

Redaktør: Ellen J. Amundsen
Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen,
Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J. Amundsen

Hva er misbruk og avhengighet?

Betegnelser, begreper og omfang

SIRUS-Rapport nr. 4/2010
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2010

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2010

ISBN 978-82-7171-347-8 (trykt)

ISBN 978-82-7171-348-5 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2010

www.07.no

Forord

I 2010 er det 50 år siden Statens institutt for alkoholforskning (SIFA) startet sin virksomhet. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), som er en direkte videreføring av SIFA, markerer dette med blant annet å utgi tre rapporter som presenterer sentrale temaer innen instituttets virksomhet. Den foreliggende rapporten handler om misbruk og avhengighet av alkohol, narkotika og til dels spill og røyking. De andre handler om (1) skader og problemer forbundet med bruk/misbruk av alkohol, narkotika og tobakk og (2) tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer.

Denne rapporten er en antologi, dvs. at forfattere av de enkelte kapitler er ansvarlige for sitt bidrag. Det er lagt vekt på en i hovedsak populær framstilling slik at teksten skal være tilgjengelig for personer også utenfor gruppen av forskere i rusmiddelfeltet.

Vi vil gjerne takke Bergljot Baklien og Øyvind Horverak ved SIRUS for deres verdifulle kommentarer.

Oslo, september 2010

Ellen J. Amundsen, redaktør

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	10
2 Kan vi skille mellom bruk og misbruk?	13
<i>Ingeborg Lund og Anne Line Bretteville-Jensen</i>	
2.1 Er misbruk og avhengighet det samme?	14
2.2 Hvor viktig er lovligheten?	14
2.3 Definerer forbruksnivået hva som er misbruk?	15
2.4 Hva betyr ruseffekten?	15
2.5 Kan misbruksbegrepet knyttes til brukens negative konsekvenser?	16
2.6 Hvordan forsøker man i praksis å skille mellom bruk og misbruk?	17
2.7 Oppsummering – hva er misbruk og hva kan misbrukes?	26
3 Behov for språk- og begrepsrøkt	28
<i>Astrid Skretting</i>	
3.1 «Rus»	28
3.2 Misbruker eller avhengig?	30
3.3 Mer bevisst bruk av betegnelser og begreper	31
4 Hva er avhengighet?	34
<i>Jostein Rise</i>	
4.1 Innledning	34
4.2 Avhengighet som resultatet av valg	36
4.3 Avhengighet som selvregulering	37
4.4 Avhengighet og nevrobiologi	39
4.5 Fri vilje	40
4.6 Avslutning	41
5 Alkoholmisbruk før og nå – Har vår oppfatning endret seg?	44
<i>Sturla Nordlund</i>	
5.1 Innledning	44
5.2 Hvordan skal man kunne måle folks oppfatninger av «alkoholmisbruk»? .	45
5.3 Tre undersøkelser	48
5.4 Har vår oppfatning av «alkoholmisbruk» endret seg over tid?	49
5.5 Hvordan oppfattes «alkoholmisbruk» i ulike befolkningsgrupper?	52
5.6 Diskusjon	53

6 Hvor mange misbrukere har vi?56

Ellen J. Amundsen

6.1 Hvordan kan vi måle bruk av rusmidler?56

6.2 Hvor mange bruker/misbruker alkohol?61

6.3 Hvor mange bruker/misbruker narkotika?64

English summary.71

Figurregister

Figur 2-1 Eksempel på empirisk fordeling av alkoholforbruket.
Andel som drikker ulike mengder alkohol20

Figur 2-2 Sammenhengen mellom alkoholforbruk per person
og andel storforbrukere i befolkningen21

Figur 5-1 Prosentandel som beskriver 18 ulike utsagn som alkoholmisbruk.
Personer 20 år og over. 1964, 1989, 2006.50

Figur 6-1 Anslag antall sprøytebrukere i Norge og Oslo 1996-2007.
Multiplikatormetode basert på dødsfall og dødelighet67

Tabellregister

Tabell 2-1 AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test19

Tabell 2-2 DSM IV-kriterier for klassifisering av pengespillproblemer og
spørsmålsstilling i NODS.25

Tabell 3-1 Betegnelser og begreper på rusmiddelfeltet32

Tabell 5-1 Andel av respondentene som karakteriserte de beskrevne
drikkemåtene som misbruk. Sammenlignbare grupper. 1964, 1989
og 2006. Prosent.49

Tabell 5-2 Gjennomsnittlig antall beskrivelser bedømt som «misbruk»,
registrert gjennomsnittlig alkoholforbruk i liter per voksen innbygger
(15 år og over), og produktet av disse to størrelsene. 1964, 1989
og 2006 (2005).51

Tabell 5-3 Gjennomsnittlig antall beskrivelser av drikkevaner bedømt som
«misbruk» i 2006. Kjønn og alder.52

Tabell 5-4 Gjennomsnittlig antall beskrivelser av drikkevaner som blir bedømt
som «misbruk», i grupper med ulikt eget forbruksnivå 1964, 1989
og 2006.53

Tabell 6-1 Personer som bruker minst ett narkotisk stoff i løpet av
hhv 6 måneder og 12 måneder. Alder og kjønn66

Tabell 6-2 Antall brukere av heroin i Norge. Brukergrupper69

Sammendrag

Denne rapporten problematiserer begreper og betegnelser knyttet til bruk og misbruk av rusmidler, tobakk og pengespill. Som bakteppe for problematiseringen må man se for seg at brukere er en heterogen gruppe, både med hensyn til hvilket rusmiddel eller spill som brukes, hvor hyppig det brukes, mengde og omfang av bruk, og at konsekvensene vil være svært forskjellige. Risikoen for negative konsekvenser vil avhenge av personen som inntar stoffet, den sosiale sammenheng det tas inn i og type stoff og type inntaksmåte.

Ingeborg Lund og Anne Line Bretteville-Jensen påpeker at misbruksbegrepet er noe flytende og at det ikke finnes noen klar definisjon som gjelder alle typer rusmidler. De faktorer som spiller inn på grenseoppgangen mellom bruk og misbruk, er knyttet til juridiske og kulturelle forhold så vel som til negative konsekvenser av bruken, først og fremst for brukeren selv. Typer av negative konsekvenser som regnes inn er akutte ruseffekter og skader, tilsidesettelse av andre behov og ansvar som personen har, samt økonomiske forhold. Kroniske effekter på personens helse regnes derimot ikke inn, noe som delvis kan forklare hvorfor tobakksrøyking ikke regnes som misbruk. Innenfor substansområdene som SIRUS forsker på, kan man likevel, kort oppsummert, si at den mest utbredte forståelsen er at alkohol, hasj og andre svake narkotiske stoffer, samt pengespill, både kan brukes og misbrukes. Sterke narkotiske stoffer og illegal bruk av reseptbelagte legemidler kalles misbruk, mens tobakk bare kan brukes.

Er det viktig hvordan man ordlegger seg innen rusmiddelfeltet? Astrid Skretting påpeker at det har utviklet seg en begreps- og språkbruk som er lite presis og som i mange tilfeller også må sies å være dårlig norsk. Det mest iøynefallende er anvendelsen av ordet «rus» i alle tenkelig og utenkelige sammenhenger. Generelt vil de fleste mene at gode og riktige språklige betegnelser er viktig og at dette også bør gjelde for rusmiddelfeltet. I en oversikt er det samlet en del av «rus-ordene» som benyttes i dag og også gitt alternativer som gir mer hensiktsmessig språk- og begrepsbruk.

En annen problemstilling er hvilken betegnelse en skal bruke på personer som har behov for hjelpetiltak og/eller behandling på grunn av problemer knyttet til bruk eller misbruk av rusmidler. I denne sammenheng har man tradisjonelt snakket om rusmiddelmissbrukere, men i de senere år har man stort sett gått over til å bruke betegnelsen rusmiddelavhengige (for ikke å si «rusavhengige»). Det gjelder så vel sentrale statlige myndigheter som andre offentlige og private aktører på feltet. Er det formålstjenlig å si at alle som er i behov av hjelpetiltak eller behandling for rusmiddelproblemer, er rusmiddelavhengige? Avhengighet er et komplisert begrep som ikke nødvendigvis er begrenset til en medisinsk diagnose, og som kan sees fra ulike perspektiver.

Jostein Rise refererer og diskuterer ulike teorier om avhengighet. I den klassiske sykdomsmodellen er den avhengige underlagt en indre tvang og er ute av stand til å handle på andre måter enn den han/hun faktisk gjør, og handlingen kan også skje mot personens egen frie vilje. Andre påpeker at mennesket er utstyrt med en egen fri vilje og at vi er i stand til å foreta rasjonelle valg. Det vil si at vi kan vurdere ulike handlingsalternativer og velge det som tjener oss best på kort og lang sikt. Dessuten gir den frie vilje oss muligheten for selvregulering, noe som betyr at vi kan undertrykke impulser. En avhengig person vil slites mellom på den ene siden å ha en stor appetitt på stoffet (kortsiktige motiv) og på den andre siden å ha gode grunner for å avstå fra stoffet (langsiktig motiv). Nevrobiologien påviser de funksjonelle og strukturelle endringer av personers karakter som skjer i hjernen etter gjentatt og langvarig bruk av rusmidler. Problemet med rusmidler er at de forstyrrer den normale læreprosessen mellom stimuli og atferd. Evnen til å oppleve seg selv som en selvstendig, selvstyrt og uavhengig kilde til å tenke og handle svekkes betraktelig, og det samme gjelder evnen til å undertrykke trangen etter stoff og til impulsstyring.

Men selv om den avhengige får et visst tap i sin frihet til å handle, innebærer det imidlertid ikke at den avhengige skal fratras det moralske ansvar for sine handlinger. Rise avslutter med en vurdering av om avhengige personer skal betraktes som syke. Han påpeker at sykdomsbegrepet tilhører det sosialpolitiske område. Å si at en avhengig person er syk, innebærer at personen gis rettigheter til behandling og omsorg. Sykdomsbegrepet kan knyttes til suget (appetitten) etter rusmidler, mer enn til inntaket (atferden). Personen har ikke valgt appetitten med overlegg. Å være avhengig innebærer også et visst frihetstap i form av svekket autonomi og selvkontroll. Dessuten setter gjentatt og langvarig bruk av rusmidler sine nevralt spor som det tar lang tid å viske ut. Slike forhold gjør avhengighet sykdomslignende

og problematisk. Men en rekke empiriske undersøkelser viser at avhengige også påvirkes av omgivelsene og at de faktisk er i stand til å velge.

Befolkningens oppfatning av hva som er alkoholmisbruk har tydelig endret seg i løpet av de siste 50 årene. Basert på spørreundersøkelser i 1964, 1989 og i 2006 viser Sturla Nordlund at folk har endret syn i en mer liberal retning. Ved bruk av et standardisert instrument påvises at stadig færre synes gitte handlinger utgjør et misbruk. I 1964 var det for eksempel 92 prosent som sa at det var alkoholmisbruk «å drikke et par ganger i uken sammen med venner og bli nokså beruset», mens tilsvarende tall i 2006 var 61 prosent. Ut fra 18 slike beskrivelser, var det i 1964 gjennomsnittlig 14 av disse som ble beskrevet som misbruk, 9 i 1989 og 8 i 2006. Kvinner karakteriserer flere utsagn som misbruk enn menn. Personer som selv drikker lite karakteriserer flere handlinger som misbruk enn de som drikker mye. I samme periode har alkoholkonsumet pr voksen innbygger nesten doblet seg. Nordlund påpeker til slutt at Norge har hatt en streng alkoholpolitikk, lavt forbruk og samtidig har beruselse vært vanlig. Andre land, spesielt i Sør-Europa, har hatt mye høyere forbruk og samtidig en mindre restriktiv politikk og lavere omfang av beruselse.

Statens institutt for rusmiddelforskning har ikke tall for hvor mange alkoholikere og narkomane det finnes i Norge. Men i siste kapittel presenterer Ellen J. Amundsen ulike måter å måle alkohol- og narkotikabruk på. Hun viser først tall for antall stordrikkere. Fire ulike metoder gir anslag som spriker mye, fra 66 500 som er nedre grense i en metode, til 377 000 som er et anslag fra en annen metode. Hver metode er basert på antakelser som er mer eller mindre godt underbygd, det er usikkerhet knyttet til anslagene, og beregningsmåte og definisjon av stordrikkere er forskjellig. Antall som har brukt minst en type illegalt narkotisk stoff i løpet av et år, ble anslått til å være mellom 78 000 og 120 000 menn og mellom 42 000 og 73 000 kvinner i aldersgruppa 15–59 år, basert på tall fra 2005. Antall som brukte sprøyter for å innta et narkotisk stoff i 2008, anslås til å ligge mellom 8800 og 12 500. Antall som hadde brukt heroin i 2006 ble samlet anslått til å være i intervallet 10 000 – 18 700, men av disse var det mellom 3400 og 6400 som brukte det sporadisk eller bare noen få ganger som et eksperiment. De brede intervallene illustrerer at det er stor usikkerhet knyttet til anslagene.

1 Innledning

Statens institutt for rusmiddelforskning har gjennom 50 år kartlagt ulike sider ved rusmiddelbruk og misbruk, inklusive bruk av tobakk og pengespill det siste tiåret. Rammen for forskningen har vært samfunnsvitenskapelig og epidemiologisk. Et stadig tilbakevendende spørsmål fra allmennheten, journalister og politikere har vært «Hvor mange alkoholikere og narkomane finnes det i Norge?». I denne rapporten har seks av SIRUS' forskere satt seg fore å belyse hvorfor det er så vanskelig å svare på det spørsmålet – og samtidig besvare det på den hittil beste måten.

Brukere av rusmidler, tobakk eller pengespill er ingen homogen gruppe. Noen bruker bare lovlige stoffer, eller de spiller lovlige pengespill. Andre bruker illegale rusmidler hvor både produksjon, innførsel, salg og bruk er forbudt. Selv for lovlige rusmidler finnes det restriksjoner; produksjon, innførsel og salg/bruk av alkohol, tobakk og pengespill er regulert ved lov og på annen måte. Hyppighet og mengde/omfang av bruk varierer stort, og konsekvensene er forskjellige. De fleste som drikker alkohol i moderate mengder, vil få positive opplevelser av bruken, mens hyppig bruk av større mengder gir ulike negative konsekvenser. Bruk av illegale rusmidler vil oppleves på samme måte, men med de konsekvenser ulovlig bruk kan gi. Noen kan ikke tenke seg å bruke ulovlige rusmidler, mens andre oppsøker spenningen ved at inntak er ulovlig, i tillegg til søken etter effekten av rusmiddelet. Betegnelser som eksperimentbruk, rekreasjonsbruk, sporadisk bruk, overdreven bruk, misbruk, bruk av tunge stoffer, problembruk, avhengig, narkoman og alkoholiker, illustrerer variasjonene i betegnelser og begreper.

Effektene av rusmidlene varierer også. De psykiske virkningene deles ofte inn i tre hovedtyper: dempende, oppkvikkende (sentralstimulerende) og hallusinogene effekter. Alkohol og heroin er eksempler på det første idet sentralnervesystemet får nedsatt aktivitet ved bruk av disse stoffene og man blir roligere og mer avslappet. Bruk av kokain og amfetamin stimulerer aktiviteten i sentralnervesystemet og gjør personer mer aktive, våkne og utholdende. Ved bruk av hallusinogene rusmidler som LSD, ecstasy m.fl. endres sanseopplevelsene og man får hallusinasjoner, eller

kanskje heller illusjoner. Det er naturlig å tenke seg at ulike personlighetstyper vil velge ulike rusmidler, eller at formålet med bruken og situasjonen rusmiddelet inntas i vil avgjøre hvilket rusmiddel som benyttes. Personer som har brukt rusmidler hyppig over lengre tid, bruker ofte mange ulike rusmidler og inntar det rusmidlet som er tilgjengelig på markedet til en hver tid, på engelsk kalles dette «polydrug use».

Risikoen for negative konsekvenser vil avhenge av personen som inntar stoffet, den sosiale sammenheng det tas inn i og type stoff/inntaksmåte. Risikofaktorer for forstyrrelser eller sykdom på grunn av rusmiddelbruk er identifisert til tre hovedområder: manglende evne til atferdshemming, svak evne til regulering av affekt, og atferdsproblemer/antisosiale problemer (Sloboda (red.), 2005). Antisosialitet er funnet å være den tydeligste risikofaktoren. De fleste som bruker rusmidler er ikke preget av slike problemer og har dermed mindre risiko for å få store problemer. Hvis personer i tillegg har gode sosiale rammer som støtte, vil de ha mye større sjans for å greie å avslutte rusmiddelbruk før det oppstår skader. Gradering av farlighet av ulike stoffer er omdiskutert. Vurdert ut fra risikoen for fysiske skader, avhengighet og sosiale skader har et ekspertpanel vurdert heroin, kokain og illegalt kjøpt metadon som de mest skadelige stoffene og GHB, ecstasy og khat som de minst skadelige (Nutt et al. 2007). Alkohol og tobakk ligger blant topp 10 av de 20 stoffene som er rangert, alkohol på fjerdeplass og tobakk på niendeplass.

Heterogeniteten blant brukere av rusmidler og ulikhet i rammene for bruken tilsier at det ikke er enkelt å definere hvem som skal regnes som misbrukere eller avhengige. Hvilke faktorer skal eller bør inngå i en definisjon? Har ordene misbruk og avhengighet samme meningsinnhold? Ingeborg Lund og Anne Line Bretteville-Jensen ser i kapittel 2 på flere faktorer som kan være kriterier for om en person skal kalles misbruker eller kan sies å være avhengig av rusmidler, tobakk eller pengespill. Faktorene lovlighet, hvor mye som brukes og hvor ofte, ruseffekten og rusmiddelbrukens negative konsekvenser diskuteres. De vanligste internasjonale standarder for kartlegging av avhengighet blir omtalt.

Er det viktig at vi bruker forståelige og presise betegnelser og begreper når vi omtaler ulike aspekter ved rusmiddelbruk i dagligtale? Astrid Skretting påpeker i kapittel 3 at det har utviklet seg en språkbruk som er lite presis og som også må sies å være dårlig norsk. Hun ser spesielt på bruk av ordet «rus» i ulike sammen-setninger.

Ordbruk og betegnelser knyttet til rusmiddelbruk kan ha en dypere og viktigere betydning enn vi tenker over til daglig. Betegnelsen rusmiddelmissbruker legger vekten på at den enkelte har ansvar for eget misbruk. Betegnelsen «avhengig av rusmidler» legger i større grad ansvaret utenfor personen selv – det er rusmidlet som er skurken og som gjør personen avhengig. Jostein Rise går i kapittel 4 grundigere inn i diskusjonen om fenomenet avhengighet. Hva er det ved mennesket som gjør at det involverer seg i selvdestruktive handlinger som det vet at på lengre sikt er skadelig både for seg selv og sine sosiale omgivelser? Han reflekterer teoretisk og filosofisk over ulike aspekter ved avhengighetsbegrepet.

Synet på hva som er misbruk kan endre seg ved endringer i samfunnet. Sturla Nordlund presenterer i kapittel 5 en måte å beskrive hva folk mener når de bruker begrepet «alkoholmisbruk». Han beskriver hvordan oppfatningene varierer, og at folks syn på «misbruk» har endret seg i takt med endringene i alkoholvanene. Er det slik at folk i dag aksepterer mer drikking før de kaller det «misbruk», enn de gjorde for eksempel på 60-tallet?

I siste kapittel prøver Ellen J. Amundsen å gi svar til spøreren som ringer SIRUS med spørsmål om hvor mange alkoholikere og narkomane som finnes i Norge. For alkohol gis tall for hvor mange som drikker mye, mens det for narkotika gis tre tall. Hvor mange bruker et eller annet ulovlig narkotisk stoff? Hvor mange bruker sprøyter til å innta narkotika? Og hvor mange bruker heroin i Norge?

Referanser

Sloboda, Z. (2005) Defining and measuring Drug Abusing Behaviors. I Sloboda, Z. (red) *Epidemiology of drug abuse*. New York: Springer

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007). Development of a rationale scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369, 1047–1053

2 Kan vi skille mellom bruk og misbruk?

Ingeborg Lund og Anne Line Bretteville-Jensen

Før vi kan avgjøre hvor mange rusmiddelmissbrukere som finnes, må vi ta stilling til hva som legges i begrepet misbruk. Hvordan skiller misbruk seg fra vanlig bruk, og er skillelinjen mellom bruk og misbruk den samme uansett hvilket rusmiddel det er snakk om? Dette, som tilsynelatende kan se ut som en relativt enkel sak, er i virkeligheten slett ikke så enkelt. Mange faktorer spiller inn, ikke minst de forskjeller som eksisterer mellom ulike rusmidler og hvordan de blir oppfattet i vårt samfunn. Bruken av narkotiske stoffer (dvs. rusmidler oppført på myndighetenes liste over ulovlige rusmidler) vil ofte ses på som misbruk. Men betyr dette at alle som har brukt hasj én gang hører til gruppen narkotikamisbrukere? Og i tilfelle, hvor lenge etter at misbruket har opphørt skal en person fortsatt regnes som misbruker?

