

Alkohol som riskfaktor för mortalitet och somatisk sjukhusvård bland unga män

Sven Andréasson

Peter Allebeck

Anders Romelsjö

Vi har studerat sambandet mellan alkoholkonsumtion och mortalitet och somatisk sjukhusvård under en 15-årsperiod i en kohort bestående av 50 465 män som mönstrade för värnplikt 1969/70. Den relativa risken för död var 3,0 (95 % konfidensintervall 2,3–4,1) bland högkonsumenter (> 250 g alkohol/vecka) jämfört med måttlighetskonsumenter (1–100 g/vecka). Efter beaktande av sociala bakgrundsfaktorer sjönk risken till 2,1 (1,4–3,2). Den relativa risken att någon gång vårdas somatiskt på sjukhus var 1,5 (1,2–1,8). Efter kontroll för bakgrundsfaktorer sjönk denna risk till 1,2 (0,9–1,6). Några u-formade samband mellan alkoholkonsumtion och ohälsa sågs inte; nykteristerna hade lägre dödlighet än måttlighetskonsumenterna och samma risk för somatisk vård.

Sven Andréasson är FV-underläkare i socialmedicin och doktorand på Karolinska Institutet, medicinska institutionen, sektionen för samhällsmedicin, Huddinge sjukhus, Peter Allebeck är docent i socialmedicin och Klinisk lärare på Karolinska Institutet, medicinska institutionen, sektionen för samhällsmedicin, Huddinge sjukhus, Anders Romelsjö är Med Dr, distriktsläkare, Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Bakgrund

Att det föreligger ett samband mellan missbruk av alkohol och olika former av ohälsa är väl dokumenterat från ett stort antal studier. Statistiska samband innebär dock inte nödvändigtvis kausala samband.

För att kunna ta ställning till kausalitet måste bl.a. confoundingfaktorer beaktas. Inom missbruksforskningen är det särskilt viktigt att beakta effekten av sociala och andra bakgrundsfaktorer som kan samvariera med missbruk. Ett generellt problem i detta sammanhang är att fastställa vad som är orsak och vad som är verkan. Många alkoholmissbrukare exempelvis har psykiska sjukdomar, men huruvida dessa orsakats av missbruk och inte tvärtom är svårt att avgöra om man inte följer många individer prospektivt. Stora prospektiva undersökningar är emellertid ovanliga bl.a. därför att såväl alkoholvanor som psykisk sjuklighet ofta grundläggs tidigt i livet.

I Sverige har sedan 1967 alla värnpliktiga män i samband med mönstring fått besvara frågor rörande såväl missbruk av droger som sociala förhållanden. Motivet för dessa undersökningar var ursprungligen att kartlägga vidden av det då relativt nya narkotikaproblemet i Sverige. Verksamhetsåret 1969/70 genomfördes för enda gången undersökningen med personnummer identifierade formulär, vilket möjliggör longitudinella uppföljningar. Från detta år föreligger alltså data rörande konsumtion av alkohol och narkotika, liksom uppgifter rörande social bakgrund, uppväxtförhållanden och psykisk hälsa för i princip en hel årskull svenska män. I denna artikel presenteras några fynd från undersökningen på detta material. Syftet är att visa effekter av uppgiven alkoholkonsumtion i 18–19 årsåldern under en 15-års uppföljningstid, med hänsyn tagen till social bakgrund. Som effektmått har vi i denna artikel valt att redovisa dödlighet och utnyttjande av slutna somatiska sjukvård.

Från detta år föreligger alltså data rörande konsumtion av alkohol och narkotika, liksom uppgifter rörande social bakgrund, uppväxtförhållanden och psykisk hälsa för i princip en hel årskull svenska män.

Material med metod

Från inskrivningsundersökningen 1969/70 förelåg således data baserade på enkätfrågor rörande konsumtion av alkohol och narkotika, sociala förhållanden och psykiskt tillstånd hos 50 465 mänstrande (1). Alla mänstrande bedömdes av psykolog och i tillämpliga fall av psykiater, efter strukturerade intervjuer och tester. Psykiatriska diagnoser registrerades enligt ICD-8. 89% av männen var födda 1950/51, 10% 1949 och resterande andra år. Endast 2–3 procent av alla svenska män kallas ej till mönstring.

