

SIFA rapport

Nr. 1/88

Per Krogh

PASIENTER I A-KLINIKKER
OG KURSTEDER

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research

**PASIENTER I A-KLINIKKER OG
KURSTEDER**

PER KROGH

**Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1988**

ISBN 82-7171-139-3

FORORD

Den undersøkelsen som presenteres her har sin bakgrunn i et samarbeide mellom 22 institusjoner i alkoholismesorgen og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Takket være personale og pasienter i disse institusjonene har det vært mulig å samle et materiale om misbrukergrupper som med hensyn til omfang og kvalitet er ganske unikt i Norge. Takk også til Statens edruskapsdirektorat som bidro med motivasjonsarbeid overfor institusjonene.

Når det gjelder praktisk og teknisk hjelp og bistand, vil jeg takke Arvid Amundsen, Jann-Henrik Bardal, Ole Nordlie og Synnøve Rustand.

For gode råd og kommentarer til manuskriptet takker jeg Sverre Brun-Gulbrandsen, Ragnar Hauge, Sturla Nordlund og Astrid Skretting.

Per Krogh.

INNHold

FORORD

KAPITTEL I. UNDERSØKELSENS BAKGRUNN OG GJENNOMFØRING

1. Innledning	1
2. Registreringsskjemaet	2
3. Formål	4
4. Gjennomføring	5
5. Om institusjonene	7

KAPITTEL II. MATERIALET

1. Omfang	10
2. Representativitet	13
3. Kvalitet	16
4. Tidligere forskning	18

KAPITTEL III. INNLEGGELSEN

1. Pasientenes kjønn, alder og geografiske fordeling	20
2. Innleggelsessituasjonen - initiativ og tvang	22
3. Innleggelsestilstanden	27
4. Tidligere innleggelser i institusjonen	29
5. Førstegangsinnlagte - 20 år etter	31

KAPITTEL IV. OPPVEKSTSITUASJON OG FAMILIEFORHOLD

1. Stabilitet - fravær fra hjemmet	33
2. Foreldres arbeid og alkoholvaner	37
3. Søsken og alkoholvaner	44
4. Utdanning	47

KAPITTEL V. AKTUELL SOSIAL SITUASJON

1. Arbeidsforhold	52
2. Tidligere arbeidsforhold	55
3. Sivilstand	57
4. Partners arbeidsforhold og alkoholvaner	59
5. Boligforhold	63
6. Økonomiske forhold	66

KAPITTEL VI. MISBRUKETS BEGYNNELSE OG UTVIKLING

1. Problemalder og første problemområde	71
2. Misbrukets varighet	76
3. Tidligere behandling	78
4. Kontakt med Anonyme Alkoholikere	85
5. De førstegangsinnlagte	87

KAPITTEL VII. DRIKKEMENGDER OG -MØNSTRE	
1. Måling av alkoholforbruk	91
2. Avholdsdager og drikkedager	93
3. Konsummengder	100
4. Konsumets fordeling	105
5. Alkoholsorter	109
6. Alkoholøkonomi	111
7. Drikkeintensitet	113
8. Alkoholismesyntomer	116
KAPITTEL VIII. STOFF- OG BLANDINGSMISBRUK	
1. Surrogater og narkotika	122
2. Legemiddelbruk	127
3. Blandingsmisbruk	130
KAPITTEL IX. FØLGETILSTANDER OG SKADEVIRKNINGER	
1. Sosiale konsekvenser	139
2. Medisinsk - psykologiske konsekvenser	143
KAPITTEL X. INSTITUSJONSOPPHOLDET	
1. Oppholdets lengde	149
2. Tilpasning til institusjonen	153
KAPITTEL XI. UTSKRIVNINGSSITUASJONEN	
1. Utskrivningsårsak	158
2. Bolig og arbeid	160
3. Ettervern	162
4. Prognose	164
5. Reinnleggelser	168
KAPITTEL XII. SAMMENDRAG OG ETTERTANKER	
1. Sammendrag av resultatene	173
2. Undersøkelsens opplegg, gjennomføring og formål	181
LITTERATURLISTE	185
VEDLEGG	191
ENGLISH SUMMARY	216

KAPITTEL I: UNDERSØKELSENS BAKGRUNN OG GJENNOMFØRINGInnledning

Statens institutt for alkoholforskning har gjennom årene fått mange henvendelser om forskningsmessig bistand fra institusjoner og personer i alkoholistomsorgen. I de senere årene er det vårt inntrykk at antall slike henvendelser har økt. Dette har sannsynligvis sammenheng med at det innenfor alkoholistomsorgen i 1970-årene har kommet til nye institusjonstyper og behandlingsformer som har stimulert interessen for å belyse virkninger av ulike tiltak, og at det innenfor helsevesenet generelt har vært en økende opptatthet av spørsmålene omkring effektivitet og ressursdisponering.

I en viss utstrekning har instituttet imøtekommet slike henvendelser, først og fremst ved generell veiledning og teknisk bistand med bl.a. databearbeidelse. Ofte har imidlertid forskningsønskene og behovene vært uklart formulert og ofte av så omfattende karakter at det ville overstige instituttets ressurser å engasjere seg mer direkte. Det kan i denne sammenheng også nevnes at en forholdsvis liten del av instituttets forskningsaktivitet har omhandlet behandlings- og rehabiliteringsproblematikk. Dette skyldes at andre områder har vært prioritert, og at både personell og midler i relativt stor grad har vært bundet til løpende og langsiktige forskningsprogrammer, i særlig grad innenfor epidemiologisk forskning. For likevel å forsøke og ivareta og stimulere den forskningsinteressen som finnes i alkoholistomsorgen, bestemte instituttet i 1979 å sette i gang et generelt og eventuelt mer langsiktig forskningsopplegg.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe ved instituttet som utarbeidet et spørreskjema beregnet for de "egentlige" behandlingsinstitusjoner i alkoholistsorgen, kursteder og A-klinikker. Skjemaet tok sikte på å få opplysninger om den enkelte pasient ved innleggelsen i institusjonen, vedkommendes bakgrunn og sosiale situasjon, misbruker-karriere og aktuelle misbruksdata, endel opplysninger om institusjonsoppholdet og situasjonen ved utskrivningen. Det skulle fylles ut av institusjonen selv i samarbeid med pasienten. Skjemaet ble utprøvet i fem institusjoner i 1980, og endel resultater og erfaringer fra denne prøveundersøkelsen er tidligere publisert (Krogh 1982).

På grunnlag av erfaringene fra prøveundersøkelsen ble skjemaet noe omarbeidet. Det reviderte skjemaet, "Registreringsskjema for pasienter i alkoholistsorgen", ble sendt til alle landets A-klinikker og kursteder som ble anmodet om et samarbeid i en to-års periode fra 1981. (Registreringsskjemaet er gjengitt i Vedlegg).

2. Registreringsskjemaet

Fordi utgangspunktet var et skjema som skulle kunne brukes av alle institusjonene og kunne fylles ut av alle ansatte som hadde pasientkontakt, måtte vi ta spesielle hensyn og legge forholdene til rette for det. Blant annet måtte vi se bort fra at enkelte institusjoner har spesielle opplegg som ledd i sin behandling, f.eks. yrkesutdanning eller andre undervisningstilbud. Mange spørsmål som kunne være av interesse i den forbindelse måtte utelates. Videre var det noen institusjoner som hadde muligheter for å legge inn familier og slike spesialopplegg falt også utenfor. Vi konsentrerte altså skjemaet om temaer som vi antok alle pasienter og institusjoner var berørt av.

Vi kunne ikke forutsette at den som fylte ut skjemaet hadde spesielle faglige kvalifikasjoner eller var særlig forskningsmotivert. Derfor unnlot vi spørsmål som forutsatte faglig kompetanse om f.eks. medisinske spørsmål. Videre valgte vi å la spørsmålene i mest mulig grad være prekodet med faste svaralternativer, eventuelt med muligheter for tilføyelser.

Registreringsskjemaet er omfattende, og en del av spørsmålene er ganske kompliserte. Det har imidlertid en naturlig progresjon og er bygget opp omtrent på samme måte som en pasientjournal som institusjonen likevel vil oppta. De fem første hoveddelene av skjemaet omhandler identifikasjon, pasientens personlige og sosiale bakgrunnsopplysninger, den aktuelle sosiale situasjonen, misbrukets omfang og varighet og noen helseopplysninger. Disse delene ble anbefalt fylt ut så fort som mulig etter innleggelsen når pasienten eventuelt var rimelig restituert. De to siste delene dreier seg om oppholdet i institusjonen og utskrivingssituasjonen. Det ble anbefalt å fylle ut disse i så nær tilknytning til utskrivningen som mulig, men ikke nødvendigvis av den samme som hadde fylt ut de første delene. Dette ble likevel anbefalt.

Et ferdig utfylt skjema vil således gi et visst bilde av en person som pasient, og for institusjonen ville det representere en journal for vedkommende. På visse områder ville denne journalen være mindre omfattende enn det institusjonen normalt tar opp, men på enkelte andre områder, f.eks. misbruksspørsmålene, ville den være langt mer detaljert.

Registreringsskjemaet skulle brukes for alle pasienter ved første innleggelse i 1981. Fordi en del pasienter kan bli innlagt flere ganger i samme institusjon i løpet av året, utarbeidet vi også et "Reinnleggelsesskjema" som er vesentlig kortere. (Vedlegg). Dette dreier seg i hovedsak om perioden mellom utskrivningen og reinnleggelsen da det ikke var nødvendig å innhente de samme opplysningene to ganger. Reinnleggelsesskjemaet ville spare personalet for arbeid, men også spare pasienten for å bli utsatt for de samme spørsmålene i løpet av kort tid. Det vi derimot ikke kunne gjøre noe med var at samme person kunne bli innlagt på nytt i en annen institusjon og derved få presentert det samme skjemaet.

3. Formål.

Forskningsopplegget har både et kortsiktig og et langsiktig perspektiv, og bruken av registreringsskjemaet var ment å tjene to formål. Det kort siktige formål var på en systematisk og ensartet måte å samle inn data om mange pasienter fra flere institusjoner for å få en oversikt over ulike forhold angående pasientene i disse institusjonstypene. Dette første formålet er altså beskrivende. Man har fra tidligere riktignok en del kunnskap om pasienter i disse institusjonene. Denne er imidlertid basert på institusjonenes årsmeldinger som er av ulikt omfang og svært varierende kvalitet, og mer spredte forskningsrapporter fra enkelte institusjoner.

Foruten mer enkle beskrivelser som alders- og kjønns-sammensetning i pasientgruppene, ville vi f.eks. kunne drøfte spørsmål om hvilke klienter som ser ut til å avbryte behandlingen før det er ønskelig, og i hvilken grad klinikk- og kurstedspasienter egentlig er forskjellige. Det skulle videre gi muligheter for å nærme seg spørsmål av mer generell og teoretisk interesse. Er det f.eks. mulig å anslå eller måle pasientenes alkoholfor-

bruk og er de egentlig storkonsumenter av alkohol, kanskje også andre rusmidler? Er pasientene "alkoholikere" hvis rusmiddelbruk har nådd en slags fysiologisk maksimumsgrense, eller er det andre forhold som har ført dem inn i institusjonene?

Det andre og mer pretensiøse formålet, var å forsøke å skaffe til veie basisopplysninger for å stimulere til fremtidig oppfølging og evalueringsundersøkelser. Derfor er det i skjemaet lagt stor vekt på å fremskaffe opplysninger om den sosiale tilpasningen i tiden før innleggelsen og til dels meget detaljerte spørsmål om selve misbruksproblemene. Dette er nødvendig for eventuelle senere sammenligninger.

Undersøkelser som gjør det mulig å trekke konklusjoner om nytten og verdien av ulike behandlingsopplegg er meget sparsomme, også internasjonalt. En viktig forutsetning for denne typen undersøkelser er et utgangspunkt med solide basisopplysninger innsamlet på en systematisk måte. Hensikten var således både å forsøke og bygge opp en form for databank sentralt, og lokalt å stimulere og fremheve for de enkelte institusjoner både den kort- og langsiktige betydningen av å ha et systematisk data-underlag.

4. Gjennomføring.

I desember 1980 ble et antall skjemaer av begge typer og veiledning for utfylling sendt til alle klinikker og kursteder. Tidligere samme år hadde ideen om et slikt opplegg vært lansert på et faglig seminar hvor mange av institusjonene var representert. Ideen ble godt mottatt, og mange viste stor interesse. Dessuten hadde Statens edruskapsdirektorat på en konferanse for institusjonsbestyrere orientert om undersøkelsen og oppfordret til å delta. For en del institusjoners vedkommende

kom likevel skjemaforsendelsen som en overraskelse, og de fikk liten tid til forberedelser.

I vårt brev anmodet vi institusjonene om å gi de ansatte orientering og ba om at alle som skulle bruke skjemaene måtte lese veiledningen. Dessuten ba vi om at en person på hver institusjon ble ansvarlig for administreringen av skjemaene. Dette ble gjerne en psykolog hvor slik var ansatt, for øvrig oftest institusjonslederen.

I veiledningen understreket vi at skjemaet skulle være anonymt slik at hverken navn eller personnummer ble oppgitt til instituttet. Videre understreket vi at undersøkelsen selvfølgelig var frivillig både for den enkelte institusjon og pasienten, og vi overlot til institusjonen selv å informere pasientene og eventuelt motivere for deltagelse.

I alt 31 institusjoner ble kontaktet, og fra de fleste av dem fikk vi positivt svar etter kort tid. Et par institusjoner som vi opprinnelig hadde fått positivt svar fra, fant likevel å måtte trekke seg i løpet av året. Motsatt var det noen institusjoner som trengte noe betenkningstid og først ble med senere på året. Med en institusjon gjorde vi avtale om at bare hver femte pasient skulle registreres. Det var således ikke før etter noen måneders forløp vi kunne konstatere at 22 institusjoner deltok i undersøkelsen.

Etter hvert som utfylte skjemaer ble sendt til instituttet ble de kopiert og originalene returnert til institusjonen. Det praktiske og administrative arbeidet i forbindelse med kontakten med institusjonene, sending av skjemaer, kopiering, returnering og annet, var til tider nokså omfattende. Det viste seg også at mer direkte kontakt og veiledning ble nødvendig, bl.a. i forbindelse

med et avisoppslag om manglende personvern i alkoholistsomsorgen som i utgangspunktet ikke hadde noe med den aktuelle undersøkelsen å gjøre. Noen institusjoner ble besøkt, og i et par institusjoner fikk vi anledning til å informere og drøfte opplegget med både pasienter og personale i fellesmøter. Dette lot til å ha en positiv virkning for deltagelsen.

Selv om altså nærmere tre fjerdedeler av de aktuelle institusjonene etter hvert viste seg å følge opp samarbeidet, er det neppe tvil om at en mer direkte og personlig kontakt med institusjonene i planleggingsfasen ville ha sikret en høyere deltagerprosent. Dette skal vi imidlertid komme tilbake til senere i forbindelse med en totalvurdering av opplegget.

Som nevnt var undersøkelsen beregnet for en prøveperiode på to år. En del institusjoner avsluttet imidlertid i 1981. Det er materialet fra dette året som derfor er mest omfattende og representativt, og det er dette materialet vi skal legge fram i det følgende.

5. Om institusjonene.

De mange forskjellige institusjonene alkoholistsomsorgen kan grovt sett klassifiseres under fem hovedtyper: Avrusningsstasjoner, tilsynshjem, vernehjem, A-klinikker og kursteder. Avrusningsstasjonene skal først og fremst behandle akutt rus. Tilsynshjemmet gir et vernet botilbud til arbeidsføre mennesker i en overgangsperiode, f.eks. etter et institusjonsopphold. Vernehjemmet gir et varig vernet tilbud, først og fremst beregnet på eldre alkoholikere som er lite motivert for et egentlig behandlingsopplegg. (For beskrivelser og vurderinger av disse institusjonstypene, se Amundsen 1976, Bønes 1978, Ramsøy m.fl. 1978, Aasland og Heimgård 1978.)

Det er A-klinikkene og kurstedene som er de egentlige behandlingsinstitusjoner i den forstand at det overfor dem er eksplisitt uttrykt at de skal "behandle og påvirke" pasientene til å endre sin livsstil. Vi skal kort beskrive de to institusjonstypene noe nærmere.

Kurstedene er de eldste institusjonene innen den spesialiserte alkoholistomsorg og det første ble åpnet allerede i 1909. Opprinnelig var kurstedene basert på tanken om at sunn beskjeftigelse i frisk luft og langvarig avhold fra alkohol skulle virke gunstig på pasientene. Det sier seg selv at kurstedsbehandling har forandret seg og utviklet seg gjennom årtiene, men rammen omkring er i store trekk den samme. Institusjonene er hovedsakelig plassert i landkommuner, til dels isolert. Hovedbeskjeftigelsen er enklere arbeid inne og ute, og terapeutiske tilbud er relativt begrenset. Personalet har tradisjonelt i liten grad vært fagfolk, men i de senere årene har det vært en viss faglig opprustning av kurstedene, særlig i form av sykepleiere, sosionomer og psykologer. I de fleste kursteder er lege bare tilknyttet på deltid.

Etter hvert har noen kursteder utviklet mer spesielle tilbud som familieterapi og yrkesopplæring eller yrkesrettede kurs. Noen institusjoner har også spesialisert seg på visse pasientgrupper, f.eks. yngre blandingsmisbrukere, og et kursted er spesielt beregnet for kvinner. Kurstedene tar primært sikte på alkoholproblematikere som også har en vanskelig sosial situasjon. Behandlingstiden skal normalt være minst tre måneder og "sikter på et klientell som ikke kan hjelpes i sitt hjemmemiljø, men som vil trenge en mer langvarig behandling". (St.meld. nr. 17, 1975-76.)

Kurstedenes opptaksområder er etter hvert blitt mer

avgrenset og innsnevret, men fremdeles er enkelte kursteder i realiteten sentralinstitusjoner med pasienter fra ulike deler av landet. Innleggelse er basert på søknad fra pasienten selv, og det er ingen streng seleksjon av pasienter selv om det periodevis kan være venteliste. I 1980 var det 20 kursteder med 645 plasser i landet. (For nærmere analyser av institusjonstypen, se Ravndal 1976, Samuelsen 1986, Sæter 1986.)

A-klinikkene representerer en atskillig nyere institusjonstype i alkoholistsorgen. De 13 klinikkene som tilsammen har 384 plasser, finnes først og fremst i de større byene. Klinikkene gir et kortvarig behandlingstilbud begrenset til noen uker og tar fortrinnsvis sikte på et "sosialt relativt veltilpasset klientell, om enn det kan være fysisk og psykisk sterkt nedkjørt". (St.meld. nr. 17, 1975-76.)

Klinikkenes behandlingstilbud har en klarere sosialmedisinsk profil enn kurstedene. De ledes oftest av en overlege som er spesialist i psykiatri og har for øvrig et større innslag av faglig utdannet personale. Alle klinikkene tar imot pasienter av begge kjønn og selv om mannsdominansen generelt ikke er så klar som i kurstedene, er kvinneandelen sjelden over tyve prosent. Selv om klinikkene i sterkere grad enn kurstedene hele tiden har hatt et mer avgrenset opptaksområde, er det for enkelte klinikkers vedkommende slik at de tar pasienter fra hele landet. Også ved klinikkene er inntaksprosedurene enkle - det er for så vidt tilstrekkelig å presentere et alkoholproblem som en ønsker å gjøre noe med. (For en kortfattet generell beskrivelse av A-klinikkene, se Krogh 1977.)

KAPITTEL II: MATERIALET**1. Omfang.**

Av de 31 institusjonene var det som nevnt 22 som deltok i undersøkelsen i 1981. Disse 10 klinikkene og 12 kurstedene fylte til sammen ut 2209 registreringsskjemaer, og hvert skjema representerer en innlagt pasient i løpet av året. Men selv dette store antallet viser seg å dekke bare 43 prosent av alle årets innleggelser i disse institusjonene. Forutsetningen var at alle innleggelser skulle registreres. Vi regnet imidlertid ikke med at dette kunne la seg gjennomføre i praksis og særlig ikke da det viste seg at ikke alle institusjonene deltok hele året.

I tabell 1 skal vi se på forholdet mellom innleggelser i alle institusjonene og de som er med i utvalget, og forholdet mellom innleggelser og registreringsskjemaer i utvalget.

I del A i tabellen viser den første linjen at alle de 15 A-klinikkene i 1981 tilsammen hadde 4943 innleggelser, derav 12 prosent kvinner. Videre viser tabellen at de 10 klinikkene i utvalget hadde 3494 innleggelser fordelt på 84 prosent menn og 16 prosent kvinner.

Det virker rimelig at to tredjedeler av klinikkene til sammen hadde drøyt to tredjedeler av pasientene dette året. Her må det imidlertid bemerkes at innleggelses-tallene for alle institusjonene er basert på offisiell statistikk, mens innleggelsene for institusjonene i utvalget er basert på direkte oppgaver til oss i forbindelse med undersøkelsen. En kan ikke se bort fra at det kan være visse uoverensstemmelser her.

Fem klinikker deltok ikke i undersøkelsen. Årsaken kjenner vi ikke fordi fire av dem aldre svarte på våre henvendelser. Den femte klinikken var opprinnelig med, men fant å måtte trekke seg etter kort tid pga. manglende personalkapasitet.

Tabell 1. Institusjoner og innleggelser i utvalgene.

		Menn	Kvinner	Sum
A. KLINIKKER				
Alle klinikker (15)	Antall innleggelser	4326	617	4943
	Prosent	88	12	100
Klinikker i utvalget (10)	Antall innleggelser	2948	546	3494
	Prosent	84	16	100
	I prosent av alle	68	88	71
Registreringsskjema (innleggelser)	Antall	1115	197	1312
	Prosent	85	15	100
	I prosent av klinikkutvalget	38	36	38
	I prosent av alle	26	32	27
B. KURSTEDER				
Alle kursteder (18)	Antall innleggelser	2430	325	2755
	Prosent	88	12	100
Kursteder i utvalget (12)	Antall innleggelser	1379	249	1628
	Prosent	85	15	100
	I prosent av alle	57	77	59
Registrerings-skjema (innleggelser)	Antall	791	106	897
	Prosent	88	12	100
	I prosent av kursteder	57	43	55
	I prosent av alle	33	33	33

Når det gjelder bruken av registreringsskjemaet viser tabellen videre at klinikkene sendte inn 1312 skjemaer fordelt på 85 prosent menn og 15 prosent kvinner. Dette utgjør 38 prosent av de innleggelsene som klinikkene selv sa at de hadde. Dekningsprosenten er praktisk talt den samme for de to kjønn. Her må vi imidlertid ta i betraktning at med en av de største klinikkene hadde vi gjort avtale om at bare hver femte pasient skulle registreres. I tillegg var det en av de andre større klinikkene som bare deltok i fem av årets måneder, men i denne perioden ble praktisk talt alle pasientene registrert. Tar vi hensyn til dette og legger til et anslag over "manglende" skjema fra disse to institusjonene, får vi en dekningsprosent på 64.

Del B i tabell 1 viser de tilsvarende beregninger for kurstedenes vedkommende. Her kan det først innskytes at det viste seg å være to kursteder vi ikke kontaktet fordi den oversikten vi gikk ut fra ikke var ajour. Det reelle bortfallet er altså fire institusjoner hvorav to ikke fant å kunne delta på grunn av personalsituasjonen og to ikke svarte på henvendelsene.

Kurstedene i utvalget hadde 59 prosent av alle årets kurstedsinnleggelser, og kjønnsfordelingen er praktisk talt den samme som blant klinikkinnleggelsene. Videre viser tabellen at vi har fått registret 55 prosent av innleggelsene i utvalget, noe høyere for menn enn for kvinner.

Når det gjelder bortfallet av institusjoner er årsakene av institusjonene selv oftest angitt å være manglende personalkapasitet. En del institusjoner har nærmest kronisk et stort arbeidspress og i perioder har alle det. Dette henger sammen med selve arbeidets art, med bl.a. uforutsigbare variasjoner i pasientpågang og den lave bemanningsfaktoren i institusjonene. Selv om vi hadde lagt vekt på og oppfordret institusjonene til å la utfyllingen av skjemaene inngå i den administrative rutinen og være en naturlig del av inntaksprosedyrer og journalskriving, er det tydelig at ikke alle har fått dette til. Derfor har utfyllingen blitt et ekstraarbeid og de mulige gevinstene, som hjelp til en systematisk journalføring og statistisk servise, har ikke oppveiet ulempene og ekstrabelastningen. Når det gjelder de institusjonene som vi ikke fikk reaksjoner fra, er det kanskje grunn til å tro at noen av de samme forholdene gjør seg gjeldende og at det ikke var en reell motvilje mot undersøkelsens opplegg og intensjoner.

Av tabell 1 fremgår at materialet omfatter 2209 innleggelser. Som nevnt kan en person innlegges flere ganger i løpet av et år i den samme eller forskjellige institusjoner. Fordi vi i fortsettelsen er interessert i pasienter og ikke det totale antallet innleggelser, vil reinnleggelse i samme institusjon bli tatt ut. Som tidligere nevnt brukte institusjonene et reinnleggings-skjema i slike tilfeller, og i alt ble 267 av dem innsendt. Ny innleggelse i annen institusjon har vi derimot ikke oversikt over, men det er grunn til å anta at det ikke forekommer så hyppig som reinnleggelse i den samme institusjonen. Ved nærmere gransking fant vi at 82 skjemaer måtte utgå fordi de høyst sannsynlig representerer slike forhold. Antagelig er dette et minimumstall hvis eksakte størrelse ikke kan fastslås fordi vi ikke benyttet personnummer. Endelig var åtte skjemaer så ufullstendig utfylt at de måtte forkastes. I fortsettelsen dreier det seg altså om 1852 pasienter, fordelt på 61 prosent klinikkpasienter og 39 prosent kurstedspasienter.

2. Representativitet.

De pasientene som inngår i materialet er ikke et tilfeldig utvalg. Vi kan derfor ikke uten videre påstå at det er representativt for alle pasienter i de to institusjonstypene i 1981. Selv ikke materialets omfang - vel en fjerdedel av alle klinikkinnleggelser og en tredjedel av alle kurstedsinleggelser - gir noen garanti mot systematiske skjevheter. Vi kan heller ikke med sikkerhet vite om undersøkelsesåret er et normalår som ikke skiller seg ut fra de foregående eller etterfølgende år. Det har skjedd mye i alkoholistsorgen utover på 1970-tallet, som utbygging av ny institusjonstyper, økende innslag av fagutdannet personale og kanskje en økende bevissthet omkring vurdering av innleggelse i institusjon kontra poliklinisk behandling.

Dette dreier seg imidlertid om prosesser over tid, og det er vanskelig å påpeke forhold som skulle gjøre 1981 til et annerledes år med hensyn til den totale sammensetning av pasientgruppen. Vi vil derfor anta at det året vårt utvalg er hentet fra, er representativt på en slik måte at vi kan generalisere til de nærmeste år.

Når det gjelder den videre vurdering av materialets representativitet, er det først et spørsmål om de institusjonene som ikke er med i utvalget har en pasientsammensetning som er forskjellig fra de som er med. Som tidligere nevnt er det enkelte institusjoner som ha spesielle opplegg som en derfor kan anta kanskje har noe annerledes pasientgrupper. Så vidt vites er ingen av de institusjonene som falt fra av en slik karakter at dette er sannsynlig. De institusjonene som er med er spredt over hele landet, og det er ingen konkrete holdepunkter for å anta at den tredjedelen som bortfalt ville endret bildet av pasientgruppen i noen særlig grad. Det er imidlertid beklagelig at det er bortfall fra institusjoner fra Trøndelagsfylkene og Nord-Norge fordi disse delene av landet totalt har få institusjoner av denne typen. Selv om dette ikke nødvendigvis er alvorlig i forhold til representativitet for landet som helhet, vil det vanskeliggjøre geografiske sammenligninger.

En mer alvorlig innvending mot representativiteten er den relativt lave dekningsprosenten i institusjonene i utvalget. Det "mangler" skjema for 62 prosent av klinikkpasientene og for 45 prosent av kurstedspasientene. Etter at undersøkelsen var avsluttet spurte vi institusjonene om årsakene til at antall skjemaer ikke tilsvarte antall pasienter. De vanligste svarene var manglende personalkapasitet og at pasientene skrev seg ut før intervjuet var gjennomført. Nektelser forekom meget sjelden og utgjør bare å få promille av alle

forespurte. I praksis kan vi se bort fra dem. Derimot kan vi ikke se bort fra at manglende personalkapasitet kan ha hatt konsekvenser. Det er f.eks. mulig at noe institusjoner periodevis har stoppet intervjuingen, eller at perso nalet kan ha blitt fristet til å velge ut pasienter som de antok var "greie" intervjusituasjonen. Det er kanskje rimelig å anta at eventuelle perioder eller sesongmessige variasjoner jevner hverandre ut over de forskjellige institusjonene. På samme måte kan det antas at en eventuell seleksjon av pasienter også vil jevne seg ut fordi det neppe er spesielle kjennetegn ved de pasientene som alle intervjuere i alle institusjonene ville unngå å intervju. Sannsynligheten for at visse pasientkategorier er blitt utelukket på grunn av slike forhold, mener vi altså er relativt liten.

Det er derimot større sannsynlighet for at det er en systematisk skjevhet i utvalget som skyldes at forholdsvis færre pasienter som har kort oppholdstid ikke er blitt intervjuet. Dette har vi en viss mulighet for å vurdere idet vi kan sammenligne de pasientene som tross kort oppholdstid likevel er intervjuet, med pasienter som har lengre oppholdstid. Det viser seg at de pasientene som har vært innlagt kortere tid enn 7 dager ikke skiller seg fra de øvrige når det gjelder kjønns- og alderssammensetning. Korttidspasientene er imidlertid oftere enn de øvrige innlagt i institusjonen etter familiens eller andre privatpersoners initiativ. Det kan kanskje indikere at disse er mindre "motivert" for et institusjonsopphold.

Som en konklusjon vil vi hevde at selv om vi ikke kan se bort fra vise skjevheter i utvalget og en sannsynlig underrepresentasjon av umotiverte pasienter, omfatter undersøkelsen et tilnærmet representativt utvalg. I det følgende vil vi derfor vurdere materialet som dekkende

og uttale oss generelt om "klinikk- og kurstedspasienter".

3. Kvalitet.

Et omfattende og representativt materiale er ikke tilstrekkelige betingelser for en kvalitativt god, og enda mindre, interessant undersøkelse. Materialets kvalitative standard vil vi komme tilbake til flere ganger i forbindelse med den konkrete datapresentasjonen, men vi vil knytte noen generelle bemerkninger til problemet her.

I samfunnsvitenskapelig metodelære fremstilles oftest kvalitetproblemet to hovedaspekter som spørsmålene om en undersøkelses validitet og reliabilitet. Validitet dreier seg om dataenes gyldighet eller relevans i forhold til problemstillingen. Har undersøkelsesmetoden fremskaffet de data man egentlig ønsket - dvs. har registreringsskjemaet gitt svar på de spørsmålene vi egentlig mente å stille? I forhold til visse temaer og konkrete spørsmål kan dette synes uproblematisk. Men egentlig er validitetskravet ikke uproblematisk i forhold til noen av temaene. Bruken av faste svaralternativer er f.eks. en innsnevring av svarmulighetene og kan medføre at en presser virkelighetens nyanser inn kategorier som ikke er dekkende.

I forhold til visse temaer, spesielt forsøket på å kvantifisere forbruk av rusmidler, er validitetsproblemet mer iøynefallende. Det har vært påstått at verdien av misbrukeres selvrapporterte konsum er tvilsom og at en i så fall må regne med en ukjent, men betydelig underrapportering. Nyere forskning har vist at dette er en for generell påstand. (Polich 1982). Selv om norsk forskning mangler, vil vi anta at det samme er tilfelle for våre forhold fordi misbrukere, i likhet med andre,

blir påvirket av den totale intervjusituasjonen. Et viktig aspekt ved den er informantenes oppfatning av hvem det er som ønsker opplysninger og til hvilket formål.

Generelt kan en om validitet si at hvis en finner samsvar med hva en ellers vet om fenomenet, øker det sannsynligheten for at data har en tilfredsstillende validitet.

Reliabilitet eller pålitelighet, kan i denne sammenheng konkretiseres til spørsmålene om skjemaet er brukt på en konsistent måte, og om hvilke mer eller mindre systematiske feil som kan ha sneket seg inn på forskjellige stadier i forskningsprosessen. Det kan dreie seg om forsnakkelse fra pasientens side, feilnedtegnning av svaret fra intervjuerens side og feil som kan ha oppstått ved overføring av data fra originalskjemaet til den maskinelle behandlingen. I vårt tilfelle er det store antallet intervjuere antagelig den største trusselen mot høy reliabilitet. Det er minst femti personer som har intervjuet. De har ulik faglig bakgrunn, forskjellige språkvaner og sannsynligvis ulik motivasjon og evne til å gjennomføre oppgaven etter intensjonene. Den generelle orientering og veiledning for utfyllingen av skjemaet, sikrer nok et visst minimum av felles oppfatning av spørsmålene og hvordan de skulle stilles og kodes. Dessuten har vi tiltro til at de aller fleste intervjuerne så nytteverdien av et korrekt utfyllt skjema, både i det konkrete arbeidet med den enkelte pasient og for institusjonen på lengre sikt. Men intet av dette er i seg selv noen garanti for en ensartet oppfatning og bruk av skjemaet.

Vi kjenner altså ikke det nøyaktige antallet personer som i alt har vært intervjuere, men vi vet at omtrent halvparten av skjemaene er fylt ut av bare en person og halvparten av to personer. Bare to prosent av skjemaene er utfylt av tre forskjellige personer, men ingen av flere. Når skjemaet er fylt ut av en person, har intervjueren i 80 prosent av tilfellene vært enten sosionom, psykolog eller sykepleier. Flere stillingskategorier kommer inn ved to eller tre personer, men alt i alt er det tydelig at det er det faste personalet med et visst administrativt og behandlingmessig ansvar, som har stått for utfyllingen av det overveiende flertall av skjemaene. Dette vil vi tro gir en viss garanti for at skjemaene er brukt på en måte som sikrer tilstrekkelig reliabilitet.

4. Tidligere forskning.

Som tidligere nevnt foreligger det en del kunnskap om pasienter i de to institusjonstypene vi her behandler, først og fremst i form av årsmeldinger og enkelte forskningsrapporter. Årsmeldingene er ulike både når det gjelder regularitet, kvantitet og kvalitet. En del årsmeldinger gir gode beskrivelser av f.eks. behandlingsfilosofi og konkrete tilbud og tiltak. Pasientbeskrivelsene er imidlertid oftest "en-dimensjonale". Det vil si at det oppgis hvordan f.eks. pasientene fordeler seg etter alder og hvor mange som faller i ulike yrkesgrupper. Sjelden blir disse variablene satt i forhold til hverandre slik at en kan få svar på spørsmål om mulige sammenhenger mellom dem. Sammenligninger mellom institusjonene vanskeligsgjøres og - underlig nok - pasientenes konkrete forhold til rusmidler er et tema som blir lite behandlet.

Den kunnskap en får om pasientene fra en del forskningsrapporter er gjerne mer spesifikk og med hensyn til enkelte temaer, mer grundig og interessant enn den årsmeldingene gir (Kjerkol 1972, Krogh 1975, Ravndal 1976). Men som for årsmeldingenes vedkommende er slike rapporter med utgangspunkt i enkeltinstitusjoner, utilfredsstillende når det gjelder bredere oversikt og sammenligninger med andre pasientog normalgrupper.

Det foreligger to studier som omhandler pasienter fra flere institusjoner. Den ene er en forløpsstudie av førstegangs innlagte menn i A-klinikker i Oslo (Bratfos 1974). Denne skal vi komme tilbake til i forbindelse med en sammenligning av den tilsvarende gruppen i vårt materiale. Den andre omfatter et tilnærmet representativt utvalg av innlagte i "institusjoner for alkoholistomsorg" (Statistisk Sentralbyrå 1980). Denne undersøkelsen behandler en bredere pasientpopulasjon og beskriver også pasienter i tilsynshjem og vernehjem. Når det gjelder A-klinikker og kursteder mer spesielt, tillater materialets størrelse imidlertid ikke mer detaljerte analyser og i særlig grad gjelder dette de kvinnelige pasientene. Enkelte resultater fra denne undersøkelsen vil bli trukket inn i forbindelse med vår datapresentasjon.

Det som skiller den foreliggende undersøkelsen fra tidligere undersøkelser på dette feltet, er først og fremst materialets størrelse og representativitet. Datatilfanget i seg selv vil kunne gi mer sikker kunnskap på visse områder. På andre områder som bare er meget sparsom behandlet i tidligere litteratur, vil vi kunne tilføre ny viten. Spesielt gjelder dette i forhold til norske pasientgruppers bruk av rusmidler og kvantifisering av alkoholforbruk som ikke tidligere har vært inngående behandlet i et større utvalg.

KAPITTEL III: INNLEGGELSEN

1. Pasientenes kjønn, alder og geografiske fordeling.

Kjønnsforholdet i de to institusjonstypene er omtrent det samme, henholdsvis 15 og 12 prosent kvinner i klinikk og kursted. Tabell 2 viser alderssammensetningen for begge kjønn innen hver institusjonstype og samlet.

Tabell 2. Alder etter institusjonstype og kjønn. I prosent.

	Klinikk			Kursted			Total		
	M	K	Ialt	M	K	Ialt	M	K	Ialt
-29 år	16	21	17	26	30	26	20	24	20
30-39 år	33	28	32	33	36	34	33	31	33
40-49 år	25	25	25	22	19	21	24	23	24
50-59 år	18	18	18	13	12	13	16	16	16
60+ år	8	8	8	6	2	5	7		7
Sum	100	100	100	100	99	99	100	100	100
Prosent-basis	959	165	1124	639	89	728	1598	254	1852
Yngste pasient	18	18	18	18	20	18	18	18	18
Eldste pasient	76	67	76	72	61	72	76	67	76
Gj.sn.-alder	41,4	40,9	41,3	38,4	36,7	38,2	40,2	39,4	40,1
Median alder	40	40	40	36	35	36	38	37	38

Det fremgår av tabell 2 at de yngste pasientene er 18 år og den eldste 76 år. I begge institusjonstypene og både blant menn og kvinner, er det 30-åringene som utgjør den største aldersgruppen. Blant klinikkpasientene er det 40-åringene som representerer den nest største gruppen, mens det blant kurstedspasienter er de under 30 år. Gjennomsnittsalderen for alle er 40 år, og medianen, dvs. den alder som deler hele pasientgruppen i to med henholdsvis halvparten eldre og halvparten yngre, er 38 år. Gjennomsnittsalderen er signifikant lavere for kurstedspasientene enn for klinikkpasientene.