Hvordan stiller det seg med illegal bruk av alkohol, enten det nå er hjemmebrent eller smuglersprit, eller det er snakk om alkoholbrukere som er yngre enn 18? Spørsmålene antyder at det å definere fenomenet misbruk innebærer mange utfordringer, og at det er store forskjeller mellom rusmidlene når det gjelder hvor grensen skal settes. Mens misbruksbegrepet i noen tilfeller, og for noen rusmidler, er tett knyttet til legalitet, så vil skader og problemer knyttet til bruken ha større vekt i andre tilfeller eller for andre rusmidler. I tillegg vil den kulturelle statusen rusmiddelet har, bruksmengden, tiden som har gått siden bruken opphørte og ikke minst spørsmål knyttet til avhengighetsproblematikk være med i vurderingen av hva som er bruk og hva som er misbruk. I det følgende vil vi utdype litt om disse faktorene, før vi går nærmere inn på hvordan man i praksis søker å skille mellom bruk og misbruk av ulike rusmidler og avhengighetsskapende atferder i befolkningen.

2.1 Er misbruk og avhengighet det samme?

Misbruk er ikke det samme som avhengighet. Mange vil for eksempel si de er avhengig av kaffe, uten at de omtales som «kaffemisbrukere» av den grunn. Brukere av LSD, på den andre siden, vil ofte betegnes som misbrukere selv om LSD er et narkotisk stoff som tilsynelatende ikke har avhengighetsskapende egenskaper. Likevel vil det selvfølgelig være slik at mange misbrukere har et avhengighetsproblem, som igjen kan være en av flere årsaker til at de misbruker substansen de er avhengig av. De to begrepene brukes gjerne i tilknytning til hverandre, og det vil være stor overlapp mellom misbrukerpopulasjonen og avhengighetspopulasjonen. Misbruk kan også i noen sammenhenger ses på som et signal om at risikoen for avhengighet er stor. Distinksjonen mellom disse begrepene er imidlertid viktig å legge merke til. Som eksemplene med kaffe og LSD peker på, er det ikke slik at man enten er både misbruker og avhengig, eller i motsatt fall, verken det ene eller det andre. Avhengighet er en fysisk (evt. mental) tilstand hos brukeren selv, men denne tilstanden er altså ikke en nødvendig forutsetning for misbruk. Teorier og refleksjoner om avhengighet omtales nærmere i kapittel 4.

2.2 Hvor viktig er lovligheten?

Om et rusmiddel er lovlig eller ikke, vil være en av de faktorene som inngår når man forsøker å skille bruk fra misbruk. Dette kan belyses ved hvor ulikt bruk av alkohol og bruk av narkotiske stoffer oppfattes. Mens bruken av det lovlige rusmidlet alkohol gjerne deles inn i bruk og misbruk, vil all bruk av narkotika ofte forstås som misbruk. Dette til tross for at grunnlaget for å definere alkohol som lovlig og for eksempel hasj som ulovlig er mer historisk betinget enn basert på kunnskap om risiko og skader. I Norge har man som kjent brukt alkohol gjennom mange århundrer. Alkohol har dermed en annen legal og kulturell status enn narkotiske stoffer, og dette har betydning både for legaliteten og for hvordan vi omtaler bruken av disse rusmidlene. Når det er sagt, er det slik at legale stoffer også kan brukes på ulovlige måter, for eksempel ved promillekjøring. Lovlighet er altså en faktor som kan inngå i totalbildet både for legale og illegale stoffer, selv om det nok ofte gis mer vekt hvis stoffet selv er illegalt.

Et annet område hvor den juridiske dimensjonen kommer klart til uttrykk, er i forholdet mellom legalt forskrevne legemidler og legemidler som er skaffet på illegalt vis. Her defineres illegal bruk av reseptbelagte tabletter stort sett som pillemisbruk.

2.3 Definerer forbruksnivået hva som er misbruk?

I manges oppfatning vil rusmiddelmisbruk ofte være knyttet til hvor mye og hvor ofte rusmidler brukes. Men hvor mye er for mye? Hva som anses som lite og mye i alkoholsammenheng vil blant annet avhenge av hva som er vanlig drikkemønster i det sosiale miljøet vedkommende lever i. Det vil med andre ord variere mellom kulturer og over tid, noe som også vises tydelig i kapittel 5 i denne rapporten. Befolkningens alkoholforbruk fordeler seg langs en kontinuerlig skala, med en gradvis overgang fra «normal» drikking til mer ekstremt forbruk, slik at fordelingen ikke avtegner to klart atskilte grupper. I tillegg kan to personer på samme forbruksnivå ha helt ulike drikkemønstre, der den ene drikker ofte og lite per gang, mens den andre drikker sjeldnere, men blir oftere beruset. Dette gjør det vanskelig å finne en absolutt grense i forbruket som alle er enige om skal betegnes som alkoholmisbruk.

En alternativ betegnelse som ofte brukes, er antall storbrukere/storkonsumenter. Også her vil grenseoppgangen være vanskelig, og ha et innslag av vilkårlighet, men i den definisjonen vi har brukt i Norge, vil storkonsumentene være personer som drikker mer enn 10 cl ren alkohol (i overkant av 4 halvliters pils) per dag i gjennomsnitt, noe som tilsvarer 36,5 liter ren alkohol per år.

For andre rusmidler enn alkohol vil forbruksnivået være mindre viktig for å definere misbruk, men som for alkohol vil synet på, og holdninger til rusmiddelbruken endres over tid. Mens man på 1970-tallet kanskje ubetinget ville betegne all cannabisbruk som misbruk, er man nå trolig noe mer tilbøyelig til å vurdere omfanget av hasjbruken før misbruksbegrepet tas i bruk. Begrepet «rekreasjonsbrukere» eller «sporadisk bruker» henviser nettopp til at personen bare bruker det aktuelle rusmiddelet av og til. For tyngre stoffer, som heroin og amfetamin, er det fremdeles mindre vanlig å skille mellom rekreasjonsbrukere og misbrukere, selv om det også her gjøres i økende grad. Heller ikke for enkelte atferder, som spillavhengighet, vil forbruksnivået alltid inngå i definisjonen av misbruk, se omtalen om spillavhengighet i avsnitt 2.6.

2.4 Hva betyr ruseffekten?

En annen faktor som har betydning for hvordan det skilles mellom bruk og misbruk, er den ruseffekten bruken gir. Om vi for eksempel tenker på tobakksrøyking, så gir bruken liten eller ingen ruseffekt, men brukerne kan likevel være avhengige av nikotin. Denne kombinasjonen, sammen med sigarettens status i vår kultur, har ført til at det ikke er vanlig å bruke begrepet misbruk om tobakksrøyking. Til tross for

kjente helseskader, sannsynlig avhengighet og økonomiske effekter, snakker vi altså bare om brukere av sigaretter og andre tobakksprodukter, og ikke om misbrukere. På motsatt ende av skalaen kan man kanskje tenke seg sterke narkotiske stoffer, for eksempel heroin. Her er ruseffekten svært tydelig, stoffet er ikke sosialt akseptert, og det er heller ikke lovlig. Denne kombinasjonen har vært medvirkende til at alle heroinbrukere gjerne omtales som misbrukere.

2.5 Kan misbruksbegrepet knyttes til brukens negative konsekvenser?

Til nå har vi fokusert på rusmidler, men man bruker også ofte begrepet misbruk i forbindelse med ulike typer potensielt avhengighetsskapende atferd, som pengespill, underholdningsspill, sex, shopping eller til og med (over)spising. Med unntak av pengespill er dette typer av misbruk som ligger utenfor SIRUS sitt forskningsfelt. Det kan likevel være nyttig å ta utgangspunkt i slike atferder for å få fram ett av de mest sentrale poengene ved misbruk: Det er ikke ruseffekt eller legalitet alene som avgjør om et bruksmønster eller en atferd utgjør et misbruk. Tvert i mot kan *alle* de faktorene vi hittil har nevnt forstås som potensielle negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Når disse vurderes samlet, vil summen av alle de negative konsekvensene som bruken eller atferden forårsaker bestemme hvorvidt det er snakk om misbruk eller ikke.

Dette betyr i praksis at alle de faktorene vi hittil har diskutert vil inngå i totalbedømmingen, selv om de ikke alltid vil bli tillagt like mye vekt. I mange tilfeller vil det også være gjensidig påvirkning og interaksjon mellom disse faktorene, slik at det å se separat på én og én faktor ikke nødvendigvis gir mening. Det å bruke et illegalt rusmiddel gir for eksempel en negativ konsekvens i seg selv fordi det innebærer å begå en ulovlig handling, i tillegg kan bruken føre med seg negative sosiale konsekvenser. Et høyt forbruk er i mange tilfeller knyttet til både kroniske og akutte skader, og til økonomiske og sosiale konsekvenser, samt at det også øker risikoen for avhengighet. Sterk ruseffekt fører med seg økt risiko for å skade seg selv eller andre.

Negative konsekvenser av rusmiddelbruk begrenser seg heller ikke nødvendigvis til de hittil nevnte aspektene. De kan gjelde både rusmiddelbrukeren selv, pårørende, venner, berørte tredjeparter og samfunnet for øvrig. Konsekvensene kan i prinsipp være av fysisk, psykisk, sosial eller økonomisk art. Blant de mer umiddelbare skader for rusmiddelbrukeren selv kan regnes både akutte skader og

skader som oppstår etter langvarig bruk, og man kan skille mellom direkte skader på kroppen og indirekte atferdsrelaterte skader (Skog 1985).

Denne ideen om at misbruk innebærer negative konsekvenser og problemer har gjort at betegnelser som problembruker eller problematisk bruker ofte benyttes istedenfor misbruker. I avsnittene under skal vi vise hvordan man innenfor forskning i praksis har brukt omfanget av negative konsekvenser for å anslå omfanget av misbruk av ulike rusmidler i befolkningen.

2.6 Hvordan forsøker man i praksis å skille mellom bruk og misbruk?

Dersom man vil avgjøre om en enkelt person er misbruker av et rusmiddel, så kommer man kanskje langt med «magefølelsen». Dette er imidlertid ikke en mulighet som er åpen for den som vil forsøke å beregne omfanget av misbruk av ett eller flere rusmidler i befolkningen som helhet. I slike situasjoner er man avhengig av å benytte seg av de metoder som er til rådighet for befolkningsundersøkelser, dvs. hovedsakelig spørreundersøkelser som enten er basert på selvutfylte skjemaer eller foregår ved personlige intervju (se kapittel 6 for en mer utfyllende beskrivelse). For å gjøre det mulig å skille misbruk fra bruk uten at man har noen særlig dyptgående kjennskap til de personene det er snakk om, trengs det en mer formell tilnæringsmåte, hvor standardiserte verdier og spørsmål inngår. For legale rusmidler er disse standardiserte verdiene og spørsmålene i stor grad utarbeidet ut fra en ide om at bruk og misbruk er kvalitativt forskjellige begreper, og at de innebærer ulike konsekvenser for brukeren selv og for hans eller hennes nærmeste. For ulovlige rusmidler er selve bruken og bruksmengden avgjørende i større grad.

Grensen mellom de som blir definert som misbrukere, og de som ikke blir det, vil dermed ikke bare gå ved gitte bruksnivåer eller ved bestemte nivåer på ruseffekten, men ved et gitt omfang av negative konsekvenser som bruken har for personen selv og for folk rundt ham eller henne i løpet av en nærmere angitt tidsperiode. Hvor mange konsekvenser som skal til, og i hvilken tidsperiode, varierer imidlertid mellom ulike typer rusmidler og atferder.

Hva er misbruk av alkohol?

Alkohol er på mange måter det ideelle eksemplet på hvordan det kan skilles mellom bruk og misbruk av et rusmiddel, nettopp fordi det umiddelbart er lett å forestille

seg at det fins to typer alkoholkonsumenter – brukerne og misbrukerne. Siden misbruk i stor grad knytter seg til problemer som skyldes drikking, er betegnelsen «problematiske alkoholbruk» ofte brukt i litteraturen, og vi kommer også til å bruke den i dette avsnittet.

Et spørsmålsbatteri ved navn «Alcohol Use Disorder Identification Test» (AUDIT) er et anerkjent internasjonalt instrument som brukes for å skille ut gruppen med problematiske alkoholbruk (Saunders, Aasland, Babor, Fuente, & Grant, 1993). Instrumentet ble først utviklet for bruk i kliniske settinger, men det har også blitt brukt i spørreundersøkelser. I sin opprinnelige form inneholder AUDIT 10 spørsmål, som hver kan gi en verdi mellom null og fire, og grensen for nåværende problematiske alkoholbruk er blitt satt ved en samlet verdi på åtte i løpet av siste 12-månedersperiode. Det har også blitt utviklet en kortere versjon som bare har fem spørsmål, og som ser ut til å fange opp problematiske alkoholbrukere like bra som originalen (Miles, Winstock, & Strang, 2001).

Tabell 2–1 gir en oppsummering av det opprinnelige AUDIT, med svaralternativer. I tråd med diskusjonen tidligere i dette kapitlet, ser vi av tabell 2–1 at både drikkemengder og drikkefrekvens, avhengighetsproblematikk og negative konsekvenser som følge av alkoholbruken inngår i dette instrumentet. Hvordan eventuelle tegn på misbruk vil fordele seg vil imidlertid kunne variere fra person til person, slik at mens ett individ kan bli klassifisert som misbruker på bakgrunn av høy skår på avhengighetsspørsmålene, så kan et annet bli regnet som misbruker kun på grunn av omfanget av negative konsekvenser. Det vanligste vil sannsynligvis være at alle de tre dimensjonene er representert i noen grad hos misbrukere.

De tre spørsmålsområdene som inngår i AUDIT har mye til felles med hvordan verdens helseorganisasjon definerer problembruk av rusmidler i sitt diagnosesystem «International Classification of Diseases» (ICD-10) (WHO, 1992). ICD-10 er ett av to internasjonale klassifiseringsmanualer/standarder som ligger til grunn for mange instrumenter som brukes til klassifisering av misbrukere. Det andre er det amerikanske diagnosesystemet «Diagnostic and Statistical Manual» (DSM).

Tabell 2-1 AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

Gruppering	Spørsmål	Svaralternativer
Spørsmål om drikkemengde og frekvens	Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri Månedlig eller sjeldnere To til fire ganger i måneden To til tre ganger i uken Fire ganger i uken eller mer
	Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en «typisk» drikkedag?	1-2 3-4 5-6 7-9 10 eller flere
	Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Aldri Sjelden
Spørsmål knyttet til avhengighet	Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?	Noen ganger i måneden Noen ganger i uken Nesten daglig
	Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?	Nei Ja, men ikke i løpet av siste år Ja, i løpet av siste år
	Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?	
Spørsmål om problemer som skyldes alkoholbruk	Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?	Aldri Sjelden
	Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?	Noen ganger i måneden Noen ganger i uken Nesten daglig
	Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga drikking?	
	Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?	Nei Ja, men ikke i løpet av siste år Ja, i løpet av siste år

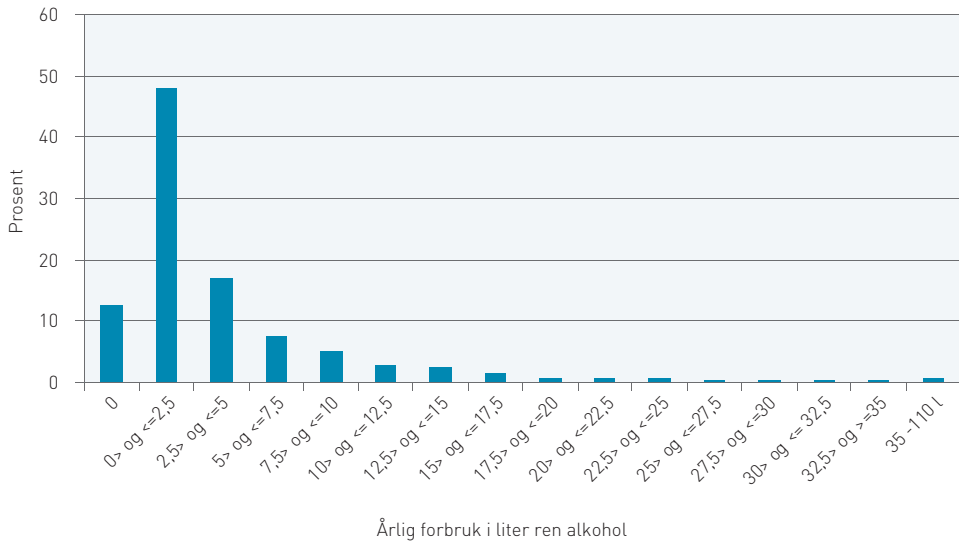
- Kilde: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=3240>

I en undersøkelse fra Oslo i 1995 (Fekjær, 1996) ble et spørreskjema med spørsmål om i alt 8 ulike problemer knyttet til alkoholdrikking besvart av 2051 personer mellom 18 og 59 år. Resultatene fra denne undersøkelsen ga mye interessant informasjon om problemdrikkere. For eksempel fant man at selv om det er en positiv sammenheng mellom alkoholforbruk og problemer, så var det likevel slik at personer med et problematisk forhold til alkohol kunne være svært ulike både med hensyn til total drikkemengde og drikkefrekvens. Faktisk rapporterte opp mot 30 % av de som hadde hatt betydelige problemer med alkohol i løpet av det siste året at de hadde drukket

under to liter ren alkohol i løpet av det siste året (gjennomsnittet i befolkningen er ca åtte liter), og bortimot 40 % av dem hadde drukket færre enn fem ganger i måneden.

Er det en sammenheng mellom gjennomsnittlig alkoholforbruk og andelen storforbrukere? Innenfor alkoholforskningen har det lenge vært kjent at det er klare sammenhenger mellom hvor mye som drikkes i befolkningen som helhet, og hvor stor andel av befolkningen som er storforbrukere av alkohol. En anerkjent teori som beskriver disse sammenhengene har eksistert siden 1950-tallet, da den ble utviklet av Lederman (1956) under navnet totalkonsumsteorien. Denne teorien baserer seg på én hovedforutsetning, nemlig at fordelingen av alkoholforbruket i befolkningen kan beskrives ved hjelp av én størrelse eller parameter. Dette innebærer at det er en fast sammenheng mellom gjennomsnittet og variansen i fordelingen. Med fordeling menes en beskrivelse av hvordan alkoholforbruket er spredd ut i befolkningen, og hvordan man kan dele befolkningen inn i undergrupper basert på størrelsen på dette forbruket. Denne beskrivelsen kan framstilles grafisk, slik som i figur 2-1.

Figur 2-1 Eksempel på empirisk fordeling av alkoholforbruket. Andel som drikker ulike mengder alkohol

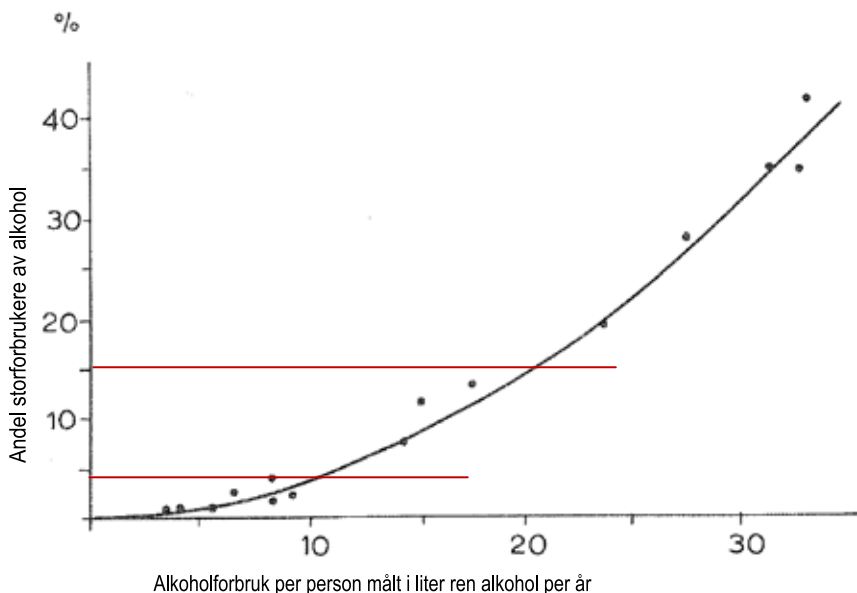


Fordelingen i figuren er basert på selvrapporterte data om alkoholbruk fra 3 191 personer 15 år og eldre i 2004. Det typiske for forbruket av alkohol, og det kommer tydelig fram i denne figuren, er at det er svært skjevt fordelt. Over ti prosent av befolkningen drikker ingenting, store grupper drikker lite eller moderat, mens en mindre andel av forbrukerne ligger på høyere forbruksnivåer.

