

# Hvor mange alkoholikere har vi?

## Alkoholproblemer i Oslos befolkning

Hans Olav Fekjær

*Rusmiddelsekretariatet, Oslo kommune, Postboks 4662 Sofienberg, 0506 Oslo*

### SAMMENDRAG

I de siste tiårene har bekymringen for alkoholproblemer vært knyttet til begreper som "alkoholiker" eller "de som har alkoholproblemer". Begrepene impliserer at de fleste problemene er langvarige tilstander hos en avgrenset, behandlingstrengende gruppe. Den foreliggende undersøkelsen var lagt opp som en post-enquete. Skjemaene ble sendt til et representativt utvalg Oslo-borgere i alderen 18-59 år. En mottok 2051 skjemaer og oppnådde en svarprosent på 77. Respondentene ble spurt om de hadde opplevet 8 typer skadevirkninger knyttet til sin alkoholbruk. Avhengig av antall skadevirkninger ble personens alkoholproblemer definert som moderate, betydelige eller store. Hvis "alkoholisme" defineres som å ha opplevet et visst antall av de 8 problemene, varierer antall "alkoholikere" dramatisk avhengig av antall skadevirkninger som kreves: Hvis det kreves 7 problemer, er færre enn 1% av denne befolkningen alkoholikere. Hvis det kreves 3 problemer er 21% alkoholikere. Hyppigheten av alkoholproblemer reduseres gradvis med økende alder, fra 29% mellom 18 og 25 års alder til 8% mellom 45 og 60 år. De aller fleste alkoholproblemer er ikke knyttet til daglig drikking eller til et svært høyt forbruk pr. år. De fleste som noen gang har opplevet betydelige eller store problemer synes å "modne ut" av problemdrikking uten å stoppe å drikke og uten noen form for behandling. De fleste som har betydelige eller store problemer har ikke ønsket å kutte sin alkoholbruk ut eller sterkt ned. Blant dem som har ønsket det, har over 90% klart det helt eller delvis. Undersøkelsen bekrefter tidligere befolkningsstudier som indikerer at de fleste alkoholproblemer er spredt blant en stor andel av den yngre mannlige befolkningen som stort sett synes å ha kontroll over sin alkoholbruk, ikke kan kalles avhengige og ikke kommer til alkoholistbehandling. Artikkelen drøfter hvilke konsekvenser dette har for samfunnets strev for å redusere problemene.

Fekjær HO. **How many alcoholics do we have? Alcohol problems in the population of Oslo.**

*Nor J Epidemiol 1996; 6 (1): 23-28.*

### ENGLISH SUMMARY

For the last decades, the concern for alcohol problems has been associated with the words "alcoholism" or "alcohol dependence", implying that most problems are long-lasting conditions within a delimited group in need of treatment. The present study used a mail questionnaire sent to a representative sample of Oslo's population in the age group 18-59 years. With a respondent rate of 77 percent, 2051 questionnaires were returned. The respondents were asked whether they had experienced 8 types of problems related to their alcohol use. Depending on the number of problems, the individual's alcohol problems were defined as moderate, substantial or major. If "alcoholism" is defined as having experienced a certain number of the 8 problems, the number of "alcoholics" varies dramatically with the number of problems required: If 7 problems are required, less than 1% of this population are alcoholics. If 3 problems are needed, 21% are alcoholics. The frequency of alcohol problems gradually decreases with increasing age, ranging from 29% between 18 and 25 years of age to 8% between 45 and 60 years. The vast majority of alcohol problems are not related to daily drinking or to a very high level of consumption per year. Most people who have experienced substantial or major problems during their lifetime seem to "mature out" of problem drinking without ceasing drinking and without any kind of treatment. The majority with substantial or major problems have not wanted to drastically reduce their consumption. Among those having wanted to do so, more than 90% have succeeded completely or partially. This study confirms earlier population studies which indicate that most alcohol problems are scattered within a large proportion of the younger male population, most of whom seem to be in control of their drinking habits, cannot be labelled dependent and do not seek alcoholism treatment. The implications for society's struggle to reduce alcohol problems are discussed.

## BAKGRUNN: ULIKE IDÉER OM ALKOHOL-PROBLEMENES NATUR

Forestillingene om alkoholproblemenes art og utbredelse, det vil si deres epidemiologi, har skiftet gjennom historien. Langt inn på 1900-tallet (1) var bekymringene for alkoholen særlig knyttet til begrepet "drukkenskapen", det vil si beruselsen eller "fylla". Dette paradigmet var en intuitiv folkelig erkjennelse, dannet i en tid hvor fagfolk og forskning på området ikke eksisterte.