(Mann-Whitney, z-verdi: 5.766. $P < 0.001$). Dette gjelder også for kvinner og menn hver for seg (z-verdi: 2.613. $P < 0.01$. z-verdi: 5.200. $P < 0.001$).

Den eldste pasientgruppen er altså de mannlige klinikk-pasientene, og den yngste er de kvinnelige kurstedspasientene. Dette er kanskje noe overraskende på bakgrunn av det som tidligere er nevnt om hvilke grupper de to institusjonstypene tar sikte på. Generelt er imidlertid tabell 2 i overensstemmelse med foreliggende kunnskap om kjønn- og alderssammensetning. Også årsmeldinger og tidligere forskning omtalt i kapittel 2, viser at menn er i stort flertall og at de midlere aldersgrupper dominerer, mens unge voksne og de eldste er underrepresentert i forhold til normalbefolkningen.

Institusjonene i utvalget er spredt over hele landet. Alle fylkene og omtrent halvparten av kommunene er oppgitt som bostedskommune for en eller flere pasienter. Som ventet er det de folkerikeste kommunene som er sterkest representert. Men fordi utvalget er basert på institusjoner, eigner materialet seg ikke for nærmere analyser av geografisk representasjon eller spekulasjoner om eventuelle sammenhenger mellom alkoholforbruk, misbruk og pasientandeler i nærmere avgrensede områder.

Tar vi imidlertid utgangspunkt i institusjonene i et fylke, kan vi se fra hvilke fylker disse institusjonene rekrutterer pasienter. Da finner vi store forskjeller. Enkelte institusjoner får pasienter bare fra eget fylke og nesten utelukkende fra egen kommune, mens andre rekrutterer pasienter fra et stort område og til dels fra helt andre kanter av landet. Generelt gjelder det at landet ser ut til å være delt i tre store regioner som er "selvforsynt" med pasienter. Trøndelag og Nord-Norge er det området som har den høyeste selvforsyningsgrad - ingen av institusjonene her har pasienter fra andre deler av landet. Sør- og Vestlandet utgjør den andre regionen hvor 92 prosent av institusjonenes pasienter også er hjemmehørende i regionen. Det er

likevel en god del kryssing av fylkesgrenser innenfor området, noe som bl.a. forklares ved at det i Sogn og Fjordane ikke finnes en eneste institusjon innen alkoholistsorgen, og pasienter herfra behandles i Hordaland fylke.

Den tredje regionen utgjøres av Oslo og de øvrige Østlandsfylkene. Her er det også mye kryssing av fylkesgrenser, samtidig som det er et visst innslag av pasienter fra Sør- og Vestlandet. Ser vi f.eks. på institusjonene i Oslo, finner vi at 69 prosent av pasientene bor i Oslo. De fleste av de øvrige kommer fra andre fylker i Østlandsområdet. Av de innlagte i øvrige Østlandsinstitusjoner kommer 63 prosent fra Østlandet, men hele 29 prosent kommer fra Oslo. Dette skyldes bl.a. at det i Oslo ikke finnes kursteder og at det f.eks. i Akershus ikke er noen A-klinikker.

En lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner, den såkalte regionalisering, har vært på trap-pene i flere år og er gjennomført fra 1. januar 1985 (Ot.prp. nr. 42, 1982-83). I praksis har en innsnevring av institusjonenes opptaksområde for de flestes vedkom-mende pågått gradvis i de senere årene og definerer man regionbegrepet nokså omfattende, var en regionalisering for så vidt realiteten i 1981. Det er imidlertid en del klare unntak, og disse kan neppe heller unngås i frem-tiden hvis befolkningen i forskjellige områder skal ha et noenlunde likeverdig tilbud og hvis institusjoner med spesielle opplegg skal utnyttes maksimalt.

2. Innleggelsessituasjonen - initiativ og tvang

I denne delen skal vi se nærmere på innlegges-situasjonen og noen omstendigheter ved den. Hvem tok initiativ til innleggelsen, var det noe tvangselement ved den, hvor kom pasienten fra og i hvilken tilstand?

Først kan det nevnes at innleggelsene sprer seg forholdsvis jevnt over hele året og ingen måned eller årstid skiller seg ut med spesielt få eller mange innleggelser. Det utelukker likevel ikke at det kan være visse sesongvariasjoner både med hensyn til søkning og faktisk innleggeshyppighet som vårt materiale ikke kan avdekke.

I halvparten av tilfellene er det pasienten selv som har tatt initiativet til innleggelsen. Den nest hyppigste initiativtager til innleggelse, er forskjellige mer eller mindre offentlige instanser som ofte kommer i kontakt med alkoholmisbrukere, f.eks. poliklinikk, edruskapsnemnd, sosialkontor, familierådgivningskontor og privatpraktiserende lege. Disse står for 22 prosent av innleggelsene. Videre er det 10 prosent av innleggelsene som er kommet i stand etter initiativ fra familie eller venner, og de resterende 18 prosent fordeler seg på ulike andre instanser. Den hyppigst forekommende instans i denne "sekkegruppen" er andre institusjoner innen alkoholistomsorgen. I en del tilfeller kan det nok være uklart hvem som egentlig har tatt det opprinnelige initiativ til en søknad om innleggelse, men bare for en prosent av pasientene mangler denne opplysningen.

Det er ingen forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder innleggesinitiativ. Tar vi derimot utgangspunkt i institusjonstype, er det klare forskjeller. Dette fremgår av tabell 3 hvor de få ubesvarte er utelatt.

Tabell 3 viser at over halvparten av klinikkinnleggelsene for begge kjønn har skjedd på grunnlag av eget initiativ og nesten 70 prosent etter eget eller annen privatpersons initiativ. Når det gjelder kurstedspasi-

entene er denne prosenten vesentlig lavere, mens de andre instansene svarer for nærmere halvparten av mennenes innleggelser og nesten to tredjedeler av kvinnes. Forskjellene mellom klinikk- og kursteds-pasienter med hensyn til om innleggesinitiativet på den ene side ble tatt av pasienten selv eller annen privatperson eller på den annen side andre instanser, er signifikant for begge kjønn. (Menn: $\chi^2=40.71$. Ant.frihetsgrader=1. $P<0.001$. Kvinner: $\chi^2=20.30$. Ant.frihetsgrader=1. $P<0.001$). Satt på spissen kan en si at i klinikk legger pasientene seg inn, men i kursted blir de innlagt.

Tabell 3. Innleggesmåte etter institusjonstype og kjønn.
I prosent.

Innleggesmåte:	Klinikk		Kursted	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Eget initiativ	55	53	46	31
Andre privatpersoner	14	15	6	7
Lege, nemnd, o.l.	17	20	27	39
Annet	14	12	21	24
Sum	100	100	100	101
Prosentbasis	952	162	633	88

Når vi fører pasientenes alder inn i analysen av innleggesinitiativ, finner vi for klinikkpasientene ingen klare sammenhenger, men en viss tendens til at det privat initiativ spiller en større rolle for de eldre pasientene enn for de yngre. Når det gjelder kursteds-pasientene er alderssammenhengen klarere for begge kjønn, og særlig for de mannlige. I den yngste mannsgruppen, altså pasienter opp til 30 år, er hele to tredjedeler innlagt etter offentlig initiativ. At pasientene "blir innlagt" i kursted, har altså i særlig grad gyldighet i forhold til de yngre mennene.

Til innleggelsen i klinikk kommer 69 prosent av mennene og 76 prosent av kvinnene fra egen bolig. Videre er det henholdsvis 17 og 10 prosent som kommer fra en avrusningsstasjon. Det er altså bare 14 prosent av klinikkpasientene som har hatt et annet oppholdssted umiddelbart før innleggelsen. Når det gjelder kurstedspasientene er det ca. halvparten som kommer fra sin egen bolig og en fjerdedel kommer fra en avrusningsstasjon. De øvrige kommer fra ulike institusjoner, i første rekke A-klinikk eller fengsel. Denne siste gruppen skal vi komme tilbake til.

Bortsett fra at mennene i begge institusjonstyper oftere blir innlagt fra avrusningsstasjoner enn kvinnene, er det ingen påfallende kjønnsforskjeller i dette mønsteret. Som en kunne vente, er pasienter som kommer fra egen bolig oftere innlagt etter eget eller annet privat initiativ, mens pasientene som andre instanser har tatt innleggelsesinitiativ overfor, oftere kommer fra andre typer oppholdssted. På bakgrunn av dette er det kanskje mulig å antyde noe om klientgruppenes motivasjon: Klinikkpasientene er oftere enn de andre innlagt etter eget initiativ og fra egen bolig - kurstedspasientenes innleggelse skjer oftere etter andres initiativ og ved overføring fra andre institusjoner, dels i og dels utenfor alkoholistomsorgen. Motivasjonsaspektet er imidlertid komplisert og skal ikke i sin helhet drøftes nærmere her. En innfallsvinkel til det er å se nærmere på i hvilken grad pasientene selv opplever en viss tvang i forbindelse med innleggelsen. "Lov om edruskapsvern og edruskapsnemnder" hjemler tvangsinnleggelse i alkoholistomsorgen, men i praksis forekommer dette meget sjelden. I vårt materiale er det ingen som er tvangsinnlagt med slik hjemmel. Derimot er det en del pasienter som er innlagt direkte fra fengsel eller andre institusjoner hvor andre lover gir adgang til å sone

deler av dom eller sikring i alkoholistsorgens institusjoner. Disse pasientene er altså tvangsinnlagt i institusjon, men de har hatt en viss valgfrihet når det gjelder type institusjon.

De tvangsinnlagte, 4 prosent av mennene og 3 prosent av kvinnene, skal vi omtale litt nærmere. Av de 65 mennene det dreier seg om, er 85 prosent innlagt i kursted og 15 prosent i klinikk. Av de 8 kvinnene er halvparten innlagt i kursted og halvparten i klinikk. Både mennene og kvinnene er yngre enn de øvrige pasientene. Den eldste mannen er 50 år, og den eldste kvinnen er 38 år. Gjennomsnittsalderen er henholdsvis 28 år for menn og 30 år for kvinner, henholdsvis 12 og 10 år yngre enn de øvrige. Det kan også nevnes at 11 av de 12 kurstedene i utvalget har pasienter av denne kategorien, men bare 3 av de 10 klinikkene.

Overfor den store majoriteten av pasientene er det ikke brukt noen formelle tvangsmidler. Likevel kan også mange av dem ha følt seg i en tvangssituasjon slik at innleggelse oppleves som "eneste utvei". Det er imidlertid bare 15 prosent av pasientene som svare bekreftende på spørsmålet om de opplever tvang i den forstand at de har fått et ultimatum fra familie, arbeidsgiver eller andre. Det er forholdsvis like mange menn og kvinner og like mange eldre som yngre som oppgir dette. Det er innleggelsesinitiativet som mest later til å "bestemme" om pasientene har fått et slikt ultimatum. Av de som er innlagt etter initiativ fra familie, venner e.l., er det henholdsvis 29 prosent av mennene og 26 prosent av kvinnene som svarer bekreftende. Fordi klinikkpasientene oftere er innlagt etter slikt initiativ, er det forholdsvis flere av dem enn av kurstedspasientene som opplever tvang i denne betydning.

Av alle pasientene er det altså 4 prosent som er juridisk tvangsinnlagt. I tillegg er det 15 prosent som er innlagt på bakgrunn av det en kan kalle sosial tvang. Disse er pasienter som har en slik sosial posisjon at det er personer i deres miljø som kan sette "sosial makt" bak et krav om innleggelse. Blant de resterende er det antagelig også slik at de fleste er "tvunget" inn i institusjon, men da av omstendigheter som er frembragt av deres eget rusmiddelbruk. En kan imidlertid heller ikke se bort fra at enkelte pasienter på mer fritt grunnlag velger et institusjonsopphold uten at de egentlige objektive kriterier foreligger, men deres totale livssituasjon er slik at institusjon er å foretrekke - i det minste for en periode.

3. Innleggelsestilstanden

Pasientenes psykiske og fysiske tilstand ved innleggelsen kan variere meget. De fleste institusjonene har bestemmelser om at pasienten skal møte edru. Dette blir i praksis gjerne håndhevet med lempe, i hvilken grad avhenger bl.a. av personalsituasjonen og de mulighetene institusjonen har for å drive akutt behandling av fysiske og psykiske abstinenssymptomer. Ikke sjelden må institusjonene ta imot pasienter som er i en meget forkommen tilstand, preget av lengre tids hard drikking og med ulike komplikasjoner.

Tabell 4 viser prosentandelen av forskjellige pasientgrupper som etter personalets oppfatning hadde fem forskjellige "belastningstilstander" ved innleggelsen. Disse er altså ikke medisinske diagnoser, men uttrykk for personalets umiddelbare inntrykk av forhold som må kunne sies å være belastninger både for pasientene og personalet. Prosentene er beregnet på grunnlag av dem

det er gitt opplysninger om på hvert av spørsmålene, men ikke i noen av undergruppene er det mer enn 5 prosent ubesvarte.

Den øverste linjen i tabell 4 viser hvordan alle pasientene fordeler seg. Det er altså 30 prosent av pasientene som møter påvirket ved innleggelsen, 26 prosent av alkohol og 4 prosent av et eller flere andre stoffer. "Stoffer" betyr her både illegale stoffer og legale legemidler. I en del tilfeller forekommer ulike kombinasjoner, og ofte kan det nok være vanskelig å avgjøre hva det er som gir sterkest utslag. Bakrus og abstinenssymptomer preger 28 prosent av pasientene, ofte kombinert med en dårlig fysisk allmenntilstand. Så vidt mange som 71 prosent er i psykisk ubalanse og bare 18 prosent, ca. hver femte pasient, har ingen av de nevnte belastningene ved innleggelsen.

Ser en på forholdet mellom klinikk- og kurstedspasienter, finner en at prosenttallene for alle belastningene er lavere for de sistnevnte. Dette henger sammen med at kurstedspasientene oftere er innlagt fra andre typer institusjoner hvor de er blitt avruset og generelt noe restituert. Forskjellen går stort sett igjen i alle aldersgrupper av mennene. Det er ikke overraskende at de eldre mennene i begge institusjonstypene er preget av dårligere fysisk allmenntilstand enn de yngre, og at de yngre oftere enn de eldre er påvirket av stoff.

Også når det gjelder kvinnene er kurstedspasientene mindre belastet enn klinikkpasientene. Den minst belastede gruppen av alle er kvinnelige kurstedspasienter under 40 år. Her finner en de laveste prosenttallene for fire av de fem belastningsgruppene, og en tredjedel av dem er ikke registrert i noen av belastningsgruppene. Det er imidlertid også denne gruppen som

har den laveste prosentbasis og dette tilsier en viss forsiktighet.

Tabell 4. Tilstand ved innleggelsen etter institusjonstype, kjønn og alder.

Prosent som ved innleggelsen var:

	På- virket av alkoh.	Påvirket av andre stoffer	I bak- rus absti- nens	I dårlig fysisk allmenn- tilstand	I psykisk ubalanse, nervøs	Intet av det nevnte
Alle pasienter	26	4	28	49	71	18
Klinikk-alle	28	4	34	51	74	15
Klinikk-menn	30	3	35	52	73	14
- 29 år	24	7	37	43	78	11
30 - 39 år	34	4	30	51	73	14
40 - 49 år	28	2	34	50	72	16
50 + år	30	2	40	60	71	15
Klinikk-kvinner	18	8	30	47	79	18
- 29 år	19	8	35	41	78	18
30 - 39 år	18	8	25	54	79	18
40 + år	24	3	20	46	68	22
Kursted-alle	24	3	20	48	68	21
Kursted-menn	24	3	20	48	68	21
- 29 år	16	8	16	38	64	26
30 - 39 år	29	2	23	47	72	18
40 - 49 år	25	1	25	58	73	17
50 + år	24	1	15	53	60	23
Kursted-kvinner	23	2	18	33	64	28
- 29 år	17	3	14	24	62	33
30 - 39 år	36	0	26	52	69	15

Både rus og bakrus går over etter relativt kort tid. Det gjør derimot ikke alltid andre symptomer. Tvert imot kan det vise seg at tilstanden etter hvert blir alvorligere enn ved innleggelsen. Alt i alt er det vel rimelig å si at pasientene når de kommer til institusjonen, er preget av det som opprinnelig gjorde at de ble pasienter, og at innleggelsessituasjonen i seg selv kan representere en faglig og menneskelig krevende situasjon også for personalet.

4. Tidligere innleggelser i institusjonen

Spørsmålet om pasienten har vært innlagt i den samme institusjonen tidligere, er besvart for 98 prosents vedkommende. Av disse er 59 prosent innlagt for første gang og 19 prosent har vært innlagt bare en gang tidligere. Enkelte har hatt mer enn ti opphold i den samme institusjonen. Vi skal ikke gå nærmere inn på disse detaljene, men se litt på forholdet mellom førstegang

og tidligere innlagte. Antagelig er det mindre usikkerhet fra institusjonens side i angivelsen av om vedkommende pasient er kjent fra tidligere eller ikke, enn det eksakte antall innleggelser.

Andelen av førstegangsinnlagte i kursted er større enn i klinikk, henholdsvis 65 og 55 prosent. Forskjellen er statistisk signifikant. ($\chi^2=17.43$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). I begge institusjonstypene er det også signifikant forskjeller mellom andelene av førstegangsinnlagte menn og kvinner. I kurstedene er så mange som 80 prosent av kvinnene førstegangsinnlagte og i klinikken 65 prosent ($\chi^2=5.17$. Ant.frihetsgr.= 1. $P<0.05$), henholdsvis 17 og 11 prosent flere enn blant mennene ($\chi^2=13.81$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Det er altså først og fremst de kvinnelige pasientene som er nye for den enkelte institusjon, og i særlig grad gjelder dette kurstedene.

Når det gjelder alder finner vi sammenheng i den retningen en kunne forvente. For mennene går skille i begge institusjonstypene mellom pasienter over og under 30 år. Blant kvinnene finnes også denne sammenhengen for klinikkpasientene, men derimot ikke for kurstedspasientene. Av de sistnevnte er det ca. 80 prosent både av de yngre og de eldre som er innlagt for første gang. Hvorfor denne pasientgruppen bryter med det generelle mønsteret, er ikke umiddelbart lett å forstå. Dette skal vi komme tilbake til i forbindelse med misbruksutvikling og tidligere behandlingskontakt.

Vi kjenner ikke detaljene i den enkelte pasients tidligere kontakt med den samme institusjonen, men for halvparten av de som tidligere har vært innlagt, har den første innleggelsen skjedd i løpet av de siste tre årene. For de øvrige går førstekontakten til dels langt

tilbake i tiden og for enkelte helt opp til 30 år. Det betyr sannsynligvis at det finnes enkelte pasienter som har lengre "ansiennitet" i den samme institusjonen enn noen av personalet.

5. Førstegangsinnlagte - 20 år etter

Som tidligere nevnt har Bratfos (1974) utført en forløpsstudie av førstegangs innlagte menn i 1960 og 1961 i de fire klinikkene i Oslo. I vårt materiale inngår også en del førstegangs innlagte fra tre av de samme klinikkene. Vi har derfor muligheter for å gjøre enkelte sammenligninger mellom de to utvalgene for å se om denne pasientkategorien har forandret seg i løpet av de 20 år som er gått. Bratfos' undersøkelse omfatter 478 pasienter. Etter de samme seleksjonskriteriene, dvs. menn, ikke tidligere institusjonsbehandlet og hjemmehørende i Oslo, består den tilsvarende gruppen i vårt materiale av 68 pasienter. Dette antallet og forskjeller ved undersøkelsenes formål og metodikk, tillater bare forholdsvis enkle sammenligninger.

Når det gjelder alder er det aldersgruppen 30-55 år som dominerer, og i begge utvalgene utgjør denne ca. tre fjerdedeler av pasientene. Gjennomsnittsalderen er henholdsvis 43 år i Bratfos' utvalg og 42 år i vårt utvalg. En forventning om at de førstegangsinnlagte fra 1981 skulle være yngre enn de fra 1960-61, ville ikke være urimelig. For det første på bakgrunn av at alkoholforbruket har økt betydelig i denne perioden og - hva som er viktigere i denne sammenhengen - yngre menn drakk vesentlig mer og debutalderen for alkoholbruk var lavere i 70-årene enn i 1950-årene (Brun-Gulbrandsen 1976). Hvis det er slik at det er blitt mer alvorlige alkoholproblemer blant yngre Oslo-menn, gjenspeiles altså ikke det i klinikkpasientenes alder. På den annen side er omfanget av alkoholproblemer antagelig bare en av flere,

og til dels ukjente faktorer, som regulerer klinikkinnleggelse.

Når det gjelder arbeids- og boligforhold er det også store likheter mellom utvalgene. De fleste er ufaglærte arbeidere, men ca. 30 prosent var arbeidsløse ved innleggelsen. Vel halvparten av begge utvalgene har egen bolig, mens de fleste av de øvrige bor på hybel eller hos familie.

Utdanningsnivået er høyere i 1981-utvalget enn i 1961-utvalget. Slik er det imidlertid også i befolkningen, og det gjelder for begge utvalgene at utdanningsnivået er lavere blant pasientene enn blant menn generelt i Oslo. Også når det gjelder sivilstandsmønster gjenspeiles den generelle utviklingen, altså mot flere skilsmisser. I Bratfos utvalg var det nærmere halvparten som levde i ekteskap og ca. en fjerdedel var skilt. I vårt utvalg er forholdet omvendt.

Når det gjelder de kjennetegn som er drøftet, kan en si at de førstegangsinnlagte menn i Oslo-klinikkene har forandret seg lite i løpet av 20 år. Det dreier seg så å si om den "samme" gruppen. Forandringene i utdanning og sivilstand gjenspeiler den generelle samfunnsutviklingen, men når det gjelder alderfordeling og arbeids- og boligforhold er det kanskje overraskende store likheter. På bakgrunn av den generelle velstandutviklingen i samfunnet innebærer dette antagelig at de førstegangsinnlagte - relativt til befolkningen - er svakere stilt i begynnelsen av 1980-årene enn i 1960-årene. Dette har sannsynligvis også konsekvenser for rehabiliteringsmulighetene.

KAPITTEL IV: OPPVEKSTSITUASJON OG FAMILIEFORHOLD

Under temaet bakgrunnsopplysninger er det registrerings-skjemaet stilt spørsmål om oppvekstsituasjon, foreldres alkoholvaner og arbeidsforhold, søskenforhold og egen utdanning. For alle disse spørsmålene gjelder det at pasientene har uttalt seg om forhold som ligger til dels langt tilbake i tid, for enkelte over 60 år. Dessuten har intervjuerne ved disse spørsmålene i meget liten grad kunnet kontrollere og eventuelt korrigere svarene. Det er derfor i forhold til dette temaet, mer enn det foregående, grunn til å ta et generelt forbehold når det gjelder svarfordelinger og vise forsiktighet ved fortolkninger av dem.

1. Stabilitet - fravær fra hjemmet

Vi skal først se på spørsmålet om pasientenes oppvekstsituasjon, dvs. hvem de i hovedsak har bodd sammen med fram til ca. 15-års alderen.

Tabell 5. Oppvekstsituasjon etter kjønn. I prosent.

Oppvokst hos:	Menn	Kvinner	Ialt
Biologisk mor og far	80	78	80
Enslig mor og evt. stefar	9	10	9
Enslig far og evt. stemor	1	1	1
Adoptiv/fosterforeldre	3	4	3
Annen familie	2	4	2
Institusjon	3	3	3
<u>Annet</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>
Sum	100	100	100
Prosentbasis	1537	245	1782
<u>Prosent ubesvart</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>4</u>

Tabellen viser at for fire prosent av begge kjønn foreligger det ikke opplysninger om oppvekstsituasjonen. Av de som har besvart er det 80 prosent av mennene og 78 prosent av kvinnene som i hovedsak har vokst opp hos biologisk mor og far. Videre er det henholdsvis 9 og 10 prosent som har vokst opp hos enslig mor og eventuell stefar og bare 1 prosent hos enslig far. De resterende 10 prosent fordeler seg nokså jevnt på de øvrige kategoriene. Det er bare ubetydelige forskjeller mellom menn og kvinner og fordi menn tallmessig dominerer, er "i alt tallene" identiske med tallene for mennene.

I den tidligere nevnte undersøkelsen av et representativt utvalg av klienter i alkoholistsorgen (Statistisk Sentralbyrå 1980), fant en at 72 prosent av mennene hadde bodd hos begge foreldrene "mesteparten av oppveksten". Det er altså åtte prosent færre enn i vårt materiale, men ingen påfallende uoverensstemmelse når en tar hensyn til at det dreier seg om to noe forskjellige utvalg. Tilsvarende tall finnes ikke for kvinner, og de andre oppvekstkategoriene lar seg ikke sammenligne med nevnte undersøkelse. I "Levekårsundersøkelsen 1980" (NOS 1982), ble det stilt spørsmål til et normalutvalg av befolkningen om de noen gang hadde hatt forskjellige typer oppvekstsituasjoner, slik at svarene her ikke er direkte sammenlignbare. Men det en likevel nok kan si, er at når en av ti pasienter ikke har vokst opp med i det minste en av foreldrene, er det antagelig en relativt høy andel.

I forholdet mellom oppvekstsituasjon og alder er det en tendens til at pasienter under 30 år oftere enn de som er eldre, har vokst opp hos enslig mor eller far. For øvrig er det ingen systematiske forskjeller med alder. At de yngre i dette utvalget noe sjeldnere har vokst opp hos begge foreldrene, tilsvarer funnene i Levekårsunder-

søkelsen og gjenspeiler først og fremst den økende tendensen til skilsmisse.

Spørsmålet om pasienten "noen gang før 15-års alderen har vært innlagt på barnehjem, sykehus e.l. i minst en måned", og som var ment som et supplement til det foregående, viser seg å gi interessant tilleggsinformasjon. Den fremkommer når vi kombinerer pasientenes alder og oppvekstsituasjon som vist i tabell 6.

Pasienter som vi ikke har opplysninger om når det gjelder oppvekstsituasjon og fravær fra hjemmet, er utelatt. Det er også de pasientene som hovedsakelig har vokst opp i institusjon. Likevel inngår 92 prosent av hele materialet i tabellen.

Tabell 6. "Innlagt barnehjem o.l." etter kjønn, alder og oppvekstsituasjon. I prosent.

		Innlagt:			Sum	Prosentbasis
		Nei	3 mnd.	3+ mnd.		
Menn:						
- 29 år	Mor og far	81	11	8	100	218
	Annet	61	11	28	100	64
30-39 år	Mor og far	85	7	8	100	420
	Annet	69	10	21	100	81
40-49 år	Mor og far	86	9	5	100	281
	Annet	70	12	18	100	60
50+ år	Mor og far	89	6	5	100	298
	Annet	83	6	11	100	53
Kvinner:						
- 39 år	Mor og far	90	5	5	100	101
	Annet	64	4	32	100	22
40+ år	Mor og far	89	8	3	100	76
	Annet	67	10	24	101	21

Når det gjelder mennene er det en tendens til at med økende nåværende alder, er det en økende andel som svarer "nei" på spørsmålet om fravær fra hjemmet. Dette gjelder både blant de som har vokst opp med mor og far og på annen måte. Men det er også slik at det innen hver aldersgruppe er forholdsvis flere "nei"-svar fra de som har vokst opp med foreldrene enn fra de øvrige.

Bortsett fra i den eldste mannsgruppen, er denne forskjellen statistisk signifikant. (-29 år: $\chi^2=10.20$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$. 30-39 år: $\chi^2=10.07$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$. 40-49 år: $\chi^2=8.11$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$). Det er imidlertid verd å merke seg at det ikke er det mer kortvarige fravær, inntil tre måneder, som forklarer forskjellene - dette forekommer omtrent like ofte ved begge oppvekstbetingelsene - men derimot fravær utover tre måneder.

Det samme mønsteret både mellom og i aldersgruppene, finner en for kvinnes vedkommende. Også blant dem er det signifikante forskjeller mellom de to ulike oppvekst- betingelsene med hensyn til andelen "nei"-svar. (-39 år: $\chi^2=8.13$. Ant.frihetsgr.= 1. $P<0.01$. 40+år: $\chi^2=4.93$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.05$).

Som tidligere nevnt er det kanskje grunn til å anta at de yngre pasientene bedre enn de eldre, husker kortvarige og kanskje uproblematisk, fravær fra hjemmet. Vi skal derfor være forsiktige med å tolke aldersforskjellene. Det som imidlertid er slående i tabell 6, er at det innen hver aldersgruppe er betydelig høyere andeler av de pasientene som ikke vokste opp sammen med mor og far som har ett eller flere lengre fravær fra hjemmet.

Som en foreløpig konklusjon kan vi si at selv om tabell 5 kan tyde på at forholdsvis mange pasienter ikke har hatt den "normale" oppvekstssituasjon, kan vi pga. manglende sammenligningsgrunnlag ikke si noe sikkert om dette. Det som imidlertid er helt klart er at på alle alderstrinn er det en relativt høy andel av dem som ikke har vokst opp sammen med begge foreldrene som har hatt lengre perioder med fravær fra hjemmet. Dette er rimelig å ta som en indikasjon på ustabile oppvekstforhold.

2. Foreldres arbeid og alkoholvaner

I forbindelse med spørsmålene om foreldrenes stilling "i det meste av pasientens oppvekst", skal vi kort kommentere forholdene for far. Mors yrkesbetegnelse er av mindre interesse, bl.a. fordi de aller fleste har angitt den som husmor, og fordi mange tydeligvis har hatt problemer med å kode kombinasjoner med en deltidsstilling. Spørsmålet om fars stilling er ubesvart for 5 prosent vedkommende. Som en kunne vente, sprer stillingsbetegnelsene seg over hele spektret og med omtrent halvparten oppgitt som hjelpearbeider eller fagarbeider. Det har liten hensikt å gå nærmere inn på detaljer, men det er rimelig å anta at det å ha hatt far i fast arbeid eller ikke, er av en viss betydning. Det viser seg at når vi ser bort fra de 11 prosentene hvor spørsmålet enten ikke er besvart eller far har vært død eller fraværende, er det 5 prosent hvis far ikke har vært i fast arbeid i det meste av pasientens oppvekst. Om dette er et høyt eller lavt tall, er vanskelig å vurdere. Det dreier seg om et langt tidsrom med reell arbeidsløshet i visse perioder, og den geografiske spredningen når det gjelder oppvekststed må også eventuelt vurderes.

Når det gjelder mennene finner vi ingen forskjeller i undergrupper av alder og institusjonstype. Når det gjelder kvinnene finner vi derimot at prosentvis tre ganger så mange av pasientene under 40 år som av de over 40 år, ikke hadde far i fast arbeid. Dette synes ikke rimelig på bakgrunn av den tidsperiode disse kvinnene vokste opp, men det kan selvfølgelig være rimelig på bakgrunn av geografiske eller andre forhold. Mer nærliggende er det allikevel å se dette som en mulig indikasjon på at nettopp kvinnene under 40 år har hatt noe andre oppvekstbetingelser enn de øvrige pasientene når det gjelder dette forholdet.

På spørsmålene om foreldrenes alkoholvaner "i det meste av pasientens oppvekst", ble det gitt muligheter for å besvare spørsmålene på en skala fra "totalavholdende" til "vært til behandling". Tabell 7 viser hvordan de mannlige og kvinnelige pasientene vurderer henholdsvis fars og mors alkoholvaner.

Det bør først bemerkes at andelene av ubesvarte på disse spørsmålene er høyere enn på noen av dem vi hittil har behandlet. Dette skyldes antagelig en kombinasjon av at "vet ikke"-svar ikke var mulig og at spørsmålene selvfølgelig er "følsomme" slik at en del ikke har ønsket å svare.

Når det gjelder opplevelsen av fars alkoholvaner er det stor overensstemmelse mellom de mannlige og kvinnelige pasientene. Begge kjønn har oppgitt en rimelig andel totalavholdende i forhold til det vi vet om drikkevanene i befolkningen, men andelen av vanlige brukere er påfallende lav (Nordlund 1977). Imidlertid kan det ha vært vanskelig for mange å skjelne mellom de tre første svaralternativene, og det vesentlige skillet går jo egentlig mellom problembruker og ikkeproblembruker. Det er altså henholdsvis 24 prosent av mennene og 27 prosent av kvinnene som har angitt far som problembruker. At hver fjerde pasient oppgir at far hadde et problematisk forhold til alkohol, er imidlertid ikke overraskende. Det er så å si et standardfunn både i norske og utenlandske undersøkelser, at utvalg av alkoholmisbrukere har en betydelig høyere andel av fedre som også er alkoholmisbrukere enn det en finner i et tilfeldig utvalg av befolkningen (Goodwin 1984). Dette gjelder både når en som her, har basert seg på pasientenes egne utsagn, og når en har kunnet benytte mer uavhengige opplysninger og objektive kriterier.

Tabell 7. Foreldrenes alkoholvaner etter kjønn. I prosent.

Foreldrenes alkoholvaner:	Menn		Kvinner	
	Far	Mor	Far	Mor
Totalavholden	16	55	14	47
Meget måteholden	32	31	35	31
Vanlig bruker	28	9	24	14
Problembruker	18 ₁	4 ₁	20 ₁	7 ₁
Vært til behandling	1 24 6 ₁	1 5 1 ₁	1 27 7 ₁	1 9 2 ₁
Sum	100	100	100	101
Prosentbasis	1455	1488	230	236
Prosent ubesvart	9	7	9	7

Som en kunne vente er mors alkoholbruk langt mer beskjeden, men med en interessant kjønnsforskjell i oppfatningene: Henholdsvis 5 prosent av mennene og 9 prosent av kvinnene oppgir mor som problembruker og denne forskjellen er statistisk signifikant. ($\chi^2=5.90$ Ant.frihetsgr. = 1. $P<0.02$). Spørsmålet om alkoholmisbrukeres mødres forhold til alkohol er ikke så ofte behandlet i litteraturen. Den undersøkelsen som det er mest rimelig å sammenligne med vårt materiale, omfatter et større antall pasienter av begge kjønn fra en klinikk i Oslo. Her fant man at henholdsvis 25 prosent av pasientenes fedre og 5 prosent av mødrene av pasientene selv ble angitt å være misbrukere. Også i dette materialet fant man en tendens til at de kvinnelige pasientene oftere enn de mannlige opplevde både far og mor som misbrukere (Bjørk og Tollefsen 1982).

Overensstemmelsen i de empiriske funn kan ikke uten videre tolkes som uttrykk for faktiske forhold når det gjelder misbrukerforeldres alkoholvaner. Det er flere tolkningsmuligheter. Den viktigste er kanskje at misbrukere, som folk flest, er mindre tolerante overfor kvinnelig "misbruk". Men, som nevnt, spørsmålet er lite behandlet og det kan være en rimelig hypotese at kvinnelige misbrukere oftere enn mannlige har en misbrukende mor.

I den neste tabellen skal vi se nærmere på sammenhengen mellom foreldrenes alkoholvaner og pasientenes alder. De tre første svaralternativene i tabell 7 er slått sammen til en kategori, "vanlig bruk", og de to siste til "problembruk".

Yngste kvinnegruppe skiller seg ut med en forholdsvis høy prosent ubesvart. Dette kan skyldes at relativt flere av disse pasientene har opplevd spørsmålene som irrelevante fordi de oftere ikke har vokst opp sammen med far og/eller mor og oftest har hatt fravær fra hjemmet. (Jfr. tabell 5 og 6.) Den øverste delen av tabellen viser at av de 283 mennene under 30 år som vi har opplysninger om, har 66 prosent karakterisert sin far som vanlig alkoholbruker og 34 prosent som problembruker. Med økende alder er "vanlig"prosenten stigende, og færre karakteriserer far som problembruker. Det samme mønsteret finner vi for kvinnes vedkommende, men innen hver aldersgruppe har kvinnene en større andel problembrukende fedre enn mennene. Når det gjelder mors alkoholvaner er prosenttallene for problembruk betydelig lavere, men også her gjenfinner vi for begge kjønn den klare sammenhengen med alder. Denne sammenhengen er signifikant for begge kjønn og både for mors og fars

alkoholvaner. (Menn: mor: Gamma= 0.392. $z=-4.990$.
 $P<0.001$. Menn: far: $G=-0,281$. $z=-6.584$. $P<0.001$.
 Kvinner: mor: $G=-0.609$. $z=-5.660$. $P<0.001$. Kvinner:
 far: $G=-0.482$. $z=-5.315$. $P<0.001$).

Tabell 8. Foreldrenes alkoholvaner etter kjønn og alder.
 I prosent.

	Menn					Kvinner			
	-29	-39	-49	-59	60+	-29	-39	-49	50+
Far:									
"Vanlig bruk"	66	76	76	86	92	53	68	80	90
Problembruk	34	24	24	14	8	47	32	20	10
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Prosentbasis	283	499	336	231	106	51	73	55	51
Prosent ubesv.	10	6	11	9	9	18	6	7	7
Mor:									
"Vanlig bruk"	92	94	97	99	99	83	88	96	100
Problembruk	8	6	3	1	1	17	12	4	0
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Prosentbasis	292	510	347	233	106	54	75	57	50
Prosent ubesv.	8	4	8	9	9	13	4	3	9

Også i Bjørk og Tollefsens (1982) materiale ble det funnet tendenser til slike sammenhenger, men fordi kvinnegruppen var relativt liten, ble tallene langt mer usikre ved inndeling etter alder. I vårt materiale er sammenhengen entydig - hvorfor er det vanskeligere å si noe om. Det er flere forklaringsmuligheter og vi skal antyde noen.

For det første har alkoholbruket i befolkningen og dermed sannsynligvis også andelen av problembrukere, økt betydelig i det tidsrommet det her er tale om. Det er altså rimelig å regne med at en langt større del av de som vokste opp i 1960- og 1970-årene har foreldre med et problematisk forhold til alkohol enn de som vokste opp før krigen. Men dette er neppe tilstrekkelig til å forklare at fire til fem ganger så mange av de yngre pasientene som av de eldre, har problembrukende foreldre.