Alkoholkonsumtionen beräknades som gram ren alkohol per vecka genom att kombinera uppgifter om frekvens och volym rörande öl, vin och sprit. Kohorten delades sedan in i fem konsumtionsgrupper, utgående från en lätt modifierad klassifikation för riskvärdering av Hollstedt och Rydberg (2). Två procent av alla mänstrande vägrade besvara frågor rörande alkohol och uteslöts därför ur studien. Uppföljning har gjorts tom 1983 genom sambearbetning med SCB:s dödsorsaksregister, socialstyrelsens psykiatriska slutenvårdsregister och Stockholms läns landstings slutenvårdsregister. Dödsorsakerna har registrerats enligt ICD-8 och baserades i 84 procent av fallen på obduktion. 70 procent var rättsmedicinska obduktioner. Socialstyrelsens psykiatriska slutenvårdsregister innehåller med vissa undantag – bl.a. Mariamottagningarna i Stockholm – samtliga vårdtillfällen inom slutna psykiatrisk vård i Sverige. Stockholms läns landstings slutenvårdsregister innehåller samtliga vårdtillfällen i slutna vård, såväl somatiska som psykiatriska (återigen med undantag för Mariamottagningarna). I brist på ett nationellt slutenvårdsregister har vi för analys av somatisk slutenvård valt Stockholms läns landstings eftersom det är det största enskilda landstingsregistret.

Statistisk analys. Relativa risker för utfall inom

olika expositions nivåer för alkohol beräknades med 95% konfidensintervall. För att kontrollera effekten av bakgrundsfaktorer genomfördes dels stratifierad analys, där hänsyn togs till en faktor i taget, dels multivariat analys där den sammantagna effekten av flera bakgrundsfaktorer kunde studeras. Detta gjordes med hjälp av logistisk regression. Etiologiska fraktioner beräknades enligt formeln $EF = (RR-1)/rr*f$, där RR är den relativa risken för ett visst utfall och f är andelen vårdade/avlidna som exponerats (3). Den etiologiska fraktionen uttrycker hur mycket mortalitet/morbiditet skulle minska om en viss exposition upphörde under förutsättning att det studerade sambandet är kausalt.

Resultat

Alkohol och mortalitet (tabell 1). Vi fann ett starkt samband mellan uppgiven alkoholkonsumtion vid mönstringen och dödlighet under uppföljningsperioden. Den relativa risken för död var bland högkonsumenter (mer än 250 gram ren alkohol/vecka) 3,0 (95% konfidensintervall 2,3–4,1), jämfört med normalkonsumenter (1–100 gram alkohol/vecka). Då vi genom stratifierad och multivariat analys tog hänsyn till olika psykiska och sociala bakgrundsfaktorer sjönk denna relativa risk till 2,1 (1,4–3,2).

Tabell 1. Alkoholkonsumtion vid mönstring och relativ risk för död under 15 års uppföljning med 95% konfidensintervall

Alkohol konsumtion gram/vecka	Antal mänstrande	Döda	Relativ risk
0	2 906	28	0,8 (0,6–1,2)
1–100	38 849	463	1,0 –
101–250	6 492	128	1,7 (1,4–2,0)
> 250	1 217	43	3,0 (2,3–4,1)

Bland dödsorsakerna dominerade våldsam död (ICD-8 koder 800–999) med 75% av alla dödsfall. Den största enskilda dödsorsaken var självmord, säkra eller sannolika, med 35% av alla dödsfall. Den totala dödligheten var något lägre bland nykterister än bland måttlighetskonsumenter, med en relativ risk på 0,8 (0,6–1,2).

Alkoholens etiologiska fraktion av mortaliteten i

Tabell 2. Relativ risk för somatisk vård inom vissa diagnosgrupper med 95 % konfidensintervall

Alkohol konsumtion gram/vecka	Olycksfall	Rörelse- apparaten	Mag- tarm sjukdomar	Respira- toriska	Infektion
0	0,9 (0,6–1,3)	0,3 (0,1–0,7)	1,1 (0,7–1,8)	0,6 (0,3–1,2)	0,9 (0,5–1,8)
1–100	1,0 –	1,0 –	1,0 –	1,0 –	1,0 –
101–250	1,5 (1,3–1,8)	1,3 (1,0–1,6)	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,9–1,5)	1,8 (1,4–2,3)
> 250	1,8 (1,4–2,4)	1,5 (0,9–2,3)	1,6 (1,1–2,3)	1,8 (1,2–2,7)	2,8 (1,9–4,1)

kohorten – dvs den andel av mortaliteten som kan tillskrivas alkoholen – var 28,1 %.