Ordet "alkoholisme" ble riktignok lansert allerede i 1849 av den svenske legen Magnus Huss (2). For Huss betydde imidlertid alkoholisme de kroppslige følgetilstander av langvarig alkoholbruk, ikke en avvikende tilstand som forårsaker tvangsmessig alkoholbruk.

"Drukkenskapen" dreiet seg om atskilte episoder, hendelser, som var tilsiktede handlinger hos en betydelig del av befolkningen. Bekjempelse av problemene ble derfor rettet mot alkoholbruken.

Det alkoholismebegrepet vi nå kjenner, ble utformet ved stiftelsen av organisasjonen Anonyme alkoholikere (AA) på 1930-tallet. Begrepet oppnådde sin faglige legitimitet og utbredelse gjennom alkoholforskeren Jellinek og hans arbeid for Verdens helseorganisasjon etter 2. verdenskrig (3).

Som følge av Jellineks arbeid var alkoholisme på Verdens helseorganisasjons diagnoseliste (ICD) fra 1951 til 1979. Jellineks empiriske grunnlag var imidlertid meget svakt: Undersøkelsen var begrenset til AA-medlemmer og bare 6% av de 1600 spørreskjemaene ble returnert. Likevel kom Jellineks arbeid til å øve avgjørende innflytelse på faglige oppfatninger i flere tiår og preger fortsatt allmennhetens tenkning.

Etterkrigstidens nye paradigme, "alkoholismen", dreiet seg om et individuelt problem, en varig tilstand hos en avvikergruppe som trengte fagfolks behandling. Selv om begrepet nå ofte erstattes av "alkoholavhengighet" eller "de som har alkoholproblemer", brukes disse begrepene oftest med de samme implikasjonene som alkoholisme-begrepet. I sin opprinnelige form har teorien fått en betydelig oppblomstring på 90-tallet gjennom de såkalte Minnesota-klinikkene.

## MATERIALE OG METODE

Den foreliggende undersøkelsen, Alkohol og narkotika i Oslo 1995, ble utført i regi av Rusmiddelsekre-

tariatet i Oslo kommune. Statistisk sentralbyrå sto for utvalgstrekkning, datainnhenting og dataregistrering. Undersøkelsen bygde på et tilfeldig utvalg av Oslos befolkning i alderen 18-59 år, begge kjønn.

Studien var lagt opp som en post-enquete med full anonymitet, slik at det ikke var mulig å registrere hvilke individer som svarte og ikke svarte.

Svarprosenten var meget høy, 76,5%. 2051 respondenter besvarte skjemaet. Sammenliknet med bruttoutvalget avviker de ikke nevneverdig med hensyn til alder, kjønn og sivilstand.

For å kartlegge problemer knyttet til alkoholbruk, spurte en respondentene om de i forbindelse med egen alkoholbruk hadde opplevet åtte ulike skadevirkninger: skade/ulykke, krangel, slåssing, kritikk fra andre, arbeidsfravær, gjort noe straffbart, fått helseplager og rammet av sykdom. De fleste av spørsmålene var hentet fra en samnordisk undersøkelse hvor bl.a. SIFA deltok (4). En spurte separat om respondentene hadde opplevet disse problemene noen gang og siste 12 måneder.

Antall skadevirkninger som en person har opplevet, kan sees som indikator på problemenes alvorlighet. For enkeltindivider er ikke nødvendigvis antall skadevirkninger et uttrykk for problemenes alvorlighet, men på gruppenivå vil trolig antall skadevirkninger være en brukbar indikator for å sortere ut problemdrikkere. I analysen av materialet er de som har opplevet skadevirkninger derfor delt i tre grupper: En til to skadevirkninger kalles *moderate problemer*, tre til fire kalles *betydelige problemer* og fem til åtte kalles *store problemer*.

For å kartlegge alkoholforbruket spurte en separat om bruk av øl, vin og brennevin. En spurte om respondentene hadde drukket det noen gang og siste 12 måneder og om hyppigheten av bruk (antall ganger pr. måned/sjeldnere enn hver måned). Gjennomsnittlig mengde pr. drikketilfelle ble angitt separat for øl, vin og brennevin og det var tre svarkategorier. Øverste svarskategori svarte til mer enn ca. 70 ml ren alkohol og er i analysen karakterisert som beruselse.