En annen forklaringsmulighet, som vi også har antydnet tidligere, er at de yngre som har oppveksttiden nærmere, reelt sett husker bedre og således rapporterer mer korrekt. Det kan også hevdes at eldre oftere har en tendens til å idyllisere "de gode, gamle dager" og sin egen "lykkelig barndom". Men som en motsetning til dette kan en også som en tredje mulighet, tenke seg at det er de eldste som er ærligst. De yngre vil ha et behov for - nettopp fordi de i så ung alder er pasienter - å unnskyldte og forklare sin egen pasientstatus med at forholdene i hjemmet var vanskelige; de er ofre for arvelige og miljømessige faktorer.

Ytterligere en forklaringsmulighet bygger på nyere forskning som på en nokså overbevisende måte tyder på, men selvfølgelig ikke endelig beviser, at foreldrenes alkoholmisbruk er den sikreste av en rekke prediktorer for i hvert fall sønners senere forhold til alkohol (Vaillant 1983). Når altså personer allerede i 20-års alderen blir pasienter i klinikker og kursteder, er det fordi så vidt mange av dem har foreldre som også er misbrukere. Men ingen av de nevnte forklaringsmulighetene utelukker hverandre, og vi har ikke tilstrekkelige data til å foreta en avgjørende test.

Til slutt i dette avsnittet skal vi i tabell 9 vise forholdet mellom fars og mors alkoholvaner for alle klientene samlet. Her er bare de klientene tatt med som vi har opplysninger om både for mor og far.

Hvis en først leser tabellen vertikalt, får en et inntrykk av i hvilken grad far "bestemmer" mors alkoholvaner. Av de 269 totalavholdende fedre var det hele 96 prosent som også hadde hustruer som var totalavholdende, og bare 1 prosent av disse totalavholdende menn hadde en problembrukende ektefelle. Når vi tar utgangspunkt i

mødre som var totalavholdende og leser tabellen horison-
talt etter de understrekede tallene, finner vi at bare
28 prosent av deres ektemenn også var totalavholdende.
Halvparten av ektemennene var måteholdende eller vanlige
brukere, og 20 prosent var problembrukere. Ser vi på
problembrukende fedre finner vi at hele 45 prosent av
dem hadde totalavholdende hustruer og bare 11 prosent
hadde hustruer som selv var problembrukere. Når vi deri-
mot tar utgangspunkt i de 80 problembrukende kvinnene,
ser vi at 4 prosent av deres ektemenn var totalavhold-
ende mens hele 56 prosent var problembrukere.

Tabell 9. Mors og fars alkoholvaner.

	Fars alkoholvaner:			Sum Prosent basis	
	Totalavh.	Måteh./vanlig	Problembruk		
Mors alk. vaner:	96	47	45		
Totalavh.	<u>28</u>	<u>52</u>	<u>20</u>	<u>100</u>	<u>905</u>
	3	50	43		
Måteh./vanlig	<u>1</u>	<u>73</u>	<u>25</u>	<u>99</u>	<u>677</u>
	1	3	11		
Problembruk	<u>4</u>	<u>40</u>	<u>56</u>	<u>100</u>	<u>80</u>
Sum:	100	100	99		
Prosentbasis	269	996	397		1662

Tabell 9 gir altså inntrykk av at mennene i en viss
forstand bestemmer ektefellens alkoholvaner. Motsatt
later det til å ha lite å bety for mannens alkoholvaner
hvordan hustruens vaner er. At over halvparten av de
kvinnene som har problemer også har en ektemann eller
partner med et problematisk forhold til alkohol, er i
overensstemmelse med tidligere funn, både internasjonalt
og i norsk materiale (Bjørk og Tollefsen 1982).

3. Søsken og alkoholvaner

I forbindelse med "Levekårsundersøkelsen 1980" (NOS 1982), ble det stilt spørsmål til tilfeldige utvalg av befolkningen på ulike alderstrinn om hvor mange søsken de hadde eller hadde hatt. Det viste seg at søskenflokkene her i landet er blitt stadig mindre de siste 70-80 årene. Andelen med to eller færre søsken har blitt større mens andelen med mer enn tre søsken har minket. Denne tendensen finner vi også i vårt materiale. F.eks. er det ca. 20 prosent av pasientene under 30 år som har fire eller flere søsken, mens dette er tilfelle for prosentvis dobbelt så mange av pasientene over 60 år. Selv om vi altså gjenfinner det generelle mønsteret er det imidlertid et påfallende avvik fra forholdene normalbefolkningen når det gjelder de eldre pasientene: Pasienter over 50 år er dobbelt så ofte enebarn som normalbefolkningen på samme alder, og 20 prosent færre kommer fra søskenflokker med minst fire søsken. Noe av forklaringen kan ligge i spørsmålsformuleringen og eventuell usikkerhet om hvordan man skulle besvare spørsmålet ved f.eks. adoptivsøsken og halvsøsken. Det er imidlertid vanskelig å forstå at dette skulle gi andre utslag for de eldre pasientene enn for de yngre. Mer relevant er kanskje at de eldre pasientene oftere enn de yngre har søsken som er døde. I vår spørsmålsformulering ble det ikke, som i Levekårsundersøkelsen, eksplisitt sagt at disse skulle regnes med. Men på tross av dette vil vi anta at vi har å gjøre med et reelt og noe overraskende funn som så vidt vites ikke har vært rapportert tidligere, i hvert fall ikke i norsk litteratur.

Særlig i noe eldre psykologisk litteratur har det vært fremsatt flere hypoteser om sammenhenger mellom ulike karaktertrekk eller eventuelle disposisjoner for senere atferdsavvik og fødselsnummer i en søskenrekke. Blant de pasientene som har søsken, ser plasseringen i søs-

kenrekken ut til å være helt tilfeldig. Det er med andre ord hverken flere førstefødte, yngstebarn eller andre plasseringer i søskenflokken enn det sannsynligheten skulle tilsi.

I en norsk undersøkelse av mannlige alkoholmisbrukere i Stavangerdistriktet, ble det funnet at forholdsvis flere av dem enn i et kontrollmateriale, hadde brødre som også var misbrukere (Engeset og Idsøe 1958). Videre ble det påvist at brødrene til de som kom fra "misbrukerhjem" oftere enn de øvrige også ble karakterisert som misbrukere. Kan tilsvarende forhold påvises i pasientmaterialet hvor vi altså ikke kan skille mellom brødre og søstre og hvor vi heller ikke egentlig kan karakterisere hjemmet nærmere enn ved å angi far som misbruker eller ikke? Det viser seg at av de pasientene som oppgir at de har søsken, er det 21 prosent som har minst en søster eller bror som også har alkoholproblemer og i alt 9 prosent av alle søsknene blir angitt å ha problemer. Dette er høye tall, og det mest ekstreme utslaget finner vi i en søskenflokk på fem hvor alle er misbrukere.

I hvilken grad fars alkoholvaner spiller inn for søskens alkoholforhold, skal vi se nærmere på i tabell 10. Denne omfatter bare pasienter som vi har alle de relevante opplysningene om.

Av de 254 mannlige pasientene som har oppgitt at de har en søster eller bror og far var vanlig alkoholbruker, var i "bare" 8 prosent av tilfellene denne søsteren eller broren også alkoholproblematiker. Av de 87 mennene som hadde en søster eller bror og far som problembruker, er i hele 20 prosent av tilfellene vedkommende også misbruker. Ser en videre på menn med to og tre eller flere søsken finner en at andelen ikke-misbrukende søsken går ned. Dette er delvis et utslag av at det vil være mer

sannsynlig å finne misbrukere i en større søskenflokk enn i en mindre. Det interessante er imidlertid hvor utslagsgivende fars alkoholvaner er. I alle de tre undergruppene av mannsutvalget er dette forholdet statistisk signifikant. ($\chi^2=7.95$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$. $\chi^2=5.66$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.02$. $\chi^2=10.48$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$). Den samme tendensen, men ikke signifikant, finner vi blant kvinnene hvor antallet ikke tillater ytterligere oppdeling.

Vårt materiale bekrefter altså Engeset og Idsøes tidligere funn. Det innebærer at sannsynligheten for å finne misbrukere blant søsken av misbrukere, er betydelig høyere enn blant tilfeldige personer, og at denne sannsynligheten omtrent fordobles når vi også vet at søsknene hadde en problembrukende far. Blant pasientene er det f.eks. slik at av menn med tre eller flere søsken og misbrukende far, er i hele 40 prosent av tilfellene også minst en av de andre søsknene misbruker. Et annet spørsmål er om dette kan generaliseres til en større populasjon, f.eks. misbrukere generelt i befolkningen.

Tabell 10. Søsken med alkoholproblemer etter kjønn, antall søsken og fars alkoholvaner. I prosent.

		Antall søsken med problemer:					Prosentbasis
		0	1	2	3+	Sum	
Menn:							
1 søsken	Vanlig far	92	8			100	254
	Problemfar	80	20			100	87
2 søsken	Vanlig far	85	14	1		100	227
	Problemfar	72	22	6		100	79
3+ søsken	Vanlig far	75	20	4	1	100	516
	Problemfar	60	32	6	2	100	131
Kvinner							
med søsken	Vanlig far	83	22	4	1	100	144
	Problemfar	65	27	8	0	100	51

4. Utdanning

I den voksne norske befolkning har de eldre generel kortere utdanning enn de yngre, og det ville være rimelig å forvente en sammenheng med alder også når det gjelder pasientene. I tabell 11 og 12 skal vi vise hvordan dette forholder seg for henholdsvis mannlige og kvinnelige klinikk- og kurstedspasienter på ulike aldersnivå sammenlignet med befolkningen i tilsvarende aldersgrupper.

I den mannlige befolkningen har 59 prosent av 20-åringene utdanning på gymnasnivå og prosenten synker til 30 i gruppen 50-69 år. Her skal en være oppmerksom på at "gymnasnivå" er brukt i overensstemmelse med Statistisk Sentralbyrås kode som omfatter "utdanninger med en samlet varighet på 10 år". Det betyr at f.eks. syv-års folkeskole med tre års faglig utdanning i tillegg, kvalifiserer for gymnasnivå. Både blant klinikk- og kurstedspasientene er det også en sammenheng med alder, men denne går faktisk i motsatt retning. Det er altså de eldste som har best utdanning. Den samme tendensen, men ikke så klar, ble funnet blant klienter ved edruskapsnemndene (Krogh 1971). I den forbindelse ble det konkludert med at "de yngre klientene er dårligere stillet i forhold til sine jevnaldrende i befolkningen enn de eldre klientene". Denne konklusjonen gjelder i enda sterkere grad i dett pasientmaterialet.

I den tidligere nevnte undersøkelsen av klienter alkoholistsorgens institusjoner ble det funnet et noe høyere utdanningsnivå. (Statistisk Sentralbyrå 1980). Det kan skyldes den ulike alderssammensetningen utvalgene og en mer indirekte måte å beregne utdanningsnivå på for vårt utvalgs vedkommende. Som det fremgår av registreringsskjemaet er det ikke spurt direkte om antall års utdanning, men brukt en kombinasjon av all-

mennutdanning og tilleggsutdanning. Når det gjelder forholdet mellom klinikk- og kurstedspasienter har de førstnevnte i alle aldersgrupper det høyeste utdanningsnivå, og mellom de to eldste gruppene er forskjellene statistisk signifikant. ($\chi^2=5.36$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.05$. $\chi^2=8.676$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$).

Tabell 11. Mannlige pasienters utdanningsnivå etter institusjonstype og alder. I prosent.

	Under gymnasnivå	Gymnasnivå eller høyere	Sum	Prosent basis	Prosent ubesvart
Klinikk:					
-29 år	78	22	100	146	4
30-39 år	63	37	100	314	2
40-49 år	58	42	100	231	4
50+ år	47	53	100	236	5
Kursted:					
-29 år	82	18	100	152	7
30-39 år	73	27	100	203	5
40-49 år	70	30	100	123	11
50+ år	63	37	100	114	8
Mannlig befolkning ¹⁾ :					
20-29 år	41	59	100	304409	4
30-39 år	47	53	100	231671	4
40-49 år	58	42	100	204301	2
50-69 år	70	30	100	430012	1

¹⁾ Kilde: Utdanningsstatistikk. Utdanningen til personer 16 år og over 1. oktober 1975. NOS A 935.

Tabell 12 viser at de kvinnelige pasienten under 40 år har et betydelig lavere utdanningsnivå enn den tilsvarende gruppen i befolkningen. At de over 40 år tilsynelatende har bedre utdanning enn befolkningen ellers, skyldes i første rekke at aldersfordelingen "favoriserer" pasientene fordi det er færre av de eldste blant dem. Dette gjelder for øvrig også de eldste mannsgruppene. Også blant kvinnene er det en klar forskjell mellom klinikk- og kurstedspasientene, og for den yngste gruppen er denne statistisk signifikant. ($\chi^2=12.77$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Påfallende lavt er utdanningsnivået blant de yngste kvinnelige kurstedspasientene hvor bare 5 prosent er på gymnasnivå. De relativt små prosentbasene tilsier imidlertid en viss forsiktighet.

Tabell 12. Kvinnelige pasienters utdanningsnivå etter institusjonstype og alder. I prosent.

Utdanning:	Klinikk		Kursted		Kvinnelig befolkning	
	-39 år	40+ år	-39 år	40+ år	20-39 år	40-69 år
Under gymnasnivå	71	48	95	68	51	79
Gymnasnivå eller høyere	29	52	5	32	49	21
Sum	100	100	100	100	100	100
Prosentbasis	73	82	55	28	513 678	659 106
Prosent ubesvart	10	2	7	7	3	1

Kilde: Som tabell 11.

En bakgrunnsopplysning som har en viss sammenheng med utdanning, er spørsmålet om pasientene har vært til sjøs. Det er besvart av 96 prosent av mennene og 95 prosent av kvinnene. Av disse ble spørsmålet besvart bekreftende av henholdsvis 56 og 12 prosent. Av dem som har vært til sjøs, har de fleste kortere fartstid enn 5 år. Dette gjelder så å si alle kvinnene som vi i det følgende vil se bort fra.

Det foreligger ingen nyere data som gir holdepunkter for å si noe om hvor mange av den voksne mannlige befolkning som har vært til sjøs. Men ved en landsomfattende undersøkelse av et representativt utvalg i 1962, kom en til at ca. 18 prosent av den voksne mannlige befolkning hadde vært i utenriks sjøfart i kortere eller lengre tid (Brun-Gulbrandsen og Irgens-Jensen 1964). I dette arbeidet blir det referert at i en undersøkelse av mannlige klinikk-, kur- og tilsynshjempasienter samme år, var det 38 prosent som svarte bekreftende på et lignende spørsmål. På tross av den generelle utviklingen av bemanningen til sjøs, er det altså i vårt materiale ytterligere 18 prosent som svarer bekreftende. Noe av forklaringen på dette kan skyldes selve spørsmålsformuleringene hvor fartstid helt ned til 1 mnd. kunne medregnes, at det ikke skilles mellom utenriks- og innenriksfart og at det kan ha vært noe tvil om hvordan f.eks. fiske skulle oppfattes.

Det finnes imidlertid også undersøkelser som viser til høyere andeler av menn som har vært til sjøs. I et utvalg av mannlige løsgjengere i Oslo, var det 76 prosent som hadde vært til sjøs (Ramsøy m.fl. 1971), og i et utvalg av klienter ved en avrusningsstasjon i Oslo var prosenten 69 (Gudjonsson 1973). Det som er klart og som også våre data er en bekreftelse på, er at i utvalg av mannlige alkoholmisbrukere finner en forholdsvis langt flere personer som oppgir at de har vært til sjøs enn i utvalg av normalbefolkningen. Hvor stor andelen er, vil sannsynligvis variere bl.a. med mennenes alder, oppvekststed og en del andre forhold. Vi vil imidlertid ikke uten videre bruke betegnelsen "sjømann", fordi det er grunn til å tro at bare en mindre del av dem som har vært til sjøs har sjøen som sin hovedarbeidsplass og majoriteten har en relativt kort fartstid.

Vi har ikke tilstrekkelige data til å gå videre med en analyse av i hvilken grad sjøfartstid kan ha vært avgjørende for misbruksutviklingen. Det bør imidlertid nevnes at de som har vært mer enn fem år til sjøs, oppgir samme alder for når alkoholbruken ble problematisk som de som ikke har vært til sjøs. De som har kortere fartstid enn fem år skiller seg derimot signifikant ut med gjennomsnittlig tre år lavere "problemalder". Det kan bety at disse sistnevnte hadde problemer allerede da de gikk til sjøs, eller at de utviklet problemer så vidt tidlig i sin sjømannskarriere at fartstiden av den grunn ikke ble lenger, f.eks. på grunn av hyrenektelse.

Når vi sammenligner de mennene som har vært til sjøs med de øvrige, er det ingen forskjeller når det gjelder de bakgrunnsopplysningene som tidligere er drøftet. Vi

finner også som i normalbefolkningen, at forholdsvis flere fra fylker som Rogaland og Nordland har vært til sjøs, mens forholdsvis færre kommer fra innlandsfylker som Hedmark og Oppland.

KAPITTEL V: AKTUELL SOSIAL SITUASJON

Hensikten med spørsmålene som omtales i dette kapitlet, var å få et inntrykk av pasientenes sosiale situasjon i tiden før innleggelsen og til en viss grad også de seneste års utvikling. Dette er av interesse i seg selv, men spesielt viktig i forhold til en eventuell senere oppfølging av pasientene. En del kunnskap om alkoholistomsorgens pasienters sosiale situasjon foreligger allerede - en vet f.eks. at deres sivilstandsforhold og forhold til arbeidslivet er avvikende fra det vi finner i normalbefolkningen. Vi skal ikke gå i detalj på slike områder, men på visse områder er kunnskapen svært mangelfull og som nevnt, er "gammel kunnskap" ikke basert på et så vidt stort og representativt materiale som vi her presenterer.

1. Arbeidsforhold.

Når det gjelder forholdet til arbeidslivet ved innleggelsen, er det bare halvparten av pasientene som viser seg å være egentlig yrkesaktive og halvparten er enten arbeidsløse eller trygdet. Av de stillingsbetegnelsene som blir oppgitt, er det fag-, spesialarbeider og hjelpearbeider som dominerer. Både for menn og kvinner faller ca. to tredjedeler av betegnelsene i denne samlekategori når vi også inkluderer "husmor". Funksjonærstilt og ledende stillinger er klart underrepresentert blant pasientene, men vi finner forholdsvis flere av de pasientene som er over 40 år på dette nivået. Vi skal ikke gå inn på de enkelte stillingsbetegnelser, men konsentrere fremstillingen om de som faktisk er i arbeid og de øvrige. Tabell 13 viser hvordan de mannlige pasientene fordeler seg etter institusjonstype og alder.

Det fremgår av tabellen at kurstedspasienter i aldersgruppen 40-49 år har en betydelig høyere prosent ubesvarte enn noen av de øvrige undergruppene. Dette viser seg å kunne tilbakeføres til ett kursted som har en gjennomgående dårligere utfyllingsgrad av skjemaene enn de andre institusjonene. Det er liten grunn til å tro at dette skyldes spesielle forhold ved pasientgruppen, og selv om det skaper større usikkerhet, foreligger det neppe noen systematisk skjevhet.

Tabell 13 viser at de mannlige klinikkpasientene i langt større grad enn kurstedspasientene er yrkesaktive. Forskjellen skyldes ikke andelen av trygdede som er så å si den samme. Derimot er halvparten av kurstedspasientene arbeidsløse, men mindre enn en tredjedel av de andre.

Tabell 13. Mannlige pasienters arbeidsforhold etter institusjonstype og alder. I prosent.

	Klinikk					Kursted					Total
	-29	-39	-49	50+	I alt	-29	-39	-49	50+	I alt	
Arbeidsforhold:											
Arbeidsløs	50	33	22	12	28	76	51	37	23	49	36
I arbeid	49	63	65	57	59	22	39	49	39	36	50
Trygdet	1	4	13	31	13	2	10	15	38	15	14
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Prosentbasis	147	316	234	246	934	156	210	124	120	610	1553
Prosent ubesv.	3	1	3	0	2	5	1	10	3	5	3

Når vi ser på prosentfordelingene i aldersgruppene finner vi et svært ensartet mønster innenfor begge institusjonstypene. Det er for det første 30- og 40-åringene som oftest og de under 30 år som sjeldnest, var i arbeid ved innleggelsen. Andelen av arbeidsløse faller med økende alder, mens det motsatte er tilfelle med andelen av trygdede. Klinikkpasientene har i alle aldersgrupper en høyere prosent yrkesaktive og en lavere prosent arbeidsløse enn kurstedspasientene.

Tabell 14. Kvinnelige pasienters arbeidsforhold etter institusjonstype o alder. I prosent.

Arbeidsforhold:	Klinikk			Kursted			Total
	-39	40+	I alt	-39	40+	I alt	
Arbeidsløs	34	8	21	49	27	41	28
I arbeid	52	70	61	42	40	41	54
Trygdet	14	22	18	9	33	17	18
Sum	100	100	100	100	100	99	100
Prosentbasis	77	83	160	57	30	87	247
Prosent ubesv.	5	1	3	3	0	2	3

Tabell 14 tilsvarende tabell 13 når det gjelder de kvinnelige pasientene. Totalfordelingen av alle kvinnene er nokså lik den for mennene og med forbehold om lavere prosentbasis, er mønsteret i aldergruppene stort sett det samme. Det er klinikkpasientene som har den største andelen av yrkesaktive og når det gjelder de av dem som er over 40 år, var hele 70 prosent i arbeid. Dette er en større andel enn i noen annen aldersgruppe uansett kjønn og signifikant flere enn i den yngre kvinnegruppen. ($\chi^2=6,19$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.02$).

Om pasientene har vært i arbeid eller ikke på innleggelsestiden, gir selvfølgelig ikke et fullstendig bilde av deres deltakelse i arbeidslivet. Et visst supplement får en gjennom spørsmålet om hvor lenge de har vært i lønnet arbeid de siste 12 månedene før innleggelsen. Det viser seg at det er få pasienter som overhodet ikke har vært i arbeid det siste året. Av de trygdete mennene er det bare 3 prosent som har vært i arbeid i minst 6 måneder, men av de arbeidsløse er det ca. en tredjedel. På den annen side har de som har vært i arbeid, ikke alltid arbeidet hele året. Bare ca. tre fjerdedeler av dem har arbeidet mer enn 6 måneder.

I alle de tre kategoriene er det klinikkpasientene som har den høyeste prosent arbeidsdeltakelse. F.eks. er det 82 prosent av klinikkpasientene som er i arbeid som har arbeidet mer enn halvparten av det siste året, men bare 61 prosent av kurstedspasientene. Kvinnene har

tilsynelatende en enda dårligere arbeidsdeltakelse enn mennene. Her skal en imidlertid være oppmerksom på at det i forbindelse med deltidsstillinger og arbeid i hjemmet kan ha vært en del problemer med tolkningen og besvarelsen av spørsmålet.

Når vi ser nærmere på pasienter som både har arbeid ved innleggelsen og har vært i arbeid hele foregående år, finner vi at de utgjør 13 prosent av de mannlige kurstedspasientene og 41 prosent av klinikkpasientene. De kvinnelige pasientene faller et sted imellom, men her er det større usikkerhet på grunn av de nevnte tolkningsvanskelighetene. Det er kanskje heller ikke overraskende at når vi ser på sykemeldingshyppighet i de gruppen som har "fullt arbeid", finner vi også forskjell mellom klinikk og kurstedspasientene i overensstemmelse med den generelle tendens. Det viser seg f.eks. at 38 prosent av de mannlige kurstedspasientene har vært sykemeldt i mer enn 8 uker, mens det tilsvarende for klinikkpasientene er 26 prosent.

2. Tidligere arbeidsforhold.

Året før innleggelsen gir altså et inntrykk av lav yrkesaktivitet, også blant dem som oppgir at de har hatt en fast stilling hele året. Men for de fleste av pasientene er dette tidsrommet neppe representativt for deres yrkesliv, og på spørsmålet om de tidligere noen gang har hatt en bedre stilling enn den nåværende, er det drøyt halvparten som svarer bekreftende. I tabell 15 skal vi se hvem disse pasientene er i forhold til nåværende stillingsbetegnelse og alder. Tabellen omhandler bare menn og de trygdede og ubesvarte er holdt utenfor.

Tabell 15 viser som ventet at det i første rekke er de arbeidsløse som tidligere har hatt en bedre stilling. Den viser også at så vidt mange som en femtedel av de yngre arbeidsløse oppgir at de ikke har hatt noen bedre stilling, d.v.s. at de neppe noen gang har hatt en fast stilling. Forskjellen mellom de eldre og de yngre arbeidsløse er særlig tydelig på formann/funksjonærnivå, idet hele 37 prosent av de eldste oppgir å ha hatt en slik stilling. Bortsett fra de nåværende arbeidsløse, er det et klart flertall som ikke har hatt en bedre stilling tidligere, og det er ingen betydelige forskjeller mellom eldre og yngre. Det kan kanskje virke urimelig at et tidligere hjelpearbeid er oppgitt som bedre for en nåværende funksjonær, men dette kan henge sammen med at vedkommende f.eks. har hatt høyere lønn eller på andre måter hatt bedre arbeidsforhold.

Selv om altså majoriteten av de som er i arbeid ikke har hatt noen bedre stilling tidligere, er det likevel en del som har hatt en stilling vesentlig høyere på "yrkestigen". Disse utgjør en liten del, og den forhenværende kontorsjef som nå er lagerarbeider, er en meget atypisk representant for pasientene. Likevel er det antagelig slik at den negative yrkesmobilitet er betydelig større i dette utvalget enn i befolkningen. Flest eksempler på slik negativ mobilitet finner vi blant de arbeidsløse over 40 år. Ser på utdanningsnivået for de arbeidsløse under 40 år, er det dårligere enn for de jevnaldrende som er i arbeid. De eldre arbeidsløse derimot, har utdanning på høyde med sine jevnaldrende, i hvert fall på hjelpearbeider og fagarbeidernivå. Det er med andre ord godt mulig at det lave utdanningsnivået for de yngre bidrar mer til at de er arbeidsløse enn for de eldre, og det er sannsynlig at vi nettopp i denne sistnevnte gruppen finner de mer drastiske eksempler på negativ yrkeskarriere og tapt sosial posisjon.

Tabell 15. Mannlige pasienters tidligere stilling etter nåværende stilling og alder. I prosent.

		Bedre stilling:					Høyere funksj.		Prosent basis
		Nei	Hjelpe- arb.	Fag arb.	Form. funksj.	selvst.	Annet	Sum	
Nåværende stilling:									
Arbeids-	-39 år	21	31	23	15	8	2	100	399
løs:	40+ år	11	21	28	24	13	2	99	151
Hjelpe-	-39 år	63	9	10	12	4	2	100	130
arb.:	40+ år	57	5	14	10	12	2	100	86
Fag-	-39 år	76	1	5	14	3	1	100	153
arb.:	40+ år	72	1	1	20	5	1	100	111
Formann,	-39 år	67	0	6	6	22	0	101	36
funksj.:	40+ år	68	2	4	7	20	0	101	56
Høyere funksj.,									
selv-	-39 år	86	3	0	3	9	0	101	35
stendig:	40+ år	84	0	1	4	12	0	101	106

3. Sivilstand.

Når det gjelder det generelle bildet av sivilstandsforholdene i utvalg av misbrukere, er det som nevnt solid dokumentert at i forhold til befolkningen finner en færre som lever ekteskap og uforholdsmessig mange ugifte og skilte/separerte. Tabell 16 og 17 bekrefter at dette i utpreget grad er tilfelle også i dette utvalget - uavhengig av både institusjonstype, kjønn og alder. Blant de mannlige klinikkpasientene er det i alle aldersgrupper en signifikant høyere andel gifte enn blant kurstedspasientene. (-29 år: $x^2=7,20$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$. 30-39 år: $x^2=19,04$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$. 40-49 år: $x^2=11,86$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,001$. 50+ år: $x^2=15,03$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,001$). Den minst avvikende mannsgruppen er de yngste klinikkpasientene, men også blant dem er det iøynefallende kontraster når en sammenligner med den jevnaldrende gruppen i befolkningen.

Et funn er imidlertid overraskende: Andelene enkemenn i begge gruppene over 50 år er dobbelt så stor som i befolkningen. Tilsvarende er tidligere ikke kommentert i et norsk materiale. Tvert imot fant Bratfos (1974) at

andelen av enkemenn tilsvarte andelen i befolkningen. Når vi sammenlikner Bratfos' materiale med de "tilsvar-ende" pasientene i vårt materiale (jfr. s.31), finner vi i sistnevnte også en nesten dobbelt så stor andel enkemenn. Selv om forskjellen ikke er statistisk signifikant, bør denne tendensen ikke helt forbigås. Kanskje har det i den tyveårsperioden som skiller de to undersøkelser skjedd endringer i levevilkår og samfunnsstruktur, bl.a. økende alkoholkonsum, som tilsier at det har blitt vanskeligere å "klare seg" som enkemenn.

Tabell 16. Mannlige pasienters sivilstand etter institusjonstype og alder. I prosent.

Sivilstand:	Ugift	Gift	Skilt, Separert	Enkem.	Sum	Prosent- basis	Prosent ubesvart
Kursted:							
-29 år	85	3	12	0	100	156	5
30-39 år	46	10	44	0	100	210	1
40-49 år	22	13	63	2	100	125	4
50+ år	23	21	47	9	100	120	3
Klinikk:							
-29 år	72	10	18	0	100	147	3
30-39 år	36	25	38	1	100	314	2
40-49 år	22	28	49	1	100	234	3
50+ år	22	41	28	9	100	246	0
Mannlig befolkning ¹⁾ :							
20-29 år	65	33	2	0	100	316069	
30-39 år	17	76	7	0	100	306778	
40-49 år	11	81	8	1	101	202644	
50-69 år	11	80	5	4	101	422359	

¹⁾ Kilde: Folkemengden etter alder og ekteskapelig status 31. desember 1981. NOS:B 293.

Tabell 17. Kvinnelige pasienters sivilstand etter institusjonstype og alder. I prosent.

Sivilstand:	Ugift	Gift	Skilt, Separert	Enke	Sum	Prosent- basis	Prosent ubesvart
Kursted:							
-39 år	50	11	34	5	100	56	5
40+ år	14	28	38	21	101	29	3
Klinikk:							
-39 år	44	24	28	4	100	78	4
40+ år	18	36	33	13	100	84	0
Kvinnelig befolkning ¹⁾ :							
20-39 år	27	66	6	0	99	589343	
40-64 år	7	78	6	9	100	539729	

¹⁾ Kilde: Som tabell 16.

Kvinnene fremviser det samme skjeve sivilstandsmønsteret i forhold til befolkningen som de mannlige pasientene. I sammenligningen med den kvinnelige befolkningen er aldersgruppen oppad begrenset til 64 år fordi det bare er to av de kvinnelige pasientene som er over denne alder. I befolkningen er andelen av enker meget sterkt økende over denne alderen. Men både i yngste og eldste kvinnegruppe er andelen enker relativt sett meget stor. En stor andel enker er også tidligere funnet i kvinnelige pasientutvalg (Ravndal 1976, Bjørk og Tollefsen 1982).

Vi skal senere i forbindelse med pasientenes misbrukerutvikling, ta opp problemstillingen om det avvikende sivilstandsmønsteret, spesielt skilsmisse, er en årsak til eller en konsekvens av misbruk.

Betegnelser som "samboer" og "avtalt samliv" finnes ikke i offentlig statistikk, men utviklingen tyder på at disse betegnelsene kanskje etter hvert kommer inn. Blant de ugifte pasientene er det en del som betegner seg som samboer, nemlig 6 prosent av mennene og 16 prosent av kvinnene. Som i normalbefolkningen gjelder det forholdsvis flere av de yngre enn av de eldre - av menn over 40 år 4 prosent og av de under 40 år 9 prosent. Blant kvinnene er tallene henholdsvis 12 og 21 prosent. I noen sammenhenger og for visse formål, kan det være rimelig å betrakte de samboende som gifte. Dette gjelder imidlertid ikke hvis vi først sammenligner forholdenes varighet. Av de gifte pasientenes ekteskap har mer enn tre fjerdedeler vart i over 5 år. Tilsvarende gjelder bare for ett av ti samboerforhold og ca. en tredjedel av dem har bare vart inntil ett år.

4. Partners arbeidsforhold og alkoholvaner.

I denne delen skal vi omtale pasientenes partnere og se nærmere på de 411 mennene og 103 kvinnene som enten er

gift eller har en samboer. Vi vet riktignok ikke om den samboende er av motsatt kjønn, men i det følgende går vi ut fra at det er tilfelle.

Når det gjelder arbeidsforhold viser det seg at ca. to tredjedeler av både mennenes og kvinnes partnere er yrkesaktive utenfor hjemmet. Mennenes og kvinnes partnere atskiller seg ikke vesentlig når det gjelder fordeling på yrkesgrupper. Det er imidlertid en del flere av mennenes partnere som er lavere funksjonærer, mens kvinnes partnere oftere er fagarbeidere og høyere funksjonærer. Av partnere som ikke er i arbeidslivet, er 27 prosent av mennenes partnere hjemmeværende husmødre, 7 prosent er trygdede og 4 prosent er arbeidsløse. Av kvinnes partnere er 9 prosent trygdede og hele 24 prosent arbeidsløse. Forskjellen i andelen av arbeidsløse partnere er sannsynligvis i stor grad et spørsmål om bruk av ord. En hjemmeværende gift kvinne er nærmest automatisk "husmor", mens det samme ikke er tilfelle med en mann - han vil lettere bli betegnet som arbeidsløs. Men tallene er antagelig også et uttrykk for realiteter, blant annet økonomiske. Det har nok alvorligere konsekvenser for paret eller familien, at en fjerdedel av kvinnelige pasienters partnere er arbeidsløse, enn at en tilsvarende andel av de mannlige pasientenes partnere er hjemmeværende husmor.

Vi har tidligere behandlet pasientenes foreldres forhold til alkohol og sett hvordan far "bestemmer" mors alkoholvaner. I den forbindelse refererte vi til undersøkelser som viser at kvinnelige misbrukere oftere enn mannlige har en partner med et problematisk forhold til alkohol. Vi skal i tabell 18 se hvordan dette forholder seg for pasientene og deres partnere.

De mannlige pasientenes partnere oppgis i 67 prosent av tilfellene å være totalavholdende eller meget måteholdne. Dette er sannsynligvis en høyere andel enn en vil finne i representative utvalg av hustruer og menns samboere. På den annen side er det antagelig også flere av de mannlige pasientenes partnere enn i normalutvalg, som har et problematisk alkoholbruk. Det er med andre ord "vanlig bruk" som er underrepresentert. Det er en tendens til at de eldre mennene oftere angir å ha partnere med meget beskjedne drikkevaner og sjeldnere problembruk enn de yngre.

Tabell 18. Partners alkoholvaner etter kjønn og alder. I prosent.

Partners alkoholvaner:	Menn			Kvinner		
	-39	40+	Ialt	-39	40+	Ialt
Totalavholden, meget måteholden	63	70	67	6	22	14
Vanlig bruk	18	16	17	21	22	21
Problembruk	20	14	16	73	57	65
Sum	101	100	100	100	101	100
Prosentbasis	184	228	412	52	51	103
Prosent ubesvart	4	4	4	2	0	1

Av de kvinnelige pasientenes partnere er det bare 14 prosent som er avholdende eller meget måteholdne, mens hele 65 prosent betegnes som problembrukere. Selv om datagrunnlaget i alle disse forholdene er pasientenes utsagn om sine partnere, mener vi at dette er en ytterligere bekreftelse på at kvinnelige misbrukere oftere enn mannlige har en misbrukende partner. Blant kvinnene som blant mennene, er det forskjeller mellom aldersgruppene. Få av de yngre kvinnene har en meget måteholden partner, mens tre av fire har en problembrukende partner. Forskjellene mellom aldersgruppene er imidlertid heller ikke for kvinnene statistisk signifikant.

En enda høyere prosent problembrukende partner finner vi når vi også trekker inn opplysningen om fars forhold til alkohol. Når vi tar ut de kvinnene under 40 år som opp-

ga far som problembruker, finner vi at av de 33 det gjelder, har 29 av dem en partner som er problembruker. Det vil altså si at 88 prosent av de kvinnelig pasientene hvis far er problembruker, har valgt en partner som også er problembruker.

At kvinner som på bakgrunn av sine tidligere opplevelser og livssituasjon og ifølge en "common-sense" betraktning nettopp ikke burde velge en misbrukende partner, likevel gjør det, er ikke et ukjent fenomen. Hvorfor de gjør det "forklares" ofte på bakgrunn av psykologiske forhold. Mer forståelig blir fenomenet etter vår mening, når en ser det på bakgrunn av kvinnes reelle valgmuligheter på "ekteskapsmarkedet" og sannsynlighet for selv å bli valgt. Kvinnene med en problematisk bakgrunn, som misbruk i hjemmet, svak utdanning o.l. og som allerede i ung alder utvikler alkoholproblemer, vil få sterkt innsnevrede valgmuligheter. Det viktigste ekteskapsmarkedet blir faktisk misbrukermiljøer og behandlingsinstitusjoner, og det er rimelig å tro at en kvinnelig misbruker ikke har særlig store muligheter for å bli valgt på andre markeder. En viss bekreftelse på at en slik betraktningssmåte er rimelig, får vi ved å se nærmere på parforholdene og deres varighet. Et flertall av de yngre kvinnene med misbrukende far og partner har i motsetning til det som gjelder for alle kvinnene, en partner som er samboer og ikke ektefelle. De fleste av disse samboerforholdene har vart kort tid og ingen lenger enn 5 år.

Vi skal knytte en kommentar til det faktum at en de parforhold dannes i behandlingsinstitusjoner. Når slike pardannelser skjer i psykiatriske avdelinger, vil personalet advare og ofte motarbeide dem med det en kan kalle en terapeutisk begrunnelse. Med det menes at den enkelte i et par ikke vil konsentrere seg tilstrekkelig om seg

selv og sin egen totale livssituasjon, men flykter inn i et "institusjonsforhold". I alkoholistsorgens institusjoner brukes også denne begrunnelsen, men oftere en "empirisk" begrunnelse. Personalet mener å ha erfaring for at par som oppstår i institusjon, har meget kort levetid og som regel fører til at begge igjen begynner å drikke (Krogh 1979).