Forutsetningen om en fast sammenheng mellom gjennomsnitt og varians i fordelingen av alkoholforbruket, innebærer i praksis at man kan gå ut fra at endringer i det beregnede gjennomsnittskonsumet skyldes endringer i forbruket langs hele fordelingen. Om man for eksempel tenker seg at gjennomsnittsförbruket har økt, så kan man gå ut fra at både normalbrukere og storforbrukere drikker mer enn de gjorde før. Dette er en sammenheng som har solid støtte fra empiriske undersøkelser (Bruun, et al., 1975; Skog, 1985; Babor et al., 2003).

Definisjonen på en storforbruker går ved en fastsatt størrelse på alkoholforbruket, ofte ved 10 cl ren alkohol per dag. Dette betyr at i en situasjon hvor alle øker sitt alkoholkonsum, så vil også andelen storforbrukere øke. Sammenhengen mellom andelen storforbrukere og gjennomsnittsförbruket er relativt stabil, og innebærer rundt regnet at en fordobling av gjennomsnittsförbruket betyr at andelen storforbrukere har blitt firedoblet. Figur 2-2 viser denne sammenhengen grafisk. Punktene i figuren er hentet fra empiriske undersøkelser, og som man kan se, øker andelen storforbrukere raskere enn gjennomsnittsförbruket. De to horisontale linjene viser andelen storforbrukere ved et gjennomsnittlig förbruk på henholdsvis 10 og 20 liter i året.

Figur 2-2 Sammenhengen mellom alkoholforbruk per person og andel storforbrukere i befolkningen



Kilde: Skog, 1971

Totalkonsumsteorien gir i seg selv ingen forklaring på hvorfor det er slik at konsumet øker i alle grupper samtidig, men det har blitt foreslått at forklaringen ligger i sosial interaksjon (Skog, 1985). Alkohol brukes ofte i sosiale sammenhenger, og en person som lever i et miljø der det drikkes mye alkohol vil ha større sannsynlighet for selv å drikke mye enn en som mest omgås med folk som drikker lite eller ingenting. Økende alkoholkonsum i befolkningen betyr både at folk drikker mer når de drikker, og at flere arenaer blir åpnet for drikking. Nye situasjoner, hvor det tidligere kanskje ble servert kaffe, blir omdefinert slik at det blir ok å servere for eksempel øl eller vin. På denne måten vil de fleste bli berørt av slike endringer, og både de som tidligere drakk lite og de som drakk relativt mye vil ha en tendens til å drikke mer.

Både antall drikkesituasjoner og hvor mye som anses normalt å drikke per tilfelle påvirkes av kulturelle og lokale forhold. Et eksempel på slik påvirkning fra hele gruppen til enkeltindivider kan man kanskje se i områder i Norge med stor tetthet av muslimer, der forskning har påvist at også etnisk norsk ungdom drikker mindre enn jevnaldrede som holder til i områder med færre muslimer (Amundsen, Rossow, & Skurtveit, 2005).

En konsekvens av totalkonsumsteorien er at det ikke går an å skille klart mellom storforbrukeres konsum på den ene siden, og normalbrukernes konsum på den andre. Dette innebærer at utsagn av typen «det er bare noen få som ikke oppfører seg» ikke gir noen mening. Selv om det er lite populært blant alle de som mener at de drikker normalt, så kommer man ikke unna at det totale «drikkepresset» i en befolkning vil være med å bestemme hvor stor denne gruppen av «noen få» er. Slik sett er altså alle, gjennom sitt eget alkoholkonsum, med på å berede grunnen for de storforbrukerne vi har.

Hva er misbruk av hasj og tyngre stoffer?

For å avgjøre når bruken av hasj og tyngre stoffer utgjør et misbruk, kunne man tenke seg at man ville søke å avdekke graden av avhengighet hos brukeren og problemene han eller hun erfarte i forhold til forbruksnivået. I de aller fleste sammenhenger der man undersøker befolkningens bruk av narkotika, vil det imidlertid være selve bruken av hasj og tunge stoffer man er interessert i. Med andre ord lar man ofte det legale aspektet avgjøre, og sidestiller bruk og misbruk. Tidsaspektet kommer imidlertid inn. Ofte regner man personer som relativt nylig har brukt narkotiske stoffer til misbrukergruppen slik at gruppen vil bestå av det antall personer som har brukt heroin, kokain, amfetamin, LSD, Ecstasy osv. i løpet

av siste år. Fordi narkotikabruk er ulovlig, oppstår det spesielle problemer med selve målingen av misbrukergruppen, blant annet ved at man ikke kan regne med at befolkningsundersøkelser alene er tilstrekkelig som grunnlag for beregning av utbredelse i befolkningen. Spesialundersøkelser og indirekte beregninger må til, slik det er nærmere beskrevet i avsnitt 6.1 i denne rapporten.

Det europeiske overvåkningsorganet for narkotika (EMCDDA) definerer tungt misbruk («problem drug use») som sprøytemisbruk eller annen langvarig og regulær bruk av heroin eller andre opiater/opioider, amfetaminer eller kokain. Beregninger baserer seg ofte på informasjon om personer som søker behandling for sitt misbruk, dvs. personer som har utviklet problemer i forhold til stoffbruken. I tråd med at også andre narkotiske stoffer etter hvert er blitt mer utbredt og at stadig flere søker behandling også for sitt cannabisbruk, diskuteres det nå om definisjonen skal omfatte flere stoffer enn de opprinnelige nevnte (EMCDDA 2009). Definisjonen av tungt misbruk i EMCDDA-sammenheng, vil utgjøre en undergruppe av alle som har brukt narkotika i løpet av et år, da behandlingssøking ofte utgjør statistikkgrunnlaget. Dermed har man i noen sammenhenger innført tilstedeværelse av problemer og forbruksomfang også i definisjonen av misbruk av narkotika.

Hva er misbruk av tobakk?

Som tidligere nevnt, deles tobakksbruken vanligvis ikke inn i bruk og misbruk – all bruk er bruk, og det skilles ikke mellom normalbrukere og storbrukere slik som for eksempel ved alkoholbruk. Det finnes imidlertid grupper av spørsmål som samlet brukes som instrument for å kartlegge graden av avhengighet hos tobakkbrukerne (Heartherton et al. 1991). Slike spørsmål benyttes likevel ikke i befolkningsundersøkelser, hvor det vanligvis bare inkluderes spørsmål om hvorvidt man røyker eller bruker snus og, i tilfelle, hvor mye innenfor et visst tidsrom (dag eller uke). Det har vært knyttet større interesse til røykeomfang enn til avhengighetsproblematikk, først og fremst på grunn av de store helseskadene ved tobakksbruk.

Hva er misbruk av pengespill?

Pengespill er ikke et rusmiddel, og selv om spilling kan påvirke lystsenteret i hjernen, så kan man altså ikke snakke om noen fysisk ruseffekt i tradisjonell forstand, eller for den saks skyld noen skade på kroppen. Det er dermed atferden i seg selv som folk kan «misbruke» eller til og med utvikle et avhengighetsforhold

til. Vanligvis vil man for pengespill heller ikke bruke begrepet misbruk, men problematisk spill, eller problemspillere.

På samme måte som for alkohol går ikke grensen for problemspill ved et gitt omfang av penge- eller tidsforbruk (og dermed spillomfang). De som deltar i pengespill gjør det ut fra helt forskjellige forutsetninger både når det gjelder tid og økonomi, og dermed blir det også slik at mens noen kan spille bort mye penger uten at det fører til økonomiske problemer, så kan andre bare spille litt før pengemangel blir et problem. For å skille de som har et problematisk pengespillforbruk fra de som ikke har det, pleier man også her å ta utgangspunkt i det totale omfanget av negative konsekvenser som spillingen fører til for spilleren.

Det er utviklet en rekke diagnose- og klassifiseringsverktøy til bruk for å klassifisere problemspillere, men de fleste av disse har mye til felles ettersom de vanligvis er basert på ett av de to internasjonale klassifiseringsmanualene/standardene som tidligere er nevnt, dvs. ICD eller DSM. Tabell 2–2 viser en oppsummering av instrumentet «NORC DSM Screen for Gambling Problems» (NODS), som er ett av disse verktøyene. Dette instrumentet har tidligere blitt brukt i flere norske befolkningsundersøkelser, og det bygger på DSM-kriterier (4. utgave av DSM).

Det vi spesielt kan legge merke til når vi leser tabell 2–2, er at verken hvor mye penger som er brukt på spill eller hvor ofte man spiller egentlig er med i diagnosen. I stedet er det lagt vekt på problematiske forhold som kan komme som resultat av pengebruk og spillefrekvens, for eksempel løgn, tyveri eller lån. I tillegg inngår noen potensielle tegn på avhengighet, slik som økt ekstrem opptatthet, toleranseutvikling og abstinenssymptomer, eller mislykkete sluttforsøk. Med andre ord vil avhengighet, dersom det er til stede, inngå i totalbedømmingen av om bruksmønsteret innebærer et misbruk, men det er ikke et nødvendig kriterium.

Tabell 2–2 DSM IV-kriterier for klassifisering av pengespillproblemer og spørsmålsstilling i NODS.

DSM IV-kriterium	NODS
Opptatthet	Har hatt perioder som har vart to uker eller mer hvor mye tid brukes til å tenke på spill, planlegge framtidig pengespill eller tenke ut måter å skaffe penger til spill.
Toleranse	Har i perioder måttet øke innsatsen eller omfanget av spillingen for å oppnå samme spenning som før.
Abstinens	Blitt rastløs eller irritabel ved forsøk på å kutte ned eller slutte med pengespill.
Flukt	Spilt om penger for å glemme personlige problemer eller redusere følelser av skyld, angst, hjelpeløshet eller depresjon.
Forfølge tap	Har kommet tilbake en annen dag for å vinne tilbake penger som er tapt.
Løgn	Løyet mer enn tre ganger for familiemedlemmer, venner eller andre om omfanget av eller tap i spill.
Tap av kontroll	Har tre eller flere ganger forsøkt å slutte med, redusere eller kontrollere spillingen uten å klare det.
Illegale handlinger	Stjålet noe eller overtrukket kontoen for å betale for spill.
Risikere viktige forhold	Pengespill har ført til alvorlige eller gjentatte problemer i forhold til familie eller venner, eller har gitt deg problemer i skolen eller på jobben.
Kausjonering	Har måttet spørre familiemedlemmer eller andre om å låne penger for å komme deg ut av en kritisk pengesituasjon som hovedsakelig skyldes pengespill.

Når man bruker et analyseverktøy som det i tabell 2–2 til å skille mellom bruk og misbruk, har man på forhånd definert hvor mange negative konsekvenser som skal til for å bli klassifisert som misbruker (eller problemspiller som er en vanligere betegnelse), og hvilken tidsperiode man er interessert i. For dette spesifikke verktøyet går skillet ved tre, og for nåværende problemer er det vanlig å spørre om hendelser i løpet av de siste 12 måneder. Det vil si at de som svarer positivt på at minst tre av konsekvensene i tabell 2–2 har forekommet i løpet av de siste 12 månedene vil defineres som nåværende problemspillere. Det sier seg selv at denne grensen ikke er naturgitt. Derimot er den et resultat av studier av et klinisk utvalg, der det viste seg at ved en slik grenseverdi ville tilstrekkelig mange av de som hadde svart ja på minst tre av disse spørsmålene faktisk være problemspillere (Gerstein, Hoffmann, & Larison, 1999).

Noe som også blir tydeligere når man tar utgangspunkt i en slik liste med konsekvenser, er at det ikke er noe klart skille mellom vanlige brukere på den ene siden og misbrukere på den andre. Enkelt personer kan veksle fra bruk til misbruk, og tilbake igjen, og spillere som har problemer i en fase av livet, kan klare å spille kontrollert senere.

2.7 Oppsummering – hva er misbruk og hva kan misbrukes?

Som vi har sett i dette kapitlet, så er misbruksbegrepet noe flytende, og det finnes egentlig ikke noen klar definisjon som gjelder alle typer rusmidler. Hvorvidt et gitt bruksmønster innebærer et misbruk er gjenstand for avveininger i hvert tilfelle når det er enkeltpersoner det er snakk om, mens standardiserte screeninginstrumenter tas i bruk ved undersøkelser på befolkningsnivå. De faktorer som spiller inn på grenseoppgangen mellom bruk og misbruk er knyttet til kulturelle og juridiske forhold så vel som til negative konsekvenser av bruken, fremst for brukeren selv. Typer av negative konsekvenser som regnes inn er akutte ruseffekter og skader, tilsidesettelse av andre behov og ansvar som personen har, samt økonomiske forhold. Kroniske effekter på personens helse regnes derimot ikke inn, noe som delvis kan forklare hvorfor tobakksrøyking ikke regnes som misbruk.

Innenfor substansområdene til SIRUS kan man vel likevel, kort oppsummert, si at i den mest utbredte forståelsen kan alkohol, hasj (og andre svake narkotiske stoffer) og pengespill både brukes og misbrukes, sterke narkotiske stoffer og illegale reseptbelagte legemidler misbrukes, mens tobakk altså bare brukes.

Referanser

Amundsen, E. J., Rossow, I., & Skurtveit, S. (2005). Drinking patterns among adolescents with immigrant and Norwegian background. A two-way influence? *Addiction*, 100(11), 1453–2140

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Bruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. New York: Oxford University Press.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., et al. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* (Vol. 25). Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

EMCDDA (2009). *Problem drug use (PDU)* Hentet fra www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu

Fekjær, H. O. (1996). Hvor mange alkoholikere har vi? Alkoholproblemer i Oslos befolkning, *Norsk Epidemiologi* 6, 23–28

Gerstein, D., Hoffmann, J., & Larison, C. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Chicago, USA: National Opinion Research Center at the University of Chicago.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991) The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *British Journal of Addiction* 86,1119–1127

Lederman, S. (1956). *Alcool, alcoolisme, alcolisation*, Vol 1, Institut National d'études Demographiques, Travaux et Documents, Cahier no 29, Presses Universitaires de France, Paris.

Miles, H., Winstock, A., & Strang, J. (2001). Identifying young people who drink too much: the clinical utility of the five-item Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and Alcohol Review*, 20, 9–18

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Fuente, J. R. d. L., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*, 88, 791–804

Skog, O.-J. (1971). *Alkoholkonsumets fordeling i befolkningen*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning (SIFA)

Skog, O.-J. (1985). Hva bestemmer omfanget av alkoholskader? I Arner, O., Hauge, R. og Skog, O.-J. (red.) *Alkohol i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skog, O.-J. (1985). Den kollektive drikkekulturen. I Arner, O., Hauge, R. og Skog, O.-J. (red.) *Alkohol i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

3 Behov for språk- og begrepsrøkt

Astrid Skretting

Spiller det noen rolle hvilke begreper og betegnelser som anvendes på rusmiddelfeltet, eller er det mindre viktig hvordan en ordlegger seg? Bakgrunnen for spørsmålet er at det har utviklet seg en begreps- og språkbruk som er lite presis og som i mange tilfeller også må sies å være dårlig norsk. Det mest iøynefallende er anvendelsen av ordet «rus» i ulike sammenhenger. Vi ser også at personer som har ulike grader av problemer knyttet til bruk av rusmidler, blir betegnet som avhengige, for ikke å si «rusavhengige», uten at det problematiseres. Videre blir betegnelsen «bruker» anvendt på måter som har ulike meningsinnhold. Vi vil her se litt nærmere på noe av begrepsbruken på rusmiddelfeltet og oppfordre til mer bevisst språk- og begrepsbruk.

3.1 «Rus»

I utgangspunktet er «rus» strengt tatt en forkortelse av beruselse, og beruselse er en tilstand som oppnås ved at en person inntar rusmidler. I dag ser vi imidlertid at betegnelsen «rus» ofte anvendes i betydningen rusmiddel/rusmidler. Eksempelvis snakkes det om at han eller hun bruker «rus». Med andre ord har ordet «rus» (beruselse) i dagens språkbruk endret seg fra å være tilstanden en kan komme i ved å bruke rusmidler, til å bli betegnelsen på selve substansen eller rusmidlet/rusmidlene som inntas for å oppnå beruselse («rus»). Selv om språk verken kan eller skal være statisk, er det like fullt grunn til å undre seg over hvordan betegnelsen «rus» anvendes i ulike ordsammensetninger. Det sies eksempelvis at en pasient eller klient som er eller har vært i behandling for rusmiddelproblemer, er blitt «rusfri». Det er imidlertid uklart hva som menes. Er det fravær av all rusmiddelbruk i en gitt periode? Er det fravær av bruk av illegale rusmidler? Vil en pasient/klient som har vært i behandling for problemer knyttet til bruk av illegale rusmidler, kunne bruke alkohol og likevel bli betegnet som «rusfri»?

Betegnelsen «rusfri» eller «rusfritt» blir også brukt som målsetting for forebyggende tiltak. Hva er det en mener når det eksempelvis sies at et mål for et forebyggingstiltak i skolen er å få flere til å fullføre skolen «rusfritt»? Er det at elevene ikke skal bruke noen form for rusmidler så lenge de går på skolen? Eller er det begrenset til at de ikke skal bruke narkotiske stoffer?

Det snakkes også om at en person er «ruspåvirket». Er ikke dette «smør på flesk»? Å være beruset eller «ruset» er vel er det samme som å være påvirket av rusmidler? Videre må en kunne spørre om det er innlysende hva som eksempelvis menes med et «rusbarn»? Er det barn av foreldre med rusmiddelproblemer eller er det et barn som har problemer knyttet til egen bruk av rusmidler? Hva er en «ruslidelse»? Er det selve rusmiddelbruken eller er det en lidelse som kommer som konsekvens av rusmiddelbruk? På Vestlandet brukes «rusvernet» om hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere. Ut fra sammenhengen forstår en hva det henspeiles på, men hvis en ser nærmere på betegnelsen må en kunne spørre seg om den gir mening. Hva er det som skal vernes? I barnevernet er det barnet som skal vernes, men i det såkalte rusvernet er det vel neppe rusen som skal vernes?

I forbindelse med debatten om heroinforskrivning, snakker =Oslo om «ruspolitisk optimisme». Vi forstår vel også her hva som menes, men klinger det ikke noe underlig? Slik kan vi fortsette. Etter som tida går, synes det ikke å være grenser for kreative betegnelser og sammensetninger der «rus» inngår.

Betegnelsen «rus» brukes også når det skal sies noe om bruk av rusmidler i ulike befolkningsgrupper, eller sammenhenger. Eksempelvis finner vi titler på foredrag, artikler og bøker som: «ungdom og rus», «rus blant barn og unge», «kvinner og rus», «rus og arbeidsliv», «innvandrere og rus», osv. Selv om det stort sett henspeiles på at det dreier seg om bruk av rusmidler blant henholdsvis ungdom, barn, kvinner, innvandrere, og bruk av rusmidler i tilknytning til arbeidslivet generelt sett, vil slike overskrifter lett gi assosiasjoner i retning av at det først og fremst er misbruk av rusmidler i ulike sammenhenger som skal beskrives.

Fra 1. januar 2004 ble behandling for rusmiddelproblemer en del av spesialisthelsetjenesten gjennom det som i aktuelle dokumenter er kalt «rusreformen». På samme måte som mye av det vi ellers har nevnt, er det en noe merkelig betegnelse. «Rusreformen» må imidlertid sees på som en form for egennavn slik at det vanskelig kan endres.

3.2 Misbruker eller avhengig?

En annen problemstilling er hvilken betegnelse en skal bruke på personer som har behov for hjelpetiltak og/eller behandling på grunn av problemer knyttet til bruk og misbruk av rusmidler. Mens en i slike sammenhenger tradisjonelt har snakket om rusmiddelmissbrukere, har en i de senere år i stor grad gått over til å bruke betegnelsen rusmiddelavhengige (for ikke å si «rusavhengige»). Det gjelder så vel sentrale statlige myndigheter som andre offentlige og private aktører. Spørsmålet er imidlertid om det er formålstjenlig å karakterisere alle som er i behov av hjelpetiltak eller behandling for rusmiddelproblemer, som rusmiddelavhengige. Avhengighet er et komplisert begrep som ikke nødvendigvis er begrenset til en medisinsk diagnose, men bør sees fra ulike perspektiver. Det vil derfor være ulike oppfatninger om hva som kan eller skal legges i avhengighet og hva det innebærer å være avhengig. For en nærmere drøfting av ulike sider ved bruk, misbruk og avhengighet henvises til kapittel 2 og 4.

En viktig forklaring på at betegnelsen rusmiddelavhengig mer eller mindre har foretrekkes betegnelsen rusmiddelmissbruker, er trolig det faktum at behandling for rusmiddelmissbruk gjennom rusreformen er blitt en spesialisthelsetjeneste. Personer i behandling for rusmiddelmissbruk har fått status som pasienter, samtidig som de har fått pasientrettigheter på linje med pasienter innen somatisk og psykisk helsevern. Det har også skjedd en endring i synet på hvor en skal lete etter forklaringer på hva som fører til misbruksutvikling. Fra at samfunnsmessige faktorer og miljø i tiårene før tusenårsskiftet ble sett på som sentralt, har biologiske forklaringer etter hvert fått stadig større plass.