## HVOR MANGE ALKOHOLIKERE ER DET I OSLO?

Til sammen har 37% oppgitt å ha hatt en eller flere av de åtte skadevirkningene det ble spurt om. Tabell 1 viser at mange har hatt få skadevirkninger og færre har hatt mange. Det finnes intet naturlig delingspunkt mellom problemdrikkere og andre.

Tabell 1. Personer etter antall skadevirkninger. Prosent og antall.

Antall skadevirkninger	I alt	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Prosent	100%	62%	16%	11%	5%	3%	2%	0,7%	0,4%	0,3%
Antall personer	2051	1283	330	217	95	61	37	14	8	6

Aldersgruppen 18-59 år omfatter i Oslo ca. 290 000 personer. Hvis vi definerer alkoholikere som de som har hatt minst X antall av de åtte skadetypene, gir det følgende anslag for antall alkoholikere:

**Tabell 2.** Estimert antall alkoholikere.

Minimum antall skadevirkninger (grenseverdi)	Estimert antall alkoholikere
7	2 700
6	5 500
5	13 300
4	25 000
3	44 500

Dette betyr at å oppgi et tall for antall alkoholikere eller problemdrikkere er en misvisende beskrivelse av virkeligheten.

**I HVILKEN GRAD ER ALKOHOLSKADENE KNYTTET TIL ALKOHOLISME?**

Når en har vært opptatt av hvor mange alkoholikere vi har, er det ut fra forestillingen om at skadelig drikking stort sett er begrenset til alkoholikerne. I så tilfelle er antall alkoholikere et uttrykk for hvor store alkoholproblemene i samfunnet er.

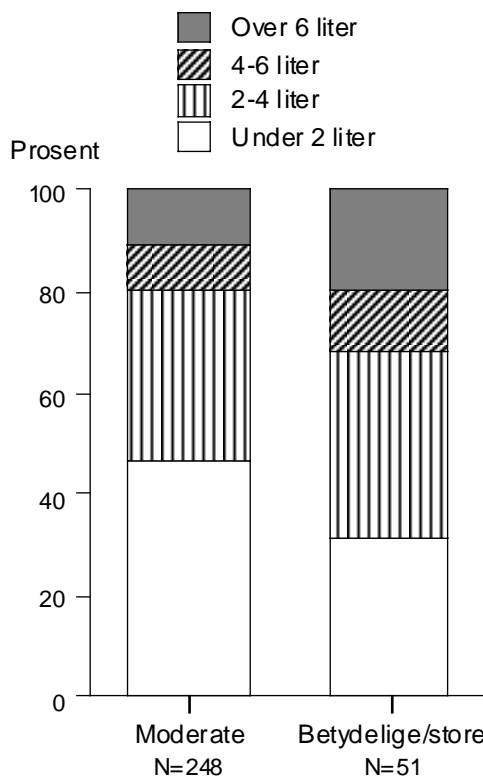
Det er derfor grunn til å undersøke om premisene for dette er riktig: I hvilken grad er alkoholskader begrenset til alkoholikerne?

Alkoholisme er definert på mange måter. I dagligtalen skjer stemplingen som "alkoholiker" ofte ut fra sosiale forhold (5). I definisjoner med mer allmenngyldige pretensjoner, må alkoholisme blant annet være knyttet til høyt forbruk og stadig alkoholbruk. Figur 1 og 2 viser forekomsten av problemer i forhold til forbruksnivå og hyppighet av alkoholbruk.

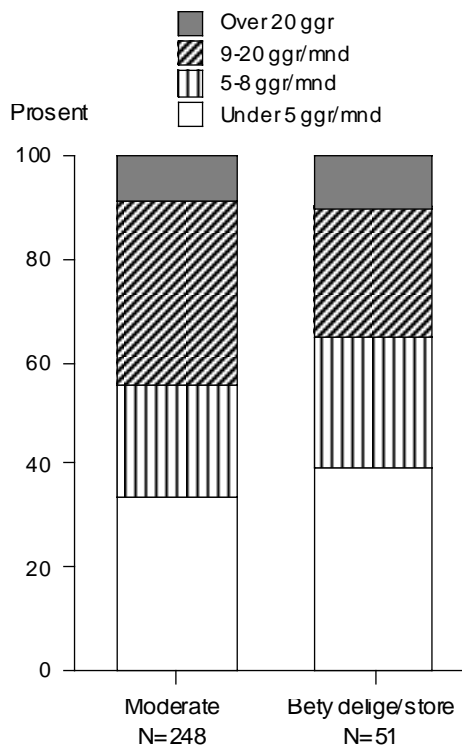
Figurene viser at en stor del av personene som opplever problemer har et relativt moderat forbruk pr. år og ikke bruker alkohol til daglig. Det gjelder også de som har betydelige eller store problemer. Klienter som kommer til alkoholistbehandling vil gjerne etterlate et annet inntrykk fordi de kommer etter sine mest ekstreme drikkeperioder, mens undersøkelsen gjenspeiler et mer tilfeldig tidspunkt.

