729594>

Kunskapsguiden. (7 juni 2023a). *Om ofrivillig ensamhet bland äldre personer*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/ofrivillig-ensamhet-bland-aldre-personer/om-ofrivillig-ensamhet-bland-aldre-personer/>

Kunskapsguiden. (16 april 2020). *Om psykisk hälsa hos äldre personer*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/psykisk-halsa-hos-aldre-personer/om-psykisk-halsa-hos-aldre-personer/>

Kunskapsguiden. (9 juni 2023b). *Om äldre personer och alkohol*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/aldre-personer-och-alkohol/om-aldre-personer-och-alkohol/>

Källström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 61–81). Studentlitteratur.

Lagergren, M., Fratiglionli, L., Rahmn Hallberg I., Berglund, J., Elmståhl, S., Hagberg, B., Holst, G., Rennemark, M., Sjölund, B.-M., Thorslund, M., Wiberg, I., Winblad, B. & Wimo, A. (2004) A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Section on Longitudinal Studies, 16, 158-168. <https://doi.org/10.1007/BF03324546>

Leite, T. S. M., Fett, C. A., Stoppiglia, L. F., Neves, T., Figueiredo, K. R. F. V., Rodrigues, R. A. S., & Fett, W. C. R. (2021). Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A cross-sectional study. *Revista de Saúde Pública*, 53(3), 205–214. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p205-214>

Lennartsson, C., Fors, S., Heapp, J., & Sundberg, L. (2019). *Skillnader i psykisk hälsa bland äldre personer* (Artikelnummer: 19011). Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>

Ludvigsson, M. (4 juni 2024). *Depression hos äldre*. Internetmedicin. <https://www.internetmedicin.se/aldrepsykiatri/depression-hos-aldre>

Lundman, B., & Norberg, A. (2019). Åldrande och att vara äldre. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 205–226). Studentlitteratur.

McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2 uppl., s. 76–88). Liber.

Meterko, M., Restuccia, J. D., Stolzmann, K., Mohr, D., Brennan, C., Glasgow, J., & Kaboli, P. (2015). Response rates, nonresponse bias, and data quality: Results from a national survey of senior healthcare leaders. *Public Opinion Quarterly*, 79(1), 130–144. <https://doi.org/10.1093/poq/nfu052>

Naja, S., Makhoulf, M. M. E. D., & Chehab, M. A. H. (2017). An ageing world of the 21st century: a literature review. *Int J Community Med Public Health*, 4(12), 4363-9. <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20175306>

Nationalencyklopedin (u.å.). Åldrande. Hämtad 4 oktober 2024 från <https://www-nese.miman.bib.bth.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/%C3%A5ldrande>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2013). Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194–206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (4 uppl.). Liber.

Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/add.13757>

Richard, E. L., Kritz-Silverstein, D., Laughlin, G. A., Fung, T. T., Barrett-Connor, E., & McEvoy, L. K. (2017). Alcohol intake and cognitively healthy longevity in community-dwelling adults: The Rancho Bernardo Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 59(3), 803–814. <https://doi.org/10.3233/JAD-161153>

Sirén, A-L., & Lindberg, L. (november 2021). Effektiva strategier för att förebygga ensamhet hos äldre. <https://www.folkhalsoguiden.se/publikationer/ces-rapport-202111-strategier-for-att-forebygga-ensamhet-hos-aldre/>

Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A.-R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H.-X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221, 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.011>

Smith, M. G., Witte, M., Rocha, S., & Basner, M. (2019). Effectiveness of incentives and follow-up on increasing survey response rates and participation in field studies. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0868-8>

Socialstyrelsen. (20 november 2022b). *AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/audit-dudit-identifiera-problem-med-alkohol-och-droger.pdf>

Socialstyrelsen. (15 december 2023). *Nationella riktlinjer: prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>

Socialstyrelsen. (december 2022a). *Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-12-8239.pdf>

Statistiska Centralbyrån. (februari 2022a). *Efter 60 – en beskrivning av äldre i Sverige*. https://www.scb.se/contentassets/c4ac9fb5ad10451aab0885b7160de9b0/be0701_2022a01_br_be51br2202.pdf

St. John, P. D., Snow, W. M., & Tyas, S. L. (2010). Alcohol use among older adults. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(1), 56–68. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000031>

Systembolaget. (2016). *Om alkohol och stress*. <https://www.omssystembolaget.se/globalassets/pdf/kroppoch-halsa/kunskapsunderlag-alkohol-och-stress.pdf>

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.

World Health Organization. (31 mars 2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 59(1), 150–154. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.archger.2014.03.014>






Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Gebrie, A. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20, Article 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>

Bilaga 1 AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT

Här är ett antal 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.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <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/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då 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 sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

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

Bilaga 2 AUDIT Riskzon

Riskenivå	AUDIT-poäng	Tolkning	Intervention
Zon I	Män 0–7; Kvinnor 0–5	Ej riskabla alkoholvanor	Gruppen har inte utvecklat problem, primärprevention
Zon II	Män 8–15; Kvinnor 6–13	Riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett missbruk/beroende	Kort intervention (rådgivning, självhjälp), fortsatt uppsikt över konsumtionen
Zon III	Män 16–19; Kvinnor 14–17	Problematiske alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos	Vidareutredning, kort intervention eller eventuell behandling inom specialistvården
Zon IV	Män 20+; Kvinnor 18+	Mycket problematiska alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos	Vidareutredning och remiss till behandling inom specialistvården

Bilaga 3 Fristående frågor

Utvalda frågor i enkäterna gällande ensamhet och depression.

Upplevd ensamhet

C13. Händer det att Du känner Dig ensam?

- 1 Ja, ofta
2 Ja, ibland
3 Nej, sällan
4 Nej, aldrig

Diagnostiserad depression

E43. Diagnostiserad depression

ICD-kod |__|__||__|

Nej Ja Vet ej
0 1 2

Om ja, ange debutålder (**senaste us**) |__|__| Vet ej

Nej Ja Vet ej
0 1 2

Om ja, behandling

Om ja, ange typ av behandling samt behandlings längd (i mån)

..... Vet ej