Etter at det i mange år ble sett på som lite hensiktsmessig å snakke om misbruk av rusmidler i termer av sykdom, ser vi at det stadig oftere trekkes paralleller til kroniske sykdommer som for eksempel diabetes. Likeledes har vi sett at mens det gjennom flere år var en negativ innstilling til bruk av medikamenter i behandling av rusmiddelmissbruk, har medikamentell behandling fått en stadig større plass. Ved utgangen av 2009 var det eksempelvis mer enn fem tusen pasienter i substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin i Norge. I tråd med dette er behandling for rusmiddelmissbruk i økende grad blitt et område for medisinerere, etter i mange år å ha vært et sosialfaglig felt.

Rusmiddelmissbrukerne ble imidlertid ikke avhengige «over natten» etter at rusreformen trådte i kraft. I det daværende Helsedepartementets strateginotat som la føringer for rusreformen til de regionale helseforetakene, snakkes det eksempelvis gjennomgående om rusmiddelmissbrukere og ikke om rusmiddelavhengige (Helsedepartementet 2004).

Overgangen har kommet mer eller mindre glidende, og i de siste to-tre år er betegnelsen rusmiddelavhengige blitt så godt som enerådende. I omtalen av tiltak for rusmiddelmisbrukere i statsbudsjett for 2010 henvises det til «mennesker med omfattende rusmiddelavhengighet» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) 1 S s194.

Selv om det økende medisinske fokuset på misbrukere og misbruksproblemer er en viktig forklaring, har endringen trolig også bakgrunn i at det å betegne rusmiddelmisbrukere som avhengige er ment å gi dem det gjelder en form for økt verdighet. Mens misbruk peker i retning av at en selv bærer ansvar for egen situasjon, gir avhengighet signal om sykdom som en langt på vei ufor skyldt har pådratt seg. Å bli betegnet som avhengig kan derfor bidra til mindre fordømmelse, og endringen fra betegnelsen misbruker til avhengig vil derfor sees på som positiv av mange. Avhengighet gir imidlertid assosiasjoner i retning av at det er mer eller mindre umulig å komme ut av et misbruk og at det derfor er noe samfunnet må ta ansvar for. Diagnosen rusmiddelavhengig vil dermed bidra til at den enkelte fritas for ansvar for endring.

«Bruker»

«Bruker» er en annen betegnelse på rusmiddelfeltet som kan bidra til forvirring. Når «bruker» blir anvendt om en person, er det i mange sammenhenger uklart om det henspiles på personen som «bruker» av rusmidler eller som «bruker» av tjenester. Når for eksempel Rusmiddeletaten i Oslo kommune snakker om «våre brukere», bør det forstås som de personene som bruker ett eller flere av de tilbudene Rusmiddeletaten i Oslo rår over og ikke som en generell betegnelse på en rusmiddel(mis)bruker. Slik sett kan det være mer forvirrende hva en «LAR-bruker» er. Selv om vi forstår at det er en pasient som er i legemiddellassistert rehabilitering (LAR), vil det vel være mer hensiktsmessig å si at personen er pasient i LAR.

3.3 Mer bevisst bruk av betegnelser og begreper

Mange vil trolig tenke at de ulike betegnelse vi her trekker fram er funksjonelle og derfor greie nok. Generelt vil vel imidlertid de fleste mene at gode og riktige språklige betegnelser er viktig og at dette også bør gjelde for rusmiddelfeltet. Endringen vi har sett i bruk av begreper og betegnelser i de senere år er verd en studie og en langt mer grundig diskusjon enn det vi tar mål av oss til å gjennomføre i denne sammenheng. De mange språklige endringene har trolig også ulike forklaringer. Den utstrakte bruken av «rus» kan i mange sammenhenger sees på som forenkling, men det er også språklig latskap. Det er enklere å snakke om «rusbruk» enn «bruk av rusmidler». Selv om det trolig er en tapt kamp, og

alternativene vi foreslår kan bli oppfattet som tyngre, vil vi like fullt oppfordre fagfeltet til økt språklig og begrepsmessig bevissthet. Som et bidrag har vi derfor samlet en del av «rus»-ordene og gitt alternativer som vi mener vil være mer hensiktsmessig språk- og begrepsbruk (se tabell 3–1). I de fleste eksemplene betyr dette at ordet «rus» byttes ut med ordet «rusmiddel».

Tabell 3–1 Betegnelser og begreper på rusmiddelfeltet

Blir brukt	Bruk heller
Rusarbeid	Arbeid på rusmiddelfeltet
Rusatferd	Rusmiddelpåvirket atferd
Rusavhengig	Rusmiddelavhengig, avhengig av rusmidler
Rusbarn (brukt om barn med rusmiddelproblemer i barnevernsinstitusjon)	Barn med rusmiddelproblemer
Barn fra rushjem	Barn som vokser opp i familier med rusmiddelproblemer.
Rusbehandling	Behandling for rusmiddelproblemer
Rusbruk (er), bruk av rus, rusmisbruk(er)	Bruk av rusmidler, rusmiddel(mis)bruk(er)
Rusbudsjett	Budsjett for rusmiddelrelaterte tiltak
Rusdebatten	Rusmiddeldebatten
Rusepisode	Episode med rusmiddelbruk
Ruse seg	Bruke rusmidler/bli beruset
Rusfeltet	Rusmiddelfeltet
Rusforebygging	Forebygge utvikling av rusmiddelproblemer
Rusforskning	Rusmiddelforskning
Rusfri	Er ute av misbruk. Har ikke brukt rusmidler på x mnd/år
Rusfri(tt)	Uten bruk av rusmidler
Rushjem	Hjem der det misbrukes rusmidler
Rusinstitusjon	Institusjon for rusmiddelmisbrukere
Ruskarriere	Rusmiddelkarriere
Ruskjøring	Kjøring under påvirkning a rusmidler
Ruskonsulent	Rusmiddelkonsulent
Rusleger, rusmedisinere	Leger på rusmiddelfeltet
Ruslidelse	Rusmiddelrelaterte lidelser
Rusområdet	Rusmiddelfeltet
Ruspolitikk	Rusmiddelpolitikk
Rusproblem(atikk)	Rusmiddelproblem(atikk)
Ruspåvirket	Beruset, påvirket av rusmidler
Rusrelaterte problemer	Rusmiddelrelaterte problemer
Rusrådgiver	Rådgiver i rusmiddelrelaterte spørsmål
Rustilfelle	Episode med rusmiddelbruk
Rustrender	Trender når det gjelder bruk/misbruk av rusmidler
Rusprosjekt	Prosjekt på rusmiddelfeltet
Rusvaner	Rusmiddelvaner
Rusvernet, rusomsorgen	Tiltak for rusmiddelmisbrukere

At betegnelsen avhengighet langt på vei har erstattet betegnelsen misbruk, har en mer sammensatt forklaring enn den utstrakte bruken av «rus»-betegnelsen for rusmiddel. Økt vekt på medisinske forklaringsmodeller på misbruk og økt medikalisering av behandling må her sees som viktige faktorer. I dette tilfellet er det derfor mer snakk om hvilken forståelse vi skal legge til grunn for å kunne tolke endring i rusmiddelmisbruk. Her vil vi igjen henvise til kapittel 2 og 4 hvor det diskuteres hvilken rolle den klassiske sykdomsmodellen for forståelse av avhengighet bør ha i en mer teoretisk rettet diskusjonen av hva avhengighet er.

Referanser

Helsedepartementet (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier*. Oslo: 2004.

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2009–2010) s. 194. Oslo: 2009

4 Hva er avhengighet?

Jostein Rise

4.1 Innledning

For de fleste av oss er det et paradoks at noen frivillig involverer seg i selvdestruktive handlinger som de vet kan være skadelig på lang sikt, hvorfor de likevel fortsetter og hvorfor de mislykkes gang på gang hvis de prøver å slutte. Kanskje ikke så merkelig at det finnes en rekke forskjellige forestillinger, ideer og oppfatninger om hva rusmiddelavhengighet er, og at det er mange forklaringer på hvorfor noen blir avhengige av rusmidler, mens andre ikke blir det. En mulighet som mange, legfolk så vel som eksperter, ofte trekker frem er at det ikke dreier seg om frivillighet, men at den avhengige personen har mistet evnen til å tenke og velge fornuftig, i det minste når det gjelder inntaket av det aktuelle stoffet; videre at atferden til en avhengig person er basert på en uimotståelig trang etter stoffet, at den er av tvangsmessig, mekanisk karakter og at den avhengige er uten tanke på skadene han/hun påfører seg selv og andre. Den avhengige er med andre ord underlagt en indre tvang og er ute av stand til å handle på andre måter enn den han/hun faktisk gjør, og at dette skjer mot personenes egen vilje.

Jon Elster illustrerer dette poenget ved å vise til likheten mellom en avhengig person og rotter som er trent opp eksperimentelt til å stimulere belønningssenteret i hjernen ved å trykke ned en spak (Elster, 1999). I rotteeksperimentet ble det etter flere ukers eksperimentering satt opp en elektrisk skjerm som sperret for belønningen (stimulering av hjernens belønningssenter) og som ga intense smerter hvis den ble forsert (Gardner & David, 1999). Etter noen minutter med beslutningsvegring tok rottene mot til seg og forserte skjermen under intense smertehyl, nådde deretter frem til spaken, trykte den ned og oppnådde til slutt den etterlengtede belønningen.

Synet på avhengighet beskrevet ovenfor danner grunnlaget for den såkalte klassiske sykdomsmodellen som kan dateres til USA for om lag 200 år siden (se Levine, 1978). Modellen ble videreutviklet av Jellinek (1960). Det er særlig to hovedtrekk som går igjen i beskrivelsen av den, nemlig at inntaket av stoff skjer mot personens vilje, det som går under betegnelsen viljesvakhet, og at personen er underlagt en indre, uimotståelig tvang, at han eller hun føler seg tvunget av sine egne ønsker til å innta stoffet. Ifølge filosofen Gary Watson er tvang et kontroversielt begrep av flere grunner (Watson, 1999). Her skal nevnes to. For det første er det innebygget en moralsk ambivalens i begrepet tvang. Hvis avhengighet er av tvangsmessig natur, vil noen mene at avhengige personer ikke kan være moralsk ansvarlige for sine handlinger og argumenterer for at det trengs en mer human rusmiddelpolitikk. Avhengige personer trenger hjelp og må ikke belastes med opplevelse av skyld og skam. Andre vil argumentere imot en slik tankegang fordi den fratrar avhengige muligheten til å komme seg ut av det ved egen hjelp.

For det andre er tvang kontroversielt begrepsmessig fordi det ikke er avklart hvordan en slik indre tvang skal analyseres. Indre tvang, dvs. tvang som er underlagt egne ønsker er vesensforskjellig fra fysisk tvang. På samme måte som noen kan tvinge deg ut av et rom ved fysisk kraft, mot din vilje, kan også dine appetitter og impulser lede deg i en retning som du «egentlig» ikke ønsker at de skal føre deg. Dette er ikke en konflikt mellom to personer, men en konflikt mellom to sterke ønsker som går i motsatt retning, dvs. en motivasjonskonflikt. Dette er en konflikt som handler om viljestyrke og selvregulering. Noen ganger gir en etter for den sterke appetitten knyttet til inntak av stoffet, mens andre ganger er lysten til å avstå sterkere.

Sykdomsmodellen bygger med andre ord på en ide om at mennesker er underlagt de samme mekaniske lovmessighetene som dyr. Hos mennesket gir det seg utslag i en indre tvang som ubønhørlig driver den avhengige i retning av å fortsette å konsumere mer av stoffet til tross for troverdige forsikringer om å slutte. Dette er imidlertid en posisjon som er vanskelig å forsvare fordi mennesket har noen spesifikke egenskaper som dyr ikke har. Evolusjonen har nemlig utstyrt oss med en fri vilje som er mer avansert enn hos dyr (Baumeister, Schmeichel & Voss, 2007). Den setter oss i stand til å foreta rasjonelle valg, dvs. at vi kan vurdere hvilke alternative handlingsmuligheter som foreligger og velge det som tjener oss best på kort og lang sikt (at en ikke alltid oppfører seg på denne måten røkkes ikke ved prinsippet).

Den andre formen for fri vilje er evnen til å selvregulere, dvs. at mennesket er utstyrt med et selv som setter oss i stand til å rette oppmerksomheten, ikke bare utover og fremover, men også innover, og at vi kan betrakte oss selv utenfra. Evnen til selvregulering innebærer at vi er i stand til å undertrykke umiddelbare impulser, for eksempel undertrykke trangene etter nikotin, og vi kan undertrykke ønsket om å få en liten gevinst her og nå til fordel for en større belønning senere, det som kalles evnen til utsatt belønning. Det største fortrinnet mennesket har sammenlignet med andre arter, er imidlertid at evolusjonen har frembrakt kultur, det settet av verdier, normer og regler, virkelighetsoppfatninger og konvensjoner som er nedfelt i et fells symbolmiljø og som bidrar til å gjøre en handling meningsfull og forståelig. Vi går nå over til å beskrive teorier om avhengighet som bygger på disse menneskelige egenskapene.

4.2 Avhengighet som resultatet av valg

Den mest kjente er Gary Beckers teori om den avhengige som en rasjonell person (Becker & Murphy, 1988). Her ses den avhengige som fullt ut informert om de langsiktige negative konsekvensene av den aktuelle rusmiddelatferden. Han eller hun tar hensyn til fremtiden og gjør det som er best for seg selv ut fra sine subjektive forutsetninger og ytre omstendigheter. Den avhengige mener det samme over tid i den forstand at verdien av fremtidige belønninger er mindre viktige enn belønninger som er nær i tid. Dette innebærer at den avhengige er mindre motivert av fremtidige enn av nærliggende konsekvenser. Personer som er lite motivert av fremtidige negative konsekvenser ender derfor lettere opp i avhengighet.

Ifølge Beckers teori antas avhengighetsskapende atferd å ha tre egenskaper. For det første er atferdene tiltrekkende og belønnende og foretrekkes fremfor å avstå fra konsum, som det heter på økonomispråket. For det andre har konsumet av stoffet i dag negative konsekvenser for konsumentens fremtidige velferdsnivå. På grunn av økt toleranse for stoffet vil konsumenten etter hvert oppnå mindre nytte av en gitt mengde stoff og trenger derfor mer for å bli tilfreds. For det tredje vil det være slik at jo mer en konsumerer i dag, jo mer vil en konsumere i fremtiden. Dette kan skyldes at økt konsum letter plagene og bivirkningene (somatiske, psykologiske og sosiale) som etter hvert begynner å gjøre seg gjeldende.

At en person som ønsker å slutte med et stoff ikke klarer det, til tross for gjentatte forsøk, forklares ofte med viljesvakhet. Det vil si at en ikke lykkes i å handle i overensstemmelse med det en betrakter som sitt eget beste. Det er med andre ord

en form for irrasjonell atferd. Ta en person som må velge mellom A (slutte å røyke) og B (fortsette å røyke). Denne personen har gode grunner for å gjøre B (liker å røyke), men har enda sterkere grunner for å gjøre A (liker bedre å være en sunn ikke-røyker enn en røyker). Viljesvakhet oppstår når personen med overlegg velger å gjøre B (fortsette å røyke) til tross for at han eller hun vet at å velge A (slutte å røyke) er bedre. En viljesvak person gir med andre ord etter for fristelser samtidig som han eller hun vet at det er bedre å la være.

Problemet med teorien om rasjonell avhengighet er at den ikke harmonerer med oppfatningen om at avhengighet er knyttet til om man over tid har mislykkes i sine forsøk på å slutte med den aktuelle atferden. Den rasjonelt avhengige personen lider ikke av viljesvakhet, opplever ikke ambivalens eller konflikt mellom motiver for å fortsette kontra å slutte med stoffet. Det er simpelthen en storkonsument som fortsetter å konsumere stoffet fordi han eller hun liker det. En rasjonell avhengig person som ønsker å slutte med stoffet vil slutte, og hvis han eller hun ikke slutter, er det fordi personen ikke ønsker det. Teorien om rasjonell avhengighet er med andre ord en teori om en sterk «appetitt» som konsumenten ikke har noe sterkt ønske om å kvitte seg med. Den største fordelen med teorien er at den er med på å bygge bro mellom økonomiske teorier om velferd og nytte og nevrofysiologi, og dermed kan bidra til å skape et felles språk til analyse av avhengighet.

Herrnstein & Prelec (1992) har laget en mildere variant av Beckers teori. De foreslår at folk ikke er opptatt av å maksimere nytte eller tilfredshet som Becker hevder, men å forbedre den. Denne teorien antar at folk er nærsynte og lite fremtidsorienterte, slik at når de eksempelvis står overfor et valg mellom å drikke alkohol på et gitt tidspunkt eller la være, velger de det alternativet som de har størst nytte av i øyeblikket. Veien inn i avhengighet skjer med andre ord gjennom en rekke små gradvise beslutninger der konsekvensene ikke blir oppdaget før det er for sent.

4.3 Avhengighet som selvregulering

En enda mildere variant av teorien om rasjonell avhengighet, og som har fått langt større betydning enn de foregående, er Ainslies teori om nåtidsskjevheter som sier at folk hele tiden gir etter for fristelser, og at dette er en stabil egenskap ved de fleste av oss (Ainslie & Monterosso, 2009). Teorien går omtrent slik: La oss si at dersom en person skal velge mellom en mindre belønning nå (f. eks. røyke) og en større belønning senere (god helse), vil denne personen i god tid før det aktuelle konsumet finne sted foretrekke den store, sene belønningen (god helse). Men når det konkrete

valgtidspunktet nærmer seg, vekkes lysten på en røyk. Å røyke nå blir mer og mer attraktivt sammenlignet med god helse en gang i en usikker fremtid. Denne personen vil etter hvert ombestemme seg og gi etter for fristelsen, dvs. personen velger den nære, lille belønningen (røyke) til tross for at han eller hun på et tidligere tidspunkt foretrakk den sene store belønningen (god helse). Dette er også et eksempel på det som kalles viljesvakhet. Karine Nyborg kaller fenomenet nåtidsskjevheter og at vi alle lider av det fordi vi legger større vekt på øyeblikket enn på fremtidige tidspunkt, vi synes vi bør slutte å røyke, men utsetter det til i morgen (Nyborg, 2009).

Mens Beckers avhengige person aldri ga etter for fristelser, gjør Ainslies person det til gagns. Her må en tenke seg at det hele tiden oppstår suksessive, likeartede valgsituasjoner og at en kan snakke om en indre kamp mellom ulike selv innenfor samme person («meg nå» versus «meg senere»). Nyborg kaller det en kamp mellom «planleggeren» og «krypdyret». Planleggeren tar hensyn til både nåtid og fremtid, mens krypdyret i oss bare bryr seg om nåtid og trekker oss mot fristelsen. Personen er med andre ord utsatt for en konflikt mellom to sterke samtidige motiver, personen ønsker ikke å pådra seg en alvorlig sykdom senere i livet, samtidig som lysten på en sigarett her og nå er sterk. Den avhengige personen slites på den ene siden av en sterk appetitt på stoffet (kortsiktig motiv) og på den andre siden av gode grunner for å avstå fra stoffet (langsiktig motiv). I følge Ainslies teori om avhengighet er ambivalens og sterk motivasjonskonflikt selve kjennetegnet på avhengighet (se Skog, 2003 for en nærmere diskusjon).

For å takle denne konflikten har Ainslie foreslått flere strategier hvorav den viktigste er det som kalles personlige regler. For å kunne benytte seg av en slik strategi må personen forstå at han eller hun vil komme til å møte mange lignende valgsituasjoner i fremtiden, og at det ikke er grunn til å tro at han eller hun vil kunne klare å motstå fristelsen ved en senere anledning, når han eller hun ikke er i stand til å motstå den her og nå. Hvis man har denne innsikten, er det mulig å bunte sammen mange enkelthendelser til en serie av identiske valg der alternativene er «alltid A» og «alltid B». Viljestyrke handler ifølge denne teorien om å lære seg å velge etter prinsipp, dvs. kategorier som inneholder et knippe av forventede valgsituasjoner i stedet for å velge en aktuell enkeltsituasjon.

4.4 Avhengighet og neurobiologi

Mesteparten av neurobiologisk forskning om fenomenet avhengighet stammer fra forsøk utført på dyremodeller (se oversikt i Mørland, 2010). De neurobiologiske endringene som skjer ved gjentatt bruk av rusmidler er ikke vesensforskjellige hos mennesker og dyr. Det er derimot vurderingen og håndteringen av konsekvensene av de nevrale endringene, som vi diskuterte innledningsvis. Ikke desto mindre bør en forståelse av avhengighet hos mennesker ta hensyn til de funksjonelle og strukturelle endringene av karakter som skjer i hjernen etter gjentatt og langvarig misbruk av rusmidler. Det blir derfor redegjort kort for hovedtrekkene i denne litteraturen som bygger på en oppsummering gjort av neurobiologen Steve Hyman (2007), og det henvises til denne for mer omfattende dokumentasjon.