Her reiser det seg imidlertid flere spørsmål som både representerer forskningsmessige og terapeutiske utfordringer. For det første er det neppe gunstig for behandlingssituasjonen at det som pasienten kan oppleve som ekte og gode følelser blir motarbeidet av personalet. Dessuten vet personalet og kanskje også pasienten, at det er en viss empirisk støtte for at ekteskap eller nære sosiale relasjoner i det hele, gir bedre prognose. Noe av problemet består i å avgjøre når en tilfeldig flørt går over til en fastere forbindelse som det vil gi større terapeutiske gevinstmuligheter å akseptere og behandle ut fra par- eller familietenkning.

Institusjonsparenes levetid og betydning for den videre utvikling av misbruk, er så vidt vites ikke systematisk undersøkt. Men i en oppfølgingsstudie av 53 kvinner behandlet i en A-klinikk i Oslo, er problemet indirekte belyst. Her fant en "et gjennomgående dårlig behandlingsresultat for de kvinner som fant seg en ny partner blant de mannlige medpasienter" (Holmboe 1985). Likevel er kanskje ikke institusjonsparene mer flyktige og mindre levedyktige enn parforhold som oppstår i andre sammenheng. Og selv om de er det, gir det kanskje de involverte selv noe som vurderes som positivt.

5. Boligforhold.

Når det gjelder boligforhold er det spurt om boligsituasjonen "i det meste av de siste 12 månedene" som ikke

alltid er den boligsituasjonen vedkommende hadde ved innleggelsen. Det er bare 55 prosent av pasientene som

har den boligform som er den vanlige for voksne mennesker - å eie eller leie hus eller leilighet. For øvrig forekommer alle de bomuligheter som er anført skjemået. Det minst vanlige er å bo i kollektiv eller i tilknytning til arbeid.

Flere av klinikk- enn av kurstedspasientene og flere av kvinnene enn av mennene har egen bolig, men det som er mest utslagsgivende for boligsituasjonen er alder og sivilstand. Dette fremgår av tabell 19 hvor boligmulighetene er samlet i 4 kategorier. For bare 3 prosent av mennene og 2 prosent av kvinnene mangler det opplysninger på dette spørsmålet. De er i likhet med de syv enkemennene under 50 år utelatt i tabellen.

Tabell 19 viser to klare forhold når det gjelder de mannlige pasientene. For det første at det er en betydelig høyere andel av de gifte og samboende enn av ugifte og skilte på hvert alderstrinn, som har egen bolig. For det andre at det innen hver sivilstandskategori er en økende andel egen bolig med økende alder. Hvis vi antar at det å ha egen bolig er den beste boligformen, er det altså klienter under 30 år som bor dårligst. Av dem bor de fleste hos familien eller slektninger, som oftest betyr foreldrehjemmet. Det er imidlertid også forholdsvis mange av dem som bor i institusjon.

Blant mannlige pasienter over 30 år er det ingen store forskjeller mellom de ugifte og skilte, men det er altså bare halvparten så mange av disse som har egen bolig som

av de gifte. Størst forskjell er det mellom de yngste og de eldste, og de gifte yngste har nesten de samme boligforhold som de ugifte av de eldste.

Tabell 19. Boligforhold etter kjønn, alder og sivilstand.
I prosent.

		Boligforhold:				Insti- tusjon	Sum	Pro sent- basis
		Egen bolig	Bor hos fam./slekt	Leier hybel/rom				
MENN:								
+29 år	ugift	15	46	20	19	100	212	
	gift/sambo	58	5	28	9	100	43	
	skilt	28	22	35	15	100	46	
30-39 år	ugift	33	28	21	18	100	163	
	gift/sambo	83	3	13	0	99	149	
	skilt	41	15	27	16	99	210	
40-49 år	ugift	48	22	25	5	100	60	
	gift/sambo	88	0	10	2	100	100	
	skilt	44	18	27	10	99	194	
50+ år	ugift	58	10	25	7	100	69	
	gift/sambo	95	0	5	0	100	137	
	skilt	60	10	22	8	100	124	
	enkem.	81	6	3	9	99	32	
KVINNER:								
	ugift	41	21	21	18	101	39	
	gift/sambo	74	4	16	6	100	104	
	skilt	76	4	16	4	100	80	
	enke	87	4	4	4	99	23	

Når det gjelder kvinnene tillater ikke antallet den samme inndeling, men også her er det to trekk som kan fremheves: Forholdsvis flere av de ugifte kvinnene enn de ugifte mennene har egen bolig, og de skilte og gifte kvinnene har en så å si identisk fordeling på boligforhold. Dette siste er i sterk kontrast til mennene Enkene har i likhet med enkemennene, i de fleste tilfellene egen bolig.

På tilsvarende måte som når det gjaldt yrke, kan vi få et visst inntrykk av om boligsituasjonen har forandret seg over tid. For 7 prosent av pasientene har vi ikke opplysninger, men for dem det er gitt opplysninger om, er det nesten 60 prosent av begge kjønn som ikke har hatt noen endring i boligsituasjonen de siste tre år. For de øvrige er det henholdsvis 16 prosent av mennene og 17 prosent av kvinnene som har fått en bedre bolig-

situasjon og 25 og 24 prosent som har fått en dårligere boligsituasjon. Det er altså ingen forskjell mellom menn og kvinner.

Når det gjelder kvinnene later det ikke til å være noen klar sammenheng mellom endring i boligsituasjon og alder eller sivilstand. Når det gjelder mennene derimot, er det de skilte som oftest har fått en dårliger boligsituasjon. Det gjelder hele 42 prosent av dem, og når vi ser på de mennene som er skilt i løpet av de siste 3 år, stiger prosenten til 60. Majoriteten av dem har ikke bare fått det "noe verre", men "betydelig verre". Vi vet ikke hvor mange av disse pasientene som har hatt egen bolig, men det er ikke urimelig å anta at de har hatt det i samme utstrekning som de som fremdeles er gifte. Det er altså grunn til å tro at det er denne boligen de har mistet etter skilsmissen, slik at en majoritet av de siste års skilte ikke bare har mistet ektefelle, men også forverret sin boligsituasjon og oftest i "betydelig" grad.

6. Økonomiske forhold.

En realistisk vurdering av en persons økonomisk situasjon må baseres på ganske mange opplysninger, hvorav inntekt kanskje er den viktigste. Når vi ikke har spurt om pasientenes inntektsforhold direkte, er det fordi vi antok at det kunne bli problematisk og at et isolert inntektstall ikke ville være av så stor interesse i forhold til denne gruppen. Isteden ble pasientene bedt om å oppgi den "viktigste inntektskilde siste 12 måneder" og i samarbeid med intervjueren, gi en totalvurdering av sin økonomiske situasjon "sammenlignet med folk flest i bostedskommunen". På spørsmålet om viktigste inntektskilde ble bare ett svar tillatt, og i en del tilfelle kan det nok ha blitt noe tilfeldig hvilket svar som ble valgt. Eventuelle tolkningsproblemer har likevel ikke

ført til mange ubesvarte, og tabell 20 viser hvordan pasientene fordeler seg etter kjønn og institusjonstype.

Hvis en først sammenligner menn og kvinner, er det drøyt halvparten av de førstnevnte og en tredjedel av sistnevnte som har hatt egen arbeidsinntekt som viktigste inntektskilde det siste året. Det betyr altså ikke at disse pasientene ikke også kan ha hatt andre inntekter eller at de øvrige pasientene overhodet ikke har hatt arbeidsinntekter. Når det gjelder pasienter som primært har levd av faste trygdeordninger, sykepenges o.l., er det bare ubetydelige forskjeller mellom kjønnene. Totalt er det ikke mange som har hatt kommunal sosialhjelp som viktigste inntekt, men det gjelder prosentvis dobbelt så mange kvinner som menn. Det er også langt flere kvinner som er blitt forsørget av familie eller andre, og de aller fleste av disse er gift. Restkategorien "annet" omfatter mer lyssky inntektsmuligheter og pasienter som f.eks. har tilbragt mye av det foregående år i institusjon.

Tabell 20. Viktigste inntektskilde siste 12 måneder, etter kjønn og institusjonstype. I prosent.

Inntektskilde:	MENN			KVINNER		
	Klinikk	Kursted	I alt	Klinikk	Kursted	I alt
Egen arbeidsinntekt	64	40	55	41	21	34
Fast trygd, pensjon	12	19	15	16	22	18
Sykepenges, mors-trygd o.l.	12	21	16	18	16	17
Kommunal sosialhjelp	4	11	6	5	30	14
Forsørget av familie, andre	1	1	1	9	5	8
Annet	7	8	7	11	6	9
Sum	100	100	100	100	100	100
Prosentbasis	937	606	1543	160	86	246
Prosent ubesvart	2	5	3	3	3	3

Ifølge tabell 20 er mennene selvforsørgende langt oftere enn kvinnene - et rimelig funn på bakgrunn av det vi tidligere har sett om arbeidsforhold. Halvparten av

kvinnene har hatt en eller annen form for offentlig understøttelse som viktigste inntekt. Ca. 8 prosent av kvinnene har en ektemann som tradisjonell "forsørger". De ofte omtalte "skapdrikkende husmødre" forekommer altså sjelden i institusjonene, men det gjør de kanskje egentlig andre steder også.

Når det gjelder forholdet mellom pasienter i de to institusjonstypene, er det for menn og kvinner henholdsvis 24 og 20 prosent flere av klinikkpasientene som har hatt egen arbeidsinntekt som primær inntektskilde. Den mest og minst selvforsørgende gruppen er henholdsvis de mannlige klinikkpasientene og de kvinnelige kurstedspasientene. Av de sistnevnte er det hele 68 prosent som har levd av offentlig understøttelse og nesten en tredjedel av sosialhjelp. I de andre gruppene er det de mer varige og gunstige støtteordningene som spiller størst rolle.

I forbindelse med spørsmålet om pasientens totale økonomiske situasjon - "sammenlignet med folk flest i bostedskommunen" - ble intervjuerne bedt om å ta hensyn til ikke bare inntekt, men også f.eks. gjeld, formue, bidragsforpliktelser o.l. Forutsetningene for å kunne besvare spørsmålet er ikke bare personopplysninger, men også en rimelig oppfatning av det alminnelige økonomiske nivået på pasientens hjemsted. Disse forutsetningene kan vi ikke regne med alltid er oppfylt. Vi tror likevel at svarfordelingen på spørsmålet, kan utfylle inntrykket av pasientenes situasjon. Andelen av ubesvarte er den samme, ca. 4 prosent, for begge kjønn og det er en svak, men ikke signifikant tendens til at mennene har blitt vurdert til å ha en bedre totaløkonomisk situasjon enn kvinnene. Ca. 40 prosent av begge kjønn er "omtrent middels" og henholdsvis 41 og 47 prosent av menn og kvinner har det "dårligere enn de fleste". Av de som

har det dårligere er det omtrent halvparten som har det "betydelig dårligere". De resterende har det bedre enn de fleste, men bare henholdsvis 4 og 2 prosent "betydelig bedre".

Av de sosiale bakgrunnsvariablene vi har omtalt, er det inntektskilde som viser den klareste sammenhengen med vurderingen av den økonomiske situasjon. Best stilt er de med egen arbeidsinntekt. Av dem er det tre fjerdedeler som har det omtrent middels eller bedre. Det samme økonomiske nivået har ca. halvparten av de pasientene som har en fast trygdeordning. Dette gjelder for begge kjønn. Dårligst av begge kjønn er de vurdert som har hatt sosialhjelp som viktigste inntektskilde. Bare 1 prosent av disse mennene og 3 prosent av kvinnene har det middels eller bedre.

Men også sivilstand er av betydning for vurderingen av pasientenes økonomiske situasjon. Det er nemlig slik at uansett egen inntektskilde, blir de gifte pasientenes situasjon vurdert som bedre enn de ikke-gifte. Av både menn og kvinner som har hatt egen arbeidsinntekt, fast trygd og sykepengesom inntektskilde, er det ca. 20 prosent flere av de gifte enn av de ikke-gifte som har det middels eller bedre. Bortsett fra en mindre gruppe kvinner, har de gifte pasientene sjelden hatt andre enn de nevnte inntektskildene. Av disse 13 kvinnene som er forsørget av familien, er det 11 som har det middels eller bedre.

Fordi andelene av pasienter som er gift og har egen arbeidsinntekt er ulikt fordelt på institusjonstype og aldersgrupper, kommer kurstedspasienter generelt dårligere ut enn klinikkpasienter og eldre bedre enn yngre pasienter. Den dårligste økonomiske situasjon har kur-

stedspasienter under 40 år. Aller dårligst stilt av disse er kvinnene. Av de 56 kvinnene i denne gruppen er det 71 prosent som har det "dårligere enn de fleste" og over halvparten av disse, "betydelig dårligere".

KAPITTEL VI: MISBRUKETS BEGYNNELSE OG UTVIKLING

I de tre følgende kapitler skal vi ta opp den egentlige foranledningen til at enkelte blir pasienter i alkoholismensorgen, nemlig rusmiddelmisbruk. Først vil vi se på misbruksutviklingen, når den begynte, hvor lenge den har pågått og i hvilken grad pasientene har vært behandlet tidligere. Videre vil vi ta opp drikkemønsteret, hvor mye alkohol pasientene drikker og eventuell bruk av andre rusmidler.

Misbrukeres konkrete forhold til rusmidler har vært forholdsvis lite drøftet i norsk faglitteratur. Mens det til dels er solid dokumentert at pasientgrupper har avvikende oppvekstbetingelser og lever under vanskelige sosiale forhold, foreligger det egentlig lite kunnskap om selve alkoholproblematikken - hva, hvor mye og hvor ofte drikkes det og hvordan varierer alkoholbruken over tid. Vi pretenderer ikke å gi et fullstendig bilde av misbruksutviklingen og dens konsekvenser, men de data som blir presentert utfyller hull i vår viten og viser ikke minst kompleksiteten og den store variasjonen på dette området.

1. Problemalder og første problemområde.

I enkelte sjeldne tilfeller kan det nokså nøyaktig tidfestes når et såkalt normalbruk av alkohol går over i storforbruk og misbruk. En ektefelles død har f.eks. vært angitt som årsak til slik brå og dramatis forandring av drikkevaner. Men i de aller fleste tilfeller er det en glidende overgang og inntrykket når man spør pasienter, er at misbruket utviklet seg gradvis og ofte slik at de ikke var klar over hva som var i ferd med å skje før det var "for sent". Likevel vil pasienter flest ha en oppfatning om når og på hvilken måte det oppsto problemer i forbindelse med drikkingen. Vi har

altså ikke bedt om opplysninger når hverken "bruk" eller "misbruk" egentlig begynte, men hva pasienten selv mente var de første tegn på problemer og hvor gammel vedkommende da var. Tabell 21 viser denne selvrappporterte første problemalder fordelt etter alder og kjønn.

Vi vil først knytte en kommentar til prosentene av ubesvarte som i denne tabellen er noe høyere enn foregående tabeller. Det skyldes sannsynligvis for det første at en del pasienter har hatt problemer med tidsbestemelsen. Men det skyldes også at ca. 3 prosent mener at de ikke har opplevd problemer i forbindelse med alkoholbruk. I de fleste av disse tilfellene er det nok her tale om benekting, i og med at halvparten av dem tidligere er behandlet i den samme institusjonen. Likevel kan selvfølgelig en pasient subjektivt oppfatte det som om det ikke er noen problemer, eventuelt at problemene ikke har sammenheng med misbruk, men skyldes andre forhold hvor alkoholen er sekundær.

Tabell 21. Problemalder etter alder og kjønn. I prosent.

	Nåværende alder:							
	-29 år		-39 år		-49 år		-50+ år	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Problemalder:								
-19 år	67	62	22	19	15	6	4	0
20-29 år	33	38	54	47	30	11	20	4
30-39 år			24	34	37	42	25	10
40-49 år					18	42	29	43
50+ år							22	43
Sum	100	100	100	100	100	101	100	100
Prosentbasis	288	53	506	73	350	53	342	49
Prosent ubesv.	9	15	5	6	7	10	8	11
Gj.snitt	18.3	18.3	24.6	25.8	30.0	35.7	38.5	47.3

Teoretisk kunne de eldre pasientene ha den samme første problemalder som de yngre. Men slik er det altså ikke - jo høyere kronologisk alder, desto høyere gjennomsnittlig problemalder og større spredning. For pasienter under 30 år må nødvendigvis problemalderen være lavere enn 30, og hele to tredjedeler av dem har fått problemer allerede som tenåringer. I gruppen over 50 år er det bare et fåtall som har fått problemer i så ung alder. Derimot har 51 prosent av mennene og hele 86 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen, ikke fått problemer før etter fylte 40 år.

Når det gjelder forholdet mellom kjønnene er det ingen forskjeller i gjennomsnittlig problemalder for pasienter under 40 år. Når det gjelder de to eldre gruppene er kjønnsforskjellene signifikante. (Mann-Whitney, 40-49 år: z-verdi: 3.795. $P < 0,001$. 50+ år: z-verdi: 3.656. $P < 0,001$).

Tallene i tabell 21 er ikke relevante i forhold til en diskusjon om problemer i forbindelse med alkoholbruk, generelt eller i pasientutvalg, er blitt vanligere i yngre aldersgrupper. Men det er et annet spørsmål som kan stilles med utgangspunkt i den ovenstående fordeling: Hvor er det blitt av de pasientene som for 20-30 år siden hadde problemer i ung alder? Det er jo nærmest en påfallende lav andel av pasienter over 40 år som har fått problemer før de var 30, og vi vet blant annet fra den tidligere sammenligningen med Bratfos' undersøkelse at gjennomsnittsalderen for førstegangsinnlagte menn i Oslo-klinikkene ikke har gått ned de siste tyve årene.

En forklaring er kanskje at de eldre pasientene har hatt flere år å "velge" i når det gjelder å oppgi problemalder. For en del kan et ønske om nettopp ikke å fremstå som en person med et årelangt misbruk, ha spilt inn.

På den annen side er det vanskelig å forstå hva de skulle oppnå ved å angi en kortere "karriere" enn hva de faktisk har når de likevel er i en behandlingssituasjon.

En annen mulighet er at mange av de som tidligere hadde problemer i ung alder, er blitt såvidt mye bedre at de ikke lenger trenger institusjonsopphold. Denne optimistiske forklaringen er dessverre ikke særlig sannsynlig, bl.a. på bakgrunn av Bratfos' undersøkelse som viste at forløpet for klinikkinnlagte fra tidlig i 60-årene var meget ugunstig.

En rimeligere forklaring enn de to nevnte er sannsynligvis å finne i selve alkoholistsorgen og utbyggingen av vernehjemmene fra tidlig i 1970-årene. Diss institusjonene mottar primært noe eldre klienter, tidligere "gjengangere" som en ikke lenger mener profitterer på mer aktive behandlingstilbud, men som mer trenger vernet omsorg. (Jfr. s. 7). Utover i 70-årene var det forholdsvis mange i denne pasientgruppen som ble henvist til vernehjem og selv om de søkte, ble mange av dem ikke mottatt i klinikker og kursteder. Det er altså vernehjemmene som sannsynligvis rommer mange av de pasientene vi her etterlyser.

Den siste forklaringsmuligheten som skal nevnes er overdødeligheten blant alkoholmisbrukere. Det er internasjonalt kjent og dokumentert også i norske undersøkelser, at sykelighet og dødelighet er langt høyere blant misbrukere enn i den alminnelige befolkning. (Sundby 1967). Sannsynligheten for å finne en tyveårig alkoholproblematiker fra 1950 i et pasientutvalg 30 år senere, er betydelig lavere enn å finne igjen en tilfeldig tyveåring i befolkningen.

Pasientene ble også bedt om å angi i forhold til hva, eller på hvilket område de først fikk problemer i forbindelse med sitt misbruk. Færre enn 3 prosent av de som har angitt en problemalder har ikke oppgitt problemområdet og de er utelatt i tabell 22.

Tabell 22. Problemområde etter kjønn og alder. I prosent.

	Problemområde						Prosent- Sum basis	
	Fami- lie	Ar- beid	Fy- sisk	Psy- kisk	Kombi- nasjon	Annet		
Menn								
-19 år	18	22	3	14	26	17	100	362
20-29 år	19	25	5	17	22	11	99	529
30-39 år	25	24	7	16	17	11	100	329
40-49 år	29	21	7	13	17	13	100	156
50+ år	24	15	13	25	13	10	100	71
I alt	22	23	6	16	20	13	100	1447
Kvinner								
-19 år	31	10	6	8	27	18	100	49
20-29 år	29	5	2	35	19	10	100	62
30-39 år	41	2	8	16	20	14	101	51
40+ år	17	19	5	31	11	17	100	64
I alt	29	9	5	24	18	15	100	226

Ingen av problemområdene skiller seg klart ut som det viktigste for noen av kjønnene. Problemer i forhold til familien spiller størst rolle for kvinnene, men er også viktig for mennene. For de sistnevnte har problemer i forhold til arbeid og økonomi imidlertid vært like avgjørende, mens dette har hatt liten betydning for kvinnene. Svært få har opplevd de første problemene i forbindelse med fysisk helse. Psykisk helse spiller langt større rolle, og såvidt mange som en fjerdedel av kvinnene angir dette som det først problemområdet. Det er imidlertid mange som ikke har valgt ett område, men kombinasjoner av dem uten å prioritere Restkategorien "Annet" omfatter ulike forhold som f.eks. at det ble problemer i forhold til venner, kolleger eller naboer, eller konflikter med samfunnet som arrestasjon for beruselse eller promillekjøring.

For begge kjønn er problemalder og dermed også kronologisk alder, av betydning for hvilket problemområde som er angitt. For menn har familien en økende betydning med økende alder opp til 50 år. I den eldste mannsgruppen har arbeid/økonomi mindre betydning enn for de yngre mannsgruppene. Dette har sannsynligvis sammenheng med at en mann som først får problemer med alkohol i 50-års alderen, er såvidt etablert arbeidslivet og eventuelt familie at problemene melder seg på andre områder. For denne gruppen spiller da også både fysisk og psykisk helse en viktigere rolle.

For kvinnene er sammenhengen med problemalder mer uklar og vanskelig å tolke. Det gjelder imidlertid for begge kjønn at med økende alder blir angivelsen av problemområde mer spesifikk. Dette kan indikere at i jo yngre alder pasientene har fått problemer, desto alvorligere er problemene i den forstand at de vil slå ut på flere områder samtidig.

2. Misbrukets varighet.

Ved å ta utgangspunkt i pasientenes kronologiske alder og misbruksalder, kan vi ved enkel subtraksjon finne misbrukets varighet i antall år for den enkelte. Men egentlig er det en grov forenkling å tale om "misbrukets" varighet. En persons forhold til rusmidler er ikke konstant - gode perioder kan avløse dårlige perioder, og enkelte kan ha årelangt avhold mellom misbruksfaser. En gradvis forverring av misbruket og dets konsekvenser er ikke en generell lovmessighet. F.eks. viser undersøkelser fra USA at personer som på et tidspunkt oppga at de hadde problemer i forbindelse med alkoholbruk, på et senere tidspunkt ikke alltid hadde de samme problemene - de kunne ha færre eller andre, men ikke sjelden ingen problemer i det hele tatt. (Cahalan 1970. Cahalan og Room 1974). Tilsvarende undersøkelser

ville sannsynligvis gi lignende resultater i vårt land. Når vi likevel bruker betegnelsene "misbrukets varighet" og "antall år med problemer", er det med disse generelle forbehold i mente.

Av tabell 21 fremgikk det at problemalderen for begge kjønn var økende med økende kronologisk alder, og at blant 40- og 50-åringene var det signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i retning av lavere problemalder for menn. I tabell 23 skal vi også trekke inn institusjonstype i analysen og se på den gjennomsnittlige misbruksstart og -varighet i de forskjellige undergruppene.

Tabell 23. Misbrukets start og varighet.

			Gj.snitt problem- alder	Gj.snitt misbruks- varighet	Prosent basis	Prosent ubesvart
<u>Menn</u>						
-29 år	Kursted		17,5	7,1	147	10
	Klinikk		19,2	6,6	141	7
30-39 år	Kursted		23,1	11,4	202	5
	Klinikk		25,5	9,5	304	5
40-49 år	Kursted		27,9	16,4	122	12
	Klinikk		31,1	13,7	228	5
50-59 år	Kursted		35,2	18,6	81	6
	Klinikk		37,7	16,1	156	8
-60+ år	Kursted		39,3	24,5	34	11
	Klinikk		43,7	20,2	71	9
<u>Kvinner</u>						
-29 år	Kursted		17,5	7,3	24	11
	Klinikk		19,0	6,5	29	17
30-39 år	Kursted		24,8	10,4	30	6
	Klinikk		26,4	7,9	43	7
40-49 år	Kursted		29,8	15,0	13	24
	Klinikk		37,6	7,7	40	5
-50+ år	Kursted		42,1	12,5	13	0
	Klinikk		49,2	7,1	36	14

Blant mennene er gjennomsnittlig problemalder stigende med økende alder. Den yngste gruppen oppgir problemalder til slutten av tenårene, mens den eldste gruppen var drøyt 40 år da problemene meldte seg. Mer interessant er det imidlertid at i alle aldersgruppene oppgir kurstedspasientene en lavere problemalder enn klinikkpasientene. I de tre yngste aldersgruppene er for-

skjellene statistisk signifikante. (Mann-Whitney, -29 år: z-verdi: 4.361. $P < 0,001$. 30-39 år: z-verdi: 4.763. $P < 0,001$. 40-49 år: z-verdi: 3.181. $P < 0,001$). Misbrukets varighet øker med ca. 4 år for hver aldersgruppe og selv pasienter som ennå ikke har fylt 30 år, har allerede hatt problemer i gjennomsnittlig syv år.

Når det gjelder kvinnene er det i enkelte av undergruppene få personer og andelen av ubesvarte er stor. Vi har likevel valgt denne detaljerte inndelingen av hele kvinnegruppen for å vise et interessant poeng. Også for kvinnene er det slik at problemalder er høyere for klinikkpasientene enn kurstedspasientene og økende med alder. For kurstedspasientene øker også misbrukets varighet i de tre yngste gruppene, men avtar noe i den eldste gruppen. Når det derimot gjelder de kvinnelige klinikkpasientene er misbrukets varighet ikke økende med økende alder - 50-åringene har en like kort misbrukskarriere som 20-åringene. Dette står i skarp kontrast til forholdet blant mennene hvor de middelaldrende og eldre har hatt alkoholproblemer i mange år - i den eldste gruppen i over tyve år. Vi drøftet tidligere spørsmålet om hvor det er "blitt av" de pasientene som hadde problemer i ung alder for 20-30 år siden. Denne problemstillingen viser seg altså å være særlig relevant for kvinnes vedkommende.

3. Tidligere behandling

Det er før nevnt at 41 prosent av pasientene tidligere har vært innlagt i den samme institusjon hvor de nå er pasienter. Vi har imidlertid også forsøkt å kartlegge i hvilken grad pasientene har hatt kontakt med andre institusjoner eller instanser som er aktuelle i forhold til rusmiddelmisbruk. Denne oversikten er selvfølgelig ikke uttømmende, og vi må anta at det vi er kommet frem til

er minimumstall. Intervjuerne har antagelig sjelden hatt oversikt over pasientenes tidligere behandlingskarriere, og for pasientene - uansett om man forutsetter et motiv for å holde noe tilbake - var det for mange neppe mulig å huske antall av alle former for kontakter.

Andelene ubesvarte på de enkelte spørsmålene som er grunnlaget for tabell 24, er til dels store, men minst når det gjelder spørsmålene om tidligere innleggelse i A-klinikk eller kursted. Dette skyldes nok at i disse tilfellene har intervjuerne i større grad hatt oversikt og eventuelt kunnet støtte seg til institusjonens eget kartotek. I forhold til de andre instansene har de oftere bare hatt pasientens utsagn å holde seg til.

Når det gjelder forholdet mellom kjønnene, er det en større andel av kvinnene enn av mennene som aldri har vært innlagt i de av alkoholistsorgens institusjoner som er nevnt. Ved tidligere innleggelse i psykiatrisk institusjon er forholdet omvendt, og det er prosentvis dobbelt så mange av kvinnene som har vært innlagt mer enn to ganger i slike institusjoner. Når det gjelder de polikliniske kontakter er kjønnsforskjellen i kontaktfrekvens ubetydelig.

Innenfor hver av institusjonstypene er det imidlertid også klare likheter mellom kjønnene. Det er relativt få kurstedspasienter som ikke har hatt kontakt med sosialkontor, og opp imot halvparten av begge kjønn har hatt kontakt mer enn åtte ganger. Mange av disse har hatt mer enn hundre konsultasjoner. Klinikkpasientene derimot har sjelden hatt så mange kontakter, og omtrent halvparten av dem har aldri hatt kontakt. Nå kan det selvfølgelig være mange grunner til at personer har kontakt med sosialkontor, men sannsynligvis kan en se kontaktfrekvens som et uttrykk for total sosial funge-

ring og tilpasning. Forholdet mellom pasientene fra de to institusjonstypene er for øvrig i overensstemmelse med hva som tidligere er vist med hensyn til de to pasientgruppenes sosiale situasjon.

Tabell 24. Tidligere kontakt med hjelpe- og behandlingsinstanser etter kjønn og institusjonstype. I prosent.

Kontakt med, innlagt i:		Menn			Kvinner		
		Kursted	Klinikk	I alt	Kursted	Klinikk	I alt
Sosialkontor, edruskapsnemnd	Aldri	19	47	36	26	47	39
	1-8g.	40	37	38	27	31	29
	9+g.	42	16	26	47	23	31
	Sum:	101	100	100	100	101	99
	Prosentbasis:	548	839	1387	78	146	224
	Prosent ubesv.:	14	13	13	12	12	12
Poliklinikk, familievernctr.	Aldri	70	62	65	79	48	59
	1-2g.	8	20	19	4	28	20
	3+g.	12	17	16	17	24	21
	Sum:	100	99	100	100	100	100
	Prosentbasis:	515	863	1378	76	147	223
	Prosent ubesv.:	19	10	14	15	11	12
A-klinikk	Aldri	46	36	40	75	51	59
	1-2g.	37	37	37	20	34	29
	3+g.	18	27	23	5	15	12
	Sum:	101	100	100	100	100	100
	Prosentbasis:	566	905	1471	80	152	232
	Prosent ubesv.:	11	6	8	11	8	9
Kursted	Aldri	32	65	52	48	77	66
	1-2g.	39	26	31	35	20	25
	3+g.	29	9	17	17	3	8
	Sum:	100	100	100	100	100	99
	Prosentbasis:	570	890	1460	82	147	229
	Prosent ubesv.:	11	7	9	8	11	10
Tilsynshjem, vernehjem	Aldri	86	89	88	96	94	95
	1-2g.	12	9	10	3	5	4
	3+g.	2	2	2	1	1	1
	Sum:	100	100	100	100	100	100
	Prosentbasis:	1080	1739	2819	158	291	449
	Prosent ubesv.:	15	9	12	11	12	12
Psykiatrisk institusjon	Aldri	71	73	72	58	56	57
	1-2g.	21	20	20	30	30	30
	3+g.	8	7	7	12	14	13
	Sum:	100	100	99	100	100	100
	Prosentbasis:	554	879	1433	81	150	231
	Prosent ubesvart:	13	8	10	9	9	9

Poliklinisk kontakt med instanser som psykiatrisk poliklinikk og familievernkontor, forekommer relativt sjeldnere. Her er det imidlertid klinikkpasientene av begge kjønn som har hatt hyppigst kontakt. Dette henger sannsynligvis sammen med at disse pasientene oftere har familie, og at slike instansers tilbud av kurstedspasientene kanskje ikke har vært opplevd som relevante i forhold til deres behov.

Når det gjelder tidligere innleggelse i A-klinikk eller kursted, er det henholdsvis 19 og 14 prosent flere av kvinnene enn av mennene som er førstegangsinnlagt. Men klinikkpasienter av begge kjønn har betydelig oftere enn kurstedspasienter vært innlagt i klinikk tidligere. Kurstedspasienter har derimot oftere enn klinikkpasienter vært innlagt i kursted tidligere, og av de mannlige kurstedspasientene har to av tre erfaring fra slik institusjon. Tydeligst kommer dette forholdet fram i andelene som har vært innlagt mer enn to ganger i kursted - det gjelder 29 prosent av de mannlige kurstedspasientene og 17 prosent av kvinnene, men bare henholdsvis 9 og prosent av klinikkpasientene.

Tidligere innleggelse i tilsynshjem og/eller vernehjem er sjelden både for menn og kvinner, og det er ikke noen klar tendens når det gjelder forholdet mellom klinikk- og kurstedspasienter. Innleggelse i psykiatrisk institusjon er som nevnt hyppigst forekommende for kvinner, men heller ikke her er det forskjeller mellom pasienter fra de to institusjonstypene.

Generelt kan en på bakgrunn av tabell 24 hevde at den nåværende innleggelsen sjelden er den første kontakten pasientene har med hjelpe- og behandlingsapparatet. Tvertimot er det mange som til dels svært hyppig har hatt kontakt med ulike instanser og institusjoner. At mennene oftere har hatt kontakt enn kvinnene, har sannsynligvis sammenheng med misbrukets varighet. Kvinnes antall og fordeling på misbrukets varighet tillater ikke en direkte sammenligning mellom kjønnene, men antagelsen kan kontrolleres for mennenes vedkommende. Vi finner da en bekreftelse på at antall innleggelser øker med misbrukets varighet. Spesielt i forhold til tidligere innleggelser i A-klinikk og kursted, viser det seg at misbrukets varighet er utslagsgivende. Det er det derimot

ikke når det gjelder tidligere kontakt med sosialkontor. Dette kan bety at det er den totale sosiale situasjon og ikke nødvendigvis misbruk i seg selv, som er mest avgjørende for kontakt med sosialkontor, mens misbrukets varighet og intensitet er mer bestemmende for tidligere innleggelser i de typiske behandlingstinstitusjoner.

Det er to forhold i forbindelse med tabell 24 som vi skal gi noen flere kommentarer til. For det første fremgår det av tabellen at klinikkpasientene oftere enn kurstedspasienten har vært innlagt i klinikk tidligere og motsatt, at kurstedspasientene oftere enn klinikkpasientene har vært i kursted tidligere. Tabell 25 som bare omhandler tidligere innleggelser i klinikk, kursted og tilsynshjem og/eller vernehjem, viser dette mønsteret klarere.

Øverste linje i tabell 25 viser at de kvinnelige pasientene oftere enn de mannlige ikke tidligere har vært innlagt i en av de nevnte institusjonene. For begge kjønn gjelder at det er klinikkpasientene som oftest ikke har vært innlagt. Av de mannlige kurstedspasientene er det bare 1 av 5 som ikke har vært innlagt tidligere, mens av de kvinnelige klinikkpasientene nesten halvparten.

Når vi ser på hvilken type institusjon de tidligere innlagte har hatt kontakt med, er forskjellen mellom kjønnene av mindre betydning. Bare 14 prosent av kurstedspasientene har tidligere bare vært innlagt i klinikk. De klinikkinnlagte har oftere ikke hatt institusjonskontakt og meget sjelden bare kurstedsopphold. Vi har her ikke tatt hensyn til antall tidligere innleggelser, men det later altså til at den enkelte institu-

sjonstypen i en viss forstand rekrutterer sine egn pasienter. Dette kan imidlertid ha sammenheng med pasientenes bosted og det lokale institusjonstilbud.

Tabell 25. Tidligere innleggelse etter kjønn og institusjonstype. I prosent.

	Menn		Kvinner	
	Kursted	Klinikk	Kursted	Klinikk
Ikke tidl. innlagt				
<u>i alk.omsorgen.</u>	20	32	37	47
Tidligere innlagt i:				
Bare klinikk	14	43	14	53
Bare kursted	30	6	54	11
<u>Flere inst.</u>	56	50	32	37
Sum:	100	99	100	101
Prosentbasis	528	862	79	144
Prosent ubesv.	17	10	11	13

Et annet moment i tilknytning til tabell 24 som vi vil drøfte noe nærmere, er tidligere innleggelse i psykiatrisk institusjon. Her er det ingen forskjell mellom kursteds- og klinikkpasienter, men 15 prosent flere av kvinnene enn av mennene har vært innlagt. Dette er også tidligere påvist i et pasientmateriale fra A-klinikk i Oslo (Duckert 1984). Den mest nærliggende forklaringen på at en større andel av kvinnene har vært pasienter i psykiatrien, er selvfølgelig at flere av dem har hatt psykiske lidelser. Dette kan vi få en viss kontroll på gjennom spørsmålet: "Har pasienten før han/hun ble misbruket hatt psykiske sykdommer, lidelser, problemer?". Bare 4 prosent av begge kjønn har ikke besvart spørsmålet, og av de resterende er det 26 prosent av mennene og 48 prosent av kvinnene som har svart bekreftende.

Dette er i seg selv store andeler og ikke uventet langt større enn i normalbefolkningen for lignende spørsmål som omfatter det samme temaet. Også i befolkningen er det betydelig flere kvinner enn menn som svarer bekref-
tende (NOS 1977. NOS 1982).

Det er altså sannsynlig at forklaringen på den høyere innleggelsesfrekvens for kvinnene ligger i det større behovet. Vi kan imidlertid ikke se helt bort fra at det refererte spørsmålet ble stilt etter spørsmålet om vedkommende hadde vært innlagt, slik at spørsmålet kan ha blitt besvart nokså automatisk uten nærmere kontroll. Dette er likevel antagelig bare en mindre feilkilde fordi en stor andel av de som ikke har hatt psykiske lidelser før misbruket, også har vært behandlet i psykiatrisk institusjon. Her er det også en interessant kjønnsforskjell: Omtrent halvparten av begge kjønn som har hatt psykiske plager har vært innlagt, men av de som ikke har hatt slike plager før misbruket, er det signifikant flere av kvinnene enn av mennene som også har vært innlagt, nemlig henholdsvis 31 og 20 prosent.