Sammanfattningsvis konstateras att hög alkoholkonsumtion är en självständig riskfaktor för tidig död hos unga män, även med hänsyn tagen till de psykiska och sociala faktorer som ofta är förenade med hög alkoholkonsumtion.

Alkohol och somatisk vård (tabell 2). Sambandet mellan alkoholkonsumtion och somatisk slutenvård studerades bland de 8226 män som mönstrade i Stockholm. 2554 personer intogs för somatisk vård (31 % av kohorten). Den relativa risken för högkonsumenter att någon gång vårdas i slutenvård var 1,5 (1,2–1,8) jämfört med måttlighetskonsumenter. Efter kontroll för bakgrundsvariabler sjönk den relativa risken till 1,2 (0,9–1,6). Totalt förekom 5134 vårdtillfällen. Antalet vårdtillfällen per capita steg från 1,8 i nykteristgruppen till 2,4 i högkonsumentergruppen. Sambandet mellan alkohol och slutenvård var positivt för alla studerade diagnostiska huvudgrupper. Någon u-formad kurva för somatisk vård förelåg inte. Nykteristerna hade samma risk för slutenvård som måttlighetskonsumenter. Alkoholens etiologiska fraktion för somatisk slutenvård – dvs den andel vårdtillfällen som kan tillskrivas alkoholen var 4,9 %.

Diskussion

Reliabilitet. Det finns skäl att förhålla sig skeptisk till enkätdata rörande missbruk. I många studier har påvisats betydande underrapportering av alkoholkonsumtion (4–6). Om så var fallet även i vår studie skulle missbruksrelaterad ohälsa ha undervärderats. Benson och Holmberg (7) har i en studie undersökt validiteten i konsumtionsdata för Göteborgsdelen av den aktuella inskrivningsundersökningen. De fann att de värnpliktiga i allmänhet var sanningsenliga beträffande

missbruk. Rydellius (8) jämförde data rörande alkoholkonsumtion från strukturerade djupintervjuer av 1004 18-åringar med anonyma uppgifter från samma års inskrivningsundersökning och fann en god överensstämmelse.

Validitet. Huruvida våra utgångsdata rörande konsumtion av alkohol och narkotika vid mönstring är representativa för dryckes- och missbruksmönstret under uppföljningsperioden kan diskuteras. Stabiliteten i dryckesvanor bland ungdomar har undersökts i flera studier utan att någon klarhet kunnat skapas (9–11). Vi har också studerat antalet vårdtillfällen med missbruksdiagnos; dels alkoholism, dels narkomani. Vi fann då ett mycket starkt samband mellan uppgiven alkoholkonsumtion vid mönstring och vårdtillfällen med alkoholism-diagnos under uppföljningsperioden (12). Detta talar för att våra enkätdata är tillräckligt tillförlitliga för epidemiologiska studier av detta slag.

Sociala och andra bakgrundsfaktorer. Vid stratifierad och multivariat analys reduceras de relativa risker som uttrycker sambanden mellan missbruk och ohälsa. Detta beror främst på den starka interaktion som föreligger mellan flera av dessa faktorer. Således finner man att högkonsumenter av såväl alkohol som narkotika karaktäriseras av en rad markörer på social missanpassning. Mångfald högre andel missbrukare beskriver kontakt med polis och barnavårdsnämnd, att de rymt hemifrån, att de vantrivts i skolan, att de sniffat. Betydligt fler bland missbrukarna är storrökare; en högre andel kommer från socialgrupp 3. Detta uttrycks också av att vissa sociala variabler har betydligt högre etiologiska fraktioner för mortalitet och morbiditet än det studerade missbruket ifråga. Den etiologiska fraktionen för variabeln ”kontakt med polis och barnavårdsnämnd” exempelvis är 9,3 % för

God social anpassning utgör således inget skydd för ohälsa bland högkonsumenter av alkohol.

somatisk slutenvård. Detta kan jämföras med alkoholens etiologiska fraktion som var 4,9%. Frågan om orsak eller verkan ställs här på sin spets. Några avgörande svar kan inte heller utläsas av vårt material. Dock kan konstateras att även i den grupp som vid mönstringen inte föredde några tecken till sociala problem men som hade en hög alkoholkonsumtion förelåg en klar riskökning för mortalitet och ohälsa. God social anpassning utgör således inget skydd för ohälsa bland högkonsumenter av alkohol.