Likevel bekrefter selvsagt undersøkelsen at risikoen er høyest med høyt forbruk: De som bruker over 6 liter/år har over 4 ganger så stor risiko for problemer som de som drikker 0,01-2 liter/år.

Hvis en istedenfor forbruk pr. år ser på beruselsesfrekvens, er dette en enda sterkere prediktor for problemer. Av dem som ikke drikker seg beruset, har bare 10% opplevet noe problem siste år, mot 60% av dem som er beruset mer enn åtte ganger pr. mnd. Likevel utgjør de som bare er beruset 0-4 ganger pr.



**Figur 1.** Andelen av dem som siste år har hatt moderate eller betydelige/store problemer etter forbruk pr. år.



**Figur 2.** Andelen av dem som siste år har hatt moderate eller betydelige/store problemer etter antall drikketilfelle pr. måned.



**Tabell 6.** Personer ut fra ønske om å kutte forbruket ned/ut og i hvilken grad de har klart det. Prosent.

Ønsket/klart å kutte ned/ut	Problemer noen gang				I alt
	Ingen	Moderate	Betydelige	Store	
Ikke ønsket å kutte ned/ut	96	83	66	41	88
Ønsket og klart	3	10	19	25	8
Ønsket og delvis klart	1	5	13	30	4
Ønsket, ikke klart	0	1	2	3	1
SUM	100	100	100	100	100
N	1047	531	151	63	1792

### HAR PROBLEMDRIKKEREN KONTROLL OVER DRIKKINGEN?

I denne undersøkelsen var det ikke spørsmål om den subjektive opplevelsen av manglende kontroll over drikkingen. Spørsmålene ga imidlertid svar på om de har ønsket å kutte sterkt ned på eller slutte med alkoholbruk og om de eventuelt har klart å gjennomføre sitt forsett. Dette er vist i tabell 6.

Som tabell 6 viser, har en stor del av problemdrikkere ikke ønsket å redusere forbruket sterkt. De som har størst problemer, klarer i noe mindre grad enn andre å kutte forbruket ned eller ut. Likevel ser vi at nesten alle problemdrikkere som bestemmer seg for å kraftig redusere forbruket, klarer det helt eller delvis.

Figur 2 viste at over halvdel av dem som opplever skadevirkninger, ikke drikker oftere enn to ganger pr. uke. Også dette indikerer at de fleste problemdrikkere har betydelig kontroll over sin alkoholbruk.

En liten andel av problemdrikkere har vært til alkoholistbehandling: 21% av dem som har hatt store problemer, 5% av dem som har hatt betydelige problemer og 2% av de som har hatt moderate problemer. De fleste har ikke vært i kontakt med noen del av hjelpeapparat (inkludert lege, sosialkontor etc.). 31% av de med store problemer og 12% av de med betydelige problemer har hatt minst én kontakt med en del av hjelpeapparatet.

De svært få (17 personer) som har vært til alkoholistbehandling, har klart seg bra. 65% har klart å gjøre noe med forbruket og de resterende har klart det delvis. Om vi ser på de andre med tilsvarende alder og problemer, har de som ikke har vært til behandling lyktes like godt i å redusere forbruket. Tallene er imidlertid svært små, henholdsvis 13 og 33 personer.

### OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Frafallet i undersøkelsen er lavt, 23,5%. De sosialt mest utslåtte stordrikkere blir gjerne underrepresentert

i slike undersøkelser. Disse utgjør imidlertid neppe mer enn ca. en prosent av befolkningen. Det er derfor grunn til å tro at tallene er representative for størstedelen av alkoholbruken og alkoholskadene i Oslo.

Alkoholismen har vært definert ved ulike forhold: mengden som ble drukket, skadene knyttet til drikking, manglende kontroll over drikkingen og drikkemønster (kontinuerlig med tenning og reparasjon). Det ble antatt at alkoholikere på alle disse områder atskilte seg fra normalbefolkningen.