Det er rimelig å anta at det er de kvinnelige pasientenes "oversykkelighet" som er hovedårsaken til at flere av dem tidligere har vært innlagt i psykiatriske institusjoner. Men våre data tyder altså på at en betydelig del av kvinnene uten psykiatriske symptomer også har vært innlagt. Fordi vi ikke har alle de nødvendige opplysningene, vet vi ikke om de er blitt innlagt bare, eller først og fremst, på grunn av alkoholproblemer, men det er grunn til å anta at dette gjelder en betydelig del av dem. I så fall er det i overensstemmelse med Vaglum og Vaglums (1984) funn fra en psykiatrisk avdeling, nemlig at en viss del av populasjonen av kvinnelige alkoholmisbrukere "pendler" fram og tilbake mellom alkoholistomsorgen og psykiatrien. Det er neppe tvil om at

en her har å gjøre med en gruppe pasienter hvor både psykiatriske symptomer og misbruksproblematikk er sammenvevd på en slik måte at det er vanskelig å avgjøre hva som er "alvorligst" eller "primært". Situasjonen på et tilfeldig undersøkelsestidspunkt kan derfor bli svært avgjørende for om både pasienten selv og de relevante in stanser, vil henvise til alkoholistomsorg eller psykiatri.

Det er interessant at en tilsvarende "pendlergruppe" av menn ikke har vært påvist. Vår påstand er at den heller ikke vil bli funnet, i hvert fall ikke av samme omfang. Det skyldes ikke at det samme komplekse syndrom ikke forekommer blant menn, men alkoholproblematikken for mennene er oftest mer iøynefallende - kanskje fordi en ser mer etter den - og de psykiatriske symptomene kommer mer i bakgrunnen og blir sekundære. Basert mer på inntrykk enn konkrete data, synes det også å gjelde mer for menn enn for kvinner, at det å ha blitt behandlet i alkoholistomsorgen er en form for "stempling" som reduserer mulighetene for senere behandling i psykiatrien.

4. Kontakt med Anonyme Alkoholikere.

Som nevnt er vår oversikt over tidligere behandlingskontakter ikke uttømmende. Vi tok sikte på å få en viss oversikt over instanser som misbrukere normalt oftest kommer i kontakt med og regnet det ikke som realistisk å få en totaloversikt. Vi vet altså ikke i hvilken grad pasientene f.eks. kan ha hatt kontakt med andre profesjonelle instanser som privatpraktiserende leger og psykologer, har deltatt i AKAN-opplegg eller hatt kontakter med "selvhjelpsbevegelser".

Når det gjelder de sistnevnte har vi imidlertid spurt om pasientene noen gang har hatt kontakt med Anonyme Alkoholikere. Det er et inntrykk at folk flest har en viss

kunnskap om denne bevegelsen og i det minste forbinder den med alkoholproblematikk. Men det er også et inntrykk at AA ikke har spilt den samme sentrale rolle i behandlingsarbeidet i Norge som i en del andre land, særlig i USA. Dette til tross for at det i begynnelsen av 1970-årene sannsynligvis var ca. 90 lokale AA-grupper i virksomhet i Norge (Wabø 1972), og at landets første A-klinikk opprinnelig ble startet av AA.

Det viser seg at for ca. 5 prosent av begge kjønn er spørsmålet ubesvart. Bare ca. 4 prosent av pasientene er helt uvitende og har aldri hørt om AA. Den store majoriteten har om AA, men ikke hatt noen form for kontakt. En del er blitt oppfordret til å delta, men har ikke gjort det, mens en mindre del sporadisk har deltatt i møtevirksomhet. Det er bare 6 prosent av mennene og 4 prosent av kvinnene som har deltatt mer regelmessig. En mindre del av disse har vært såvidt involvert at de selv har drevet kontaktarbeid. Andelene av de som har deltatt regelmessig øker med varigheten av misbruket, og noe mer for menn enn for kvinner.

I et stort utvalg av klinikkpasienter fra hele USA ble det funnet at 13 prosent hadde deltatt regelmessig i AA-virksomhet, altså mer enn dobbelt så mange som i vårt pasientutvalg. (Armor, Polich og Stambul 1978). Dette bekrefter langt på vei inntrykket av AAs relativt svake stilling i vårt land. I hvilken grad de pasientene som har deltatt i AA har hatt nytte av det og om den store gruppen av "potensielle medlemmer" eventuelt kunne profitere på et aktivt engasjement, er imidlertid et åpent spørsmål. Nyttene av AA-deltagelse har vært diskutert av flere forfattere, men en generell konklusjon om dette kan foreløpig ikke trekkes. (Vaillant 1983).

5. De førstegangsinnlagte.

Av tabell 25 fremgikk det at fra 20 prosent av de mannlige kurstedspasientene opp til 47 prosent av de kvinnelige klinikkpasientene ikke tidligere var innlagt i alkoholistsorgen. Hvem er så disse pasientene som ble innlagt for første gang i 1981 og hvordan skiller de seg fra pasienter som har tidligere institusjonserfaring?

Når det gjelder tidligere innleggelse i psykiatrisk institusjon har det, som tidligere drøftet, sannsynligvis ofte skjedd i forbindelse med alkoholproblemer. Disse er derfor utelatt i den følgende tabellen. Videre er bare de tatt med som vi har alle de relevant opplysningene om. Det betyr at kvinnegruppene omfatter forholdsvis få personer, spesielt førstegangsinnlagt kvinner i kursted som bare utgjør 18 personer. Dette tilsier forsiktighet ved tolkning av prosentfordelingene.

Tabell 26. Førstegangs- og tidligere innlagte i alkoholistsorgen.

	Menn				Kvinner			
	Kursted		Klinikk		Kursted		Klinikk	
Ikke tidl. innlagt	16		27		23		33	
alk.omsorgen/psykiatri:	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Tidligere innlagt	38,9	37,6	42,0	40,5	36,8	38,5	40,4	41,3
alk. omsorgen:								
Sivilstand:								
Ugift	43	58	37	30	42	22	33	23
Gift	10	16	23	37	14	17	27	38
Skilt	45	24	37	30	32	56	32	28
Enke(mann)	2	1	3	3	12	6	7	11
Sum:	100	99	100	100	100	101	99	100
Arbeidsforhold:								
I arbeid	36	42	55	74	39	50	57	72
Arb.løs.trygd	64	58	45	26	61	50	43	28
Sum:	100	100	100	100	100	100	100	100
Økonomiske forh.:								
Middels eller bedre	47	54	64	75	41	47	54	64
Dårligere	53	46	36	25	59	53	46	36
Sum:	100	100	100	100	100	100	100	100
Gj.snitt alder	38,9	37,6	42,0	40,5	36,8	38,5	40,4	41,3
Problemalder:	24,9	27,1	27,9	31,8	24,1	29,9	31,1	34,0
Misbrukets varighet:	13,4	10,6	13,5	7,0	11,0	7,2	7,9	4,6
Prosentbasis:	441	86	627	232	61	18	96	48

Den øverste linjen i tabell 26 viser prosentandelene av de som tidligere hverken er innlagt i psykiatriens eller alkoholistsorgens institusjoner. Prosenttallene er

derfor lavere enn de tilsvarende i tabell 25, men forholdet mellom gruppene er det samme.

På de sosio-økonomiske variablene er det et relativt klart mønster i retning av en bedre sosial tilpasning for de førstegangsinnlagte. Det er flere gifte i alle undergrupper og bortsett fra kvinnelige kurstedspasienter, færre skilte. Videre er det flere av de førstegangsinnlagte som er i arbeid, og større andeler av dem har "middels eller bedre" økonomiske forhold. Det er også slik at de "nye" kurstedspasientene mer enn de "nye" klinikkpasientene ligner de som allerede har institusjonserfaring.

Når det gjelder kronologisk alder er det ingen signifikante forskjeller i noen av undergruppene mellom de som er innlagt for første gang og de øvrige pasientene. Problemalder derimot er høyere for de førstegangsinnlagte, men bare for de mannlige klinikkpasientene er denne forskjellen statistisk signifikant.

(Mann-Whitney, z-verdi: -4.782. $P < 0,001$). Som en følge av at de førstegangsinnlagte er omtrent like gamle som de øvrige, men har en høyere problemalder, har de også en kortere misbruksvarighet. Her er tre av de fire sammenligningene statistisk signifikante.

(Mann-Whitney: Menn, kur: z-verdi: 3.324. $P < 0.001$. Menn, klinikk: z-verdi: 10.749. $P < 0.001$. Kvinner, klinikk: z-verdi: 3.902. $P < 0.001$). På grunn av mangelfulle tidsangivelser når det gjelder de tidligere innlagte pasientene vet vi imidlertid ikke om deres misbruk, da de første gang ble institusjonsbehandlet, hadde vart kortere eller lengre enn de nye pasientenes.

En konklusjon som kan trekkes av tabell 26 er, at vurdert under ett er de førstegangsinnlagte en heterogen gruppe - en kan ikke tale om "den typiske førstegangs-

innlagte". På den annen side kan en si at de respektive pasientgruppene kommer til "sine egne" og i denne forstand, at de er riktig fordelt på institusjonstypene. Det er altså bare når det gjelder de førstegangsinnlagte at vi vet hvor lenge pasientene har hatt alkoholproblemer før de ble institusjonsinnlagt. Det fremgår av tabell 26 at det er kvinneligeklinikkpasienter som har den korteste misbruksvarighet. Når vi ser kvinnene og mennene under ett, viser det seg at de førstnevnte i gjennomsnitt har hatt alkoholproblemer i 5,3 år før innleggelsen og de sistnevnte i 8,0 år. Differansen er statistisk signifikant. (Mann-Whitney, z-verdi: -2.713. $P < 0,01$). Dette burde tale til kvinnes fordel. Generelt gjelder nemlig at jo kortere tid det går fra problemene oppstår til behandlingskontakt kommer i stand, desto bedre er prognosen (Polich m.fl. 1981). Det gjenstår imidlertid å se om dette holder stikk også for innleggelse i norske A-klinikker og kursteder.

Når vi trekker alder inn i analysen, deler 40 årsgrensen de førstegangsinnlagte av begge kjønn i omtrent like store grupper. Vi finner da, ikke uventet, at de eldre oftere er gift, sjeldnere er arbeidsløse og langt oftere har en bedre økonomisk situasjon. Mer uventet finner vi også en klar kjønnsforskjell: De yngre mennene, altså under 40 år, har 4 års kortere misbruksvarighet enn de eldre. Tilsvarende finner vi ikke mellom de eldre og de yngre kvinnene. Når det gjelder mennene kan en tenke seg at de yngre med sin dårligere sosioøkonomiske situasjon, har blitt tidligere "tvunget" inn i behandlingsapparatet, mens de eldre med sine bedre ressurser har "klart seg" utenfor i lengre tid. Denne forklaringen holder imidlertid ikke når det gjelder kvinnene som altså uansett sosial posisjon, har den samme korte misbruksvarighet. Hvorfor det er slik er et åpent spørsmål. En delforklaring kan være kvinners generelt

sterkere tilbøyelighet til å søke hjelp for problemer, kanskje særlig når de oppfattes som "psykologiske".

Spørsmålet har imidlertid relevans til en pågående diskusjon i litteraturen. Flere undersøkelser har vist at kvinner tilsynelatende har kortere intervaller enn menn mellom visse kritiske faser i misbruksutviklingen. Dette er ofte søkt forklart med kvinners såkalte aksellererende misbruksutvikling som følge av at de er mer patologiske - en alkoholisert mann er mer "normal" enn en alkoholisert kvinne. (For en gjennomgåelse av litteraturen, se Bjørk og Tollefsen 1981). Sistnevnte forfattere stiller seg, etter vår mening med rette, sterkt kritisk til den tradisjonelle tolkningen av funnene. For vår del vil vi også legge til at denne diskusjonen nok til dels er ført på sviktende datagrunnlag. Betegnelser som "første gang beruset/full", "opplevelse av problemer" og "behandling", er vage og gjør sammenligninger vanskelige. At subjektive opplevelser og fortolkninger på dette området er kjønnsrelaterte, er også en sannsynlig kompliserende faktor. Men problemstillingen er interessant og fortjener større oppmerksomhet, bl.a. fordi den har klar relevans for både forebyggende virksomhet og terapeutisk arbeid.

KAPITTEL VII: DRIKKEMENGDER OG DRIKKEMØNSTRE

1. Måling av alkoholforbruk.

Forsøk på å måle alkoholkonsum på individnivå er først i de seneste ca. 30 år blitt et tema i internasjonal alkoholforskning. Et pionerarbeid på området er Straus og Bacon's fra 1953. Det representerer et viktig skritt i retning av kvantifisering istedet for mer normativt baserte kategoriseringer av typen "ædruelige - ikke sikre - forfaldne" (Sundt 1859, 1976). Et annet banebrytende arbeid er Ledermanns studier av alkoholkonsumets fordeling i befolkningen og forholdet mellom det gjennomsnittlige alkoholforbruk i grupper og enkeltindividers konsumnivå (Ledermann 1956). Vi skal ikke gå nærmere inn på dette, men kort skissere tre forskningsområder hvor kvantifiseringsproblematikken er viktig, og som representerer noe forskjellige tilnærminger til den økende interessen for temaet.

Epidemiologi. Dette er undersøkelser som tar sikte på å studere alkoholbruk og -fordeling i større populasjoner eller nærmere definerte grupper, f.eks. ungdom. Den vanligste tilnæringsmåten er de såkalte surveys, hvor man gjennom personlig intervju eller spørreskjema forsøker å kartlegge hvor mye alkohol den enkelte har drukket i løpet av en viss periode. Denne forskningstradisjonen har en sterk posisjon i vårt land (Nordlund 1985). Andre fremgangsmåter som har vært forsøkt, er f.eks. å la folk føre dagbok over sitt konsum (Gerstel m.fl. 1980), eller å måle forbruket via innkjøp av alkohol (de Lint og Schmidt 1965).

Skadevirkninger. For å få mer eksakt kunnskap om forholdet mellom alkoholforbruk og virkninger, er det et åpenbart behov for å kvantifisere forbrukets volum og mønster. Undersøkelser i denne tradisjonen tar oftest

utgangspunkt i pasientgrupper og deres angivelse av eget forbruk, relatert til ulike følgetilstander. Men også eksperimentelle studier hvor en tilfører personer alkohol under kontrollerte betingelser og måler forskjellige typer utslag over tid, har vært utført. (For en oversiktsartikkel, se Lelbach 1974.)

Behandlingsforskning. Denne betegnelsen omfatter undersøkelser og studier som på mange måter er forskjellige. Felles for dem er at problemstillingen angår et aspekt ved behandling, oftest om eventuelle endringer før og etter behandling. Den økende interessen for mer presis evaluering av behandlingseffekter og sammenligning av ulike behandlingstyper og opplegg, tvinger fram en kvantitativ tilnærming som går videre enn bruken av sekkebegrepene "bedret - uendret - forverret".

Til tross for at det i Norge har vært drevet alkoholistbehandling i spesialinstitusjoner over lengre tid og i større omfang enn i de fleste andre land, har de kvantitative tilnærmingen til pasienters alkoholforbruk vært praktisk talt manglende. Det er flere grunner til det. De viktigste er sannsynligvis alkoholistsorgen diagnostiske tradisjon hvor kvantifisering egentlig ikke er viktig, og videre - at behandlere selv i liten grad har sett det som nødvendig å gå mer eksakt inn på forbruk fordi pasientene så åpenbart har "alkoholproblemer" eller er "alkoholikere".

I den norske litteraturen er det bare to undersøkelser som går noe nærmere inn på kvantifiseringsproblemene i forhold til pasientutvalg. Den første omhandler et pasientmateriale fra Bergen hvor en forsøkte å relatere forbruk før innleggelsen til nevrofysiologiske og nevropsykologiske komplikasjoner. (Løberg 1980). Den andre er en oppfølging av behandlede i en A-klinikk. Denne er

ikke endelig avsluttet, men foreløpige resultater foreligger. (Duckert 1981). Begge disse skal vi komme tilbake til.

Vårt forsøk på å kvantifisere alkoholforbruket tar for så vidt utgangspunkt i og har tilknytning til alle de tre forskningstradisjonene som er nevnt ovenfor: Hva og hvor mye drikker egentlig alkoholpasienter? I hvilken grad kan ulike nivåer av forbruk knyttes til eventuelle skadevirkninger? Dessuten, utprøving av en fremgangsmåte som er hensiktsmessig i behandlingssituasjoner for å skaffe til veie visse basisopplysninger som kan brukes i eventuelle senere oppfølgings og evalueringsstudier.

2. Avholds dager og drikkedager.

Ved formuleringen av de spørsmålene som skulle danne grunnlaget for beregningen av drikkemengder, måtte vi ta flere hensyn. For det første skulle pasientene og intervjuerne gå inn på et tema som ingen av partene egentlig har trening i å snakke så detaljert og konkret om. Selv om både pasienter og personalet må sies å ha en viss kompetanse når det gjelder alkoholbruk, finnes det neppe noen ekspertise i noen av gruppene med hensyn til registrering av konsum i en gitt periode. Det var således en viss fare for at begge parter kunne reagere negativt på spørsmålene. Pasientene kanskje mest på grunn av det uventede og vanskelig ved dem - personalet mer på bakgrunn av manglende tradisjon. I veiledningen for utfylling av skjemaet forsøkte vi derfor å påpeke viktigheten av temaet og motivere personalet til å se dette som relevant for beskrivelse og forståelse av pasientens hovedsymptom.

Et problem vi måtte ta stilling til var observasjonstidens lengde, dvs. hvor lang tid registreringen skulle omfatte. I epidemiologiske studier har perioder av forskjellig lengde vært brukt. Mest vanlig har vært måneden forut for intervjuet. Det er imidlertid grunn til å tro at måneden før innleggelsen for de fleste pasienters vedkommende er lite representativ for deres drikkeaktivitet - for mange fordi de har søkt hjelp i en "hardddrikingsperiode" og for en del fordi de er innlagt fra andre institusjoner (jfr. s. 25). Vi valgte derfor ett års observasjonstid, regnet bakover fra innleggesdagen. Videre delte vi temaet inn i to hovedspørsmål. Først skulle pasienten anslå hvor mange dager han i året forut for innleggelsen hadde vært helt avholdende, av "tvang" eller på frivillig grunnlag, og hvor mange dager han hadde drukket og blitt enten svakt eller sterkt beruset. Derneft skulle pasienten for de to beruselsesnivåene angi hva og hvor mye han "vanligvis" brukte av de forskjellige alkoholsortene.

Vi skal først se på fordelingen av de tvungne og frivillige avholdsdager og drikkedager med henholdsvis sterk og svak beruselse. Det sier seg selv at spørsmålene stiller store krav både til pasient og intervjuer, og vi har neppe for noen pasient fått en nøyaktig rekonstruksjon av året før innleggelsen. Det knytter seg flere tolkningsproblemer til spørsmålene og både hukommelse og regneferdighet forutsettes. På den annen side er det ikke urimelig å anta at en del, kanskje de fleste pasienter, har et visst mønster i sin alkoholbruk som trer klarere fram når observasjonstiden er så vidt lang. Det er f.eks. en del som er utpreget helge- og feriebrukere, mens andre kan ha f.eks. en ukes harddriking avbrutt av perioder med totalavhold eller smådriking.

Et stort antall ikke utfylte rubrikker og mange gale summer, ville ha vært indikasjoner på at spørsmålene ble for vanskelige. Det viste seg at for ca. 10 prosent av pasientene måtte spørsmålene anses som ubesvart fordi en eller flere av typene av dager ikke var angitt. Videre var det en del som hadde utfylt rubrikkene korrekt, men summene, dvs. antall dager, avvek fra 365. Ved å gi et 10 prosents slingringsmonn for regne- og skrivefeil og korrigere typer av dager forholdsmessig, fant vi å kunne akseptere svarene for 87 prosent av pasientene. Andelen av ubesvarte varierer noe for de forskjellige pasientkategoriene. Den er lavest, 10 prosent, for mannlige klinikkpasienter og høyest, 18 prosent, for de kvinnelige. Kurstedspasientene faller imellom disse. Etter vår vurdering må et bortfall på 13 prosent sies å være tilfredsstillende i forhold til utfyllingsgraden på andre spørsmål, spesielt når en tar hensyn til hvor ukjent og vanskelig dette temaet må ha vært.

Tabell 27 viser den gjennomsnittlige fordeling av fire forskjellige typer av dager i de fire pasientutvalgene, og vi skal først kommentere kolonnene som viser standardavvikene. Standardavvik er et statistisk mål for spredning omkring gjennomsnittet, og disse er store i alle beregningene. Gjennomsnittstallene "skjuler" altså at det innen hver pasientkategori er en stor spredning, og bortsett fra sterk beruselsesdager hvor ingen av pasientene har det maksimale antall, er spredningen på de øvrige typer av dager fra 0 til 365.

Det er 4 prosent av begge kjønn som har 365 drikkedager, dvs. at de har drukket hver dag i året før innleggelsen. Men det er også enkelte, ca. 1 prosent av mennene og 0,5 prosent av kvinnene, som har 365 avholdsdager og som altså ikke har drukket noen av dagene. For den som ikke kjenner indikasjonene for og prosedyrene omkring

innleggelse, er det naturlig å spørre om hvorfor de sistnevnte i det hele tatt har blitt pasienter. Det er to forhold som forklarer dette. Vi har tidligere sett

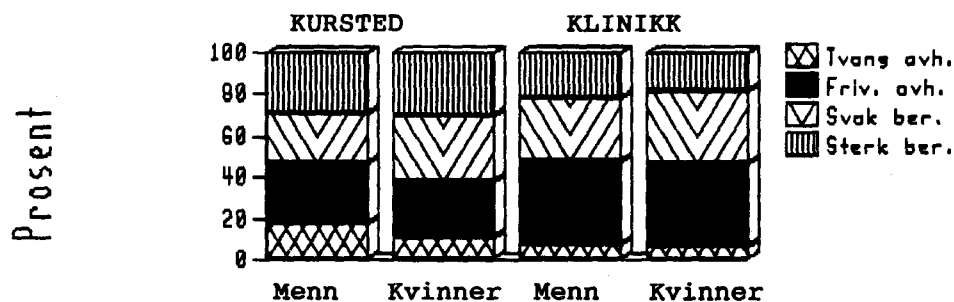
Tabell 27. Gjennomsnittlig antall avholds- og drikkedager etter institusjonstype og kjønn.

	Gjennomsnitt				Standardavvik			
	Kursted		Klinikk		Kursted		Klinikk	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Antall dager tvungent avhold	64	40	30	23	82	56	56	60
Antall dager frivillig avhold	110	98	147	151	98	93	109	111
Sum avholds-dager	174	138	177	174	101	92	106	111
Antall dager svakt beruset	86	118	110	122	87	93	101	108
Antall dager sterkt beruset	105	109	78	69	89	102	79	83
Sum drikke-dager	191	227	188	191	100	92	106	111
Prosent-basis	537	79	865	136				

at en del pasienter blir overført fra fengsel til videre soning i kursted, og disse kan ha det maksimale antall tvungne avholdsdager. I tillegg kommer at en i enkelte tilfeller kan snakke om "forebyggende innleggelse". Det gjelder oftest en tidligere pasient, godt kjent av institusjonspersonalet, som etter en lengre avholdsperiode henvender seg og ber om innleggelse fordi han er redd for å begynne å drikke igjen. Slike tilfeller forekommer altså sjelden. Noe oftere forekommer det at pasienter har svært få drikkedager. Forklaringen på dette ligger i samme retning, nemlig at en tidligere pasient etter en lengre avholdsperiode har fått en såkalt sprekke, men i løpet av kort tid søker innleggelse.

Summene av avholdsdager og drikkedager viser at for alle de fire pasientgruppene har det vært flere drikke- enn avholdsdager i året før innleggelsen. For tre av gruppene er det imidlertid en tilnærmet lik fordeling og bare de kvinnelige kurstedspasientene har en betydelig overvekt av drikkedager. Det er kanskje noe overraskende at i nesten halvparten av dagene året forut var pasientene avholdende, og oftest på frivillig grunnlag. Forholdet mellom de forskjellige typer av dager kommer imidlertid klarere fram i figur 1.

Figur 1. Avholds- og drikkedager (365 dager= 100 prosent).



Den nederste delen av søylene viser hvor mange prosent de "tvangsmessige" avholdsdagene utgjør av året før innleggelsen. Klinikkpasientene av begge kjønn har færre slike enn kurstedspasientene, og de mannlige kurstedspasientene har prosentvis tre ganger så mange som de kvinnelige klinikkpasientene. Dette forholdet mellom pasientgruppene er i samsvar med hva vi har vist om tidligere innleggelser som må oppfattes som tvungne avholdsperioder. Selv om de opplysningene ikke spesielt angikk det siste året, er det grunn til å tro at nettopp de mannlige kurstedspasientene er den gruppen som har hatt flest ytre restriksjoner på alkoholbruk.

Det er klinikkpasientene som har hatt flest avholdsdager på frivillig basis, men det er grunn til å merke seg at også for menn i kursted er det frivillige avhold mer vanlig enn det tvungne. Når det gjelder drikkedager har klinikkpasientene færre sterke beruselsesdager enn kurstedspasientene, men bare de mannlige kurstedspasientene har flere sterke enn svake beruselsesdager. Det er altså ikke slik som en kanskje skulle tro, at pasientene har langt flere drikkedager en avholdsdager, og enda mindre slik at avhold bare forekommer ved ytre tvang.

Det disse data ikke sier noe om, er det en kan kalle drikke rytmen, dvs. et mer eller mindre klart mønster i hvordan avholdsdager og sterke og svake beruselsesdager er fordelt over tid. Noen ganske få pasienter har egentlig ingen rytme, nemlig de som enten har vært helt avholdende eller de som har vært svakt beruset hver dag. For flertallet kan imidlertid svarene på to andre spørsmål i noen grad belyse spørsmålet om drikkerytme.

Det første av dem er spørsmålet om pasienten siste år har "brukt rusmidler slik at vedkommende har vært sterkt beruset i tre eller flere dager sammenhengende". Av den

delen av hele utvalget som vi har beregnet avholds- og drikkedager for, altså 87 prosent av alle, er det mindre enn en prosent ubesvart. Av de øvrige sier ca. 70 prosent at de har hatt minst en slik periode. Forholdet mellom pasientgruppene er som forventet, henholdsvis 78 og 69 prosent av mannlige kursted- og klinikkpasienter svarer bekreftende og 62 og 49 prosent av kvinnene. Når vi ser nærmere på dem som har hatt en eller flere slike perioder, er imidlertid forskjellene mellom de fire gruppene ikke så store. For over halvparten i alle gruppene varer en slik periode vanligvis bare inntil en uke, og relativt få har hatt slike perioder av mer enn to ukers varighet. Tendensen i forskjellene mellom gruppene er likevel den at de mannlige kurstedspasientene har de lengste sterke drikkeperioder og de kvinnelige klinikkpasientene de korteste. Dette stemmer godt overens med gjennomsnittstallene for antall dager ster beruselse i tabell 27.

Pasientene ble også bedt om å oppgi den lengste frivillige og sammenhengende totalavholdende periode de hadde hatt i året forut for innleggelsen. Også her er det overensstemmelse med tabell 27 idet klinikkpasientenes lengste avholdsperiode for begge kjønn er lengre enn kurstedspasientenes. Gjennomsnittstallene ligger imidlertid på ca. halvparten av det som er oppgitt for totalt antall frivillige avholdsdager. Dette tyder på at avholdsdagene på samme måte som de sterke beruselsedagene, for de aller fleste pasienter ikke kommer i en samlet periode, men er spredt gjennom året. Det er altså grunn til å anta at drikkerytmen for de fleste pasientene ikke er slik at det er lange, adskilte perioder med enten avhold, svak eller sterk beruselse, men at dagene veksler i kortere eller lengre perioder. Det

er rimelig å anta at dette er den vanlige rytmen også for det store flertall av den alkoholbrukende norske befolkning.

3. Konsummengder.

Det neste skritt i beregningen av drikkemengder besto i for hver av de to gradene av beruselse, å få pasientene til å oppgi hva og hvor mye han eller hun vanligvis drakk. Svarene skulle angis i halve flasker av henholdsvis øl i skatteklasser 2 og 3 (pils, bayer og eksport, bakkøl), svakvin, hetvin og brennevin. Mengdeangivelsene ble omregnet til ren alkohol etter norsk standard for alkoholstyrken i disse drikkesortene og multiplisert med de respektive antall dager.

Vi har tidligere nevnt noen av problemene i forhold til vali ditet når det gjelder de forskjellige typer av dager. Problemer er selvfølgelig ikke mindre i forhold til mengdeangivelse og vil i særlig grad være avhengig av både pasientens og intervjuerens samarbeidsvilje og -evne. Dessuten kommer at beruselse jo ikke er en todelt variabel som det her er antydnet, men et kontinuum som refererer til en ustabil og situasjonsavhengig opplevelse. På den annen side mener vi å ha innført en viss fleksibilitet og nyansering i svarmulighetene ved å la pasientene selv bestemme hva som er svak og sterk beruselse og altså bruke to beruselsesnivåer som utgangspunkt for beregningene. Denne fremgangsmåten er et kompromiss mellom det å registrere alle beruselsesdager i foregående år, noe som i praksis ikke ville være mulig, og det å velge bare "den typiske" dag eller drikkesituasjon, som er det vanligste i befolkningsundersøkelser.

Det viste seg at for en del ble spørsmålene om mengder så vidt vanskelige at de er helt ubesvart eller besvart på en slik måte at data måtte forkastes. Dette gjelder

4 prosent av de pasientene vi hadde beregnet drikkedager for. Videre viste det seg at noen av pasientene hadde oppgitt urimelig høye drikkemengder. Vi sto da overfor det problem å sette øvre grenser for hva som med rimelighet kunne aksepteres som dagskonsum og årskonsum. Litteraturen gir få holdepunkter på dette området, særlig når det gjelder storforbrukere i sitt naturlige miljø. Nyere forskning viser klart at det er store individuelle variasjoner både i forbrenningshastighet og alkoholtolerance til å tåle høy promille. Med dette i mente, fant vi det rimelig å sette grensen så vidt høyt som 1 liter ren alkohol som det maksimale for en beruselsesdag. Dette tilsvarer f.eks. 3,5 flasker brennevin eller 65 halve flasker pils. Et slikt dagskonsum er imidlertid helt usannsynlig over en lengre periode, og for det sammenlagte årskonsum satte vi grensen ved 180 liter alkohol. Det tilsvarer noe over 1,5 flaske brennevin eller 32 halve flasker pils som daglig konsum gjennom hele året. For 9 prosent, og forholdsvis flere av kurstedse- enn klinikkpasientene, viste selv slike romslige maksimumsgrenser seg å være for sneve. Disse er utelatt i det følgende.

Når det gjelder forholdet mellom kjønnene, var det noen flere kvinner enn menn som ikke hadde besvart spørsmålene om avholds- og drikkedager tilfredsstillende, men det var flere menn enn kvinner som måtte forkastes på grunnlag av det vi anså som for høye konsummengder. Andelen av de opprinnelige manns- og kvinneutvalgene som det beregnes både dags- og års konsum for, utgjør 76 prosent av begge kjønn.

Tabell 28 viser hvor mye pasientene sa at de vanligvis drakk på dager hvor de var svakt og sterkt beruset og det beregnede totale årskonsum i cl ren alkohol.

Tabell 28. Gjennomsnittlig dags- og årskonsum i cl. ren alkohol. Etter institusjonstype og kjønn.

	Kursted		Klinikk		I alt	
	M	K	M	K	M	K
Dagskonsum ved svak beruselse	21	18	20	16	20	17
Antall	420	67	763	126	1183	193
Dagskonsum ved sterk beruselse	45	32	41	29	42	30
Antall	419	67	761	124	1180	191
Årskonsum	6500	5336	5657	4494	5958	4784
Antall	432	67	777	127	1209	194

Tabell 28 viser at de mannlige kurstedspasientene i løpet av året før innleggelsen gjennomsnittlig drakk 21 cl ren alkohol på dager hvor de var svakt beruset. Omtrent det samme drakk de mannlige klinikkpasientene, kvinner i kursted noe mindre og minst de kvinnelig klinikkpasientene med 16 cl. Disse alkoholemengdene tilsvarer i vanlig brennevin fra ca. en halv til trefjerdedels flaske. Det er altså ikke så store forskjeller mellom de fire utvalgene når det gjelder konsum på slike dager. På sterke beruselsesdager drakk mennene drøyt dobbelt så mye som på svake, kvinnene noe mindre enn det dobbelte, og forholdet mellom gruppene er det samme. Kjønnsskjellen er således større på sterke beruselsesdager.

Forholdet mellom gjennomsnittstallene ved svak og sterk beruselse tar vi til inntekt for at pasientene, i hvert fall de fleste, har en opplevelsesmessig differensiering av beruselsesgrad og har funnet mening i å angi to forskjellige nivåer. At antallet er noe forskjellig for de to nivåene skyldes at ikke alle pasientene både har vært svakt og sterkt beruset.

Det er, som en måtte forvente, de mannlige kurstedspasientene som har drukket mest gjennom året med et konsum på 65 liter. Mannlige klinikkpasienter har drukket ca. 8 liter mindre. Forskjellen er statistisk signifikant (Mann-Whitney: z-verdi: -3.328. $P < 0.001$). De kvinnelige kurstedspasientene har drukket ca. 53 liter og kvinner i klinikk også ca. 8 liter mindre.

Forskjellen mellom høyest og lavestkonsumerende gruppe er altså hele 20 liter, og forskjellen mellom alle menn og alle kvinner, ca. 12 liter, er statistisk signifikant. (z-verdi: -3.677. $P < 0.001$).

Ifølge den offisielle statistikk drakk hver voksen nordmann 5,3 liter ren alkohol i 1981. På grunn av de såkalte mørketallene, dvs. hjemmebrenning, smugling o.l. er det reelle forbruket en del høyere, men neppe over 7 liter pr. person. Tar vi dette som utgangspunkt, har de mannlige pasientene altså drukket nesten 9 ganger så mye som gjennomsnittet og de kvinnelige nesten 7 ganger så mye. Omregnet i mer "drikkelige" termer innebærer det at mens folk flest i gjennomsnitt drakk en drøy halvflaske pils hver dag i 1981, drakk de mannlige pasientene en drøy halvflaske og de kvinnelige en snau halvflaske brennevin hver eneste dag i året forut for innleggelsen i 1981. Er dette rimelige tall?

Spørsmålet kan ikke gis et entydig svar, bl.a. fordi som nevnt kvantifiseringsproblematikken er relativt ny og det ennå ikke er utviklet generelt aksepterte og standardiserte prosedyrer. Vårt utvalgs konsumnivå viser seg imidlertid å være i relativ god overensstemmelse med det som er funnet i andre pasientutvalg. F.eks. er det i representative undersøkelser fra Australia, Canada, Tyskland og Frankrike funnet at mannlige pasienter i tiden før innleggelsen drakk gjennomsnittlig 22-26 cl ren alkohol pr. dag (Schmidt og de Lint 1970). Slike dagskonsumnivåer vil gi høyere årskonsum enn i vårt utvalg. I en dansk og en svensk undersøkelse av mannlige alkoholikere i behandling, har man imidlertid funnet konsumnivåer som ligger nærmere vårt utvalg. I den førstnevnte ble årskonsumet anslått til å være 63 liter (Didrichsen og Skyum-Nielsen 1969), og i den sistnevnte til 42-72 liter (Goldberg, Bjerver og Neri 1965). Enda

lavere årskonsum, 35 liter, ble funnet i en tilsvarende gruppe i Finland (Bruun og Markkanen 1961).

Disse undersøkelsene er ikke direkte sammenlignbare med vår og kan bare gi visse holdepunkter for rimeligheten av data. Undersøkelsene er ulike både når det gjelder metoder og observasjonstider, og de er foretatt i land med til dels forskjellig alkoholkultur og behandlings-tradisjoner. Dessuten er de utført i en periode hvor alkoholforbruket var økende i de fleste av de nevnte landene.

Et mer relevant sammenligningsgrunnlag er derfor de to nevnte norske undersøkelser hvor en har forsøkt å bestemme det faktiske konsum i pasientutvalg. Selve kvantifiseringsproblematikken er imidlertid ikke diskutert nærmere. I den første undersøkelsen er utvalget 109 mannlige alkoholikere med en gjennomsnittsalder på 40 år og med rapporterte alkoholrelaterte problemer i gjennomsnittlig 9 år. (Løberg 1980). Metoden for å beregne alkoholkonsumet er ikke angitt, men det oppgis at pasientene gjennomsnittlig drakk 22 cl alkohol daglig de siste 6 månedene før innleggelsen. Dette tilsvarer ca. 6 cl mer enn i vårt mannlige utvalg og på årsbasis 20 liter mer i gjennomsnitt. En sannsynlig forklaring på forskjellen er at i Løbergs materiale er bare de siste 6 måneder medregnet. Det innebærer at den siste perioden før innleggelse, hvor forfatteren finner at pasientene gjennomsnittlig drikker mest, vil veie forholdsvis mer enn i vårt materiale.

Den andre norske undersøkelsen vi kan sammenligne med, består av et utvalg pasienter fra en A-klinikk i Oslo, innlagt i 1979 (Duckert 1981). De 410 mennene var i gjennomsnitt 44 år og hadde hatt alkoholproblemer i ca. 11 år. I denne undersøkelsen er også observasjonstiden

ett år, men beregningsmetoden er noe annerledes. I Duckerts materiale viste det seg at mennene hadde et årsgjennomsnitt på 64 liter og kvinnene 49 liter. Avvikene i forhold til vårt manns- og kvinneutvalg er altså bare henholdsvis 4 og 1 liter. Spørsmålet om konsumtallene er rimelige, kan derfor besvares med et betinget "ja". Vår måte å beregne konsumet på gir en relativt god overensstemmelse med pasientutvalg fra andre land og meget god overensstemmelse med norske undersøkelser.

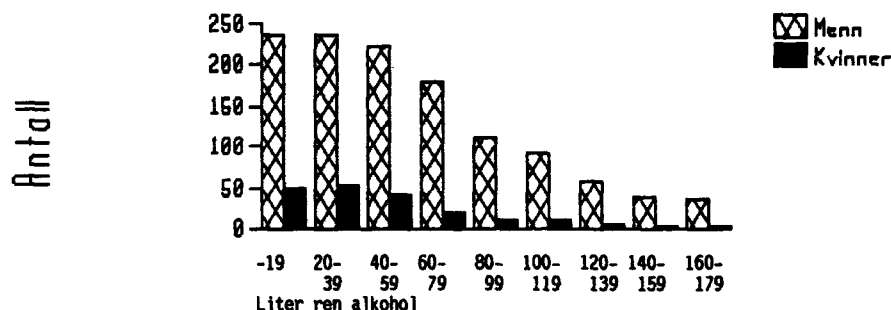
4. Konsumets fordeling.