Enhver organisme, herunder den menneskelige, forsøker å realisere mål som er av sentral betydning for å overleve, mat, trygghet, sex osv. Slike mål, og aktiviteter som leder til målet, fungerer som belønninger, dvs. tilstander som er attraktive, ønskelige og fulle av nytelse. Belønnende atferdsformer vil huskes bedre, ha en tendens til å gjenta seg over tid (forsterkes) og øke i effektivitet (føre til raskere måloppnåelse). For mennesket er det naturlig nok ikke bare aktiviteter som trengs for å overleve som fungerer som belønninger. Inntak av rusmidler gir relativt øyeblikkelig nytelse, og omgivelsene forsyner oss hele tiden med stimuli som forteller oss at en belønning er i sikte (lukten av tobakksrøyk, synet av en restaurant, etc.). Forbindelseslinjer mellom stimuli og atferdsformer etableres via nevrale spor og impregneres med såkalte insentivverdier, egenskaper som letter hukommelse og læring, med hurtigere aktivering av atferden som følge. Problemet med rusmidler er at de kortslutter disse forbindelsene og forstyrrer den normale læringsprosessen. Dette krever en nærmere forklaring.

Gjennom evolusjonen har den menneskelige hjerne utviklet en rekke spesialiserte mekanismer som bidrar til å maksimere evnen til å oppnå belønninger; mekanismer som rangerer verdien av ulike belønninger, mekanismer som lærer oss raske og effektive veier til målet, og mekanismer for kognitiv kontroll som gjør veien mot målet lettere ved å undertrykke distraksjoner og impulser. Disse mekanismene er plassert i ulike deler av hjernen og trenger et system som styrer informasjonsutveksling mellom områdene. Denne oppgaven har signalstoffet dopamin. Gjentatt bruk av rusmidler (eller gjentatt utførelse av avhengighetsskapende aktiviteter) fører til at større mengder av dopamin utløses enn ved naturlige belønninger og kortslutter på denne måten kretsene som forbinder de ulike områdene. På denne måten forstyrrer dopaminets normale læringsfunksjon.

Dopamin utløses vanligvis ved nye, ukjente belønninger, når noe uventet skjer eller når belønningen er bedre enn forventet. Når verden er forutsigbar er det intet nytt å lære og ingen økning i dopamin. Inntak av rusmidler vil derfor alltid signalisere at belønningen er bedre enn forventet. Det vil skje en overlæring i de nevrale forbindelseslinjene i frontallappen som vil øke trangen etter stoffet betraktelig. Rusmidler blir høyere verdsatt enn andre rasjonelle mål. Arbeid, foreldreoppgaver, lovlidighet og det å ta vare på seg selv blir devaluert. Evnen til autonomi, opplevelse av seg selv som en selvstendig, selvstyrt og uavhengig kilde til å tenke og handle, svekkes betraktelig. Det samme gjelder evnen til kognitiv kontroll, nemlig å undertrykke trangen etter stoff og til impulsstyring.

De nevrale sporene som etableres etter lang tids bruk kan eksistere i lang tid, kanskje livet ut, og bidrar til å forklare hvorfor avhengige personer kan sprekke etter mange år og hvorfor det er vanskelig å komme seg ut av misbruket. Hyman finner likevel grunn til å påpeke at til tross for svekket autonomi og selvkontroll, er det ikke slik at rusmiddelavhengige personer skal betraktes som viljeløst styrt av sine omgivelser. Under rusmiddelfrie omgivelser med optimale betingelser i form av hjelp og støtte er det mulig å reparere ødelagte mekanismer i frontallappen i hjernen og gjenvinne kontrollen over rusmiddelbruken. Det er imidlertid ikke konsekvensene av de nevrale endringene ved gjentatt inntak av rusmidler, svekket autonomi og selvkontroll, per se som gjør at avhengighet skal betraktes som en sykdom, som noen hevder (se Mørland, 2010). Det er de normative vurderingene av disse konsekvensene som er det sentrale (Gjelsvik, 2009). Det nytter med andre ord ikke å lete etter nevrobiologiske bevis på at avhengighet er en sykdom.

4.5 Fri vilje

Hva så med den frie viljen, er det slik at svekket autonomi og selvkontroll innebærer tap av fri vilje? Dette er et sentralt fordi det reiser spørsmålet om en avhengig person er moralsk ansvarlig for sine handlinger. Slike kompliserte og vanskelige filosofiske spørsmål må avklares ved hjelp av filosofisk begrepsanalyse. Implisitt i sykdomsmodellen ligger det en antagelse om at avhengige personer handler mot sin egen vilje, dvs. at deres handlinger ikke er intensjonale. At en handling er intensjonal innebærer at aktøren har flere alternativer å velge mellom. Til dette er det å si følgende: Selv om den avhengige ønsker å avstå fra stoffet og samtidig ønsker å konsumere, finnes det likevel to valgmuligheter. Selv om det dreier seg om et vanskelig og svært så ubehagelig valg som ligner på valget mellom pest og kolera, representerer det likevel en valgsituasjon.

Som vi har vært inne på, er dette eksempel på en sterk motivasjonskonflikt. Hva en faktisk bestemmer seg for å gjøre, er knyttet til hvor sterke motivene er for å fortsette sammenlignet med grunnene for å stoppe inntaket av stoffet. Ut fra en slik tankegang må vi konkludere med at den avhengige har frihet til handle, dvs. er fri til å gjøre hva han eller hun ønsker. Ifølge Gjelsvik (2009) finnes det en annen form for fri vilje enn frihet til å handle, frihet til å ha den viljen man ønsker å ha. På samme måte som vi har ønsker om å gjøre noe, har vi også oppfatninger knyttet til om vi liker eller misliker innholdet i vår vilje, dvs. om vi liker motivasjonsgrunnlaget for, eller drivkreftene bak våre handlinger. Frihetstapet for den avhengige kan således ligge i at han eller hun ikke liker de drivkreftene som faktisk får dem til å ta stoffet. En overdådig appetitt er et eksempel på en motivasjon og drivkraft som den avhengige ønsker å bli kvitt fordi han eller hun ikke liker den, den er ubehagelig og står i veien for muligheten til å komme seg ut av misbruket. I denne forstand har den avhengige et visst frihetstap uten at dette innebærer at den avhengige skal fratras det moralske ansvaret for sine handlinger.

4.6 Avslutning

Når det gjelder spørsmålet om avhengige personer skal betraktes som syke, er det grunn til å påpeke at sykdom ikke er et nevrofysiologisk eller nevrobiologisk begrep. Sykdom tilhører det sosialpolitiske området. Å si at en avhengig person er syk innebærer at personen gis rettigheter til behandling og omsorg. Ifølge Skog (2006) er det ingenting i veien for å knytte sykdomsbegrepet til en appetitt i motsetning til en atferd, fordi en person med overlegg velger å utføre en spesifikk handling, mens appetitten er noe som personen ikke har valgt med overlegg. Det som karakteriserer tilstanden som vanligvis forbindes med avhengighet, er for det første den sterke, overdådige appetitten, som i sin tur forårsaker en sterk motivasjonskonflikt. Den avhengige vil både fortsette å innta substansen og avstå. Å være avhengig innebærer for det andre et visst frihetstap i form av svekket autonomi og selvkontroll, som i sin tur leder den avhengige i en uønsket retning. For det tredje setter gjentatt og langvarig bruk av rusmidler sine nevralt spor som det tar lang tid å viske ut. Det er disse forholdene som gjør avhengighet sykdomslignede og problematisk. Det kan ikke være stoffets farmakologiske egenskaper som forårsaker avhengighet, slik som tuberkelbasillen er årsak til tuberkulose og mangel på insulin fører til diabetes. En rekke empiriske undersøkelser viser at sterkt avhengige individer også påvirkes av omgivelsene og at de faktisk er i stand til å velge. Et velkjent eksempel er Lee Robins studier av Vietnamveteraner som viste at 20 prosent av de amerikanske soldatene hadde utviklet opiatavhengighet ved hjemreise, men at bare 5 prosent av disse var avhengige ett år senere (Robins, 1993).

Referanser

Baumeister, R.F., Schmeichel, B.J. & Vohs, K.D. (2007). Self-regulation and the executive function. The self as a controlling agent. In: A.W. Kruglanski & E.T. Higgins (eds.) *Social Psychology. Handbook of basic principles. (2nd ed.)* (pp. 516–39). New York: The Guilford Press.

Becker, G. & Murphy, K.M. (1988). A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96, 675–700

Gardner, E. & David, J. (1999). The neurobiology of chemical addiction. In: J. Elster & O.-J. Skog (eds.) *Getting hooked: rationality and the addictions* (pp. 93–136). Cambridge: Cambridge University Press.

Elster, J. (1999). Introduction. In: J. Elster (ed.) *Addiction, entries and exits*. Russell Sage Foundation, New York.

Gjelsvik, O. (2009) *Models of addiction and freedom of the will*. Oslo: Mimeo, UiO.

Herrnstein, R.J. & Prelec, D. (1992) A theory of addiction. In: G. Loewenstein & J. Elster (eds.), *Choice over time* (pp. 331–360). New York: Russell Sage Foundation.

Hyman, S. (2007). The neurobiology of addiction: implications of voluntary control of behavior. *American Journal of Bioethics*, 7, 8–11

Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Addiction*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.

Levine, H. (1978). The discovery of addiction. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 143–174

Mørland, J. (2010) Neurobiologisk perspektiv på rus og avhengighet. I J. Bramness, M. Blindheim, T. Clausen, J. Mørland, E. Ravndal & G. Welle-Strand (red.) *Følelser og fornuft. Festskrift til Helge Waal* (s. 121–138). Oslo: Seraf, UiO.

Nyborg, K. (2009) Hvem er redd for Homo Oeconomicus? Om eksperimenter, hevntvang og krypdyr. *Samtiden*, (4), 52–64

Robins, L.N. (1993) Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041–1054

Skog, O-J. (2003) Avhengighet som motivasjonskonflikt. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 44, 67–82

Skog, O-J. (2006) *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Watson, G. (1999) Disordered appetites: addiction, compulsion, and dependence. In: J. Elster (ed.) *Addiction, entries and exits* (pp. 3–28). New York: Russell Sage Foundation.

5 Alkoholmisbruk før og nå – Har vår oppfatning endret seg?

Sturla Nordlund

5.1 Innledning

Nesten 90 prosent av den norske befolkningen over 15 år har brukt alkohol minst en gang i løpet av de siste 12 måneder. Man må derfor kunne si at bruk av alkohol både er svært utbredt og akseptert i samfunnet. Likevel er det former for bruk som mange reagerer negativt på, og som de da gjerne kaller for misbruk. Alle er mot «misbruk», det ligger i selve ordet, men en slik tilsynelatende enighet blir raskt borte når man skal konkretisere hva man mener med «misbruk». Det er åpenbart at dette begrepet gis ulik betydning blant ulike personer og grupper. Noen er strenge i sitt syn og kaller så å si all bruk av alkohol for «misbruk». Andre er liberale og kan akseptere at noen drikker seg beruset flere dager i uken, uten at de kaller det «misbruk».

Siden begynnelsen av 1960-tallet er alkoholkonsumet i Norge nesten fordoblet. Det betyr at flere drikker oftere og/eller mer per gang enn før. Betyr det også at det er mer «misbruk» enn før? Knytter man begrepet «misbruk» utelukkende til konsumert mengde, kan man nok temmelig sikkert si det. Ut fra den såkalte «totalkonsumteorien» er andelen av befolkningen som drikker mer per år enn en tilfeldig valgt grense direkte avhengig av gjennomsnittskonsumet i befolkningen (Skog 1985). Definerer man en «storkonsument» som en person som drikker mer enn for eksempel 10 cl ren alkohol (tilsvarende drøyt 4 halvlitere pils, eller godt og vel en flaske rødvin) per dag i gjennomsnitt over hele året, vil en viss prosentvis økning i befolkningens gjennomsnittsforbruk føre til en større prosentvis økning i andel «storkonsumenter». Sammenhengen er tilnærmet kvadratisk, dvs. at en fordobling av gjennomsnittsforbruket vil føre til en firedobling av andelen «storkonsumenter». Selv om dette er en statistisk sammenheng, som sjelden stemmer eksakt, så kan vi konkludere med at andelen av befolkningen som drikker

mer enn 10 cl ren alkohol per dag er omtrent firedoblet siden tidlig på 60-tallet. Vi antar nå at ca 90–100 000 personer i Norge drikker mer enn denne grensen (se avsnitt 6.3).

Mange vil nok si at et alkoholforbruk i denne størrelsesorden er «misbruk», og at man dermed kan si at det er mer misbruk i dag enn på 60-tallet. Mange vil imidlertid sette grensen for «misbruk» vesentlig lavere, men vil de sette grensen på samme nivå i dag som de gjorde på 60-tallet? Dessuten vil nok mange si at «misbruk» også omfatter i hvilke situasjoner det drikkes, for eksempel om man drikker alene eller sammen med andre. Noen vil også kunne si at en viss mengde alkohol daglig ikke nødvendigvis er «misbruk». I noen middelhavsland er det ikke uvanlig å drikke bortimot en liter vin per dag, og det var enda vanligere før. Dette konsumet er imidlertid oftest spredt over en stor del av dagen og i stor grad knyttet til måltider, og det vil neppe bli karakterisert som «misbruk» av særlig mange innenfor disse landenes kultur.

«Storkonsum», slik det er definert ovenfor, er ikke kulturelt bestemt. En slik definisjon, som bare er knyttet til hvor mye man drikker, betyr det samme i alle kulturer og til alle tider. Begrepet «misbruk» er derimot åpenbart mer normativt og kulturelt betinget, og har ikke noen klar og objektiv definisjon. I kapittel 2 diskuteres betegnelse misbruk vs. bruk og avhengighet, og også hva begrepet misbruk kan omfatte for ulike rusmidler og spill. Vi skal nå presentere en måte å beskrive hva folk mener når de bruker begrepet «alkoholmisbruk». Vi vil beskrive hvordan oppfatningene varierer i befolkningen, og om folks syn på «misbruk» har endret seg i takt med endringene i alkoholvanene. Er det slik at folk i dag aksepterer mer drikking før de kaller det «misbruk», enn de gjorde for eksempel på 60-tallet?

5.2 Hvordan skal man kunne måle folks oppfatninger av «alkoholmisbruk»?

Når folk bedømmer en atferd som «alkoholmisbruk», er det åpenbart mange faktorer som spiller inn, faktorer som folk kan vurdere svært forskjellig (Bennett et al. 1993; Greenfield & Room 1997). For å måle forskjellene i oppfatningene trenger vi en operasjonalisering av begrepet som er slik at operasjonaliseringen selv ikke oppfattes forskjellig i ulike grupper og på ulike tidspunkter. En måte å gjøre det på er å lage konkrete beskrivelser av ulike adferdsmønstre som noen vil oppfatte som alkoholmisbruk og andre ikke. Beskrivelsen av slike mønstre må imidlertid ikke inneholde kulturelle begreper, dvs. begreper som har forskjellig betydning i

forskjellige kulturer, for da kan en endring i svarfordelingen skyldes endringer i oppfatningen av disse begrepene, og ikke i oppfatningen av selve atferden. En beskrivelse som f.eks.: «Blir ofte fullere enn andre på fest» er åpenbart kulturavhengig. Mens en beskrivelse som: «Drikker 10 cl brennevin 2 ganger i uken alene» må antas å oppfattes likt i alle kulturer og til alle tider.

Folks oppfatninger av begrepet «alkoholmisbruk» omfatter altså ulike dimensjoner, bl.a. hyppighet, mengde og i hvilken situasjon det drikkes. En serie beskrivelser av drikkevaner, som skal utgjøre en måleskala for personers syn på «alkoholmisbruk», må derfor inneholde ulike nivåer av disse dimensjonene. Beskrivelsene bør variere på en systematisk måte fra det de fleste vil karakterisere som en meget nøktern alkoholbruk, til det mange oppfatter som ganske utsvevende drikkevaner og som de fleste vil betegne som «misbruk». Vi kan da ta utgangspunkt i de ulike faktorene vi har nevnt ovenfor: For det første vil mange mene at det er et tegn på misbruk hvis man drikker alkohol relativt ofte. Hyppighet må altså inngå som en dimensjon i skalaen. Vi har valgt å definere hyppighet i tre nivåer, nemlig: «et par ganger i uken», «et par ganger i måneden» og «et par ganger i året». Denne kvantifiseringen av hyppighet er både relativt presis og den er ikke kulturrelativ, dvs. nivåene oppfattes likt i alle kulturer og til ulike tider.

For det andre vil et høyt forbruk i den enkelte drikkesituasjonen kunne oppfattes som misbruk, dvs. at vi må ha et kvantumsmål. Dette er imidlertid et problem, for folk er svært forskjellige, slik at det samme kvantum alkohol kan virke svært forskjellig på ulike mennesker; 10 cl brennevin virker annerledes på en liten og vever kvinne enn på en storvokst mann. Det er altså ikke kvantumet i seg selv som er avgjørende, men graden av beruselse som frambringes av dette kvantumet (Midanik 2003). «Beruselse» må imidlertid anses som et kulturrelativt begrep (Cameron et al. 2000; Kerr et al. 2006), selv innenfor en relativt ensartet kultur som den norske. Det er derfor ikke nok å skjelne mellom «beruselse» og «ikke-beruselse». Derimot vil det nok være en felles forståelse av hva som menes med «sterkt beruset», i og med at det fins en øvre grense for hvor beruset man kan bli uten å miste bevisstheten. Denne grensen kan riktignok variere noe fra person til person, men det må definitivt kalles «sterkt beruset» når noen nærmer seg denne grensen. Dermed har vi et «beruselsesintervall» med to naturlige endepunkter, nemlig «edru» og «veldig sterkt beruset», dvs. på grensen til bevisstløshet. Vi deler nå dette intervallet i tre, nemlig: «svakt beruset», «nokså beruset» og «sterkt beruset».

I og med at intervallets ytterpunkter er kjent og uavhengig av kultur (et rent biologisk faktum), vil vi anta at en oppdeling i tre ikke kan bli svært forskjellig i ulike kulturer og til ulike tider. Det vil nok være noe ulike oppfatninger om hvor beruset man skal være for å gå over fra «svakt beruset» til «nokså beruset», og fra «nokså beruset» til «sterkt beruset», men ettersom den øvre grensen ligger fast er det begrenset hvor stor variasjon det er rimelig å forvente i en slik begrepsmessig tredeling. De ulike gradene av beruselse kan nok også gi seg ulike utslag i ulike kulturer (MacAndrew & Edgerton 1969), men man må kunne anta at folk innenfor hver drikkekultur er i stand til å tolke disse utslagene og plassere dem innenfor en tredelt skala. Selv om denne tredelingen av beruselsesgrad er noe mer kulturavhengig enn tredelingen av hyppighet, vil vi likevel anta at den ikke varierer betydelig mellom ulike grupper og til ulike tider. I det følgende kan vi derfor anta at folk i Norge mener omtrent det samme med disse begrepene i dag som på 1960-tallet.

Det tredje aspektet som er vanlig å forbinde med alkoholmisbruk, er hvorvidt en person drikker alene eller bare sammen med andre. Selv om det å drikke alene ikke i seg selv er en risikofaktor for alkoholproblemer (Bourgault & Demers 1997), er det grunn til å tro at en slik atferd av mange regnes som et tegn på misbruk i Norge, særlig hvis vedkommende drikker seg relativt ofte full alene. Vi har valgt å ha to nivåer på denne dimensjonen, nemlig «alene» og «sammen med venner».

Vi får da tre nivåer av frekvens, tre nivåer av beruselsesgrad, og to nivåer av sosialitet. Til sammen har vi altså 18 ($=3 \times 3 \times 2$) kombinasjoner av disse faktorene. De 18 kombinasjonene går fra den mest nøkterne beskrivelsen: «Drikker et par ganger i året, sammen med venner, og blir svakt beruset», til den mest vidløftige: «Drikker et par ganger i uken, alene, og blir sterkt beruset». Vi antar dermed at vi har en skala som både er tilstrekkelig kultur- og tidsuavhengig, og samtidig bred nok til at de fleste vil kunne finne atferdstyper som de vil karakterisere som alkoholmisbruk. Disse 18 ulike beskrivelsene kan man så presentere for et utvalg personer og høre om de mener beskrivelsen er et uttrykk for «alkoholmisbruk» eller ikke.

5.3 Tre undersøkelser

Allerede i 1964 ble denne skalaen brukt i en undersøkelse i ti middels store norske byer, fem på Østlandet og fem på Vestlandet (Paulsen, 1969). 500 personer, halvparten av hvert kjønn, ble presentert for de 18¹ beskrivelsene, trykt på kort, og i tilfeldig rekkefølge (men samme rekkefølge for alle). Respondentene skulle svare om de mente hver av beskrivelsene kunne karakteriseres som «misbruk», «ikke misbruk» eller «tvil». Hvis respondenten uttrykte tvil om en beskrevet atferd var uttrykk for misbruk eller ikke, ble vedkommende kort lagt til side og presentert på nytt ved slutten av intervjuet. Hvis respondenten fremdeles uttrykte tvil ble svaralternativet «tvil» registrert.