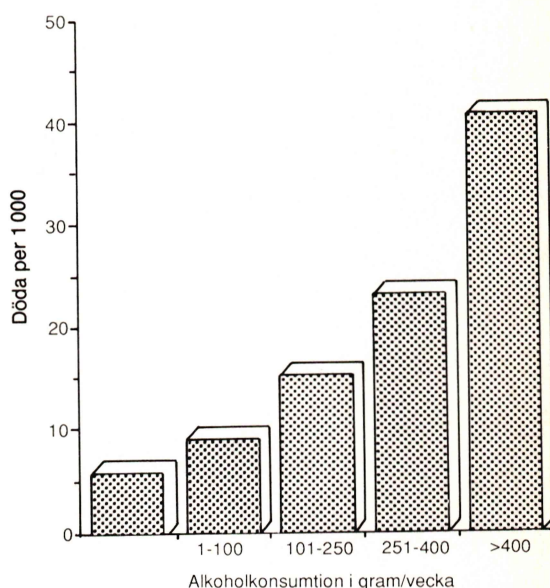
Somatisk vård. Den relativa risken för intagning på somatiskt sjukhus var 1,5 för högkonsumenter av alkohol. Denna riskökning måste betecknas som ganska måttlig inte minst mot bakgrund av att den relativa risken sjunker vid beaktande av sociala bakgrundsfaktorer. Detta kan tyckas stå i strid med en omfattande litteratur som beskriver kraftigt ökad sjuklighet i så gott som samtliga organsystem för alkoholmissbrukare. Vår tolkning av dessa fynd är att flertalet alkoholrelaterade kroppssjukdomar kräver många års högkonsumtion innan symptomen ger sig till känna. Den alkoholrelaterade ohälsan i unga år tycks framför allt ta sig uttryck i våldsam död; somatisk översjuklighet, även som sådan också föreligger, ter sig däremot inte som ett lika stort problem.

Nyktister. I denna studie ses inte någon generellt ökad mortalitet eller morbiditet hos nyktister jämfört med måttlighetskonsumenter. På denna punkt avviker vår studie från ett flertal andra som rapporterat U-formade samband både för mortalitet och slutenvård (13–16).

Frågan om helykterhet är starkt kontroversiell. Även om det nu finns ett starkt stöd för ett u-format samband mellan alkohol och hjärt-kärl dödlighet finns många obesvarade frågor rörande nyktisterna i dessa studier. Många nyktister har således visat sig vara f.d. högkonsumenter som slutat dricka i samband med sjukdom (17). Människor kan också bli felklassificerade pga underrapportering eller förnekande av den verkliga konsumtionsnivån. Vi tror att flera av

dessa felkällor kunnat minimeras i denna studie av inskrivningsskyldiga män. Våra resultat talar för att den sk u-formade kurvan kan vara ett åldersbetingat fenomen. Bland unga män dominerar våldsam död kraftigt bland dödsorsakerna, medan hjärt-kärl död är mycket ovanlig. Våldsam död är starkt alkoholrelaterad (18) och nyktister har här en signifikant lägre dödlighet än måttlighetskonsumenter (figur 1); någon u-formad kurva uppkommer därför inte. Bland medelsålders och äldre dominerar hjärt-kärlsjukdomar som dödsorsak. Här är sambandet med alkohol osäkert och möjligen u-format, vilket då präglar kurvan för total mortalitet – med reservation för de metodologiska problem som präglar de aktuella studierna.

Figur 1. Alkohol och våldsam död



Våldsam död är den främsta orsaken till förlorade produktiva levnadsår före 65 års ålder (19). Det är därför möjligt att de vunna levnadsår som uppkommer bland måttlighetskonsumenter jämfört med nyktister i hjärtkärl dödlighet uppvägs av de förlorade levnadsår som betingas av våldsam död. Detta har starka implikationer för preventivt arbete och hälsoekonomi.