I internasjonal sammenheng er alkoholforbruket i Norge lavt. Det gjelder imidlertid i alle land som en har data fra, enten det drikkes lite eller mye, at forbruket er meget skjevt fordelt i befolkningen. (Bruun m.fl. 1975). En varierende andel bruker ikke alkohol i det hele tatt og et flertall har, relativt til gjennomsnittsforbruket, et beskjedent konsum. En mindre del drikker betydelig mer slik at en får en lang hale på fordelingskurven som trekker gjennomsnittet opp. For vårt lands vedkommende antar en at ca. 40 prosent av den alkoholbrukende del av befolkningen drikker mindre enn 5 liter ren alkohol pr. år. Det er altså en liten del som står for en uforholdsmessig stor andel av det samlede forbruk, og en antar at den tiendedelen av befolkningen som drikker mest, konsumerer omkring 60 prosent av all alkohol som drikkes (Skog 1976).

Er det rimelig å anta en tilsvarende skjev fordeling i pasientgruppen eller er det på bakgrunn av seleksjonskriteriet, grunn til å tro at den vil være relativt homogen når det gjelder alkoholbruk? Av figur 2 hvor de mannlige og kvinnelige pasientene er fordelt på konsumnivåer, kan en avlese hvor mange det er som befinner seg på de ulike tyvelitersnivåene. Figur 2 viser for begge kjønn den samme karakteristiske form som en finner i be-

folkningen: De fleste befinner seg på de "lave" konsumnivåene og med et minkende antall på økende konsumnivå. For begge kjønn er det slik at flertallet drikker mindre enn gjennomsnittet, og hele 40 prosent av mennene og 50 prosent av kvinnene drikker "bare" inntil 40 liter. På det høyeste konsumnivå, 160-180 liter, finner vi bare ca. 3 prosent av mennene og drøyt 1 prosent av kvinnene.

Figur 2. Antall mannlige (N=1209) og kvinnelige pasienter (N=194) på økende konsumnivå.



I figur 2 er de relativt få pasientene som har vært avholdende hele året inkludert. Ser vi bort fra disse finner vi at de ti prosentene av mennene som har drukket mest, har konsumert 25 prosent av alt som mennene har drukket. Det tilsvarende for kvinner er 28 prosent. Pasientgruppen er altså mer homogen når det gjelder alkoholforbruk og skjevheten i fordelingen ikke så utpreget som en antar at den er i befolkningen, men det gjelder også for pasientene at en mindre del svarer for en uforholdsmessig stor andel av konsumet. Vi må imidlertid ta forbehold om at vi som nevnt satte en øvre grense for konsumet. Hvis vi ikke hadde gjort det, ville skjevheten i fordelingen vært tydeligere.

At pasientene drikker mye og at enkelte drikker så mye at det antagelig ligger opp mot grensen for hva den menneskelige organisme kan tåle, er jo egentlig ikke overraskende. Noe mer overraskende er det kanskje at så vidt mange pasienter drikker forholdsvis lite. Det er tross alt ca. en femtedel av mennene og en fjerdedel av kvinnene som oppgir at de drakk mindre enn 20 liter i året forut for innleggelsen. Tyve liter alkohol tilsvarer en drøy halvflaske rødvin daglig og - for å gjøre en sammenligning som på den ene side er irrelevant, men på den annen side setter et slikt konsumnivå i perspektiv - dette er omtrent hva franskmenn i gjennomsnitt drikker.

Vi skal se nærmere på hva det er som kjennetegner pasienter som er storkonsumenter og de som har et mer moderat forbruk. For dette formål har vi delt årskonsum i tre nivåer. For det laveste er grensen 36 liter, dvs. ca 10 cl pr. dag. Det neste nivået er opp til det dobbelte og det høyeste nivå er mer enn 72 liter pr. år. Vi har valgt disse grensene fordi de gir en tilnærmet tredeling av hele pasientgruppen. Dessuten er det slik at et daglig inntak på 10 cl ren alkohol eller mer over lengre tid, nokså sikkert vil medføre organskader. (Lelbach 1974).

Av de variablene vi tidligere har behandlet, er det alder som viser den sterkeste sammenheng med konsumnivå. Dette fremgår av tabell 29.

Tabell 29. Konsumnivå etter kjønn og alder. I prosent.

Konsumnivå	MENN						Kvinner		
	-29 år	30-39	40-49	50-59	60+	I alt	-39 år	40+	I alt
- 36 liter	21	30	38	51	50	36	36	57	46
37-72 liter	33	35	34	27	30	33	35	31	33
73+ liter	46	35	28	21	20	32	30	12	21
Sum	100	100	100	99	100	101	101	100	100
Gjennomsnittskonsum i liter	75	64	57	45	45	60	57	38	48
Prosentbasis	213	392	294	208	102	1209	98	96	194

De mannlige pasientene fordeler seg med omtrent en tredjedel på hver av de tre konsumnivåene. Det betyr altså at to tredjedeler av dem, i hvert fall når det gjelder siste års forbruk, ligger over det nivå som en kan anta vil føre til organiske skader over tid. Det betyr derimot ikke at de øvrige er på den "sikre siden". Det fremgår videre at andelene på laveste konsumnivå øker opp til 50-års alderen, med en tilsvarende reduksjon av pasienter på høyeste konsumnivå. For hver aldersgruppe opp til 50 år ned til 45 liter.

Blant kvinnene er det også en klar sammenheng med alder når utvalget deles i to grupper. Det er forholdsvis mer enn dobbelt så mange av de yngre på høyeste konsumnivå, og kvinnene under 40 år drikker gjennomsnittlig nesten 20 liter mer enn de over 40 år.

Også sivilstand har sammenheng med konsumnivå. Når vi deler pasientene i gifte og ikke gifte og holder alder konstant, er det slik for alle aldersgruppene av menn at de giftes gjennomsnittskonsum er lavere enn de ugiftes. Bare blant 30-åringene er denne forskjellen statistisk signifikant. (z-verdi: 3.158. $P < 0.001$). For kvinnene under 40 år er det bare en ubetydelig forskjell mellom gifte og ikke gifte, men blant de eldre kvinnene går forskjellen i samme retning som blant mennene og er statistisk signifikant. Blant gifte kvinner over 40 år er gjennomsnittskonsumet bare 29 liter. Dette er den gruppen som har drukket minst foregående år, nesten 20 liter mindre enn gjennomsnittet blant alle kvinnene.

Alder og sivilstand er altså de to kjennetegnene som best predikerer konsumnivå og gjennomsnittskonsum. Den høyest konsumerende gruppen, ugifte 20-årige menn, drikker i gjennomsnitt ca. 50 liter mer enn den lavest konsumerende gruppen, gifte kvinner over 40 år.

5. Alkoholsorter.

Som nevnt er mengdeberegningene basert på pasientenes opplysninger om hvor mye de vanligvis drikker av fem nærmere angitte alkoholsorter. Tabell 30 viser i hvilken grad disse sortene, uten hensyntagen til mengdene, blir brukt ved svak og sterk beruselse.

Halvparten av mennene og en tredjedel av kvinnene oppgir at de bare drikker øl på de dagene de har vært svakt beruset. "Bare brennevin" forekommer sjeldnere for begge kjønn, men de to sortene kombinert er ikke uvanlig. Det er altså ølet som dominerer ved svak beruselse. Vin spiller svært liten rolle for mennene, noe mer for kvinnene og kombinert med en eller flere av de andre sortene, blir vin vanligvis drukket av en fjerdedel av kvinnene.

Tabell 30. Alkoholsorter "vanligvis brukt" etter beruselsesgrad og kjønn. I prosent.

	Svak beruselse		Sterk beruselse	
	M	K	M	K
Bare øl	49	33	22	19
Bare vin	1	8	(0,3)	4
Bare brennevin	20	26	32	31
Øl og brennevin	23	15	40	30
Vin og øl og/eller brennevin	6	18	7	17
Sum	99	100	101	101
Prosentbasis	1088	181	1111	166

Ved sterk beruselse endrer mønsteret seg vesentlig for begge kjønn. Bare øldriking går sterkt ned, mens brennevinsbruken øker både alene og i kombinasjon med øl. Bare vin forekommer sjelden ved begge beruselsesgrader. Når vi tar hensyn til de alkoholemengder som totalt blir konsumert, er det brennevin som dominerer. Halvparten av den alkohol som både menn og kvinner drikker, konsumeres i form av brennevin. Sammenlignet med normalbefolkningens registrerte konsum hvor brennevinsandelen i 1981 utgjorde 39 prosent, drikker altså pasientene be-

tydelig mer av den sterkeste alkoholsorten. De mannlige pasientene drikker den samme ølandelen som befolkningen, nemlig 48 prosent, kvinnene 8 prosent mindre. Vindriking forekommer betydelig sjeldnere blant pasientene enn i befolkningen hvor vinandelen var 13 prosent. De mannlige pasientenes vinforbruk utgjør bare 3 og kvinnes 10 prosent av deres respektive totale alkoholemengde.

Det kan også være av en viss interesse å se nærmere på forholdet mellom ølsortene av type pils, bayer (skattekasse 2) og eksport, bakkøl (skattekasse 3). Det viser seg at ved svak beruselse drakk både menn og kvinner forholdsvis dobbelt så mye alkohol i form av pils som av eksport. Ved sterk beruselse går som nevnt ølandelen ned, og for begge kjønn, pils mer enn eksport. Likevel er det slik og kanskje noe overraskende på bakgrunn av alkoholstyrken, at også ved sterk beruselse drakk både menn og kvinner vesentlig flere flasker og større alkoholemengde i form av pils enn av eksport. Men alt i alt drakk pasientene forholdsvis mer av det sterke ølet enn befolkningen. Når en holder Brigg utenfor (skattekasse 1, som bare utgjorde ca. 3 prosent av den totale ølomsættningen og som pasientene ikke er spurt om), besto bare 18 prosent av ølkonsumet på landsbasis av eksport. De mannlige pasientene drakk nesten dobbelt så mye i form av dette ølet, 34 prosent, og kvinnene 29 prosent.

I det ovenstående er det fremhevet en del ulikheter mellom befolkningen og pasientene når det gjelder valg av alkoholsorter. Men i hovedsak er likevel fordelingen av sortene blant pasientene omtrent som i befolkningen - forholdsvis mer brennevin blant pasientene, men omtrent det samme når det gjelder øl, lite vin og pils fremfor eksportøl.

6. Alkoholøkonomi.

At nordmenn velger som de gjør mellom alkoholsortene har, som i andre land hvor totalforbruket kan være sammensatt på en helt annen måte, selvfølgelig sammenheng med en rekke forskjellige forhold. Viktig faktorer som bestemmer sortenes popularitet er sannsynligvis tradisjoner og skikker, tilgjengelighet og priser. Mindre viktige faktorer er antagelig ulik oppfatninger om sortenes skadelige eller helsebringende effekter, næringsverdi og smakspreferanser.

En faktor som en kunne anta ville være viktig for mennesker som drikker mye og har dårlig økonomi, er prisene - både når det gjelder det direkte kroneutlegg og forholdet mellom alkoholsortene med hensyn til hvilke som gir mest alkohol pr. krone. Det er øl kjøpt i vanlige forretninger som i denne forstand er den beste "alkoholøkonomi". I 1981 kostet en halv flaske pils ca. kr.3.75, dvs. at en betalte omtrent kr.2,45 pr. cl ren alkohol. Eksportøl var nesten en krone dyrere, men vil på grunn av høyere alkoholstyrke, gi praktisk talt den samme pris pr. cl. Betydelig dårligere alkoholøkonomi er innkjøp av Vinmonopolets varer. Det "beste kjøp" her er vin i form av "Rødvin" som kostet ca. 40 øre mer pr. cl ren alkohol enn øl. For billigste sort brennevin måtte en betale nesten en krone og for sterkvin nærmere to kroner mer pr. cl.

Noe overraskende later det altså til at pasientenes valg av alkoholsorter ikke i særlig grad er styrt av alkoholøkonomi og faktisk i mindre grad enn hos normalbefolkningen. Men det er som nevnt antagelig flere faktorer som styrer valg av sorter. En faktor kan også være personens normale konsumnivå og hvor mye vedkommende "må" drikke. Selv om øldriking er best alkoholøkonomi og øl også står i en særstilling når det gjelder tilgjenge-

lighet, har denne sorten visse ulemper i forhold til brennevin: Det er tyngre å transportere og mer plasskrevende både før og etter konsumering. Når altså pasientene ved sterk beruselse drikker forholdsvis mindre øl og mer brennevin enn ved svak beruselse, kan det være slike forhold som spiller inn. En støtte for dette er utsagn fra klienter ved avrusningsstasjonene i Oslo som ble intervjuet i forbindelse med streiken ved Vinmonopolet i 1978 og prøveåret med lørdagsstengte polutsalg i 1984. Generelt fant en at dårligere tilgang på brennevin ble kompensert med øl, men det gjaldt langt fra alle klientene og mange begrunnet det med at de ikke orket å ta inn så mye væske (Krogh og Ravndal 1983. Krogh og Ihlen 1984).

Uansett hvilke sorter som velges og hvorfor vil et forbruksnivå som det pasientene har, koste mange penger. Hvis vi antar at alkoholen er kjøpt på rimeligste, ordinære måte har de mannlige pasientene i gjennomsnitt brukt ca. 17.500 kroner i 1981. Det betyr et daglig utlegg på 48 kroner. De kvinnelige pasientene har brukt ca. 14.200 kroner og ca. 10 kroner mindre pr. dag. I denne beregningen er det imidlertid ikke tatt hensyn til at en del av alkoholen er innkjøpt til høyere priser enn de som er oppgitt tidligere, f.eks. ved restaurantbesøk, og at pasientene neppe heller på Vinmonopolet alltid velger det billigste alternativ. På den annen side vet vi ikke hvor stor del av konsumet som er skaffet til veie på en billigere måte enn de ordinære utsalgspriser, f.eks. i form av hjemmebrent og smuglervarer som antagelig er det mest aktuelle i denne sammenhengen. Det kan derfor være grunn til å tro at det anslått gjennomsnittsutlegget ikke ligger så langt fra det reelle utlegget.

Til sammenligning kan nevnes at den voksne gjennomsnittsnordmannens utgifter til alkohol det samme året var 2.246 kroner, dvs. litt over 6 kroner dagen. Dette er reelle tall i forhold til det offisielle konsum, og her er det tatt hensyn til forholdet mellom salg og skjenking osv. Tar vi utgangspunkt i det offisielle konsum, finner vi at mens befolkningen betalte kr.4.22 pr. cl ren alkohol, betalte pasientene ca. 3 kroner. I realiteten er befolkningens utgifter noe høyere enn det offisielle tall på grunn av det uregistrerte forbruket. Men fordi denne alkoholen antagelig er nokså rimelig, blir centiliterprisen en del lavere. Hvis forutsetningene om pasientenes innkjøpsvaner er holdbare, drikker altså de atskillig rimeligere enn folk flest. Det kan de også behøve - på bakgrunn av det vi vet om deres økonomiske situasjon, må en utgiftspost på nærmere 50 kroner dagen for de fleste betyr et kronisk økonomisk problem.

7. Drikkeintensitet.

Det som er sagt både om hva og hvor mye pasientene drikker, tar utgangspunkt i ett av flere mulige år i den enkelte pasients "misbrukerkarriere". Om en i det hele tatt kan tale om et representativt år i en slik karriere, er det sannsynlig at vi har truffet det for noen pasienters vedkommende. Men for noen var 1981 et år tidlig i karrieren, for andre et sent og for enkelte kanskje et "hvileår" - til tross for innleggelsen.

Spørsmålet om pasienten har drukket mer eller mindre dette siste året enn de foregående år, kan antyde noe om hvor pasienten befinner seg i karrieren. Dette spørsmålet dreier seg imidlertid bare om alkohol og tar ikke hensyn til et eventuelt annet rusmiddelmisbruk. De pasientene spørsmålet er relevant for er derfor de som hovedsakelig misbruker alkohol. Det vil si henholdsvis

89 og 83 prosent av de mannlige og kvinnelige pasientene som har besvart spørsmålet. (Annet rusmiddelbruk vil bli drøftet i kapittel 8.)

Bare 1 prosent av mennene og 2 prosent av kvinnene har ikke besvart spørsmålet om de har drukket mer eller mindre og henholdsvis 24 og 20 prosent mener det er "både - og"; de har hverken drukket mer eller mindre. Av de øvrige er det et klart flertall av begge kjønn som sier at de dette året antagelig har drukket mer enn noe foregående år eller mer enn de tre siste år. Den enkeltes svar på spørsmålet kan ikke tas som et absolutt mål på forholdet mellom vedkommendes konsum dette år og foregående år. Men det faktum at bare ca. en fjerdedel har unnlatt å svare eller har unngått vanskelighetene med svaret "både - og", tyder på at pasientene har et subjektivt sammenligningsgrunnlag for siste år kontra foregående år, som det er grunn til å ta alvorlig. Dessuten er det en rimelig god sammenheng mellom svarene her og konsumnivå. Det gjelder nemlig for begge kjønn at det er prosentvis langt flere av de som sier de har drukket mindre som befinner seg på laveste konsumnivå, og flere av de som mener de har drukket mer som er på høyeste konsumnivå. "Både - og"-gruppen utgjør en mellomgruppe når det gjelder siste års konsum.

Med en viss sannsynlighet kan vi anta at halvparten av mennene og to tredjedeler av kvinnene er "for oppadgående" i sin misbrukerkarriere. Kjønnforskjellen blir imidlertid klarere når vi ser bare på de som mener at de har drukket mer eller mindre enn noe tidligere år. Av mennene er det 31 prosent som sier at de har konsumert mer - av kvinnene 43 prosent. Motsatt er det 11 prosent av mennene som har drukket mindre enn noe foregående år, mens dette bare gjelder 2 prosent av kvinnene. Det er sikkert mange årsaker til at konsumnivået varierer over

tid - dem kan vi ikke si noe om - men vi kan se noe nærmere på hva som karakteriserer pasienter som later til å være for oppadeller nedadgående i karrieren.

Hverken pasientenes alder eller hvilken institusjonstype de er innlagt i, er kjennetegn som skiller mellom de som har drukket mer og de som har drukket mindre enn noe foregående år. Når det gjelder pasienter av begge kjønn som har drukket mer enn tidligere, er det en tendens til at de har hatt alkoholproblemer i kortere tid enn de øvrige og at færre av dem har vært innlagt i alkoholismesorgen eller psykiatrisk institusjon tidligere. Denne pasientgruppen er altså nokså heterogen - den består av unge mannlige kurstedspasienter såvel som av eldre kvinner i klinikk. Men de har det til felles at de gjerne er førstegangsinnlagt og har hatt problemer i få år.

Når det gjelder de mennene som har konsumert mindre enn noe tidligere år, har over halvparten hatt problemer i mer enn 10 år og 87 prosent har vært innlagt før. Kanskje er det blant disse 146 mennene det vil vise seg å være flest som har nådd toppen når det gjelder konsum og som reelt er for nedadgående. I denne forstand er det kanskje denne gruppen som har den beste prognosen. Det er imidlertid slik at også blant disse er det en del som - til tross for at de har drukket mindre - befinner seg på høyeste konsumnivå. Det betyr at de i mange år har hatt et daglig konsum av minst to-tredjedels flaske brennevin. Det betyr også at uansett fremtidig drikking, vil det i denne gruppen antagelig være mange som har pådratt seg varige skadevirkninger av forskjellig art.

Etter vår mening er det ganske overraskende at en tilsvarende gruppe så å så ikke finnes blant kvinnene. Som nevnt er det bare 2 prosent, det vil si 4 av de kvinnene

som hovedsakelig misbruker alkohol, som sier at de siste år har drukket mindre enn noe foregående år. Betyr dette at kvinner rett og slett ikke har en nedadgående alkoholkarriere, men i sterkere grad enn menn holder seg på konsumnivå som de kan leve tilnærmet normalt med eller at de brått slutter å misbruke alkohol? Spørsmålet kan virke søkt og de fleste ville sannsynligvis besvare det benektende. På den annen side vet en forholdsvis lite om etablerte kvinnelige misbrukeres videre utvikling, og - med tilknytning til en tidligere diskusjon (s. 75) - hvis det er slik at kvinner i forhold til menn har en raskere misbruksutvikling, er det da urimelig å tenke seg at kvinner også kan gå raskere gjennom den mest aktive misbruksfase?

Spørsmålsstillingen har også tilknytning til drøftelsen av hvor det er blitt av de som for 20-30 år siden hadde alkoholproblemer i ung alder - en problemstilling som vi påviste særlig hadde relevans for kvinner (s. 65). Den diskusjonen skal ikke gjentas her. Ovennevnte data styrker imidlertid det synspunkt at etter hvert som misbruket strekker seg over år, kommer pasientene av forskjellige grunner ikke tilbake til de institusjonstypene det her dreier seg om. Data tyder altså på at dette gjelder i sterkere grad for kvinner enn for menn.

8. Alkoholismesyntomer.

Vi har ikke bedt pasientene om å se sitt eget forhold til alkohol i relasjon til alminnelig utbredte "alkoholiker-alkoholisme"oppfatninger, og vi har heller ikke bedt om institusjonens diagnose av den enkelte. Derimot har vi bedt om pasientenes egenvurdering når det gjelder enkelte "alkoholismesyntomer". Formålet med det er ikke å ta opp en generell alkoholismedebatt eller forsøke å avgjøre hvor mange av pasientene som er "ekte alkoholikere". Vi vil mer se symptomene som atferds-

kjennetegn som det kan være interessant å vurdere bl.a. i relasjon til konsumnivå.

Tabell 31 viser hvor mange prosent det er av menn og kvinner på forskjellige konsumnivåer som svarer bekref-
tende på at de har hatt fem av de kjennetegnene det er vanlig å anse som sentrale når det gjelder storkonsum. Bare inntil 2 prosent i undergruppene har ikke besvart spørsmålene og de er utelatt. Videre omfatter tabellen bare pasienter som hovedsakelig er alkoholmisbrukere.

I alle undergruppene har fra drøyt halvparten og opptil alle pasientene hatt de forskjellige kjennetegnene i løpet av de siste 12 måneder. Svært få har ikke hatt noen, mens ca. to tredjedeler av de høyest konsumerende har svart bekreftende på alle. I alle mannsgruppene er det for hvert av kjennetegnene et økende antall bekref-
tende svar med økende konsum.

Tabell 31. Andeler av "alkoholismesyntomer" siste 12 måneder i kjønn og konsumnivågrupper.

Prosent som har:	Menn			Kvinner		
	-36 l.	37-72 l.	73+ l.	-36 l.	37-72 l.	73+ l.
a. hatt hukommelses- tap etter sterk beruselse	64	77	84	53	52	76
b. hatt skjelvinger "dagen derpå"	82	88	93	82	88	97
c. hatt reparasjons- trang	86	91	95	80	82	100
d. drukket alkohol for å dempe abstinens	84	89	95	70	84	83
e. gått minst 1 døgn uten å spise	69	82	88	66	75	93
ingen av a-e	3	1	0	3	2	0
alle av a-e	40	56	69	30	41	66
Minste prosentbasis	356	342	324	73	56	29

Dette gjelder også for tre av kjennetegnene i kvinne-
gruppene. Det synes derfor som en rimelig påstand at disse kjennetegnene er uttrykk for reelle fenomener knyttet til storkonsum, og at det dreier seg om opplev-

elser og atferd som en antagelig bare sporadisk vil finne blant normalkonsumenter. Selv om en ikke kan se bort fra at pasientene til dels er "trenede" og inneforstått med en viss ideologi og terminologi som gjør at de "vet" hva spørsmålene dreier seg om og hva de skal svare, vil vi mene av svarmønstret også styrker tilliten til validiteten av konsumdataene.

Vi skal ikke gå inn på alle detaljer i tabell 31, men kort kommentere kjennetegnene c og d. Blant mennene i alle konsumnivågruppene, er reparasjonstrang de hyppigst forekommende kjennetegn. Ikke uventet har praktisk talt like mange drukket alkohol for å dempe abstinenssymptomer. Bare 4 prosent av de som har hatt reparasjonstrang, har ikke drukket "dagen derpå". Blant kvinnene skiller de samme kjennetegnene seg ikke spesielt ut, bortsett fra at av kvinnene i høyeste konsumnivågruppe har alle hatt reparasjonstrang. Denne gruppen omfatter imidlertid bare 29 personer. For øvrig later det til at kvinnene ikke i samme grad som mennene, drikker for å dempe abstinens i det 13 prosent av de som har hatt slik trang, altså prosentvis drøyt tre ganger så mange som av mennene, ikke har gitt etter for den. Dette kan bety at kvinnene bedre mestrer abstinensbesvær uten å reparere, men det er også mulig at de oftere demper slike plager med andre midler.

Et kjennetegn som ikke er nevnt i tabell 31, er "tap av kontroll". Dette fenomenet vil vi imidlertid behandle noe mer inngående. Både blant leg og lærd er det nok vanlig å anse kontrolltap som det viktigste kjennetegn på et avvikende forhold til alkohol og selve kardinalsymptomet ved alkoholisme. Siden Jellineks (1960) sentrale arbeid på feltet, er det allmennt akseptert å tale om to typer av kontrolltap. Den ene typen består i en manglende evne til å avbryte en drikkesituasjon på en

moderat promillehøyde ("inability to stop"), og den andre i en manglende evne til i det hele tatt å la være å drikke ("inability to abstain"). Førstnevnte type er i følge Jellinek, mest vanlig i de anglosaksiske og nordiske land, mens den andre er mest utbredt i de vinproduserende land hvor alkohol i langt sterkere grad er en integrert del av dagliglivet.

Det er vanskelig å si hvor langt Jellineks typologi, som egentlig er en beskrivelse og systematisering av gammel folkelig viten, er holdbar. Sikkert er det imidlertid at kontrolltap av den "kontinentale" typen sjelden forekommer blant pasienter i vårt land. Når vi i vårt materiale ser nærmere på de som har alkoholmisbruk som hovedproblem og som det kan beregnes konsum for, viser det seg at 8 prosent av mennene og 12 prosent av kvinnene sier at de alltid har stoppet å drikke ved svak beruselse det siste året. Det er blant disse 84 mennene og 19 kvinnene en først og fremst kunne vente å finne pasienter med et langvarig og jevnt konsum. Helt i overensstemmelse med typologien, er de 7 mennene og den ene kvinnen som har drukket hver dag hele året før innleggelsen, uten noen dag å ha vært sterkt beruset. Men disse få pasientene er unntakene - som gruppe har de som alltid stopper ved svak beruselse ikke færre avholds-dager eller kortere frivillig avholdsperiode enn de øvrige pasientene. Derimot har de drukket mindre og bortsett fra de åtte, er det snarere rimelig å hevde at nettopp pasientene i denne gruppen har kontroll både over promillehøyde og promillelengde.

Mer relevant i vårt materiale, er kontrolltap i betydningen manglende kontroll over alkoholinntaket i den enkelte drikkesituasjon. Etter de samme utvalgs-kriterier som i det ovenstående, er det prosentvis mer enn dobbelt så mange av mennene og 4 prosent flere av kvin-

nene som har valgt det motsatte ytterpunkt av svarmulighetene. De sier altså at de aldri i det siste året bare har drukket seg svakt beruset. Men de fleste pasientene befinner seg ikke på ekstremene, og i tabell 32 skal vi vise svarfordelingene for de to kjønn etter konsumnivå. Færre enn en prosent har ikke besvart spørsmålet og disse er utelatt. Det er også de som i det hele tatt ikke har vært sterkt beruset siste år.

Tabell 32 viser for begge kjønn at med økende konsumnivå, er det større andeler som sier at de aldri stopper å drikke ved svak beruselse. Motsatt er det færre som hevder å stoppe i "oftere enn halvparten av tilfellene". Denne sammenhengen er signifikant for begge kjønn. ($\chi^2=36.171$. Ant.frihetsgr.=4. $P<0,001$. $\chi^2=29.322$. Ant.frihetsgr.=4. $P<0.001$). Det er også slik at på de to laveste konsumnivåer utviser kvinnene større grad av kontroll enn mennene, men bare på det laveste konsumnivå er denne forskjellen signifikant. ($\chi^2=12.198$. Ant.frihetsgr.=2. $P<0,01$). På det høyeste konsumnivå er forholdet tilsynelatende omvendt, men det er et lite antall kvinner i denne gruppen og forskjellen er ikke signifikant.

Tabell 32. "Kontrolltap" etter kjønn og konsumnivå. I prosent.

	Menn			Kvinner		
	-36 l.	37-72 l.	73+ l.	-36 l.	37-72 l.	73+ l.
Stoppet å drikke ved svak beruselse:						
Aldri	16	19	24	10	16	41
Sjelden/halvparten av tilfellene	50	55	59	32	46	45
Oftere enn halvparten av tilfellene	34	27	18	58	38	14
Sum	100	101	101	100	100	100
Prosentbasis	317	321	314	62	50	29

Når vi altså ser bort fra pasienter som ikke har vært sterkt beruset siste år, er det selv blant dem som har

drukket mest, bare et mindretall som angir at de aldri stopper å drikke før de er sterkt beruset. Vi er nokså sikker på at dette faktum står i kontrast til utbredte - også blant presumptivt sakkyndige - oppfatninger og forestillinger om pasientgruppers drikkevaner. For flertallet av pasientene er det rimelig å tale om grader av kontroll og typeeksemlene er relativt få. Etter vår mening er det viktig å fremheve dette. Særlig i behandlingssammenheng er det nemlig ikke uvanlig å bruke betegnelsen kontrolltap på en unyansert måte. Dette kan støtte opp om myten om pasienter generelt som "alkoholikere" som ikke har kontroll over sitt alkoholkonsum, og heller aldri vil kunne få det.

I registreringsskjemaet var det også spørsmål om forekomst av delirium tremens og eventuelt alder ved første delir. Ved ettertanke har vi imidlertid kommet til at temaet egner seg dårlig for selvrapporing via en ikke-medisiner. Det vil derfor ikke bli behandlet.

KAPITTEL VIII: STOFF- OG BLANDINGSMISBRUK

I dette kapitlet skal vi først og fremst behandle bruk av andre rusmidler enn alkohol. Det vil si alkoholsurrogater som f.eks. rødsprit og vindusspylerveske, sniffing av løsningsmidler (lynol, lim o.l.), ulike illegale stoffer som for enkelhets skyld kan kalles narkotika og legale legemidler. Dette omfatte sannsynligvis de mest utbredte og best kjente rusmidler. Vi bruker også "rusmidler" slik det er vanlig, selv om denne betegnelsen i likhet med "bruk-misbruk", ikke er uproblematisk. Vi skal ikke forsøke å foreta noen terminologisk opprydding, men etter vår mening kunne forskningsfeltet trenge det og allmennheten fortjene det. Det kan være grunn til å minne om at rusmiddelpanoramaet er vesentlig utvidet de siste 20-30 år. Hvordan utviklingen vil bli er det neppe noen gitt å si, men en kan ikke se bort fra at språklig treghet og uklarhet kan være en hindring for å fange opp og forstå hva som har skjedd, og hva som kan komme til å skje på dette området.

1. Surrogater og narkotika.

Tabell 33 viser prosentandelene i kjønn og aldersgrupper som har svart bekreftende på at de noen gang har drukket alkoholsurrogater, sniffet løsningsmidler og brukt marijuana/hasjisj eller andre typer narkotika. Svaralternativene på spørsmålene var "aldri", "sjelden", "av og til" og "ofte". De tre sistnevnte ble imidlertid så sjelden valgt at vi fant den nevnte presentasjonsformen mest hensiktsmessig.

Innen hver undergruppe varierer antall ubesvarte på de fire spørsmålene som tabellen omfatter, forholdsvis lite. Prosent ubesvart er noe forskjellig i aldersgruppene, men selv om den er høyest i de to yngste gruppene, kan det være liten tvil om at det er disse som skiller

seg ut i forhold til de øvrige pasientene. I den yngste manns- og kvinnegruppen er brukerprosentene høye og aller høyest når det gjelder cannabis (marihuana/hasjisj). Brukerprosentene blant 30-åringene er betydelig lavere, men også blant dem er det cannabisbruk som har fått flest bekreftende svar. Blant pasienter over 40 år er brukerprosentene i de fleste tilfeller nærmest ubetydelige.

Tabell 33. Brukerandelen av "andre rusmidler" i kjønns- og aldersgrupper.

Prosent som har: drukket alkohol- surrogater	Menn					Kvinner			
	-29år	-39	-49	-59	-60+	-29	-39	-49	50+
	29	26	19	11	4	33	8	3	0
sniffet løsnings- midler	52	6	1	1	0	47	1	0	0
brukt marihuana, hasjisj	75	34	14	3	3	69	19	7	4
brukt andre nar- kotiske stoffer	40	13	4	3	2	39	8	3	0
Minste prosent- basis	290	514	354	244	113	54	74	58	52
Høyeste prosent ubesvart	8	4	6	4	3	13	5	2	5

At bruk av de rusmidler som her er nevnt er avtagende med økende alder, er ikke uventet, og særlig ikke når det gjelder cannabis og andre narkotika. I og med at spørsmålene er formulert som "noen gang brukt", oppstår den feilkilden at muligheten for glemsel for et engangs- eller sjeldent bruk, vil være økende med alder. Med forbehold om en mulig underreportering blant de eldre gruppene, antar vi likevel at de klare tendensene i tabellen er uttrykk for faktiske forhold. To av dem vil vi kommentere nærmere.

Det kan kanskje virke noe overraskende at bruk av alkoholsurrogater viser en klart avtagende tendens med økende alder. For mange mennesker er nok rødspriddrik-

king o.l. først og fremst assosiert med eldre, sosialt utslåtte misbrukere i uteliggermiljø. Det er ganske sikkert svært få, om noen i det hele tatt, som vil "velge" rusmidler av denne typen. Et slikt valg er fremtvunget av omstendigheter som behov for å opprettholde et høyt konsum, svak økonomi og den sosiale situasjon og miljø. Dette er som vi tidligere har vist, i sterkere grad kjennetegn ved de yngre enn de eldre pasientene. Alder i seg selv er altså ikke vesentlig i denne sammenheng. Det viser seg da også at blant pasienter under 40 år, er det flere av dem som har drukket surrogater enn av dem som ikke har, som har dårligere enn middels økonomisk situasjon, ikke har egen bolig og som har vært innlagt i alkoholistsorgen tidligere.

Tabell 33 viser at for de tre andre rusmiddelgruppene er det en klart avtagende brukerprosent fra den yngste aldersgruppen til den neste. Dette gjelder for begge kjønn. Det dreier seg her om relativt nye rusmidler, og bruk av dem har først og fremst forekommet i ungdomsmiljøer. Pasientene i 30-39års alderen er likevel ikke eldre enn at de fleste av dem var i en "utsatt" alder da disse rusmidlene ble mer allmennt kjent. Etter vår mening er det derfor mellom yngste og nestyngste gruppe nesten påfallende store forskjeller som ikke lett lar seg forklare. Generelt er det for begge kjønn slik at når vi bruker en kombinert brukerprosent for de tre rusmidlene, finner vi at forholdsvis flere av de som ikke var i arbeid, ikke hadde egen bolig og hadde dårligere enn middels økonomi, har brukt minst ett av dem. Men mens nokså få av 30-39-åringene og svært få av de over 40 som ikke har disse kjennetegnene er brukere, er det i yngste manns- og kvinnegruppe et betydelig antall brukere også blant de sosialt bedrestilte. Dette kan bety at disse rusmidlene er i ferd med å bli sosialt akseptert innen visse grupper og at en står overfor et slags genera-

slags generasjonsskifte når det gjelder synet på dem. De fremmedartede rusmidlene og de nye måtene å beruse seg på, er ikke så fremmede og nye for de som er født i 1950-årene og utover - de har så å si vokst opp med dem.

Brukerprosentene i tabell 33 sier ingenting om bruks- hyppigheten av de forskjellige stoffene. Generelt er det imidlertid svaralternativet "sjelden" som oftest er valgt av brukerne. Det gjelder også i de to yngste gruppene. Men som en kunne vente, er det her vi også finner hyppigere bruk: Av de mannlige og kvinnelige pasientene er det henholdsvis ca. 25 og 20 prosent som oppgir "ofte" for cannabisbruk. Tilsvarende prosenttall for "andre narkotiske stoffer" er 15 for begge kjønn. I de andre aldersgruppene er det praktisk talt ingen som har oppgitt at de har brukt noen av stoffene ofte.

Hvis en velger å gå ut fra brukshyppighet, kan en kanskje hevde at omfanget av sniffing, cannabis- og narkotika- bruk, er forholdsvis lite blant pasientene. Fokuserer en derimot på brukerprosentene på pasienter opp til 40 år, kan ikke det samme hevdes. Kunnskapen om diss rus- midlenes utbredelse i den alminnelige befolkning er nokså begrenset, men det er grunn til å tro at det mer dreier seg om brukerpromiller enn brukerprosjenter. Selv i de årlige Oslo-undersøkelsene blant ungdom, som er det utvalg av normalbefolkningen hvor det er rimelig å anta det mest omfattende bruk, er det "bare" ca. 20 prosent som oppgir at de noen gang har brukt cannabis og ca. 3 prosent som har brukt andre narkotika (Irgens-Jensen 1982). For enkelte av pasientene i den yngste gruppen er bruken antagelig så vidt omfattende at de like gjerne kunne ha vært pasienter i en spesialinstitusjon for stoffmisbrukere, og sannsynligvis har noen også vært

det. At de denne gang er i alkoholistsorgen, beror nok mer på andre forhold enn vurderinger av deres totale misbruksmønster.

Tabell 33 sier heller ikke noe om den enkeltes bruksmønster når det gjelder sniffing, cannabis og andre narkotika. Det skal vi kort kommentere på grunnlag av den neste tabellen som bare inkluderer den aldersgruppen hvor denne bruken er mest omfattende.

En del flere kvinner enn menn har ikke brukt noen av de nevnte rusmidlene, men blant brukerne er mønsteret nokså likt for de to kjønn. En tredjedel har brukt alle og omtrent like store andeler har brukt bare ett eller kombinert to rusmidler. Som forventet på bakgrunn av tabell 33, er det cannabis som dominerer, både alene og i kombinasjon. Sniffing alene forekommer bare blant ganske få av mennene, og det er interessant at andre narkotika kun forekommer i kombinasjon med cannabis. Dette styrker oppfatninger om at andre narkotika ikke er de første rusmidler som blir prøvd etter eller i tillegg til alkohol, men at slik bruk går via cannabis.