I 1989 ble samme metode benyttet i en ny undersøkelse (Arner 1993), og i 2006 enda en (Nordlund 2008). Ved disse to undersøkelsene ble antatt representative utvalg av hele den norske befolkningen 15 år og over intervjuet. Undersøkelsene ble foretatt som del av en månedlig rutineundersøkelse (omnibus), og utvalgene var på henholdsvis 1224 personer i 1989 og 950 personer i 2006. Intervjuene er i alle undersøkelsene personlige (dvs. ansikt til ansikt), og de er foretatt hjemme hos respondentene.

Siden disse undersøkelsene er gjentatt tre ganger i løpet av 42 år, er det mulig å se hvordan folks oppfatninger av «alkoholmisbruk» har endret seg. Dette stiller imidlertid en del krav om sammenlignbarhet av de data man vil bruke. En ting er at metoden for datainnsamling må være lik ved alle undersøkelsene. Det er den her. Men det stilles også krav til de populasjonene som man vil sammenligne. I dette tilfellet er det særlig ett krav som er åpenbart: Man kan ikke sammenligne direkte folk i ti byer i Sør-Norge med landsrepresentative utvalg. Dessuten var respondentene i utvalget fra 1964 i alderen fra 20 år og oppover, mens i de to siste undersøkelsene var de fra 15 år og over. Fra utvalgene i de to siste undersøkelsene ble det derfor laget underutvalg som, så godt det lot seg gjøre, skulle representere de ti byene fra undersøkelsen i 1964, og med likt aldersspenn (20 år og over). Disse underutvalgene ble da på henholdsvis 506 personer i 1989 og 463 personer i 2006.

¹ Egentlig var det den gang 27 alternativer i og med at også kontekstdimensjonen hadde tre alternativer, nemlig "alene", "sammen venner" og "sammen familien". Det viste seg imidlertid at de to sistnevnte alternativene ikke utgjorde noen særlig forskjell i folks bedømmelse av de ulike beskrivelsene, og alternativet "sammen familien" ble derfor sløffet ved senere bruk av denne metoden.

Vi ønsker også å se litt på hvordan synet på «alkoholmisbruk» varierer i ulike undergrupper i befolkningen. Til det vil vi bruke hele det landsrepresentative utvalget av personer 15 år og over fra 2006 (950 personer).

5.4 Har vår oppfatning av «alkoholmisbruk» endret seg over tid?

I tabell 5–1 framgår de ulike beskrivelsene som respondentene skulle karakterisere som «alkoholmisbruk», «ikke alkoholmisbruk» eller «tvil». I tabellen er også andelen av respondentene som karakteriserte de enkelte beskrivelser som «alkoholmisbruk» i de ulike undersøkelsene angitt, sortert etter synkende andeler i 1964.

Tabell 5–1 Andel av respondentene som karakteriserte de beskrevne drikkemåtene som misbruk. Sammenlignbare grupper. 1964, 1989 og 2006. Prosent.

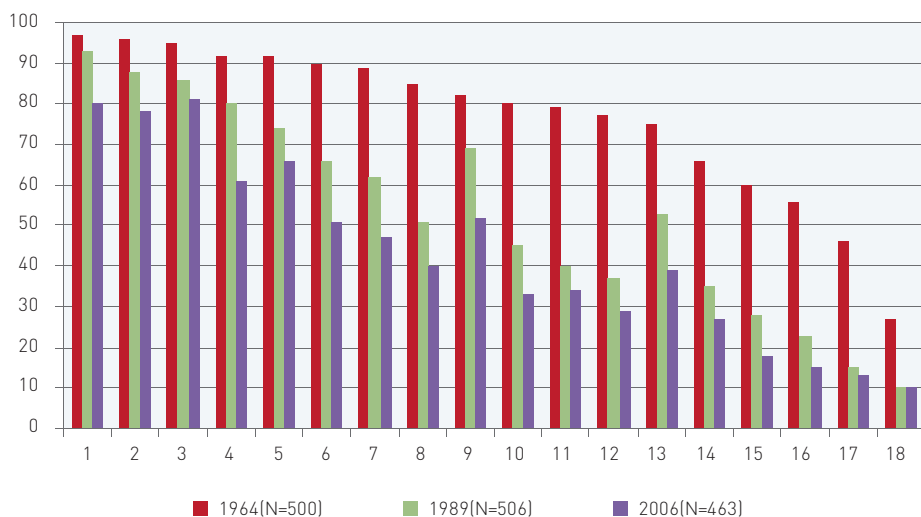
		1964	1989	2006
		N=500	N=506	N=463
1.	Drikker et par ganger i uken alene og blir sterkt beruset	97	93	80
2.	Drikker et par ganger i uken sammen venner og blir sterkt beruset	96	88	78
3.	Drikker et par ganger i uken alene og blir nokså beruset	95	86	81
4.	Drikker et par ganger i uken sammen venner og blir nokså beruset	92	80	61
5.	Drikker et par ganger i måneden alene og blir sterkt beruset	92	74	66
6.	Drikker et par ganger i måneden alene og blir nokså beruset	90	66	51
7.	Drikker et par ganger i måneden sammen venner og blir sterkt beruset	89	62	47
8.	Drikker noen få ganger i året alene og blir sterkt beruset	85	51	40
9.	Drikker et par ganger i uken alene og blir svakt beruset	82	69	52
10.	Drikker et par ganger i måneden sammen venner og blir nokså beruset	80	45	33
11.	Drikker noen få ganger i året alene og blir nokså beruset	79	40	34
12.	Drikker noen få ganger i året sammen venner og blir sterkt beruset	77	37	29
13.	Drikker et par ganger i uken sammen venner og blir svakt beruset	75	53	39
14.	Drikker et par ganger i måneden alene og blir svakt beruset	66	35	27
15.	Drikker noen få ganger i året sammen venner og blir nokså beruset	60	28	18
16.	Drikker noen få ganger i året alene og blir svakt beruset	56	23	15
17.	Drikker et par ganger i måneden sammen venner og blir svakt beruset	46	15	13
18.	Drikker noen få ganger i året sammen venner og blir svakt beruset	27	10	10

Det framgår klart av tabellen at det har skjedd store endringer siden 1964 i hva folk i alminnelighet betrakter som alkoholmisbruk. Endringen i liberal retning var allerede stor i løpet av de 25 årene fram til 1989, og utviklingen har gått videre i samme retning i de 17 årene fra 1989 til 2006. Et enda klarere bilde av utviklingen

får vi av figur 5–1 der de samme andelene er framstilt grafisk. Med svært få unntak er alle de prosentvise endringene statistisk signifikante.

Man kan se enkelte merkverdigheter i disse tallene. For eksempel er det underlig at det i 2006 var flere som svarte at det er misbruk når man «drikker et par ganger i uken alene og blir nokså beruset» (spørsmål 3) enn som mente det var misbruk når man «drikker et par ganger i uken alene og blir sterkt beruset» (spørsmål 1). Dette er ulogisk og må skyldes rekkefølgen spørsmålene ble stilt; de ble som nevnt stilt i tilfeldig rekkefølge og ikke den rekkefølgen de er nummerert i tabellen. Forskjellen er i dette tilfellet bare på ett prosentpoeng, og slike kontekstuelle effekter kan naturligvis ikke forklare de store endringene i alle svarandelene. De må antas å spille en ubetydelig rolle som «forstyrrende element» i det store bildet.

Figur 5–1 Prosentandel som beskriver 18 ulike utsagn som alkoholmisbruk. Personer 20 år og over. 1964, 1989, 2006



Det har også blitt noen endringer i den innbyrdes rangeringen av utsagnene siden 1964. Vi ser for eksempel at utsagn nr 9 («Drikker et par ganger i uken alene og blir svakt beruset») er relativt sett (dvs. i forhold til de andre utsagnene) strengere vurdert både i 1989 og 2006 enn i 1964. Det samme gjelder utsagn nr 13 («Drikker et par ganger i uken sammen venner og blir sterkt beruset»). For øvrig er rekkefølgen relativt stabil.

En annen måte å beskrive endringene på er å se på hvor mange av utsagnene respondentene i de ulike undersøkelsene mente var uttrykk for alkoholmisbruk. I 1964 var det under to prosent som mente at ingen av beskrivelsene kunne sies å være alkoholmisbruk. Denne andelen økte til 4,5 prosent i 1989 og til nesten sju prosent i 2006. I den andre enden av skalaen var det nesten en fjerdedel av respondentene i 1964 som mente at alle utsagnene måtte karakteriseres som alkoholmisbruk. I 1989 og 2006 var denne andelen falt til hhv. seks og sju prosent.

Tabell 5–2 Gjennomsnittlig antall beskrivelser bedømt som «misbruk», registrert gjennomsnittlig alkoholforbruk i liter per voksen innbygger (15 år og over), og produktet av disse to størrelsene. 1964, 1989 og 2006 (2005).

År	Gjennomsnittlig antall «misbruks»-beskrivelser	Alkoholkonsum	Produkt
1964	13,8	3,58	49,4
1989	9,3	5,08	47,2
2006	7,7	6,37 ¹	49,1

¹ Alkoholforbruket er for 2005 siden data ble samlet inn i mars 2006. De andre dataene er samlet inn på høsten de respektive år.

Tabell 5–2 viser det gjennomsnittlige antall beskrivelser som ble ansett som «misbruk» ved de tre undersøkelsene. Antall utsagn man mente var alkoholmisbruk i 1964 var i gjennomsnitt 13,8. I 1989 var gjennomsnittet sunket til 9,3, og i 2006 til 7,7. Både figur 5–1 og tabell 5–2 viser altså uten tvil at synet på alkoholbruk har endret seg; folk i dag godtar langt mer og hyppigere alkoholbruk enn på 1960-tallet før de karakteriserer det som misbruk. Utviklingen i denne perioden ser ut til å ha gått jevnt i mer liberal retning.

I tabell 5–2 har vi også vist det gjennomsnittlige registrerte alkoholkonsumet på den tiden undersøkelsene foregikk. Det viser at forbruksnivået i samfunnet har økt i takt med at synet på misbruk har blitt mindre restriktivt. Som et interessant poeng har vi også tatt med i tabellen produktet av gjennomsnittlig antall beskrivelser bedømt som «misbruk» de enkelte år og det gjennomsnittlige alkoholkonsumet samme år. Som man ser er dette produktet temmelig stabilt. Det ser altså ut som disse to størrelsene er omvendt proporsjonale. Dette er antakelig litt tilfeldig, men viser tydelig at synet på «alkoholmisbruk» henger sammen med hvor mye som drikkes totalt i samfunnet.

5.5 Hvordan oppfattes «alkoholmisbruk» i ulike befolkningsgrupper?

For alle de 18 beskrivelsene av drikkevaner er det en høyere andel kvinner enn menn som karakteriserer dem som «misbruk». Differansene varierer mellom to og ti prosentpoeng. Denne måten å sammenligne ulike grupper på blir imidlertid vanskelig når det dreier seg om flere enn to kategorier, for eksempel når det gjelder alder. En bedre måte å presentere forskjellene mellom grupper er da å bruke gjennomsnittlig antall beskrivelser som bedømmes som «misbruk» innen hver gruppe.

Tabell 5-3 Gjennomsnittlig antall beskrivelser av drikkevaner bedømt som «misbruk» i 2006. Kjønn og alder

Alder	Kvinner	Menn	Totalt
15-19	7,4	6,3	6,8
20-29	6,9	5,3	6,0
30-39	7,3	6,0	6,7
40-49	7,3	6,6	7,0
50-59	8,5	7,5	8,0
60+	10,1	9,6	9,9
Totalt	8,2	7,1	7,7

- Kjønnforskjell: Mann-Whitney $z=3.115$ $p<0.001$ Aldersgradient, 20 år og over: regresjonskoeffisient= 0.85 , $p<0.001$

Fra tabell 5-3 kan vi stadfeste (statistisk signifikant) at kvinner har et strengere syn enn menn når det gjelder hva slags drikkevaner som bør kalles misbruk. Vi ser også at det er et signifikant strengere syn på alkoholmisbruk jo eldre man er, når vi ser bort fra de yngste (15-19 år) som er noe strengere i sitt syn enn de som er noe eldre. Dette gjelder (signifikant) både totalt og for kvinner og menn hver for seg. Tilsvarende sammenhenger finner man også i dataene fra 1964 og 1989.

Synet på «alkoholmisbruk» har altså blitt stadig mindre strengt siden 1964, samtidig som alkoholforbruket i samfunnet har økt betydelig i samme periode. Det er da nokså nærliggende å tro at denne sammenhengen også kan gjenfinnes på det individuelle plan, dvs. at det er en nær sammenheng mellom individers syn på «alkoholmisbruk» og deres eget personlige alkoholforbruk. I tabell 5-4 har vi derfor vist respondentenes gjennomsnittlige antall beskrivelser bedømt som «misbruk» fordelt på ulike nivåer av eget årlig alkoholforbruk.

Tabell 5-4 Gjennomsnittlig antall beskrivelser av drikkevaner som blir bedømt som «misbruk», i grupper med ulikt eget forbruksnivå 1964, 1989 og 2006.

Forbruksnivå målt i ren alkohol	1964	1989	2006
Avholdende	16,8	11,3	11,6
1-30 cl	14,1	10,2	9,0
30-75 cl	12,4	9,1	7,4
75cl-1,5 liter	11,2	8,3	7,2
1,5-3 liter	10,4	7,1	6,0
3-6 liter	9,5	6,6	5,6
6 liter eller mer	(0,0) ¹	4,9	4,2
Totalt	13,8	8,8	7,7
Utvalgsstørrelse (N)	481	1173	944
Regresjonskoeffisient	-1,58*	-0,99*	-1,11*

• Signifikansnivå: * = $p < 0.001$

¹ Parentesen betyr at det er for få respondenter (bare 2) i denne konsumentgruppen i 1964 til at estimatet har noen utsagnskraft.

Som man ser av tabellen, er det nær sammenheng mellom personers syn på «alkoholmisbruk» og deres eget alkoholforbruk, kvantifisert ved regresjonskoeffisienten; jo mer man drikker desto færre beskrivelser anser man for å være tegn på misbruk. Samme mønster går igjen i alle tre undersøkelsene. Man ser også at på hvert forbruksnivå er holdningene blitt mindre og mindre strenge med årene.

5.6 Diskusjon

Som vi har sett ovenfor, synes sammenhengen mellom alkoholbruk og syn på «misbruk» å gjelde både på samfunnsnivå og på individnivå; etter hvert som alkoholbruken her til lands har økt, har en større og større andel av befolkningen akseptert mer og hyppigere drikking før de vil kalle det «misbruk». Og jo mer en person drikker, desto større er sjansen for at vedkommende har et liberalt syn på alkoholbruk og «misbruk». Dette er forståelig; noe annet ville skapt det som psykologer kaller kognitiv dissonans, dvs. at det ville vært en kontinuerlig konflikt mellom det man mener og det man gjør. Men det er jo ingen forklaring på hvorfor utviklingen har gått slik den har gått.

Hva kan så være årsaken til at folk blir mer og mer liberale i sitt syn på alkoholbruk og «misbruk», samtidig som de drikker mer og mer? Økt velstand, dvs. økte økonomiske muligheter til å drikke alkohol, er sikkert en faktor som spiller inn. Men som vi så ovenfor, har utviklingen i liberal retning også skjedd for grupper som har samme konsumnivå i de tre undersøkelsene. Det er altså ikke bare

konsumnivået i seg selv som er bestemmende for holdningen til «misbruk». I tillegg til at alkoholkonsumet generelt har økt, må det også være andre faktorer som har endret seg, og som har ført med seg et mer liberalt syn på alkoholbruk. Dette er jo ikke overraskende i et samfunn som har blitt stadig mer liberalt på de aller fleste områder i løpet av den aktuelle perioden.

Men hvilke andre faktorer er det som har påvirket denne utviklingen? Siden Norge tradisjonelt har hatt ganske strenge normer, en restriktiv alkoholpolitikk og et lavt gjennomsnittlig alkoholkonsum sammenlignet med de fleste andre land, synes den mest åpenbare forklaringen å ligge i den økende påvirkningen fra land og drikkekulturer med høyere konsum og mer liberale regler. Vi reiser mer og mer, og ser at folk i andre land ikke nødvendigvis drikker seg i hjel selv om de har en mindre restriktiv alkoholpolitikk enn oss. Turismen og den økende økonomiske og kulturelle globaliseringen må altså også antas å være en viktig drivkraft i utviklingen, både når det gjelder forbruk, holdninger og politikk.

Men mange har også på sine reiser i andre land, for eksempel i Sør-Europa, sett at de der har en annen drikkekultur enn mange av oss fra nord. Selv om de gjennomsnittlig drikker mer enn oss, ser det ut til at de drikker litt annerledes. Mye blir konsumert i forbindelse med måltider, og «åpenbar beruselse» ser man relativt sjelden. Kan det komme av at de – selv om de er liberale i synet på alkoholbruk og drikker mer enn oss – har et strengere syn på beruselse, eller «misbruk», enn det vi har? Kan det tenkes at de har en såpass liberal alkoholpolitikk fordi de har en streng selvkontroll i form av strengere holdninger mot «misbruk» enn det vi har? Dette vet vi foreløpig ikke, men spørsmålet er en interessant hypotese som internasjonal forskning kanskje kan besvare.

Referanser

Arner, O. (1993). *Hva er alkoholmisbruk? En undersøkelse av nordmenns holdninger til spørsmål omkring alkoholmisbruk og alkoholisme*. (SIFA rapport nr 1/93). Oslo: Statens institutt for alkohol-forskning.

Bennett L.A., Janca, A., Grant, B.F. and Sartorius, N. (1993). Boundaries between normal and pathological drinking: A cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 17 (3), 190–195

Bourgault, C. and Demers, A. (1997). Solitary drinking: A risk factor for alcohol-related problems? *Addiction*. 92 (3), 303–312

Cameron, D., Thomas, M., Madden, S., Thornton, C., Bergmark, A., Garretsen, H. and Terzidou, M. (2000). Intoxicated across Europe: In search of meaning. *Addiction Research*, 8, 233–242

Greenfield, T. K. and Room, R. (1997). Situational norms for drinking and drunkenness: Trends in the US adult population, 1979–1990. *Addiction*, 92, 33–47

Kerr, W. C., Greenfield, T. K. and Midanik, L. T. (2006). How many drinks does it take you to feel drunk? Trends and predictors for subjective drunkenness. *Addiction*, 101, 1428–1437

MacAndrew, C. and Edgerton, R. B. (1969). *Drunken comportment: a Social Explanation*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Midanik, L. T. (2003). Definitions of Drunkenness. *Substance Use & Misuse*, 38, 1285–1303

Nordlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Changes in Norwegians' perceptions of drinking practices since the 1960s. *Addiction Research & Theory*, 16 (1), 85–94

Paulsen, L. (1969). Hva er alkoholmisbruk? En opinionsundersøkelse. *Norsk tidsskrift om alkoholspørsmålet*, 1, 10–25

Skog, O.-J. (1985). Den kollektive drikkekulturen. I: Arner, O., Hauge, R. & Skog, O.-J. (red.) *Alkohol i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

6 Hvor mange misbrukere har vi?

Ellen J. Amundsen

Til Statens institutt for rusmiddelforskning kommer det ofte forespørsler om hvor mange alkoholikere, misbrukere eller narkomane det finnes i Norge. For å kunne svare på slike spørsmål må vi først diskutere hva spørderen mener, dvs. hva slags kriterier, avgrensning eller definisjon han/hun har tenkt seg. Hvilke faktorer skal vektlegges for fastsettelse av kriterier: lovlighet av rusmiddelet; mengde og hyppighet av bruk; ruseffekt, skader og sykdommer som følger av bruk eller misbruk? Kapitlene 2 til 5 i denne rapporten illustrerer til fulle hvor vanskelig det kan være å fastsette slike kriterier. Når spørderen har avklart hvilke kriterier som er viktige, er det dessverre ikke alltid at det finnes relevante tall tilgjengelig. Det henger sammen med at måling av rusmiddelbruk og misbruk innebærer problemer som kommer i tillegg til at ulike definisjoner gir ulike svar. Den illegale rusmiddelbruken er til dels skjult, noe som påvirker og begrenser muligheten for å samle inn gode tall. Før vi presenterer tall for hvor mange brukere/misbrukere det finnes i Norge, skal vi derfor beskrive hovedproblemene ved ulike måter å måle rusmiddelbruk- og misbruk på. Vi skal ta for oss temaer innen bruk av alkohol og narkotika.