REFERENSER

1. Agrell J: Missbruk av narkotika, thinner och läkemedel bland inskrivningsskyldiga 1967–1970/71. Stockholm: Militärpsykologiska Institutet, 1972 (A-rapport nr 15).
2. Hollstedt C, Rydberg U: Riskabel alkoholkonsumtion och tidig upptäckt av alkoholrelaterade sjukdomar. Läkartidningen 1981; 78: 795–9.
3. Miettinen OS: Proportion of disease caused or prevented by a given exposure, trait or intervention. Am J Epidemiol 1974; 99: 325–32.
4. Poikolainen K, Kärkkäinen P, Pikkarainen J: Correlations between biological markers and alcohol intake as measured by diary and questionnaire in men. J Stud Alcohol 1985; 46: 383–7.
5. Watson CG, Tilleskjor C, Hoodeschek-Schow BA, Pucel J, Jacobs L: Do alcoholics give valid self-reports? J Stud Alcohol 1984; 45: 344–8.
6. Popham RE, Schmidt W: Words and deeds: the validity of self-report data on alcohol consumption. J Stud Alcohol 1981; 42: 355–9.
7. Benson G, Holmberg MB: Validity of questionnaires in population studies on drug use. Acta Psychiatr Scand 1985; 70: 9–18.
8. Rydelius PA: Alcohol abusing teenage boys. Acta Psychiatr Scand 1983; 68: 368–80.
9. Andersson T, Magnusson D: Drinking habits and alcohol abuse among young men: A prospective longitudinal study. J Stud Alcohol 1988; 49: 245–252.
10. Fillmore KM: Alcohol use across the life course. A critical review of 70 years of international longitudinal research. Toronto: Addiction research foundation, 1988.
11. Ghodasian, Power C: Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain: a longitudinal study. Br J Addiction 1987; 82: 175–0.
12. Andréasson S, Allebeck P, Romelsjö A: Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. Br Med J 1988; 296: 1021–25.
13. Blackwelder WC, Katsuhiko Y, Rhoads GG, Kegan A, Gordon T, Palesch Y: Alcohol and mortality: the Honolulu heart study. Am J Med 1980; 68: 164–9.
14. Marmot MG, Rose G, Shipley MJ, Thomas BJ: Alcohol and mortality: a U-shaped curve. Lancet 1981; 1: 580–3.
15. Chick J, Duffy JC, Lloyd GG, Ritson C: Medical admissions in men: the risk among drinkers. Lancet 1986; 11: 1380–83.
16. Longnecker MP, MacMahon B: Association between alcoholic beverage consumption and hospitalization, 1983 National health interview survey. Am. J Public Health 1988; 78: 153–56.
17. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M: Alcohol and mortality in British men: explaining the u-shaped curve. Lancet 1988; ii: 1267–73.
18. Abel EL, Zeidenberg P: Age, alcohol and violent death: a postmortem study. J Stud Alcohol. 1985; 46: 228–31.
19. Wall S, Rosén M, Nyström L: The Swedish mortality pattern: a basis for health planning? Int J Epidemiology 1985; 14: 285–92.

Narkotikakriget

Ett symposium
om narkotikan och hur den bekämpas

Forskningsstiftelsen KONTRAPUNKT anordnar ett stort symposium om narkotika och narkotikaklassade läkemedel på Folkets Hus i Stockholm den 2–4 april '90. Syftet med symposiet är att låta forskare och praktiker verksamma inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, kriminalvård, frivilliga organisationer, poliser, politiskt verksamma m fl komma samman och diskutera "Narkotikakriget" både ur ett svenskt och internationellt perspektiv.

Sammanlagt hålls 40 seminarier och 10 storföreläsningar under symposiets tre dagar.

Program för Narkotikakriget — ett symposium om narkotikan och hur den bekämpas kan beställas från Kontrapunkt, Box 23076, 104 35 Stockholm, tel 08-34 07 04.

Konferensen stöds av: Athena-gruppen, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning — CAN, Centralförbundet för socialt arbete — CSA, Delegationen för social forskning — DSF, SIDA, Socialstyrelsen

Folkets hus
i Stockholm
2–4 april 1990

Kontrapunkt