Tabell 34. Pasienter under 30 år etter kjønn og kombinasjoner av sniffing/stoffbruk. I prosent.

	Menn	Kvinner
Brukt rusmidler:		
Ingen	23	31
Bare sniffet	3	0
" cannabis	18	17
" andre stoffer	0	0
Sniffet + cannabis	17	13
Sniffet + andre stoffer	0	0
Cannabis og andre stoffer	7	6
Alle	32	33
Sum	100	100
Prosentbasis	292	54
Prosent ubesvart	8	13

2. Legemiddelbruk.

Misbruk av legemidler, her definert som overforbruk eller bruk i en annen hensikt enn den foreskrevne, er selvsagt ikke et nytt fenomen. Men det er først de siste ca. 20 år med den sterke økning i tilbudet av midler som påvirker psykiske funksjoner, at fenomenet er blitt mer allmennt kjent. En del vil hevde at dette er eller kan bli, et folkehelseproblem og at særlig mennesker med et stort alkoholkonsum er en potensiell misbrukergruppe.

Forbruket av de midler som her er aktuelle økte sterkt i 1960- og 70-årene, men har i følge salgstall stabilisert seg i de aller siste år. Omfanget av misbruk har imidlertid vist seg vanskelig å kartlegge, både i befolkningen og i spesielle utvalg. Dette skyldes flere forhold, bl.a. at de mange forskjellige midlene det dreier seg om klassifiseres på ulik måte, og at de fleste menneskers oppfatninger om hvilke grupper av preparater som hører sammen og har hvilke "riktige" bruksområder, er meget uklare. På spørsmål om forbruk må en altså ikke bare regne med at folk flest glemmer og bevisst fortier, som når det gjelder alkohol, men også en ukjent andel feilklassifiseringer og sammenblandinger.

På spørsmålene i registreringsskjemaet som skulle dekke dette temaet, ble det brukt tre grupper av midler, sove- midler, "lettere" beroligende midler og andre nervemedisiner. For hver gruppe ble det gitt eksempler på vanlig brukte preparatnavn. Svarene kunne angis ved "aldri brukt", "sjelden", "sporadisk, evt. etter leges forskrifter", "antagelig noe overforbruk" og "misbruk". Det ble presisert at legemiddelbruk ved institusjonsopphold ikke skulle regnes med. Tabell 35 viser forbruksmønsteret etter kjønn og alder. Fordi prosentbasis

er praktisk talt den samme på alle spørsmålene, er den bare oppgitt en gang.

Blant begge kjønn er det flest brukere når det gjelder de beroligende midlene og færrest for andre nervemedisiner. Omtrent halvparten av mennene og to tredjedeler av kvinnene har brukt beroligende midler, og noen færre av begge kjønn har brukt sovemidler. Når det gjelder de sistnevnte midlene har de eldre av begge kjønn oftere enn de yngre, brukt dem "sjelden/i følge resept". Likevel er det også for disse midlene slik at misbruk avtar med økende alder, men på bakgrunn av de høy brukerprosentene i de eldste gruppene, er det ikke urimelig å anta at det er størst underrapportering av overforbruk/-misbruk blant de eldste.

Når det gjaldt brukerprosentene for surrogater og andre rusmidler, fant vi generelt høyere andeler av brukere blant menn og klare forskjeller mellom pasienter over og under 40 år (tabell 33). For legemidlenes vedkommende finner vi derimot de høyeste brukerandelene blant kvinnene og alderssammenhengene er ikke så entydige. Overforbruk og misbruk av legemidler er derimot aldersavhengig. Dette kommer klarere fram av figur 3 hvor disse to svarkategoriene er slått sammen.

Når vi inkluderer "antagelig overforbruk" i en nokså løs misbruksdefinisjon, går det klart frem av figuren hvordan andelen av misbrukere av begge kjønn er avtagende med økende alder. Dette gjelder generelt for alle de tre gruppene av legemidler med ett unntak - blant kvinnene i 40-årene er det flere misbrukere av sovemidler enn i den yngre aldersgruppen. Forholdet mellom kjønnene er imidlertid entydig: For hvert legemiddel er det i de samme aldersgruppene fra 2 til 12 prosent flere misbrukere blant kvinnene. Forholdet mellom legemidlene er

også uten unntak slik at for begge kjønn er det flest misbrukere av beroligende midler og færrest av andre nervemedisiner. Tabell 35 og figur 3 gir grunnlag for noen klare konklusjoner: Bruk av legemidler er generelt omfattende og misbruk forekommer i alle aldersgrupper både blant menn og kvinner. Med forbehold om størst underrapportering blant de eldre pasientene, er det flest misbrukere blant de yngre spesielt de yngste kvinnene. Bruk og især misbruk, er mest omfattende når det gjelder beroligende midler.

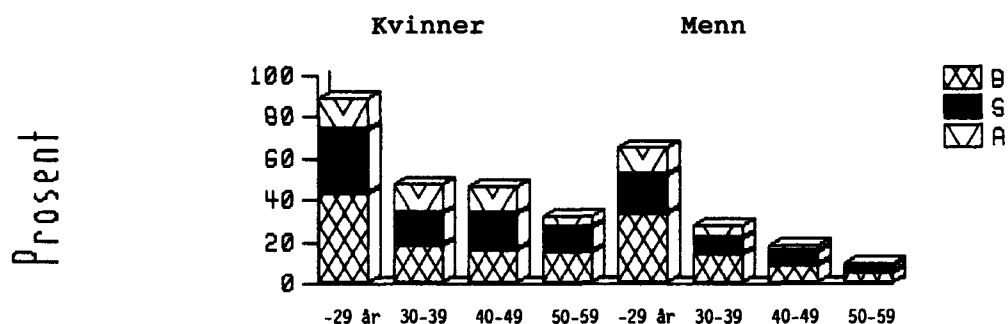
Tabell 35. Brukerprosjenter for legemidler i kjønn- og aldersgrupper.

Sovemedler:	Menn						Kvinner					
	-29	-39	-49	-59	60+	I alt	-29	-39	-49	50+	I alt	
Aldri	45	52	52	52	54	51	40	36	37	40	38	
Sjelden/ifølge resept	38	40	41	44	45	41	31	49	46	49	44	
Antagelig overforbruk	10	5	3	3	0	5	15	10	18	4	11	
Misbruk	8	3	3	1	1	4	15	5	0	8	7	
Sum	101	100	99	100	100	101	101	100	101	101	100	
Prosentbasis	228	511	353	246	114	1512	55	73	57	53	238	
Prosent ubesv.	9	4	7	4	2	5	11	6	3	4	6	
"Lettere" beroligende midler:												
Aldri	28	45	52	64	69	48	27	26	40	51	35	
Sjelden/ifølge resept	38	41	39	31	28	38	29	56	45	34	42	
Antagelig overforbruk	14	8	4	3	2	7	13	6	7	9	8	
Misbruk	20	6	5	2	1	7	31	13	9	6	14	
Sum	100	100	100	100	100	100	100	101	101	100	99	
Andre nerve-medisiner:												
Aldri	48	56	61	68	76	59	43	42	46	62	48	
Sjelden/ifølge resept	39	37	36	31	23	35	43	44	42	32	41	
Antagelig overforbruk	8	5	2	1	1	4	4	8	9	4	6	
Misbruk	5	1	1	0	0	2	11	6	4	2	6	
Sum	100	99	100	100	100	100	101	100	101	100	101	

Tabell 34 ga en oversikt over kombinasjonsbruk av sniffing, cannabis og narkotika for pasienter under 30 år. Tilsvarende oversikt over legemiddelbruk for alle pasientene, viser for det første at bare 26 prosent av mennene og 15 prosent av kvinnene ikke har brukt noen av

legemiddelgruppene. Videre har henholdsvis 21 og 31 prosent av mennene og kvinnene brukt alle midlene i større eller mindre grad. I motsetning til hva som gjelder for de andre rusmidlene, forekommer alle mulige kombinasjoner av legemiddelbruk. Mest vanlig er likevel kombinasjoner av beroligende og sovemidler, og når bare et av midlene er brukt, beroligende midler. Dette gjelder både for kvinner og menn.

Figur 3. Prosent overforbruk/misbruk av legemidler i kjønn- og aldersgrupper.



3. Blandingsmisbruk.

Kombinasjonsbruk og blandingsmisbruk er som tidligere nevnt ikke et nytt fenomen, men har først i de senere år på bakgrunn av reell økning og omtale, blitt begreper i dagligtale. I vanlig språkbruk betyr det at legemidler og/eller andre rusmidler brukes i tillegg til alkohol. En slik kombinasjonsbruk behøver ikke forekomme i den samme situasjon. Hvis det imidlertid er tale om mer atskilte bruksperioder, vil det være en forutsetning for misbruksbetegnelsen at det dreier seg om et høyt alkoholkonsum, og at bruken av andre midler går ut over vanlig forskrivningsregler. Forsøk på nærmere presisering av begrepene fører til definisjonsproblemer som vi skal la ligge. Det er to problemstillinger i forbindelse med blandingsmisbruk som data gir mulighet til å drøfte nær-

mere. For det første om det er pasienter med høyt eller lavt alkoholkonsum som også bruker legemidler og andre rusmidler. For det andre, om slike midler blir brukt kombinert med alkohol i konkrete drikkesituasjoner.

Når det gjelder "andre rusmidler" har spørsmålen egentlig bare mening i forhold til pasienter under 40 år fordi så få av de eldre har brukt dem. (Jfr. tabell 33). I denne aldersgruppen er det blant de som har oppgitt årskonsum av alkohol, henholdsvis 48 og 30 prosent av mennene og kvinnene som har sniffet, brukt cannabis eller andre narkotika. Blant mennene viser det seg å være en forskjell mellom de på de to laveste konsumnivåene og de som har drukket mer enn 73 liter ren alkohol siste år. Av de førstnevnte er det 43 prosent som har sniffet/brukt stoff, av de sistnevnte 57 prosent og denne forskjellen er statistisk signifikant. Blant kvinnene er det en tendens, men ikke signifikante forskjeller, til økende andel stoffbrukere med økende alkoholkonsum. Vi kan ikke si noe om sniffingens og stoffbrukets forekomst i tid, om det f.eks. fremdeles er aktuelt eller forlengst avsluttet, men det later altså til at det er blant de pasientene som siste år har drukket mest alkohol, at det også er flest som har erfaring med andre rusmidler.

I hvilken grad pasientene bruker alkohol og andre rusmidler samtidig, kan en få et inntrykk av gjennom spørsmålene om det "vanligvis" er tilfelle ved henholdsvis svak og sterk beruselse. Det viser seg at bare 16 prosent av mennene og 10 prosent av kvinnene under 40 år som har brukt minst ett av rusmidlene, svarer bekreftende, og forskjellen mellom drikkesituasjoner med svak og sterk beruselse er ubetydelig. Dette gir grunnlag for å anta at blandingsmisbruk i samme situasjon av alkohol og de rusmidlene det her er tale om, er et rela-

tivt sjeldent fenomen. Vi kan imidlertid ikke trekke den konklusjon at andre rusmidler blir brukt i andre situasjoner enn de hvor det blir drukket alkohol. Det kan nemlig også være at for mange pasienter er slik bruk ikke lenger aktuell, og særlig når det gjelder sniffing er det sannsynlig.

Når det gjelder forholdet mellom alkoholkonsum og legemiddelmisbruk, dvs. medregnet overforbruk, er mange former for sammenhenger mulige. For å kontrollere for noen av dem skal vi i tabell 36 trekke inn både kjønn, konsumnivå og alder. Tabellen omfatter altså bare pasienter med kjent konsum. Videre er de som ikke har besvart spørsmålene om legemidler utelatt, men disse utgjør ikke i noen av undergruppene mer enn 3 prosent.

Hvis en først ser på "i alt"-tallene finner en både for sovemidler og beroligende midler, en økning i andelene misbrukere fra laveste til høyeste konsumgruppe. Det tyder på at sammenhengen mellom alkohol og legemiddelmisbruk er som ved bruk av andre rusmidler, nemlig at det er de som siste år har drukket mest som også misbruker legemidler. Prosentfordelingene innen aldersgruppene avslører imidlertid at denne sammenhengen gjelder for pasienter under 40 år. I de to eldre mannsgruppene er antall misbrukere relativt beskjedent, også på høyeste konsumnivå. I den høyestkonsumerende yngste mannsgruppen er det hele 40 prosent som har misbrukt beroligende midler og selv blant de minstkonsumerende yngste, er det flere misbrukere av alle midler enn i noen annen aldersgruppe uansett konsumnivå.

Kvinnenes antall tillater bare en todeling av alder og konsumnivå. Denne oppdelingen viser ingen sammenheng

mellom konsumnivå og antall misbrukere - det er flest misbrukere blant kvinner under 40 år, men ikke flere på høyeste konsumnivå enn på laveste.

Tabell 36. Andeler av overforbruk i kjønn-, konsum- og aldersgrupper.

		Prosent som har overforbruk/misbrukt:			
		Andre		Minste	
		Sovemidler	Beroligende	nervemid.	prosentbasis
MENN:					
-36 liter	-29 år	16	27	9	44
	30-39 år	6	10	3	115
	40-49 år	5	9	2	111
	50+ år	3	4	1	155
	I alt	6	9	3	
37 - 72 liter	-29 år	18	29	10	68
	30-39 år	7	13	6	135
	40-49 år	8	10	4	97
	50+ år	2	2	3	88
	I alt	8	13	6	
73+ liter	-29 år	18	40	12	97
	30-39 år	12	13	8	137
	40-49 år	7	11	1	83
	50+ år	3	3	0	62
	I alt	11	18	6	
KVINNER:					
-36 liter	-39 år	21	24	15	34
	40+ år	11	11	13	54
	I alt	15	16	14	
37+ liter	-39 år	22	24	13	62
	40+ år	15	17	7	41
	I alt	19	21	11	

Bruk av andre rusmidler i en drikkesituasjon, fant vi var et relativt sjeldent fenomen. Samtidig bruk av legemidler og alkohol derimot, er sannsynligvis mer utbredt. Tabell 37 viser hvor mange av de som har brukt sovemidler og/eller beroligende midler som sier at de "vanligvis" gjør det i drikkesituasjoner hvor de blir henholdsvis svakt eller sterkt beruset. Ubesvarte og pasienter som ikke har blitt henholdsvis svakt eller sterkt beruset er utelatt.

Ifølge tabellen er det bare en av tyve av de mannlige pasientene som bruker sove- og/eller beroligende midler sjelden, som vanligvis bruker dem samtidig med alkohol. Av den tilsvarende kvinnegruppen er det signifikant

flere, ca. en av åtte, som gjør det. ($\chi^2=8.87$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,01$). Færre pasienter bruker slike midler ved sterk beruselse, men også her er kjønnsforskjellen signifikant. ($\chi^2=7.57$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,01$). Når det gjelder pasienter som misbruker legemidler, er det nesten en av tre av begge kjønn som bruker dem i drikkesituasjoner, men heller ikke for disse pasientene ser beruselsesgrad ut til å spille noen vesentlig rolle.

Tabell 37. Andeler av kombinasjonsbruk alkohol/legemidler etter kjønn.

Prosent som bruker legemidler + alkohol:	Bruker sove- og/eller beroligende Sjelden/etter resept		Misbruk	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
ved svak beruselse	5	12	31	33
ved sterk beruselse	3	8	27	31
Minste prosentbasis	604	100	206	57

"Egentlig" skal ingen av de nevnte legemidlene tas samtidig med alkohol. Når enkelte mannlige og en ikk ubetydelig andel av de kvinnelige pasientene som ikke er legemiddelmisbrukere likevel gjør det, er det ikke nødvendigvis uttrykk for at de gjør det i "rusøyemed". Vi kan ikke skille den sjeldne, sporadiske bruk fra den mer regelmessige. Ved denne sistnevnte bruksmåten kan drikking så å si ikke forekomme uten samtidighet, og det er ikke urimelig å anta at flere kvinner enn menn bruker midlene på denne måten. Når det derimot gjelder legemiddelmisbrukerne, er det grunn til å tro at den samtidige bruken i større grad er bevisst og i tilsiktet rusøyemed - de søker nettopp de kombinasjonseffektene som det blir advart mot.

Antagelsen om at blanding av alkohol med legemidler er mer utbredt enn blanding med andre rusmidler, er altså holdbar. Såvidt mange som en tredjedel av legemiddelmisbrukerne og også en del av dem som bruker legemidler sjelden, blander "vanligvis" - det vil si langt fler enn

av brukerne av andre rusmidler. Det støtter de synspunktet som tidligere er antydnet, at for en del, kanskje de fleste av de pasientene som er brukere av andre rusmidler, er bruken ikke lenger aktuell, mens legemiddelbruk og -misbruk er det.

Det kan også være av interesse å se på forholdet mellom bruk av legemidler og andre rusmidler enn alkohol - et fenomen som en vanligvis ikke tenker på i forbindelse med blandingsmisbruk. Hvis vi tar utgangspunkt i variabelen brukt andre rusmidler, finner vi at av de mannlige pasientene som svare bekreftende, er det ca. en tredjedel som også er misbrukere av sove- og/eller beroligende midler. Bare 8 prosent av de som ikke har brukt slike rusmidler, er legemiddelmisbrukere. Av mennene under 40 år er det mer enn halvparten som har brukt andre rusmidler, av de eldre bare 10 prosent. Det viser seg imidlertid at av de eldre som har brukt andre rusmidler, er det en nesten like stor andel legemiddelmisbrukere som av de yngre. Det er altså slik at annet rusmiddelbruk er eller har vært, vanlig blant mennene under 40 år og uvanlig blant de eldre, men av rusmiddelbrukerne er det omtrent like mange legemiddelmisbrukere uansett alder.

Blant kvinnene er det forholdsvis få brukere av andre rusmidler og de er nesten alle under 40 år. (Jfr. tabell 33). Av dem er halvparten også legemiddelmisbrukere, men "bare" 20 prosent av de øvrige. Det store flertall blandingsmisbrukere av legemidler og andre rusmidler utgjøres altså av menn under 40 år, mens det blant kvinnene og blant menn over 40 år er få misbrukere av denne typen. Vi vil anta at det for alle gruppene og særlig de eldre, sjelden er tale om blandingsmisbruk i samme situasjon.

Det ovenstående viser etter vår mening, at det er vanskelig og kanskje heller ikke særlig fruktbart, på mer eller mindre usikkert grunnlag å anslå et antal blandingsmisbrukere blant pasientene. Vi vil isteden som en oppsummering understreke visse generelle trekk i data som det er grunn til å feste lit til og som er av interesse:

For det første er sniffing og bruk av cannabis og andre narkotika, nærmest ubetydelig blant pasienter over 40 år. Blant de yngre og særlig blant 20-29-åringene, er det mange som har erfaring med slike stoffer. I den sistnevnte gruppen er det f.eks. tre fjerdedeler av mennene og over en tredjedel av kvinnene som har brukt cannabis. Vi kan ikke tidsbestemme denne bruken og kjenner heller ikke omfanget av den, men for en del av disse pasientene er den såvidt omfattende og aktuell at de av institusjonene betegnes som "hovedsakelig" stoffmisbrukere. Det betyr ikke at de ikke har et stort alkoholforbruk. I denne forbindelse er det viktig å være klar over at de aller fleste pasienter som er innlagt i spesialinstitusjoner for stoffmisbrukere også har alkoholproblemer (Duckert 1983, Jensen 1983). Videre er det slik at det er blant de yngste som drikker mest at det også er flest med stofferfaring. Alkohol er altså neppe i noen særlig utstrekning erstattet med f.eks. cannabis, selv om slik substitusjon kan forekomme i enkelte situasjoner.

Legemiddelbruk er relativt utbredt blant pasientene og misbruk av alle midlene forekommer i alle aldersgrupper både blant menn og kvinner. Som når det gjelder andre rusmidler, er det flest misbrukere i den yngste gruppen, men legemidlene, i motsetning til de andre midlene blir oftest misbrukt av kvinnene. Kvinnenes alkoholkonsum ser ikke ut til å spille noen rolle for andele misbruk-

ere, men for mennene er det igjen flest misbrukere av legemidler blant de 20-29åringene som drikker mest. Blandingsmisbruk i betydningen samtidig med alkohol, later til å være sjeldent i forhold til andre rusmidler, men av legemiddelmisbrukerne er det en tredjedel som "vanligvis" blander.

Vurderer en pasientene under ett kan en kanskje ikke si at bruk av andre midler enn alkohol er omfattende, eller at blandingsmisbruk representerer et stort problem. Det slående er imidlertid den klare sammenhengen mellom disse fenomenene og pasientenes alder og til dels alkoholkonsum. For en betydelig del av de yngste pasientene kan betegnelser som "alkoholiker" og "alkoholproblematiker" isolert sett være riktige, men samtidig er de ufullstendige og tilslører det faktum at det her dreier seg om personer som bruker et bredt spekter av rusgivende og avhengighetsskapende stoffer og midler. Disse "rusmiddelmisbrukerne" som er en mer dekkende betegnelse, representerer utvilsomt et større problem - først og fremst for seg selv, men også for behandlingssystemet - enn den tradisjonelle alkoholmisbrukeren. Disse problemene skal vi ikke gå inn på, men det er nærliggende å antyde et par spørsmål om mulige konsekvenser og utviklingslinjer i forbindelse med at rusmiddelmisbrukerne i første rekke finnes blant de unge pasientene. For det første: Er den tradisjonelle alkoholikeren i omsorgen så å si i ferd med å "dø ut", og vil nyrekrutteringen mer og mer bestå i personer med et bredspektret rusmiddelmisbruk som vil stille behandlingsapparatet overfor nye og vanskelige oppgaver? Og, er i så fall apparatet rustet for slike oppgaver? For det annet: Det kan synes som om en står overfor en ny misbrukergenerasjon med en

dette bare, eller først og fremst, knyttet til pasient-utvalg eller er det en gjenspeiling av hva som er i ferd med å skje blant yngre mennesker generelt i befolkningen?

KAPITTEL IX: FØLGETILSTANDER OG SKADEVIRKNINGER

Pasientene ble stilt en del spørsmål om helse og ulike konsekvenser og følgetilstander av misbruket. For enkelte av disse spørsmålenes vedkommende må vi anta at validiteten er lav, både på grunn av intervjuernes manglende faglige kvalifikasjoner når det gjelder temaet og usikkerhet fra pasientens side når det gjelder å tidfeste fenomenet i forhold til misbruksutviklingen. Vi skal derfor ikke gå nærmere inn på de typisk helsespørsmålene. For de fleste av spørsmålene skulle imidlertid problemene ikke være større enn at vi kan få et rimelig dekkende inntrykk av en del av de følger og konsekvenser som misbruket har hatt.

1. Sosiale konsekvenser

I tabell 38 er det samlet spørsmål om en del sosiale forhold, og tabellen viser prosentandelene av menn og kvinner over og under 40 år som svarer bekreftende på at de noen gang har opp levd nevnte konsekvens i forbindelse med alkoholbruk. På spørsmålene a - d er andelene ubesvarte nokså stabilt mellom gruppene og ligger mellom 5 og 7 prosent. For spørsmålene e - g er høyeste prosent ubesvart 8 og alle ubesvarte er utelatt.

Tabell 38 viser at et flertall av både mannlige og kvinnelige pasienter i begge aldersgrupper har opplevd at lege har frarådet fortsatt drikking. Forskjellen mellom kjønnene er statistisk signifikant ($\chi^2=12.305$.

Ant.frihetsgr.=1. $P<0,001$), men ikke forskjellene mellom pasienter over og under 40 år. Nå kan en kanskje ikke si at å bli frarådet alkohol er en særlig alvorlig sosial konsekvens, men at det uhyre sjelden skjer folk flest, tyder svarene som et representativt utvalg av befolkningen mellom 20 og 69 år i 1979 har gitt på et sammenlignbart spørsmål. I dette utvalget svarte bare 2

prosent av mennene bekreftende og ingen av kvinnene
(Hauge og Irgens-Jensen 1984).

Tabell 38. Andeler som har opplevd sosiale konsekvenser i
kjønns- og aldersgrupper

Prosent som i forb. med alkoholbruk har:	MENN			KVINNER		
	-39	40+	I alt	-39	40+	I alt
a. blitt frarådet alkohol av lege	66	70	68	60	51	56
b. blitt oppsagt i arbeid	37	24	31	19	8	14
c. mistet bopel	34	23	29	31	8	21
d. blitt bøtelagt	53	31	43	27	6	18
alle, a - d:	10	5	8	3	2	3
ingen, a - d:	12	15	13	23	42	32
Minste prosentbasis	799	704	1503	130	108	238
e. blitt skilt/separert (av skilte/separerte)	68	65	66	39	29	34
Prosentbasis	250	310	560	41	38	79
f. blitt utvist fra institu- sjon (av tidl.innlagte)	35	17	26	35	10	24
Prosentbasis	542	512	1054	85	69	154
g. blitt fratatt førerkort (av innehavere)	63	49	56	21	20	20
Prosentbasis	450	465	915	34	50	84

Mer alvorlige er konsekvensene av spørsmålene b - d, og
her er det meget klare mønstre i svarfordelingene: Sig-

nifikant flere av mennene enn av kvinnene har opplevd dem, og innen hvert kjønn, flere av de yngre enn av de eldre. Det viser seg videre at bare 12 prosent av mennene under 40 år ikke har opplevd noen av de nevnte konsekvensene, forholdsvis dobbelt så mange av kvinnene i samme aldersgruppe og så vidt mange som 42 prosent av de eldste kvinnene.

Vi har tidligere vist at pasientenes sivilstandsmønster er meget avvikende fra normalbefolkningens og at særlig andelene av skilte og separerte er høye i alle aldersgrupper blant begge kjønn. (Jfr. tabell 16 og 17). I den forbindelse ble det nevnt at vi skulle komme tilbake til årsaksproblematikken skilsmisse - misbruk. Tabell 38 viser altså at av de pasientene som er skilt, har to tredjedeler av mennene og en tredjedel av kvinnene opplevd skilsmisse "i forbindelse med" alkoholbruk. Det er ikke presisert at det dreier seg om egen alkoholbruk, men i den sammenheng spørsmålet kommer ville det være meget søkt å tenke på f.eks. foreldres eller ektefelles alkoholbruk. Når det gjelder disse pasientene er det således grunn til å anta at de ser egen alkoholbruk som årsak til skilsmissen. Men hva med de resterende - et flertall av kvinnene og en tredjedel av mennene - ser de ingen sammenheng mellom eget alkoholproblem og skilsmissen? Når vi sammenholder opplysningene om hvor lenge pasientene har vært skilt og hvor lenge alkoholbruken har vært problematisk, finner vi nemlig at hele 90 prosent av mennene og 92 prosent av kvinnene har hatt problemer i lengre tid enn de har vært skilt. Det er med andre ord et lite mindretall av begge kjønn som har fått problemer etter skilsmissen. Nå er dette i seg selv ikke bevis for at disse pasientene bevisst fordreier virkeligheten eller ikke evner å se egen skyld i forbindelse med ekteskapsopløsningen. En skilsmisse har vel

bare forholdsvis sjelden en klar identifiserbar "årsak". Alkoholproblemer er neppe uten betydning i en slik sammenheng, men spiller ikke nødvendigvis en avgjørende rolle. Likevel vil vi anta at det antall av pasientene som sier at de har opplevd skilsmisse i forbindelse med alkohol, representerer minimumstall og at de faktiske andelene er større. Tallene kan tyde på at andelen er betydelig større når det gjelder kvinnene. Hvis så er tilfelle, er en mulig forklaring at kvinner oftere enn menn ikke vil se egen alkoholbruk i relasjon til skilsmissen. Men kanskje er det ikke dette som skal forklares - kanskje er det ikke kvinnes egne problemer som er de primære: Vi har tidligere vist at de kvinnelige pasientene langt oftere enn mennene har partnere med alkoholproblemer. Det kan være grunn til å anta at det også gjelder kvinnes tidligere ektefeller og at kvinnes skilsmisse derfor oftere kan "skyldes" ektemannens alkoholproblemer.

Utskrivning fra institusjonen på grunn av alkoholbruk er, særlig i A-klinikker og kursteder, en nokså vanlig årsak til at pasienter må avslutte en behandling før avtalt tid. Tabell 38 viser at en fjerdedel av begge kjønn og betydelig flere av de yngre enn av de eldre har opplevd det. Vi skal senere se hvordan dette forholder seg ved den aktuelle innleggelsen.

Det siste punktet i tabellen viser at drøyt halvparten av mennene, men bare en femtedel av de kvinnene som har eller har hatt førerkort, har opplevd å få det inndratt. Blant kvinnene er det ikke forskjeller mellom aldersgruppene, men av mennene gjelder det signifikant flest av de yngste. Vi vet ikke hvor mange det i alt er som har kjørt i påvirket tilstand, men når det er så vidt mange som har fått førerkort inndratt på tross av den relativt lave oppdagelsesrisikoen (Christensen, Fosser

og Glad 1978), kan vi slutte at promillejføring må ha forekommet i omfattende grad. Et uttrykk for dette er også at av de mannlige pasientene under 40 år som har mistet førerkortet, er det 13 prosent som oppgir at det er inndratt for all fremtid.

Tabell 38 forteller langt fra alt om pasientenes opplevelser av negative sosiale konsekvenser. Vi vet ikke noe om hvor mange ganger de nevnte forholdene har vært aktuelle og flere andre mulige følger av alkoholbruk som f.eks. konsekvenser for foreldre/barn relasjoner, er det ikke stilt spørsmål om. I det som er behandlet er det stort sett klare kjønns- og aldersforskjeller.

Hverken institusjontilknytning eller konsumnivå gir så klare sammenhenger med sosiale konsekvenser som alder. Det skyldes antagelig flere forhold, f.eks. at konsumnivå bare dreier seg om siste års konsum mens konsekvensene ikke er tidsbegrenset. Viktigst er kanskje at de former for atferd som har medført disse konsekvensene, først og fremst henger sammen med "ungdommelige" egenskaper som impulsivitet og aggresjonstilbøyelighet og sosiale forhold som miljøtilknytning og omgangsformer.

2. Medisinsk-psykologiske konsekvenser

De sosiale konsekvensene omhandler relativt konkrete forhold som i hvert fall hvis pasientene har ønsket, egentlig ikke har vært vanskelig å benekte eller bekrefte. Dette er ikke i samme grad tilfelle med de spørsmålene som angår det vi har kalt medisinsk-psykologiske konsekvenser og følgetilstander. Her har skjønn, både fra pasientenes og intervjuernes side, nødvendigvis spilt en større rolle. Vi vil likevel presentere tre av disse spørsmålene fordi vi antar at de

gir en antydning om hyppigheten av slike konsekvenser. I tabell 39 er ubesvarte som utgjør inntil 6 prosent på de forskjellige spørsmålene, ikke tatt med.

Tabell 39. Andeler som har opplevd medisinsk-psykologiske konsekvenser i kjønn- og aldersgrupper.

	MENN			KVINNER		
	-39 år	40+ år	I alt	-39	40+	I alt
Prosent som etter misbrukets start har:						
fått alvorlige sykdommer	21	29	24	20	19	19
vært utsatt for alvorlige skader, uhell	29	21	25	23	19	21
fått psykiske sykdommer, problemer	36	27	32	38	35	37
Minste prosentbasis	808	703	1511	131	111	242

Når det gjelder det som er kalt "alvorlige sykdommer", vet vi egentlig ikke om de er direkte forårsaket av misbruk. Men de sykdommene som oftest er nevnt er typiske følgetilstander ved stort konsum, som f.eks. sykdommer i fordøyelsesorganene, magesår og katarrer, polynevrit og leverlidelser. For kvinnenes vedkommende er også underlivssykdommer ofte nevnt. Det er altså ca. en fjerdedel av mennene og en femtedel av kvinnene som har oppgitt alvorlige somatiske problemer. Kjønnsskjellen er ikke signifikant. Det er heller ikke forskjellen mellom de eldste og yngste kvinnene slik som tilfelle derimot er blant mennene. ($\chi^2=13.281$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Når det gjelder spørsmålet om skader og uhell er prosentandeler og signifikans så å si identisk med foregående spørsmål, men her er det de yngste mennene som har vært mest utsatt. Ofte oppgitt er skader i forbindelse med fall og trafikkuhell. Som

nevnt knytter det seg stor grad av usikkerhet til spørsmålene om både somatiske sykdommer og uhell og skader. En mer systematisk gjennomgang av de forhold som er oppgitt er derfor av mindre interesse.

Flest bekreftende svar er av begge kjønn gitt på spørsmålet om psykiske sykdommer eller problemer. Her var det også mulig å svare "ja, men bare i nær tilknytning til misbruk, abstinens", men disse er ikke inkludert i tabell 39. Usikkerheten om hvordan dette spørsmålet skulle besvares har kanskje ikke vært mindre enn ved de to foregående. Når det imidlertid kommer til spørsmål om mer konkret definerte symptomer, viser det seg å være en konsistens i svarene som styrker tilliten til validiteten. Pasientene ble bedt om å angi i hvilken grad de "i normal edru tilstand" var plaget av forskjellige, for enkelhets skyld kalt nervøse symptomer. Svarmønstrene viser slående sammenhenger både med kjønn og spørsmålet om psykiske sykdommer eller problemer etter misbrukets begynnelse. Dette er fremstilt i figur 4 hvor minste prosentbasis er 483 for de mennene som ikke har psykisk sykdom eller problemer og 479 for de øvrige. For kvinnene er de tilsvarende tallene 71 og 88. De ubesvarte på symptomspørsmålene, som ikke utgjør mer enn 2 prosent i noen av gruppene, og de som bare har psykiske problemer i tilknytning til misbruk/abstinens, er utelatt.

Hvert stolpesett i figuren representerer altså de prosentvise andelene av kvinner og menn som sier at de er "noe" eller "sterkt plaget" av 8 forskjellige nervøse symptomer. Det er tre iøynefallende trekk ved figur 4 vi vil kommentere nærmere. For det første er rangeringen av symptomene helt lik for kvinner og menn. Det vil si at det de fleste av begge kjønn er plaget av, er uro/rastløshet, dernest depresjon osv. inntil hallusinasjoner/ vrangforestillinger som færrest er plaget av.

Og, som det fremgår av stolpenes høyde, det er mange som er plaget: Av alle kvinnene er det over halvparten som svarer bekreftende for 6 av de 8 symptomene og over halvparten av alle mennene svarer bekreftende på 5 av de samme symptomene.

Et annet iøynefallende forhold er at den mest "plagede" gruppen når det gjelder alle symptomene bortsett fra hallusinasjoner, er kvinner som har fått psykiske problemer etter misbrukets begynnelse og som altså har besvart det generelle spørsmålet bekreftende (tabell 39). Deretter følger den tilsvarende manngruppen. Kjønnforskjellen mellom disse to gruppene er størst, henholdsvis 13 og 11 prosent, for depresjon og søvnløshet og den førstnevnte forskjellen er statistisk signifikant. ($\chi^2=6.88$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,01$). Kjønnforskjellen er minst når det gjelder ensomhet/kontaktvansker.

Figur 4. Andeler med "nervøse symptomer" etter kjønn og "psykisk sykdom".



Det tredje forholdet som går klart frem av figuren, er at det er flest av de pasientene som har "psykisk sykdom" er plaget av de nevnte symptomene. Dette

gjelder uten unntak for begge kjønn og for alle symptomene. Denne entydige sammenhengen styrker etter vår mening validiteten av data. Når pasientene har svart bekreftende på om de generelt har psykiske problemer, kan det altså konkretiseres til at de har nervøse symptomer i sterkere grad enn pasienter som benekter psykiske problemer. Det betyr imidlertid ikke som det fremgår av figuren, at de sistnevnte ikke har nervøse symptomer. Når det gjelder denne gruppen er det blant kvinnene mer enn 50 prosent som er plaget av de 6 førstnevnte symptomene. Men det er likevel fra 7 til 33 prosent flere av de kvinnene som har psykiske problemer som svarer bekreftende. Størst differanse, 33 og 25 prosent, finner vi for symptomene depresjon og angst. ($\chi^2=21.98$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,001$. $\chi^2=12.56$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Også for søvnløshet og uro/rastløshet er forskjellene signifikante. ($\chi^2=7.85$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$. $\chi^2=9.31$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$).

Blant mennene er det også depresjon og angst som skiller mest mellom de som har bekreftet eller benektet psykisk sykdom. For øvrig er alle prosentdifferansene mellom disse to mannsgruppene, fra 41 til 14 prosent, større enn blant kvinnene og selv den minste forskjellen, for hallusinasjoner/vrangforestillinger, er klart signifikant. ($\chi^2=40.69$ Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Den mest "normale" gruppen er altså de mannlige pasientene som har benektet psykisk sykdom.

Som en oppsummering av det figur 4 viser, kan vi si at blant pasienter som har svart bekreftende på et generelt spørsmål om psykisk sykdom, er forekomsten av nervøse symptomer meget høy. Kjønnsforskjellen er konsistent, men for de fleste av de nevnte symptomene ikke stor. Blant pasienter uten psykisk sykdom er kjønnsforskjellen

til dels betydelig større. De konkrete symptomene som for begge kjønn gir størst prosentdifferanse mellom de som har og de som ikke har psykisk sykdom, er depresjon og angst.

Det er flere grunner til å anta at det kanskje er en viss overrapportering av de enkelte symptomene. For det første fordi terskelen for å svare bekreftende er nokså lav i og med svaralternativet "noe, litt plaget". Videre er nervøse symptomer for mange en akseptabel "forklaring" og "unnskyldning" for misbruk. Blant annet disse forholdene tilsier at en ikke bør legge for mye vekt på de forskjellige gruppernes absolutte "symptomnivå" - som selvfølgelig ligger langt over nivået i sammenlignbare grupper i normalbefolkningen. Men også i den voksne befolkning er det betydelig flere kvinner enn menn som oppgir "hyppige symptomer på nervøse lidelser" (NOS 1985). Det er som nevnt samsvaret mellom ulike spørsmål og det konsistente forholdet mellom gruppene, som etter vår mening sannsynliggjør at data reflekterer reelle forhold og tendenser.