6.1 Hvordan kan vi måle bruk av rusmidler?

Tilgang til informasjon om bruk av rusmidler kan deles i tre hovedgrupper: A) undersøkelser om forbruk hos enkeltpersoner, B) undersøkelser/målinger som er knyttet til aggregerte grupper og C) metoder som indirekte kan anslå omfang av bruk eller misbruk. Nedenfor er det gitt eksempler i de tre kategorier som så vil bli utdypet i teksten:

- A1 Spørreundersøkelser i befolkningen
- A2 Spørreundersøkelser i utvalgte grupper (personer i behandling, i ulike tiltak, blant misbrukere)
- A3 Biologisk materiale: Målinger i hår/spytt/blod/urin
- A4 Registerdata

B1 Distribusjons- og salgsstatistikk

B2 Måling av rusmidler eller omdannelsesstoffer fra rusmidler i avløpsvann

C1 Bruke ulike datakilder og etablerte sammenhenger mellom dem

C2 Multiplikatormetoder

I spørreundersøkelser generelt kan det settes spørsmålstegn ved om personer svarer riktig. Avhengig av hva man spør om, vil det være ulike mekanismer som bidrar til dette: man husker ikke godt nok eller direkte feil eller man vrir svaret – bevisst eller ubevisst – i retning av hva man vil forvente av seg selv eller det man tror den som intervjuer mener er bra. Dette er forhold som vi er oppmerksom på, som det delvis kan justeres for og som det delvis må tas hensyn til når vi trekker slutninger fra et datamateriale.

Lovlighet av produksjon og omsetning av rusmidler setter grenser for tilgang til tall. Lovlige rusmidler omsettes i et kjent marked og er avgiftsbelagt. Dermed blir flere ledd i distribusjon og salg registrert, noe som gir grunnlag for måling av det såkalte registrerte forbruket. I tillegg finnes det et uregistrert forbruk: det som kjøpes legalt utenlands og forbrukes i Norge, øl og vin som lages legalt hjemme, det som kjøpes på det illegale marked, for eksempel alkohol smuglet inn i landet og egenproduksjon av sprit. For ulovlige rusmidler finnes bare et illegalt marked hvor ingen omsetning er registrert, med unntak av de indikasjoner på omsetning som beslag av tolletaten og politiet gir. Lovlighet av rusmiddelet har også effekt på hvordan vi kan spørre om bruk av det; vi kan ikke forvente at personer skal bekrefte lovbrudd i et personlig intervju (Horverak, Nordlund, & Rossow, 2001).

Mange personer med hyppig rusmiddelbruk har mistet, eller aldri hatt, en fast bolig eller jobb og kan også ha et dårlig sosialt nettverk. Mange har midlertidige adresser og kan ha lange fengsels- eller behandlingsopphold. Spørreundersøkelser basert på informasjon om bosted i sentrale registre vil i liten grad nå fram til slike grupper, enten det er intervjuere som oppsøker boligadresser eller spørreskjemaer som sendes pr post til visse adresser. Grad av marginalisering blant brukere av et rusmiddel har innflytelse på hvordan rusmiddelbruken kan måles. Hvis bruk stort sett foregår i marginaliserte grupper, som heroinbruk, får vi lite informasjon gjennom spørreundersøkelser i befolkningen basert på at personer er registrert med riktig adresse.

Forbruk hos enkeltpersoner

A1: Spørreundersøkelser i befolkningen

En vanlig måte å måle rusmiddelbruk på har vært å sende spørreskjemaer hjem til et utvalg av befolkningen, ringe dem eller oppsøke dem hjemme for å få et personlig intervju. Med ny teknologi kan det gjennomføres undersøkelser via internett og mobiltelefon. Ved bruk av slike metoder er det viktig å sikre seg at rusmiddelbruk blant dem som svarer gir et representativt bilde av rusmiddelbruk i befolkningen eller at man kan justere resultatene for best mulig å sikre dette. Det kan kartlegges hvor ofte og hvor mye personer drikker, hvordan de skaffer seg alkohol (registret eller uregistrert forbruk) og for eksempel hvilke konsekvenser bruken har for en selv eller andre. Underrapportering er imidlertid et kjent fenomen, eller rapportering som går i en retning som er sosialt ønskelig hos de som svarer. De siste årene har andelen personer som svarer på slike undersøkelser blitt så lav at det er vanskelig å vite om svargruppen er representativ. Dessuten når disse undersøkelsene sjelden sosialt marginaliserte grupper, både personer som drikker mye alkohol og som bruker tunge narkotiske stoffer.

A2: Spørreundersøkelser i utvalgte grupper

I Norge har det vært gjennomført undersøkelser blant f.eks. studenter, blant personer som tas inn i behandling for problemer med bruk av rusmidler og blant brukere av sprøyteutdelingstiltak. Hovedargumentasjonen for å spørre utvalgte grupper er å kartlegge rusmiddelbruk blant personer som det blir for få av i en generell spørreundersøkelse i befolkningen, eller å kartlegge bruk blant personer som er marginalisert og dermed ikke nås med slike spørreundersøkelser. Også her kan man kartlegge forbruk og konsekvenser relativt detaljert. For noen grupper, som for personer som tas inn i behandling for problemer med rusmiddelbruk eller som henter sprøyter ved sprøyteutdeling, vil det å være med i undersøkelsen indikere at de er eller har vært misbrukere.

A3: Biologisk materiale: Målinger i hår/spytt/blod/urin

Rusmiddelbruk avsetter spor i kroppen som kan måles ved prøver av blod, urin, spytt, hår etc. Kunnskapen om de kjemiske prosessene som skjer i kroppen etter inntak av rusmidler utvides stadig, og dermed også hvilke stoffer som kan måles i biologisk materiale på ulike tidspunkter etter inntak av rusmidler. Det kan måles både inntak av rusmidler (stoffet selv eller et omdannelsesstoff) eller endringer i kroppen som følge av inntak av rusmidler. Noen stoffer omdannes raskt og kan dermed bare måles i et tidsvindu på noen timer, som for eksempel heroin i blod, mens alkoholinntak kan monitoreres i hår i flere måneder. Selv om

undersøkelsesmetoden brukes i økende grad, er det pr. i dag uklart om mengde rusmiddel brukt og hvor lenge det er brukt kan kartlegges tilstrekkelig gjennom målinger i biologisk materiale. Det vil variere fra rusmiddel til rusmiddel og type biologisk materiale som foreligger. Formålet med en slik undersøkelse vil avgjøre om metoden er god nok alene.

A4: Registerdata

Ved innleggelse i behandling eller tiltak av annen type knyttet til rusmiddelbruk, er det vanlig å kartlegge hvilke rusmiddelproblemer personene har. Slik informasjon registreres lokalt og kan benyttes av andre aktører innen det lovverket som eksisterer. Informasjon om rusmiddelbruk før innleggelse i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, skal for eksempel nå rapporteres til Norsk pasientregister som drives av Helsedirektoratet. Registerdata for rusbehandling er foreløpig i en utviklingsfase. Også politi og domstolsdata for narkotikarelaterte lovbrudd og forseelser gir viktig informasjon.

Undersøkelser/målinger i aggregerte grupper

B1: Distribusjons- og salgsstatistikk

Distribusjons- og salgsstatistikken for alkohol gir informasjon om mengde av ulike typer alkohol som er omsatt. Årlig salg av antall liter ren alkohol og målt som mengde pr innbygger over 15 år, er eksempler på målinger for det registrerte salget i Norge. For å få det totale forbruket er det nødvendig å legge til tall for omfang av det uregistrerte forbruket: innkjøp i utlandet/taxfree, egenproduksjon og smugling. Anslag på det uregistrerte forbruket skaffes gjennom spørreundersøkelser (A1).

B2: Måling av rusmidler eller omdannelsesstoffer fra rusmidler i avløpsvann

Siden rusmiddelbruk kan måles i urin, er det også mulig å måle rusmidler eller deres omdannelsesstoffer i kloakken eller mer generelt i vann/avløpsvann. Prøver tatt ved inntaket til renseanlegg vil fortelle, etter en omregning som tar inn mange faktorer, hvor mye som er brukt av de personer som har benyttet toaletter knyttet til renseanlegget i en periode forut for målingen. Det må tas hensyn til faktorer som hvor mye urin som ikke fanges opp av toalettene, lekkasjer og kjemiske prosesser i avløpsrørssystemer, alternative kilder (lovlige og ulovlige utslipp som ikke er inntatt av mennesker, for eksempel teknisk sprit til rengjøring) i tillegg til de momenter som er nevnt over om måling i biologiske materialer. Målinger gir informasjon om for eksempel antall gram kokain brukt pr dag pr 1000 innbygger i nedslagsfeltet til renseanlegget. Det viser ikke om noen få personer bruker mye

eller om mange personer bruker lite (Frost & Griffiths, 2008). Metoden er under utvikling i et forskningsprosjekt ved Norsk institutt for vannforskning.

Indirekte metoder

C1: Bruke ulike datakilder og etablerte sammenhenger mellom dem

I tillegg til metodene som er nevnt over, er det mulig å kombinere informasjon fra ulike datakilder for å anslå antall misbrukere. Utgangspunktet er som regel at det er etablert en teoretisk eller målt (empirisk) sammenheng mellom antall misbrukere og en eller flere andre størrelser. Et eksempel er den stabile sammenhengen i ulike populasjoner mellom gjennomsnittlig drukket alkoholmengde i et år og andelen som var stordrikkere, se figur 2-2 (Skog, 1985). Ved nye undersøkelser av størrelsen på gjennomsnittlig drukket alkoholmengde anslås så andelen stordrikkere ut fra denne sammenhengen. Metodene kalles ofte *indirekte* og benyttes hyppigst i situasjoner hvor spørreundersøkelser ikke når fram til den misbrukergruppe man vil måle omfanget av. En rekke indirekte metoder er utviklet for å måle omfang av tungt narkotikabruk, men kan også benyttes for andre typer rusmiddelmisbruk. Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN/EMCDDA) har utarbeidet retningslinjer for indirekte metoder som måler omfang av det tunge narkotikamisbruket, hvor en av metodene er multiplikatormetoden (Hay, McKeganey, Wiessing, & Hartnoll, 1999; Kraus, et al., 2004).

C2: Multiplikatormetoden

Multiplikatormetoden tar generelt utgangspunkt i at antall misbrukere, M (ukjent), multiplisert med en størrelse, p (kjent eller anslått), gir oss en kjent størrelse N . Det vil si at $M \cdot p = N$. Da kan vi beregne antall misbrukere, M , ved formelen $M = N/p$. La for eksempel M være et ukjent antall sprøytebrukere. La p være sannsynligheten for at en sprøytebruker blir innlagt i behandling i løpet av et år, noe som kan anslås i spørreundersøkelser blant sprøytebrukere. La så N være antall i behandling som oppgir at de har inntatt narkotika med sprøyter siste år. Da kan vi anslå antall sprøytebrukere ved formelen over. Metoden er god hvis grunnlagstallene er gode, blant annet bør verdien av p være målt i flere undersøkelser over tid.

Samlet har vi da mange ulike måter å følge rusmiddelbruk på, hvor det er sammenstilling av tall fra ulike kilder som kan gi sikkerhet for om det er endring eller stabilitet i status og utviklingstrekk.

6.2 Hvor mange bruker/misbruker alkohol?

Det finnes ikke tall på landsbasis for antall alkoholikere etter en medisinsk diagnose eller personer som rapporterer om problemer på grunn av at de drikker (for mye) alkohol. Det finnes imidlertid noe informasjon for et par fylker. I en undersøkelse som kartla mentale lidelser i et tilfeldig utvalg av befolkningen 18–65 år i Oslo, fant man at 11 prosent hadde diagnosen alkoholisering/avhengighet og 1 prosent diagnosen narkotikamisbruk/avhengighet innen de siste 12 måneder (Kringlen et al. 2001). I en senere undersøkelse i Sogn og Fjordane fant man at tilsvarende tall var mye lavere, hhv. 3 prosent og 0 prosent (Kringlen et al. 2006).

Antall stordrikkere kan imidlertid anslås på landsbasis. Det er stordrikkere som er mest utsatt for problemer og skader som følge av sin alkoholbruk. Ved spørreskjemaundersøkelser ca hvert 5 år i Norge, hvor sist tilgjengelige tall foreligger for 2004², er det spurt om hvilke typer alkohol personen drikker, hvor ofte og hvor mye av hver type. Spørsmål om hyppighet er knyttet til ulike tidsvinduer (brukt noen ganger, siste år, siste måned, siste uke, antall dager siden). Spørsmålet om mengde kan være av generell karakter (hvor mye pleier du å drikke), men det er også spørsmål om hvor mye personen drakk siste gang (i siste drikkesituasjon). Fra slike opplysninger beregnes hvor mye en person har drukket av hver alkoholsort og et samlet alkoholforbruk i løpet av et år, målt i centiliter (cl) ren alkohol. Vi har valgt å si at en stordrikkere er en person som drikker i gjennomsnitt 10 cl ren alkohol pr dag hele året, dvs. 36,5 liter ren alkohol pr. år (Horverak & Bye, 2007). Dette svarer til ca 4 halvliter (eller 6 småflasker) med øl eller en flaske vin pr. dag. Siden kvinner får en større ruseffekt enn menn for samme kvantum alkohol som drikkes, er grensen for å kalle en kvinne for stordrikkere satt til 9 cl pr dag, mens mengden for menn er satt til 12 cl pr dag.

I de fire metodene for beregning av antall stordrikkere som presenteres nedenfor er det på ulik måte tatt hensyn til omfang av det uregistrerte forbruket og at det er vanlig å underrapportere egen alkoholbruk i spørreundersøkelser. I metode 1 er det tatt utgangspunkt i salgstall for alkohol og lagt til anslag på omfang av den alkoholbruk som ikke går over disk eller selges ved serveringssteder i Norge. I metode 2 er det tatt utgangspunkt i rapportering om bruk dagen før intervju i spørreundersøkelsen i befolkningen. Gårsdagens alkoholbruk kan gi et mer presist anslag enn rapportering av hva man vanligvis drikker eller hva man drakk i siste

² Tall for 2009 er snart tilgjengelig, det arbeides med kvalitetssikring av grunnlagsdataene.

drikkesituasjon. I metode 3 er det tatt hensyn til hvor mye av det som drikkes som rapporteres i spørreundersøkelser (dekningsgrad), og i metode 4 baserer vi oss på omsetningstall for alkohol sammen med annen kunnskap.

Antall stordrikkere 1

Den første metoden for å beregne antall stordrikkere i Norge baserer seg på flere datakilder: alkoholomsetning, spørreundersøkelser og forskningspublikasjoner. Man tar utgangspunkt i statistikken over hvor mye alkohol som selges (registrert forbruk), og det uregistrerte forbruket legges til. Deretter fordeles dette på antall personer 15 år og over som drikker. Et anslag for hvor mange stordrikkere som finnes i Norge etableres ved hjelp av en sammenheng mellom gjennomsnittlig totalt forbruk blant de som drikker og andelen stordrikkere i en befolkning, se figur 2–2.

I 2007 ble det registrerte alkoholforbruket i Norge anslått til 6,6 liter ren alkohol pr innbygger over 15 år. Tallet er hentet fra salgs- og omsetningsstatistikken av alkohol fra Statistisk sentralbyrå. Ved å legge til et anslag over det uregistrerte forbruket fra spørreundersøkelser i befolkningen, blir gjennomsnittsförbruket pr innbygger over 15 år ca åtte liter ren alkohol pr år. Pr. person over 15 år som drikker, blir gjennomsnittsförbruket ca ni liter ren alkohol pr. år, idet 14 prosent ikke drikker, ifølge befolkningsundersøkelsen 2004. For å anslå hvor mange stordrikkere det var i 2007, benyttes at andelen stordrikkere har en sammenheng med gjennomsnittsförbruket pr alkoholbruker 15 år og over (Skog, 1985). Ifølge Skogs beregninger vil ni liter pr år tilsvare at 275 personer pr 10 000 drikker mer enn 10 cl pr dag. Når vi multipliserer med antall som drikker, finner vi at antallet «stordrikkere» var mellom 66 500 og 123 000 personer i 2007. Da er nedre og øvre grense satt til ett standardavvik fra en middelvei.

Antall stordrikkere 2

Metode 2 baserer seg på spørreundersøkelser og forskning. I spørreundersøkelsen fra 2004 om rusmiddelbruk i befolkningen 15 år og over, ble det spurt etter hva og hvor mye man drakk siste gang man drakk alkohol og hvor lenge siden det var. Alkoholforbruket hos de som sa at de drakk siste gang dagen før intervjuet, vil samlet utgjøre et anslag for drikking på en tilfeldig valgt dag i Norge. Andel menn og kvinner som drikker i hver aldersgruppe i spørreundersøkelsen, danner så grunnlaget for å beregne antall i befolkningen som drikker pr. 1.1.2005. Da finner vi at intervallet 78 000–119 000 dekker det sanne antallet med stor sannsynlighet (95 % konfidensintervall). Menn utgjorde ca 80 prosent av stordrikkere. Tallene er justert for at det var flere intervjuer på ukedager enn i helgene.

Antall stordrikkere 3

På grunnlag av flere spørreundersøkelser om alkoholbruk fram til 1991, samt målinger av omsetning av alkohol med mer, er det beregnet at i gjennomsnitt rapporteres 42 prosent av det som faktisk blir drukket (Nordlund, 1992). Hvis dette gjelder også for de som i spørreundersøkelsen rapporterte at de har drukket 15 liter siste år, betyr det at de egentlig har drukket 36,5 liter siste år. Og dette var grensen for stordriking, dvs. 10 cl per dag. I spørreundersøkelsen om alkoholbruk fra 2004 var det ca fem prosent som drakk så mye. Dette varierte mye med alder. Blant de som var 22–23 år, rapporterte 23 prosent om så høyt forbruk. Omregnet til befolkningen 15–90 år, finner vi at intervallet 140 000 til 215 000 dekker tallet for antall stordrikkere beregnet ved denne metoden.

Det er imidlertid ikke sikkert at dekningsgraden av rapportering er den samme uansett hvor mye en person har drukket. Det er heller ikke sikkert at en dekningsgrad for rapportering av alkoholforbruk på 42 prosent gjelder i 2004 eller i dag. Nordlund viser i kapittel 5 at oppfatningen av hva som er misbruk har endret seg fra 1964 til 1989 til 2006. Vi er blitt mer liberale jo mer vi drikker. Dette kan også bety at vi underrapporterer mindre enn før, dersom det å drikke lite ikke er så ønskelig som før (Del Boca et al., 2003). Hvis vi rapporterer en større andel av alkoholforbruket vårt i dag enn før 1990, dvs. mer enn 42 prosent, vil anslaget på antall stordrikkere etter denne metoden bli for høyt.

Antall stordrikkere 4

Metode 3 baserer seg på omsetningstall for alkohol og forskningsresultater. I flere undersøkelser, også i Norge, viser det seg at den tidelen i befolkningen som drikker mest, står for halvparten av det samlede alkoholkonsumet (Stockwell, Zhao, & Thomas, 2009). Denne størrelsen er ikke nødvendigvis konstant. Da Frankrike var på det «våteste», drakk den tidelen som drakk mest ca en tredjedel av hele konsumet. Her til lands utgjorde en tidel av befolkningen om lag 377 000 voksne i 2007. Hvor mye drakk så disse i gjennomsnitt per person? Som nevnt over, lå det årlige inntaket av alkohol (registrert og uregistrert) på ca 8 liter ren alkohol per innbygger over 15 år i 2007, dvs. at det totalt ble drukket ca 30 millioner liter ren alkohol i året. Halvparten av dette er 15 millioner liter. Det betyr at disse 377 000 i gjennomsnitt drakk ca 40 liter ren alkohol i året, et tall godt over de 36,5 liter ren alkohol i året som er satt som grense for stordriking. Vi kan ikke dermed slutte av beregningene at vi har 377 000 stordrikkere i Norge, fordi det også blant de som drikker mest vil være en stor andel som drikker under 40 liter/36,5 liter. Vi har ingen nye tall som angir størrelsen på den andel av alkoholforbruket som

konsumeres av den tidelen av befolkningen som drikker mest. Kanskje andelen har avtatt med økt forbruk i Norge. Men tallet 377 000 kan anses som en øvre grense for hvor mange stordrikkere vi har i Norge.

Oppsummering

De fire metodene som skal anslå antall stordrikkere her i landet, gir tall som spriker mye, fra 66 500 som er nedre grense i metode 1 til 377 000 som er et anslag fra metode 4. Hver metode er basert på antakelser som er mer eller mindre godt underbygd, det er usikkerhet knyttet til anslagene, og beregningsmåte og definisjon av stordrikkere er forskjellig. Beregninger basert på befolkningsundersøkelser vil gi en underrapportering, både på grunn av at de som drikker underrapporterer sitt konsum og fordi det er en del som drikker mye som ikke vil svare på spørreundersøkelser. Beregninger basert på salgs- og omsetningskilder får ikke med det uregistrerte konsumet og gir ingen fordeling av alkoholkonsum i befolkningen. Slike svakheter er det justert for på ulike måter i de fire metodene. For å få bedre anslag må ulike datakilder kombineres og kunnskapsgrunnlaget utvikles.