Som tidligere befolkningsstudier gir også denne undersøkelsen liten støtte for de fleste av alkoholisme-teoriens antakelser: Skadelig drikking forekommer i alle grader. Drikkevanene synes ikke å følge noen karakteristisk progredierende utvikling. Bedring eller "helbredelse" synes sjelden å skje ved at problemdrikkere blir avholdende, men oftere ved at han begrenser sitt forbruk. De fleste som ønsker å kutte sterkt ned på sitt forbruk, klarer det helt eller delvis. Dette gjøres vanligvis på egen hånd uten kontakt med alkoholistbehandling eller annet hjelpeapparat.

Å angi problemene på en måte som indikerer en dikotomi mellom normale og avvikende drikkere synes svært misvisende. Antall "alkoholikere" blir helt avhengig av hvilken grense en velger.

De fleste skadene forekommer hos folk som ikke har et alkoholistisk forbruk. Dette "prevensjonsparadokset" er særlig beskrevet av den skotske alkoholforskeren Kreitman (6): Selv om alle stordrikkere skulle bli "helbredet", ville de fleste alkoholskadene fortsatt bestå.

Prevensjonsparadokset skyldes delvis at de en kan kalle alkoholikere er så langt færre enn antallet personer på mer moderate risikonivåer. Et annet forhold som delvis forklarer "prevensjonsparadokset", er at man som risikofaktor tradisjonelt har angitt forbruket pr. tidsenhet (f.eks. pr. dag eller uke). Dette er risikofaktoren bak sykdommer som levercirrhose, som utgjør en liten del av skadene. De fleste skadevirkninger er tidsavgrensede *episoder*, ikke *tilstander* som varer over lang tid. En nyere australsk undersøkelse har

funnet at prevensjonsparadokset svekkes betydelig når en sammenholder problemer med beruselsesfrekvens istedenfor forbruk pr. tidsenhet (Hawks, D: pers. medd. 1995).

Da store deler av alkoholisme-teorien fant liten støtte i forskning (7), begynte mange fra rundt 1980 å erstatte alkoholisme-begrepet med "alkohol-avhengighet". I Norge synes det vanligste begrepet nå å være "de som har alkoholproblemer". Selv om ordene endret seg, ble imidlertid de viktigste implikasjonene fra alkoholisme-teorien beholdt: Idéen om at samfunnets alkoholproblemer først og fremst utgjøres av en avgrenset gruppe hjelpetrengende avvikere. Alkoholproblemene sees nå i stadig mindre grad som samfunnsproblemer og i større grad som individuelle problemer. I Sverige er det vist en dramatisk reduksjon i andelen som ser alkohol som et alvorlig samfunnsproblem (8).

Ut fra statistikk over skadevirkningenes utvikling synes det som skadene ble langt mer effektivt bekjempet i den første halvdel av dette århundret enn i den andre. Resultatene av denne og andre befolkningsundersøkelser indikerer noen årsaker til at vår tids mer kostbare bekjempelse synes å være lite effektiv:

1. Ved stort sett å begrense innsatsen til de stordrikkere som kommer til behandling, styres innsatsen utenom de brede befolkningsgrupper, særlig unge menn, hvor det meste av den skadelige drikkingen foregår.

2. Oppmerksomheten konsentreres om *daglige, tvangspregede* alkoholbrukere, mens de aller fleste som opplever skader, drikker ikke daglig og synes å ha rimelig god styring på sin alkoholbruk.

3. Oppmerksomheten konsentreres om de *individuelle avvikeres* problemer, mens forskningen klart har vist at endringer i skadenivået henger sammen med endringer i det *kollektive* forbruksnivået (9).

## REFERANSER

1. Fuglum P. *Kampen om alkoholen 1816-1904*. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
2. Huss M. *Alcoholismus chronicus*. Stockholm: Joh. Bekman, 1849.
3. Jellinek E. Phases in the drinking history of alcoholics. *Quart J Stud Alc* 1946; **7**: 1-88.
4. Mäkelä K. Scandinavian drinking survey. Construction of composite indices of drinking attitudes and personal experiences related to drinking. Oslo: SIFA-hefte nr. 47, 1981.
5. Amundsen A. Hvor mange alkoholikere er det i Norge? *Norsk Tidsskrift om Alkoholspørsmålet* 1974 nr.1: 1-9.
6. Kreitman N. Alcohol dependence and the preventive paradox. *Br J Addict* 1986; **81**: 353-356.
7. Cahalan D, Room R. Problem drinking among American men. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, Monogr. No. 7, 1974.
8. Kühlhorn E. Individualisation of the Swedish alcohol problems. Paper presented at the 37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, San Diego, 1995.
9. Edwards G, et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1994.