6.3 Hvor mange bruker/misbruker narkotika?

Utfordringene er mange når vi skal kartlegge omfanget av bruk og misbruk av narkotiske stoffer, blant annet fordi omsetning og bruk av narkotika er ulovlig, og på grunn av sosial marginalisering av brukerne.

Her blir det presentert tre tilnærminger for å beregne antall narkotikabrukere. Den første baserer seg på spørreundersøkelser, og da vet vi at de marginaliserte i liten grad er inkludert. Det etableres et anslag over antall personer som har brukt narkotika siste 6 måneder eller siste 12 måneder i den befolkningen som nå gjennom spørreundersøkelser. Dette er en interessant størrelse å følge over tid, selv om få av de mest marginaliserte er inkludert. Deretter omtales beregning av antall sprøytebrukere, dvs. antall personer som har injisert et eller annet narkotisk stoff siste år, ved en multiplikator metode. Dette er personer med stort behov for tiltak og behandling. Til slutt kombineres de to metodene for å beregne totalt antall personer som har brukt heroin i løpet av et år, både den marginaliserte gruppa med høyt forbruk og den mer begrensede bruken blant de som ikke er marginalisert.

Antall narkotikabrukere

SIRUS har i mange år gjennomført spørreundersøkelser på landsbasis om narkotikabruk blant ungdom 15–20 år, blant unge voksne 21–30 år og i hele befolkningen 15 år og over. Ved å kombinere disse datakildenes opplysninger om bruk av ett eller flere narkotiske stoffer siste 6 måneder eller 12 måneder, kan vi beregne hvor stor andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som har brukt narkotika. Hvorvidt dette gir et riktig bilde er naturligvis avhengig av at de som svarer på slike spørreundersøkelser avspeiler befolkningens bruk av narkotika. Dessuten vil noen av de som svarer, bevisst eller ubevisst, svare feil. Særlig ungdom kan synes det er moro å legge på litt ekstra, mens andre bevisst vil underrapportere illegal bruk. I hver undersøkelse har vi regnet ut andelen som har sagt at de har brukt minst ett narkotisk stoff i den aktuelle perioden i ulike aldersgrupper for menn og kvinner. Hasj/cannabis er det stoffet som er vanligst å bruke. Antall personer som har brukt narkotika er beregnet på grunnlag av befolkningstall pr. 1.1.2005.

Blant ungdom i alderen 15–20 år sa 8 prosent av guttene og 7 prosent av jentene at de hadde brukt minst ett narkotisk stoff de siste 6 måneder. De yngste rapporterte om minst bruk, to prosent av guttene og tre prosent av jentene blant 15-åringene. Et narkotisk stoff omfattet her hasj, amfetamin, ecstasy og kokain. Den reelle prosenten av narkotiske stoffer kan være noe høyere fordi det finnes andre narkotiske stoffer som det ikke er spurt om, som GHB og heroin. Men det viser seg at de som bruker tyngre stoffer som regel også bruker hasj eller ett av de andre stoffene som det er spurt om, og dermed endres ikke anslagene.

Blant unge voksne i aldersgruppen 21–30 år var det 15 prosent av mennene og 6 prosent av kvinnene som hadde brukt minst ett narkotisk stoff siste 6 måneder. Andelen var høyest blant de yngre i aldersgruppa. Spørsmål om type stoff inkluderte LSD, GHB og heroin i tillegg til stoffene nevnt over.

I befolkningsundersøkelsen for personer 15 år og over ble det spurt om bruk av narkotiske stoffer siste 12 måneder. Blant menn 15–29 år var det 14 prosent som svarte positivt, og blant kvinnene i samme aldersgruppe 9 prosent. I aldersgruppa 30–59 år var det 3 prosent av mennene og 2 prosent av kvinnene som svarte positivt, med høyest andel blant de som var 30–39 år.

Tabell 6–1 Personer som bruker minst ett narkotisk stoff i løpet av hhv 6 måneder og 12 måneder. Alder og kjønn

Aldersgrupper	Menn	Kvinner
<i>Ungdomsundersøkelsene 2002–2006</i>		
15–20 år	13 000–16 000	10 000–12 500
<i>Unge voksne 2002 og 2006</i>		
21–30 år	39 000–47 000	15 500–21 000
<i>Befolkningen 15 år og over, 2004</i>		
15–29 år	46 000–75 000	19 000–43 000
30–59 år	19 000–43 000	8 000–25 000
I alt, 15–59 år	78 000–120 000	42 000–73 000

Samlet for menn og kvinner vil intervallet 130 000 til 180 000 personer dekke antall personer i Norge i alderen 15–59 år som har brukt minst ett narkotisk stoff siste 12 måneder. I tabell 6.1 vises tall for ulike aldersgrupper, basert på de tre utvalgsundersøkelsene. Det er tatt hensyn til den usikkerheten som er knyttet til at vi trekker slutninger fra utvalg til hele befolkningen. Tall for menn og kvinner i ulike aldersgrupper er mer usikre enn samletallet nevnt over. Det er ikke justert for at personer som svarer på undersøkelsene kan la være å rapportere at de bruker narkotika, at noen rapporterer feilaktig om egen bruk av narkotiske stoff, eller at man ikke når marginaliserte grupper med høy bruk av narkotika.

Antall sprøytebrukere

I Norge er det i stor grad heroin som injiseres, et stoff som ved inntak av for høy dose vil lamme åndedrettet. Risikoen for overdose er dermed høy, og antall dødsfall av overdose med narkotiske stoffer kan fortelle oss om omfanget av sprøytebruk. Antall personer som injiserer narkotika med sprøyter er i Norge beregnet ved en multiplikator metode (C2). Metoden tar utgangspunkt i sammenhengen:

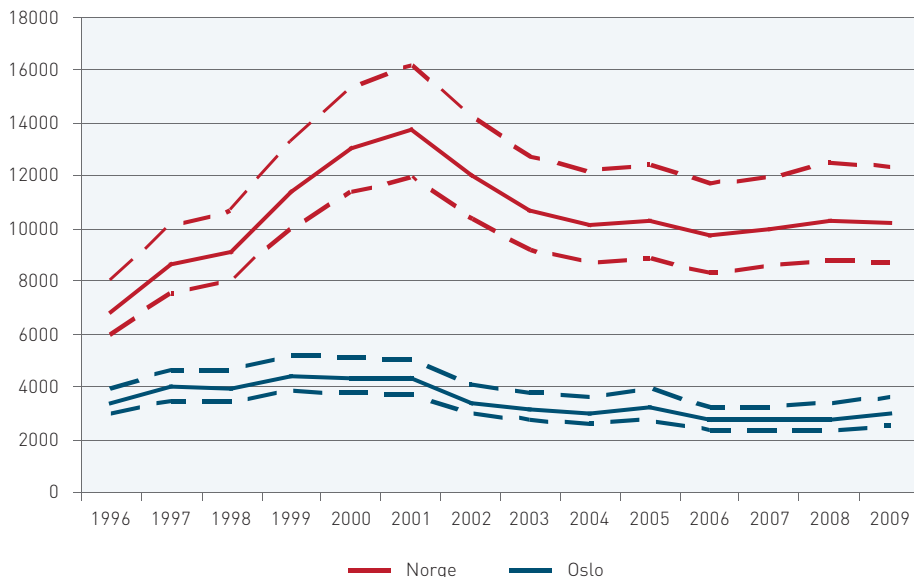
antall overdosedødsfall = antall sprøytebrukere *risikoen for å dø av overdose.

Risiko for å dø av overdose har vi anslag for fra en rekke studier, og tall for overdosedødsfall publiseres av Kripes og Statistisk sentralbyrå. Da kan vi, noe forenklet uttrykt, finne antall sprøytebrukere ved å dividere antall overdosedødsfall med risikoen for å dø av overdose. En nærmere beskrivelse av beregningsmetoden finnes i SIRUS rapport 5/2006 (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2006).

I beregningene tas det hensyn til at dødeligheten blant sprøytebrukere kan ha blitt noe redusert etter at omfanget av legemiddellassistert behandling er trappet kraftig

opp siden starten i 1998 (Waal, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2008). Mange eldre heroinbrukere reduserte heroinbruken eller sluttet helt, og risikoen for å dø blant alle som brukte sprøyter ble dermed noe redusert. Blant sprøytebrukere er det også blitt noe mer vanlig å bruke amfetamin og litt mindre vanlig å bruke heroin, noe som også reduserer risikoen for overdosedød i gruppen som helhet.

Figur 6-1 Anslag antall sprøytebrukere i Norge og Oslo 1996–2007. Multiplikatormetode basert på dødsfall og dødelighet



Et anslag for antall sprøytebrukere i Norge i 2008 var 8 800–12 500. Tilsvarende var antall sprøytebrukere i Oslo anslått til 2 400–3 400 samme år. I figur 6.1 vises utviklingstrekk for antall sprøytebrukere i Norge og Oslo basert på multiplikatormetoden. Forløpige tall for 2009 er også vist. De stiplede linjene viser betydningen av at dødeligheten kan være et halvt prosentpoeng over eller under aktuell verdi. Figur 6.1 viser at sprøytemisbruk økte mer utenfor Oslo enn i Oslo fra 1996 til 2001, og at omfanget fortsatt er høyt også utenfor Oslo. Nedgangen startet ved årtusenskiftet, kanskje noe tidligere i Oslo enn på landsbasis.

Antall brukere av heroin

For å beregne hvor mange som bruker heroin, kan vi kombinere de to framgangsmåtene beskrevet over, samt ta i bruk andre typer av undersøkelser blant mer marginaliserte brukere (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009). Framgangsmåten illustrerer hvor

vanskelig det er å anslå omfang av bruk av et narkotisk stoff. Beregningene deles inn i eksperimentbrukere (har brukt et narkotisk stoff en eller noen få ganger og sluttet), sporadiske brukere (bruker stoffet sporadisk over lengre periode) og problembbrukere (bruker stoff jevnlig og opplever ulike typer problemer som konsekvens av stoffbruk). For problembbrukere skiller det mellom inntak av heroin ved injisering og ved røyking.

Personer som svarer på spørreundersøkelser vil i hovedsak være eksperimentbrukere av heroin, dvs. at de bruker det en eller noen få ganger og så slutter, eller de bruker stoffet mer sporadisk uten å være marginalisert. Det var bare tre personer av de over 3000 intervjuet i 2004 som sa at de har brukt heroin siste år. Dette er et dårlig grunnlag for å trekke slutninger til hele befolkningen, men det gjenspeiler at de som bruker heroin enten er svært få, eller at de ikke når med, eller svarer på spørreundersøkelser. I ungdomsundersøkelsene 15–20 år har det etter år 2000 vært noe under én prosent som svarte at de har brukt heroin siste 6 måneder. Tilsvarende for unge voksne 21–30 år i 2002 og 2006 svarte ca 1,5 prosent at de hadde brukt heroin. Med så lave tall vil både ubevisst og bevisst feil avkryssing av bruk av heroin ha stor effekt på anslaget over eksperiment- og sporadisk bruk.

De mer tunge og marginaliserte brukerne som injiserer heroin, beregnes ved hjelp av dødelighetsmultiplikatoren hvor grunnlagsdataene (dødelighet og antall overdosedødsfall) er justert til å avspeile situasjonen for personer som injiserer heroin. Antall personer i den marginaliserte gruppen som røyker heroin, men ikke injiserer stoffet, må også beregnes. Dette kan være personer som har brukt heroin eller andre stoffer over tid, og som ikke ønsker å ta risikoen ved å injisere, eller som er så fulle av sår og skader at de ikke lenger har et sted å sette sprøyta. Dessuten er det personer i oppstartfasen av heroinbruk som røyker stoffet før de blir hektet på å injisere for å få et større «kick». Antallet i denne sammensatte gruppen er anslått ved hjelp av to undersøkelser: personer som brukte Oslo kommunes rusmiddel-etats bolig- og rehabiliteringstilbud i 2006 og personer som ble intervjuet ved sprøyteutdelingene i Oslo (Bretteville-Jensen, 2005; Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009).

Tabell 6–2 Antall brukere av heroin i Norge. Brukergrupper

	2000	2006
Problembrukere		
<i>Kun injeksjon</i>	6400–11 900	4400–8200
<i>Kun røyking</i>	1470–2730	1000–1900
<i>Både injeksjon og røyking</i>	1680–3120	1200–2200
Problembrukere i alt	9550–17 750	6600–12 300
Sporadiske brukere	2380–4420	2450–4550
Ekspérimentbrukere	980–1820	980–1820

I øverste del av tabell 6.2 vises tall for de tunge, marginaliserte brukerne, eller problembrukere som de også kalles. Nedgangen i antall problembrukere fra 2000 til 2006 kan forklares med opptrappingen av legemiddellassistert behandling i Norge. Mange heroinmisbrukere er tatt inn i slik behandling. Nedgangen kom i perioden 2001 til 2003 og har senere flatet ut. Nederste delen av tabellen viser at omfang av sporadisk bruk og eksperimentbruk ikke kan sies å ha endret seg.

Referanser

Bretteville-Jensen, A. L. (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukernes forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. (Sirus-Rapport nr. 4/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Bretteville-Jensen, A. L., & Amundsen, E. J. (2006). *Omfang av sprøytebruk i Norge* (Sirus-Rapport nr. 5/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Bretteville-Jensen, A. L., & Amundsen, E. J. (2009). *Heroinbruk og heroinbeslag i Norge* (Sirus-Rapport nr. 8/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Del Boca, F.K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports on alcohol consumption; state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98, 1–12

Frost, N., & Griffiths, P. (2008). *Assessing illicit drugs in wastewater* (Vol. No 9). Luxembourg: EMCDDA/ Office for Official Publications of the European Communities.

Hay, G., McKeganey, N., Wiessing, L., & Hartnoll, R. (1999). *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lisbon: EMCDDA.

Horverak, Ø., & Bye, E. K. (2007). *Det norske drikkemønsteret: en studie basert på intervjudata fra 1973–2004* (Sirus-Rapport nr. 2/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Horverak, Ø., Nordlund, S., & Rossow, I. (2001). *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk* (Sirus-Rapport nr. 1/2001). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Kraus, L., Kümmler, P., Augustin, R., Pfeiffer, T., Simon, R., Wiessing, L., et al. (2004). *Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use*. Lisbon: EMCDDA.

Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098

Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 713–719

Nordlund, S. (1992). *Metoder og metodeproblemer ved estimering av alkoholforbruk* (SIFA-rapport nr. 3/1992). Oslo, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Skog, O.-J. (1985) Hva bestemmer omfanget av alkoholskader? I: Arner, O., Hauge, R. og Skog, O.-J. (red.) *Alkohol i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget.

Skog, O.-J. (1985). Den kollektive drikkekulturen. I: Arner, O., Hauge, R. og Skog, O.-J. (red.) *Alkohol i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget.

Stockwell, T., Zhao, J.H., Thomas, G. (2009) Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption? New analyses of Canadian drinking patterns. *Addiction Research and Theory*. 171, 135–151

Waal, H., Clausen, T., Håseth, A., & Lillevold, P. A. (2008). *LAR i Norge. Statusrapport 2007 [In English: Medically Assisted Treatment in Norway. Report on Status 2007]* (No.1/2008). Oslo: SERAF.

English summary

This report questions concepts and designations associated with the use and misuse of substances, tobacco and gambling. As a backdrop to the questions it is necessary to see users as a heterogeneous group with regard to type of intoxicant or game, frequency of use and amount; consequences will also vary widely. The risk of negative consequences will depend on the person consuming the substance, the social context in which consumption takes place, the type of substance and mode of administration.

The concept of abuse is rather fluid, according to Ingeborg Lund and Anne Line Bretteville-Jensen; there is no clear definition applicable for all types of substance. The factors affecting where use becomes misuse are as dependent on cultural and legal circumstances as negative consequences deriving from consumption, primarily to the users themselves. Negative consequences include acute intoxication and injury, disregard of other needs and commitments borne by the person, and economic problems. Chronic health problems are not included, however, which might go some way to explaining why smoking tobacco is not considered abuse. Within the substance areas into which SIRUS conducts research, the conventional understanding is basically that alcohol, hashish and other weakly narcotic substances, along with gambling, can be used and abused. Stronger narcotic substances and illegal use of prescription drugs is called abuse, while tobacco can only be used.

Does the choice of words matter in the field of drug and alcohol research? Astrid Skretting points to the emergence of a way of speaking and use of concepts which are imprecise and, in many cases, also bad Norwegian. The most conspicuous culprit is the use of the word «intoxication» [*rus*] in every imaginable and unimaginable context. In general, most commentators would agree that adequate, correct linguistic designations are important, and should apply to the field of drugs and alcohol as well. Some of the compounds used today containing «rus» are listed in a separate section, along with more precise and serviceable alternatives linguistically and conceptually.

Another issue concerns the designation of persons in need of assistance or treatment for problems associated with the use or abuse of intoxicants. In this connection, one has tended to speak of drug abusers, though in recent years there has been a growing preference for intoxicant dependent. This applies as much to

central government officials as other government and private actors in the field. Is it productive to call everyone in need of assistance or treatment for substance abuse intoxicant dependent? Dependency and addiction are complicated concepts and not necessarily limited to a medical diagnosis.

Jostein Rise refers to and discusses different addiction theories. In the classic disease model, the addict is subject to inner compulsion and is incapable of acting in any other way than what they actually do. Their behaviour may also run counter to their own free will. But others would say that people are created with a will of their own, and should be capable of making rational choices. That is, to assess different options and choose the one which benefits them most in the shorter and longer term. And free will moreover enables us to control ourselves, and consequently to suppress urges. An addicted person will struggle between, on the one side, a strong urge/appetite for the substance (short term motive) and, on the other, have good reasons to avoid the substance (longer term motive).

Neurobiology has shown the functional and structural modifications to a person's character which occur in the brain following continual and long-lasting use of intoxicants. The problem with intoxicants is that they disturb the normal learning process between stimulus and behaviour. The capacity to see oneself as an independent, self-governing, self-controlled being, able to think and act, is undermined quite severely, and the same applies to the ability to suppress the urge for drugs and control impulses. But even if addicts lose some of their freedom to act, it is not the same as removing the addict's moral responsibility for their behaviour.

Rise ends his work with an assessment of whether addicted persons should be considered ill. The concept of disease or illness belongs to the field of social policy, he suggests. To say an addict is sick is to confer on the person a right to treatment and care. The concept of illness can be associated with the urge (appetite) for intoxicants, more than to their consumption or ingestion (behaviour). The person has not consciously chosen his appetite. Having an addiction also entails a certain loss of freedom in terms of weaker autonomy and self-control. And repeated, long-term use of intoxicants has a neurological impact that can take a long time to eradicate. These factors pathologise addiction or dependency, making it problematic. But several empirical studies also find how addicts are affected by their surroundings and are, in fact, capable of making decisions.

Public opinion on what constitutes alcohol abuse has changed considerably over the past fifty years. Based on surveys conducted in 1964, 1989 and 2006, Sturla Nordlund has shown how liberal attitudes to drink have risen over the period. By using a standardised instrument, it is possible to show that a decreasing number of actions are associated with abuse. In 1964, for instance, 92 per cent considered it abuse to «drink a couple of times a week with friends and become relatively inebriated». The percentage had dropped to 61 by 2006. Of 18 situation depictions, 14 were chosen in 1964 as descriptive of abuse, 9 in 1989, and 8 in 2006. Women find more depictions consonant with abuse than men. People who themselves drink only moderately are more likely to characterise behaviour as abuse than people who drink more profusely. In the same period, adults' consumption of alcohol has nearly doubled. Despite Norway's pursuit of a stringent, low consumption policy on alcohol, Nordlund concludes, intoxication is a regular occurrence. Consumption in other countries, not least in southern Europe, is much higher, policy more relaxed, but intoxication rates are much lower.

The Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research has no statistics on the possible number of alcoholics and drug addicts in Norway. But in the final chapter, Ellen J. Amundsen presents different ways of measuring alcohol and drug consumption. She reviews figures on the number of heavy drinkers. Four different methods give estimates that differ substantially, from 66 500 as the lower limit in one method to 377 000 as an estimate by another method. Every method is based on more or less well based assumptions. There are also statistical uncertainty present and the calculations and definitions vary. The number of people consuming at least one type of illegal narcotic substance within the space of a year is estimated at somewhere between 78 000 and 120 000 for men, and between 42 000 and 73 000 for women aged 15–59 in 2005. The total number of persons injecting a narcotic drug was estimated to be in the interval 8800 to 12 500 in 2008. Finally, the number of people using heroin in 2006 was estimated to lie in the interval from 10 000 to 18 700, though of these, between 3 400 and 6 400 used the substance sporadically or only a few times as an experiment. The wide intervals suggest the uncertainty attached to these estimates.

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere – En kartlegging*. 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009*. 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?*. 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik A *tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobaksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Laurizen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekperimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.