KAPITTEL X: INSTITUSJONSOPPHOLDET

Alle A-klinikker og kursteder har det til felles at de er døgninstitusjoner. Det innebærer at de regulerer pasientenes liv ved ytre rammer som i hovedtrekk varierer lite fra en institusjon til en annen. Døgnrytme og daglige rutiner og gjøremål gir seg nærmest av seg selv, og en utenforstående iakttager ville antagelig bli slått av likhetene mellom institusjonene mer enn av forskjellene. Men forskjeller er det selvfølgelig, både når det gjelder administrative rutiner og behandlingsaspekter. Det later til at det er forskjellene av den sistnevnte type som blir fremhevet, i hvert fall fra personalets side, når det er tale om hva som karakteriserer en institusjon i forhold til andre. Noen av disse forskjellene i behandlingsopplegg tok vi opprinnelig sikte på å kartlegge. Vi kom imidlertid til, bl.a. på bakgrunn av erfaringene fra prøveundersøkelsen, at det var lite hensiktsmessig å ta slike institusjonsforhold inn i det generelle registreringsskjemaet som primært dreier seg om pasientene. Når det gjelder institusjonsoppholdet skal vi hverken beskrive alminnelige institusjonsrutiner eller spesielle karakteristika. Isteden drøfter vi noen andre forhold som er lite omtalt, men likevel kan være av interesse.

1. Oppholdets lengde

Oppholdstiden i de to institusjonstypene har alltid vært forskjellig. I de senere år har forskjellen jevnet seg noe ut, men fremdeles er liggetiden i klinikkene vanligvis noen uker, mens det i kurstedene er tale om måneder. Hvordan dette forholder seg i pasientutvalgene, fremgår av tabell 40.

Tabell 40 bekrefter den tradisjonelle forskjellen mellom klinikker og kursteder og viser at den gjelder i samme grad for begge kjønn: For ca. halvparten av klinikkpasientene vedkommende varte oppholdet fra til 2 til 4 uker og bare 40 prosent av dem hadde opphold utover 1 måned, mens omtrent halvparten av kurstedspasientene har hatt opphold av mer enn 2 måneders varighet. Den gjennomsnittlige varigheten av et klinikkopphold var 1 måned og drøyt dobbelt så lang for et kurstedsopphold.

Tabell 40. Oppholdstid etter institusjonstype og kjønn.
I prosent.

Oppholdets lengde:	Klinikk		Kursted	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Inntil 1 uke	8	7	8	8
2 - 4 uker	52	53	19	19
5 - 8 uker	31	31	26	21
9 - 14 uker	7	7	24	35
15+ uker	2	2	23	17
Sum	100	100	100	100
Prosentbasis	933	156	626	88
Prosent ubesvart	3	6	2	1
Gj.snitt i dager	30	29	68	66

Det er tidligere nevnt at bare 4 prosent av pasientene var formelt tvangsinnlagt. Men selv om den store majoriteten er innlagt på frivillig grunnlag, er det ikke rimelig å oppfatte den som en homogen gruppe med hensyn til motivasjon for innleggelse. F.eks. var det 15 prosent av begge kjønn som opplevde at de hadde blitt stilt overfor et ultimatum fra viktige personer som ektefelle eller arbeidsgiver. Det er ikke usannsynlig at disse pasientene vil få et kortere institusjonsopphold enn de som ikke har opplevd noe form for ultimatum. Slik er det imidlertid ikke, hverken for menn eller kvinner eller klinikk- eller kurstedspasienter. Motivasjon definert på denne måten, later altså ikke til å ha noen innflytelse på oppholdstidens lengde.

Et annet forhold som ble drøftet i avsnittet om initiativ og tvang, var "innleggelsesinitiativ". Noe unyansert ble det hevdet at mens pasientene legger seg inn i klinikk, blir de innlagt i kursted. Likevel er det selvfølgelig også i klinikkene pasienter som er innlagt etter andres initiativ, like som det i kurstedene er pasienter som etter eget initiativ har søkt dit. Når vi tester den nærliggende hypotesen om en sammenheng mellom innleggelsesinitiativ og oppholdstid, finner vi som forventet at i kurstedene har de pasientene som er innlagt etter eget initiativ gjennomsnittlig hatt et 10 dager lengre opphold enn pasienter som er innlagt etter andres initiativ. Denne forskjellen er signifikant. (t-verdi:2.432. P:0.015). Det viser seg imidlertid at i klinikkene er forholdet omvendt. Her har pasienter som selv har tatt initiativet 3 dager kortere opphold enn de øvrige og forskjellen mellom gruppene er på samme signifikansnivå. (t-verdi:-2.262. P:0.024).

Disse tilsynelatende motstridende funnene forklares langt på vei av aldersvariabelen. I kurstedene er pasienter under 30 år oftere enn de som er eldre, innlagt etter andres initiativ. Samtidig er det den yngst gruppen som uansett innleggelsesinitiativ, har kortest oppholdstid. For all kurstedspasientene under ett er altså alder mer bestemmende for oppholdets lengde enn innleggelsesinitiativ, og det er bare for pasienter over 30 år at det er signifikant forskjell i oppholdstid i forventet retning. (t-verdi:2.208. P:0.028).

Blant klinikkpasientene er det ingen entydig sammenheng hverken mellom alder og oppholdstid eller alder og innleggelsesinitiativ. Men mangelen på sammenhenger gjør det ikke enklere å forstå at blant klinikkpasientene er det de som ikke er innlagt etter eget initiativ som har lengst oppholdstid. Nå avslører som kjent statistiske

sammenhenger mellom variabler ikke uten videre "sannheten". For det første vil det kunne forekomme, på det signifikansnivå det her dreier seg om, falske positive i en av tyve tilfeller, og for det andre er slike sammenhenger ikke i seg selv uttrykk for årsaksforhold. Vi er altså tilbøyelig til å mene at sammenhengen her betyr lite, både fordi den er inkonsistent, og kanskje viktigere - at det å være stilt overfor et ultimatum ved innleggelsen, som burde være en sterkere test på egen motivasjon, ikke viste sammenheng med oppholdstid. Innleggesinitiativ og -ultimatum har det felles at det bare dreier seg om "motivasjon" før og i nær tilknytning til innleggelsen. Det er rimelig å tenke seg at motivasjonen kan forandre seg i løpet av oppholdet, blant annet er det en av personalets oppgaver å motivere den negativt innstilte pasient til et normaltids-opphold.

Selv om vi nå til dels har argumentert for å se bort fra de statistiske funn, vil vi ikke utelukke at sammenhengen er reell når det gjelder kurstedspasienter over 30 år. Når en person på eget initiativ søker om et lengre opphold i en institusjon som et kursted, sier det kanskje noe mer fundamentalt om motivasjon. Antagelig sier det også noe om personens egenskaper og hans opplevelse av seg selv og sin situasjon. Slike forhold lar seg vanskelig fange opp i et spørreskjema, og vi er langt fra datagrunnlaget når vi likevel hevder at blant disse pasientene er en passiv, resignert livsholdning et nokså vanlig fenomen.

I forbindelse med oppholdstid vil vi til slutt nevne at i begge institusjontyper er det kvinner under 30 år som har kortest gjennomsnittsopphold. I kurstedene har denne gruppen 20 dager kortere opphold enn kvinner som er eldre enn 30 år og i klinikkene 7 dager kortere. Forskjellene er ikke signifikante, men i overenstemmelse

med tidligere funn fra en klinikk (Krogh 1975). I dette arbeidet ble det pekt på mulige forklaringer som vi antar er gyldige også i dette større utvalget: For det første er det en utpreget mannsdominans i institusjonene som kanskje særlig gjør tilpasningen vanskelig for de yngste kvinnene. For det annet er det visse holdepunkter for å hevde at det blant personalet forekommer negative holdninger som mer eller mindre direkte kommer til uttrykk overfor kvinnelige misbrukere.

De unge kvinnes kortere opphold tilskriver vi altså primært spesielle forhold knyttet til institusjonene og behandlingssystemet og mer generelle forhold, som f.eks. oppfatninger om alkoholisme og kvinnelighet. Slike forhold er bestemt av bl.a. historiske og kulturelle faktorer. Den tallmessige mannsdominansen i institusjonene er et eksempel på det. At mennene er i flertall blant pasientene, må institusjonene akseptere som et faktum, men de kan selv langt på vei bestemme i hvilken grad mennene skal "dominere". Slike og lignende forhold kan institusjonene kritiseres for å ha gjort for lite med. I en artikkel som påviser en generell svikt når det gjelder å legge forholdene til rette for kvinnelige pasienter, har Duckert (1982) karakterisert kvinner med alkoholproblemer som "avvikere i behandlingssystemet".

2. Tilpasning til institusjonen

Et sentralt punkt i institusjonenes reglementer angår pasientenes forhold til rusmidler. Hovedregelen er at pasientene skal avholde seg fra alle former for rusmidler. Praktiseringen av regelen og reaksjoner ved regelbrudd kan likevel variere. Minst variasjon er det nok ved rusmiddelbruk i institusjonen eller dens nærmeste omgivelser - her er forbudet absolutt og reaksjonen er utskrivning "på dagen". Mange, kanskje de fleste, mener at dette er og bør være "grunnloven". Andre har påpekt

det de mener er et paradoks i denne forbindelse, nemlig at alkoholikere bortvises fra behandlingsinstitusjonen når de fremviser symptomet på den sykdommen som de skal behandles for.

Vi skal ikke gå inn i diskusjonen om berettigelsen av denne regelen, men kort se på de faktiske forhold. Blir den etterlevd og er det i virkligheten slik at overtreddelse fører til utskrivning? Når det gjelder klinikkene er etterlevelsen nesten absolutt. Bare 2 prosent av pasientene har så langt personalet vet, brukt rusmidler i institusjonen og i forhold til ytterligere 1 prosent er det "usikkert" om så kan ha skjedd. Andelene er identiske for de to kjønn. I kurstedene har også den store majoriteten etterlevet regelen. Av mennene er det 11 prosent og av kvinnene 7 prosent, som personalet med sikkerhet kan si har forbrudt seg, mens det er "usikkert" i forhold til henholdsvis 4 og 6 prosent. Regelbrudd som kommer til personalets kjennskap forekommer altså meget sjelden i klinikkene og relativt sjelden i kurstedene. Det en kan spørre om er selvfølgelig i hvilken gra rusmiddelbruk forekommer uten at personalet får vite om det. Som ved andre såkalte mørketall, er det ingen gitt å si. Det er imidlertid ikke rimelig å anta at mørketallet er stort og særlig ikke når det gjelder alkohol. I en institusjonssammenheng vil alkoholbruk være så å si "selvavslørende". Bruk av enkelte andre rusmidler vil nok lettere kunne holdes skjult, men neppe i større omfang eller over lengre tid.

Spørsmålet om rusmiddelbruk faktisk medfører utskrivning, kan også i hovedsak besvares bekreftende. Det viser seg at av de ca. 100 pasientene det gjelder, og hvorav de fleste altså er i kursteder, ble 70 prosent utskrevet. Nesten alle de resterende fikk en annen "streng" reaksjon som permisjonsnektelse eller advarsel

om utskrivning. Det later ikke til å være forskjeller i reaksjonsform mellom institusjonstypene.

Et mer generelt uttrykk for tilpasning er spørsmålet om "pasienten stort sett har fulgt institusjonens opplegg og rutiner"? Dette spørsmålet er altså i likhet med det foregående, besvart av personalet, og tabell 41 viser hvordan de har plassert pasientene på tre "grader av tilpasning". Svaralternativet "nei, negativ holdning" er uheldig formulert fordi dette ikke refererer til konkret atferd i samme grad som de to øvrige alternativene. Det er således fullt mulig å følge alle rutiner, men likevel ha en negativ holdning. Forhåpentligvis har den språklige uklarheten ikke influert for mye på den "naturlige" tolkningen av spørsmålet.

Andelene ubesvarte er relativt høy blant de mannlige kurstedspasientene og høyest i aldersgruppen 40-49 år. (Jfr.s. 53). Selv om dette medfører en større grad av usikkerhet for disse gruppene vedkommende, ville færre ubesvarte neppe endre de klare tendensene vi finner i tabellen. Ved en sammenligning av klinikk- og kurstedspasientene av begge kjønn, finner en at den førstnevnte pasientgruppen har tilpasset seg best, dvs. har "fulgt institusjonens opplegg og rutiner". ($\chi^2=93.04$. Ant.frihetsgr.=2. $P<0,001$). Videre finner en innen institusjonstypene små forskjeller mellom kjønnene, men sammenligning på tvers av institusjonstype viser at forskjellen mellom klinikk- og kurstedspasienter først og fremst skyldes den store forskjell i tilpasning mellom mannsutvalgene. ($\chi^2=92.80$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0,001$). Også blant kvinnene er det klinikkpasientene som har tilpasset seg best, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Tabell 41. "Fulgt institusjonenes opplegg og rutiner" etter institusjonstype, kjønn og alder. I prosent.

KURSTED:	Ja	Ja, med små unntak	Nei, neg. holdning	Sum	Prosent-basis	Prosent ubesvart
Menn						
-29 år	36	47	17	100	152	7
30-39 år	59	33	8	100	199	7
40-49 år	66	27	7	100	122	12
50+ år	71	22	8	101	116	6
I alt	57	33	10	100	589	8
Kvinner						
-39 år	59	36	5	100	58	2
40+ år	72	21	7	100	29	3
I alt	63	31	6	100	87	2
Begge kjønn	57	33	10	100	676	7
KLINIKK:						
Menn						
-29 år	68	27	6	101	143	6
30-39 år	79	17	4	100	312	3
40-49 år	83	13	4	100	234	3
50+ år	85	11	4	100	239	3
I alt	80	16	4	100	928	3
Kvinner						
-39 år	67	24	9	100	78	4
40+ år	83	14	4	101	81	4
I alt	75	19	6	100	159	4
Begge kjønn	79	16	5	100	1087	3

En tredje klar sammenheng som kan avleses i tabell 41, går mellom alder og tilpasning. Det gjelder for begge kjønn og i begge institusjonstypene at jo eldre pasientgruppe, desto bedre tilpasning. Dette gjelder uten unntak og innen mannsgruppene er sammenhengen signifikant. (Kur: $\chi^2=43.50$. Ant. frihetsgr.=6. $P<0,001$. Klinik: $H\leq r.=6$. $P<0,01$). Men det er altså også slik at innen hver aldersgruppe er klinikkpasientene bedre tilpasset enn kurstedspasientene. Forskjellene mellom kvinnegruppene er ikke signifikante, det er de derimot blant mennene. Størst er forskjellen mellom de yngste gruppene og av de yngste mannlige kurstedspasientene er det bare en drøy tredjedel som har tilpasset seg "ubetinget". Men selv mellom de eldste hvor forskjellen er minst, er den signifikant. ($\chi^2=9.34$. Ant.frihetsgr.=2. $P<0,01$).

Sammenhengene og tendensene i tabell 41 er ikke overraskende: At kvinner i sterkere grad enn menn og eldre mer enn yngre, etterlever ytre regler og bestemmelser er neppe spesielt for pasienter i klinikker og kursteder. At klinikkpasientene tilpasser seg bedre enn kurstedspasientene er heller ikke overraskende. Det har sann-

synligvis i noen grad sammenheng med karakteristika ved de to pasientutvalgene. Viktigere er det antagelig at kurstedene generelt ligger fjernere fra hjemstedet og at oppholdet der er betydelig lenger enn i klinikker.

KAPITTEL XI: UTSKRIVNINGSSITUASJONEN

1. Utskrivningsårsak

At utskrivning fra institusjonen bør planlegges og skje etter gjensidig avtale, er et av idealene ved institusjon - pasient forholdet. Vi har tidligere sett at ikke alle utskrivinger foregår i følge idealet (tabell 38), og tabell 42 viser mer av realitetene. De ubesvarte utgjør ikke mer enn 4 prosent i noen av undergruppene og er utelatt.

Tabell 42. Utskrivningsårsak etter kjønn, institusjonstype og alder. I prosent.

MENN:	Gjen- sidig avtale	Reglem.- brudd fravær	Mot perso- nellets råd	Overført annen inst.	Sum	Pro- sent basis
Kursted						
-29 år	16	50	22	12	100	160
30-39 år	37	34	16	13	100	211
40-49 år	40	34	15	11	100	137
50+ år	54	17	18	11	100	124
I alt	36	35	18	12	101	632
Klinikk						
-29 år	51	20	10	18	99	147
30-39 år	61	13	13	12	99	314
40-49 år	65	10	10	15	100	235
50+ år	75	9	5	11	100	244
I alt	64	12	10	14	100	940
KVINNER:						
Kursted						
-39 år	37	42	17	3	99	59
40+ år	73	13	3	10	99	30
I alt	49	33	12	6	100	89
Klinikk						
-39 år	52	25	11	11	99	79
40+ år	75	7	7	11	100	81
I alt	63	16	9	11	99	160

Tabellen viser tydelig at det er stor avstand mellom idealet og realitetene, men også at avstanden ikke er den samme i de forskjellige pasientgruppene. Av de mannlige kurstedspasientene er det bare 36 prosent som er utskrevet etter gjensidig avtale. Praktisk talt like mange er utskrevet på grunn av reglementsbrudd eller fravær. Brudd på reglementet betyr i de aller fleste tilfelle rusmiddelbruk. Andre reglementsbrudd av så alvorlig karakter at det fører til utskrivning er sjeldne, men kan forekomme f. eks. i forbindelse med vold

eller trusler. Fravær forekommer omtrent like ofte som rusmiddelbruk, og oftest betyr det at pasienten ikke kommer tilbake fra permisjon. Videre er det 18 prosent av de mannlige kurstedspasientene som har skrevet seg ut på tross av personalets råd. Sannsynligvis ville andelen av for tidlige utskrivinger vært høyere om ikke personalet hadde brukt såvidt mye tid som en ha inntrykk av at de gjør, på å motivere ambivalente pasienter. Av minst betydning som utskrivningsgrunn for denne pasientgruppen, er overføring til en annen institusjon. Generelt gjelder det for alle pasientgruppene at de vanligste slike overføringer er innleggelse i somatisk eller sjeldnere, psykiatrisk avdeling. Dessuten at klinikkpasienter i en viss utstrekning blir overført til kursted, men ikke omvendt.

Det er bare snaut halvparten av de mannlige kurstedspasientene som har forlatt institusjonen på den "riktige" måten. Hele 53 prosent har det vi kan kalle en "irregulær utskrivning" på grunn av reglementsbrudd fravær eller utskrivning mot institusjonens råd. Av de kvinnelige kurstedspasientene er det 45 prosent som er irregulært utskrevet. Det er altså bare omtrent halvparten av kurstedspasientene som reiser fra institusjonen på bakgrunn av en ordnet, regulær utskrivning.

Blant klinikkpasientene er regulær utskrivning det vanligste og "bare" 22 prosent av mennene og 25 prosent av kvinnene er utskrevet på irregulær måte. Men på bakgrunn av at det her dreier seg om relativt korte opphold, kan kanskje også disse andelene virke overraskende store.

På samme måte som ved generell tilpasning til institusjonen, finner vi i forholdet mellom regulær og irregulær utskrivning, en klar sammenheng med alder. Blant

mennene er det en signifikant økning av regulære utskrivninger med økende alder, fra 48 prosent av pasienter under 30 år til 79 prosent av de som er 50 år og eldre. ($\chi^2=75.546$ Ant.frihetsgr.=3. $P<0.001$). Igjen er det slik at det er forskjell mellom institusjonstypene på hvert alderstrinn. Størst er forskjellen blant de yngste - av mannlige kurstedspasienter i 20-årene er bare 28 prosent regulært utskrevet - men også blant 50-åringene er forskjellen signifikant på 0.001-nivået.

Også blant kvinnene er det signifikant flere regulære utskrivninger i den eldste gruppen ($\chi^2=26.30$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.001$). Blant kvinnene opp til 40 år er det som blant mennene, forholdsvis flest av kurstedspasientene som er irregulært utskrevet, men også blant klinikkpasientene er aldersforskjellen signifikant. ($\chi^2=29.22$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$). Blant kvinnene over 40 år er det derimot ingen forskjell mellom institusjonstypene, bare ca. 15 prosent er irregulært utskrevet.

2. Bolig og arbeid

For en del pasienters vedkommende er spørsmålet om hva pasientene flytter til etter utskrivningen, ubesvart eller oppgitt som ukjent. Som en kunne vente gjelder dette primært pasienter med irregulær utskrivning. Bosituasjonen er således ukjent for 10 prosent av de mannlige og for 7 prosent av de kvinnelige kurstedspasientene. For klinikkpasientene gjelder det samme 5 prosent av begge kjønn. Når vi ser bort fra disse ukjente, viser det seg at det i de fire undergruppene er omtrent like store andeler, tre fjerdedeler, som flytter tilbake til den samme boligsituasjonen som de hadde ved innleg-

gelsen. Av den fjerdedelen som ikke flytter tilbake, flytter de fleste enten til et tilsynshjem eller til en bolig som ikke er institusjon.

Det er imidlertid et klart mønster i underutvalgene etter institusjonstype, men ikke etter kjønn: A klinikkpasienter som ikke flytter tilbake, skriver ca. halvparten seg inn på et tilsynshjem, mens omtrent en femtedel flytter til en annen bolig. Av kurstedspasientene flytter halvparten til annen bolig og en femtedel til tilsynshjem. De få resterende spres til forskjellige andre institusjoner som andre A-klinikker, sykehus og fengsel. Flytting til vernehjem, hybelhus og bokollektiver forekommer meget sjelden.

Majoriteten av pasientene flytter altså tilbake til samme boligsituasjon. Av pasienter som har ege leilighet flytter fra 81 til 88 prosent i underutvalgene tilbake til den. Men som vi tidligere har sett (tabell 19), er de mannlige kurstedspasientene betydelig dårligere stilt enn de andre i så henseende. På den annen side er det antagelig forholdsvis flest i denne gruppen som får forbedret sin boligsituasjon etter institusjonsoppholdet. Hva ovenfor nevnte "annen bolig" består i, er ofte uklart - det kan være leilighet, men for mange kurstedspasienter vil også en egen hybel bety en forbedret situasjon. At forbedringen sannsynligvis er størst i den gruppen som hadde det dårligst, er ikke overaskende og har nok også sammenheng med at lengre opphold gir mer tid til å løse boligproblemer.

Når det gjelder pasientenes arbeidssituasjon ved utskrivningen er den i enda mindre grad enn boligsituasjonen, forandret i forhold til ved innleggelsen. Ser vi bort fra de usikre, er det blant kurstedspasientene av begge kjønn 18 prosent som har endret arbeidssituasjon. Dette

er først og fremst arbeidsløse som har fått arbeid. I tillegg er det en del av mennene som har fått trygd eller har begynt på skole. Av de mannlige og kvinnelige klinikkpasientene er det henholdsvis 10 og 4 prosent som har endret sin situasjon. Også blant disse dreier det seg oftest om arbeidsløse som har fått arbeid i løpet av oppholdet.

Alt i alt kan ca. 20 prosent av de som var arbeidsløse ved innleggelsen gå til en jobb etter utskrivningen. Tallet i seg selv lar seg vanskelig vurdere. Kanskje er dette en stor andel tatt i betraktning forholdene på arbeidsmarkedet, institusjonenes muligheter til å yte hjelp og pasientenes egen innsats. Men med tanke på at omlag halvparten av kurstedspasientene er arbeidsløse ved innleggelsen og 80 prosent i denne gruppen også er det ved utskrivningen, kan en neppe si at institusjonene lykkes med sosial rehabilitering. Selv om vi her bare omtaler selve utskrivningssituasjonen og ikke kan se bort fra at oppholdet kan ha gunstige senvirkninger, er det rimelig å trekke en nokså entydig konklusjon: Institusjonsoppholdet påvirker i liten grad bolig- og arbeidssituasjonen og bare for et fåtall pasienter lykkes institusjonene med rehabilitering på disse områdene.

3. Ettervern

Tabell 43 viser hvor mange av pasientene som ved utskrivningen har en ettervernsavtale med institusjonen eller en annen instans. Det dreier seg altså om situasjonen ved utskrivningen. Om avtaler faktisk blir holdt og om mer kvalitative aspekter ved ettervernet, har vi ingen opplysninger.

Tabell 43. Ettervernavtale etter institusjonstype og kjønn. I prosent.

Avtale med:	Kursted		Klinikk	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Institusjonen	22	19	47	56
Annen instans	30	51	25	22
Ingen	48	30	28	22
Sum	100	100	100	100
Prosentbasis	535	74	813	141
Prosent ubesvart, uaktuelt	16	17	15	15

I alle underutvalgene er det i tillegg til de ubesvarte, ca. 10 prosent av pasientene som institusjonene har ansett spørsmålet som uaktuelt for. Det har i de fleste tilfeller sammenheng med at pasienten er overført til en annen institusjon.

Det er et markant skille mellom pasientene fra de to institusjonstypene når de gjelder andelen som har ettervernavtale med den institusjonen de reiser fra. Omtrent hver annen klinikkpasient har slik avtale, men bare hver femte kurstedspasient. De kvinnelige kurstedspasientene har imidlertid ofte avtale med en annen instans slik at ikke særlig fler av dem enn av klinikkpasientene er helt uten ettervernkontakt. Tilsvarende gjelder ikke de mannlige kurstedspasientene - av dem er nesten halvparten helt uten ettervernkontakt.

At klinikkpasientene langt oftere enn de andre har avtale med institusjonen, har først og fremst sammenheng med praktiske og geografiske forhold. Av kurstedspasientene er det relativt mange som har avtale med det lokale sosialkontor som også ofte har formidlet innleggelsen. Videre er det slik at flertallet av de som ikke har noen ettervernavtale kan "skylde seg selv". I alle underutvalgene har nemlig over halvparten av de uten avtale, enten blitt borte fra behandlingen eller er blitt betegnet som "umotivert" for ettervern.

Påstander om manglende ettervern, eller at etterverntilbudet er for dårlig høres ofte i diskusjoner om alkoholistsorgen. Det er vanskelig å si seg uenig i slike generelle påstander og tabell 43 gir vel heller ikke noe grunnlag for det. I hvert fall når det gjelder mannlige kurstedspasienter må en vel snarere si at påstandene bekreftes. Nå bør det minnes om at det her er tale om formaliserte, "offisielle" former for ettervern og som institusjonene vet om. Det er ikke nødvendigvis så at pasienter som er uten ettervernavtale står uten andre former for støtte og omsorg. Men det vi nå vet om de mannlige kurstedspasientenes forhold til f.eks. familie, arbeid og økonomi, tilsier ikke at denne gruppen skulle være gunstig stilt i så måte.

Et synspunkt som etter vår mening burde komme klarere fram i forbindelse med ettervernsproblematikken, er at dårlig ettervernstilbud til dels er en konsekvens av omsorgens struktur - i første rekke den sterke satsingen på relativt store spesialinstitusjoner. Antagelig er det her tale om et generelt trekk i forholdet mellom person og behandlingsinstitusjon: Personer er interessante for institusjoner så lenge de er pasienter - pasienter lever i institusjoner, personer i et konkret hjemmemiljø. Skillet person/pasient har sin parallell i ordparet behandling/ettervern. Også her blir det i praksis ofte et skille - behandling er det "egentlige", mens ettervern er noe sekundært som følger etter. Det som kanskje kan forandre holdninger og faktiske forhold på dette området, er større satsing på desentralisert åpen omsorg.

4. Prognose

En prognose er en forutsigelse og når det gjelder sykdom, dreier det seg om den videre sykdomsutvikling.

Ikke alle forutsigelser blir kalt prognoser. Vi taler også om f.eks. spådommer og profetier. Slike forutsigelser vil i følge vanlig språkbruk mangle den faglige funderte viten som bør være basis for prognosen. Om forutsigelser om individuell misbruksproblematikk er prognoser eller mer har karakter av spådommer, er ikke enkelt å avgjøre. Det finnes riktignok en rekke undersøkelser som viser at f.eks. gifte pasienter har bedre prognose enn ugifte og eldre bedre enn yngre. (Gibbs og Flanagan 1977. Ornstein og Cherepon 1985). Men slik kunnskap er ikke uten videre anvendbar i en konkret situasjon overfor en bestemt pasient. Denne personen har sin spesielle kombinasjon av slike ytre kjennetegn. I tillegg har han andre karakteristika og egenskaper som vi vet mindre om, men som kanskje egentlig er viktigere i forhold til prognose.

Tabell 44. Prognose etter institusjonstype og kjønn. I prosent.

Prognose:	Kursted		Klinikk	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Totalavholdende	2	6	4	4
Totalavh. med mindre sprekker uten behandlingsbehov	11	13	11	20
Måteholds-, normalbruker	3	2	2	1
Lange edru perioder, men med større sprekker og beh. behov	21	24	29	18
Ofte sprekker og beh. behov	28	27	23	23
Kroniker, gjenganger i alk.omsorgen	16	13	7	2
Umulig å vurdere	18	14	24	32
Sum	99	99	100	100
Prosentbasis	590	84	940	157
Prosent ubesvart, uaktuelt	8	6	2	5

Når vi har bedt institusjonene vurdere "pasientens fremtidige forhold til alkohol", har vi i realiteten bedt om en prognose, men uten å bruke den betegnelsen. Det har altså heller ikke ved dette spørsmålet vært stilt noen krav til intervjueren om profesjonell bakgrunn. Selv om vi ikke ville ha muligheter for å avgjøre holdbarheten av prognosene, eller kanskje spådommene, mente vi at institusjonenes vurderinger ville være av interesse.

Hvis en først fokuserer likheter mellom kurstedene og klinikkene når det gjelder prognose, er det tydelig at det i begge institusjonstypene er liten tro på at det egentlige og offisielle behandlingsmålet vil bli nådd av særlig mange pasienter. Enda færre av pasientene antas å bli fremtidige måteholdsbrukere - tvert imot - det er tilbakefall og behandlingsbehov institusjonene tror vil prege de fleste. Blant kurstedspasientene er kjønnsforskjellene små, men med noe bedre prognose for kvinnene. Det gjelder også for klinikkpasientene, men her er kjønnsforskjellene større slik at av de fire utvalgene er det de kvinnelige klinikkpasientene som skiller seg ut.

Den mest iøynefallende forskjellen mellom institusjonstypene er andelene av de som institusjonene har angitt som "umulig å vurdere" og som derfor ikke har fått noen prognose. Det gjelder forholdsvis færrest av kurstedspasientene og med liten kjønnsforskjell, flere av de mannlige klinikkpasientene og av de kvinnelige klinikkpasientene så mange som hver tredje. Spørsmålet om hvorfor det skulle være vanskeligere å vurdere klinikkpasienters og særlig de kvinneliges fremtidige forhold til alkohol, er det nærliggende å søke svaret på i karakteristika ved de forskjellige gruppene. Det viser seg at alder er en viktig faktor når det gjelder mennene. I begge mannsutvalgene skiller pasienter under 30 år seg ut fra de øvrige idet ca. en tredjedel av de yngste ikke er vurdert. Det virker umiddelbart rimelig at institusjonene har funnet det vanskeligere å vurdere 20-åringene enn de som er eldre, men det virker ikke rimelig at det bare skulle gjelde de mannlige pasientene. Blant kvinnene er det nemlig ingen slik sammen-

heng med alder, og ikke i noen av de fire underutvalgene later det til å være andre typiske kjennetegn ved de som ikke er blitt vurdert.

Når vi ser bort fra de pasientene som ikke er vurdert og deler svaralternativene i tabell 44 i "god prognose", dvs. de tre første og "dårlig" for de øvrige, finner vi at bare en mindre del av pasientene har fått god prognose. For tre av underutvalgene gjelder det 20 til 25 prosent, men av de kvinnelige klinikkpasientene så vidt mange som 36 prosent. Utskrivningsårsak, (jfr. tabell 42), er den enkeltfaktoren som viser sterkest sammenheng med prognose. I alle underutvalgene har ca. 90 prosent av de som ble utskrevet på det vi kalte irregulær måte, fått en dårlig prognose. Men som det fremgikk av tabell 42, er det tross alt "bare" ca. halvparten av kursteds-pasientene og omlag en fjerdedel av klinikkpasientene som er irregulært utskrevet. Det er altså også andre faktorer som spiller inn i forhold til prognose. Disse viser seg å være forskjellige for de to kjønn. For mennene er alder og konsumnivå viktig: Generelt gjelder at jo høyere konsumnivå, desto dårligere prognose, men på hvert konsumnivå er det slik at fler av pasientene under 40 år enn av de som er eldre, får dårlig prognose.

Når det gjelder kvinnene er bildet mer uoversiktlig, og for dem er alder og konsumnivå ikke avgjørende for prognosen. For de kvinnene som er regulært utskrevet og det gjelder de fleste, later tidligere innleggelse alkohol- og/eller psykiatrisk institusjon til å være viktig. Bare 39 prosent av de som ikke tidligere har vært innlagt har fått dårlig prognose, mot hele 74 prosent av de som har vært innlagt tidligere. ($\chi^2=6.79$. Ant.frihetsgr.=1. $P<0.01$).

Bortsett fra den sterke sammenhengen mellom utskrivningsårsak og prognose, later det ikke til å være klare felles kriterier for vurdering av pasientenes "fremtidige forhold til alkohol". Dette er nok også noe av forklaringen på at såvidt mange av pasientene ikke er vurdert og de intervjuerne som har gitt en prognose, har fått et ganske stort spillerom for egne oppfatninger og skjønn. Vi kan heller ikke se bort fra at forhold som spørsmålets plassering i skjemaet, f.eks. at det kommer nokså nært etter spørsmålet om utskrivningsårsak, har spilt inn.

Vi stilte tidligere spørsmålet om forutsigelser av misbruksutvikling kan sies å være prognoser eller spådommer. Svaret er ikke et enten-eller. Om en skulle mene at forutsigelsene mest har karakter av spådommer, er det ikke rimelig å klandre personalet i alkoholistsorgen for at de, når de blir "tvunget" til det, bedriver private spådomskunster. Det er nemlig stor mangel på den type kunnskap som må til for å stille faglige og holdbare prognoser.

5. Reinnleggelser

Som nevnt i kapittel I ble det i tillegg til "Registreringsskjema" også utarbeidet et "Reinnleggelsesskjema" som skulle brukes for pasienter som ble innlagt på nytt i den samme institusjonen. Dette skjemaet er først og fremst konsentrert om perioden mellom utskrivningen og den nye innleggelsen og er vesentlig kortere enn hovedskjemaet. I det følgende skal vi presentere en del data fra dette skjemaet og forsøke å besvare to av de spørsmålene som er relevante i denne forbindelse: Skiller de reinnlagte seg ut fra hele pasientgruppen? Er det mulig å "forklare" den nye innleggelsen?

I alt mottok vi 267 reinnleggesskjemaer. Av disse var det imidlertid en del tredje gangs innlagte og en håndfull som til og med hadde rukket å bli innlagt for fjerde gang i løpet av 1981. Skjemaene representerer 234 pasienter, men disse utgjør ikke alle reinnlagte pasienter. Sansynligvis er det en del pasienter som institusjonene på samme måte som ved første innleggelse, ikke har utfyllt skjema for. Et viktigere moment er at pasienten kan ha blitt innlagt på nytt i en annen institusjon. Hvor mange det kan dreie seg om er vanskelig å si, men på bakgrunn av det som tidligere er vist om gjengangere og vandring mellom institusjoner, er det grunn til å anta at det kan være forholdsvis mange.

Om de 234 pasientene kan vi altså med sikkerhet si at de er reinnlagt. Dessverre er det 60 av dem som på grunn av ufullstendig identifikasjon, ikke kan knyttes til sitt respektive hovedskjema. Vi har altså ikke to rene grupper, reinnlagte og ikke-reinnlagte, som kan sammenlignes. Vi finner det derfor rimeligst å se de sikre reinnlagte i forhold til hele utvalget, hvori altså de førstnevnte inngår, i stedet for å sammenligne de 174 identifiserte pasientene med alle de øvrige som vil være et meget blandet utvalg.

Det er viktig å være oppmerksom på hva og hvem de vi kaller reinnlagte pasienter faktisk representerer. De reinnlagte representerer ikke "tilbakefallene", "mislykkede" eller lignende generelle kategorier. De representerer heller ikke reinnlagte i løpet av en viss periode etter utskrivning, bl.a. fordi pasienter som var innlagt tidlig i året jo vil ha hatt en større "reinnleggelsesmulighet" enn de som ble innlagt sent i året. De reinnlagte er altså kun pasienter som ble innlagt igjen i den samme institusjonen innen årets utgang, og dette begrenser de generaliseringer vi kan foreta. Det vi vil anta

er at utvalget likevel er tilnærmet representativt for pasienter som forholdsvis raskt etter utskrivning får et nytt opphold.

Bare to institusjoner har ikke benyttet reinnleggelses-skjemaer og stort sett er det slik at institusjoner som har hatt mange pasienter også har hatt flest reinnleggelser. Ialt utgjør de 234 pasientene 13 prosent av hele utvalget, og det er fra 11 til 15 prosent reinnlagte i de fire underutvalgene. Kvinnene utgjør 1 prosent, mot 14 prosent av alle pasientene. Sammensetningen av de reinnlagte med hensyn til institusjonstype og kjønn, er altså meget lik sammensetningen av hele utvalget.

Alle aldersgrupper er representert blant de reinnlagte, men forholdsvis færre av de eldre. I alle de fire underutvalgene er gjennomsnittsalderen ca. 2,5 år lavere blant de reinnlagte. Det betyr at forholdet mellom gruppene er det samme slik at de mannlige klinikkpasientene er eldst, 39 år i gjennomsnitt, og de kvinnelige kurstedspasientene yngst med en gjennomsnittsalder på 34 år.

Sivilstandsmønsteret blant de reinnlagte er omtrent som vi kunne forvente ut fra tidligere funn: Relativt få er gift og/eller samboende, mens mange er skilt eller har aldri vært gift. Heller ikke når det gjelder arbeidsforhold, med hensyn til fordeling på samlekategoriene "arbeidsløs", "i arbeid" og "trygdet", skiller de reinnlagte seg ut. For nærmere 90 prosent av dem er stillingsbetegnelsen den samme som ved første innleggelse, og av de resterende er det omtrent like mange som har forbedret som forværret sin stilling. Når det gjelder boligforhold er det en viss tendens til at færre av de reinnlagte i de respektive underutvalgene er eiere av

egen bolig. Av de ca. 15 prosent hvis boligforhold er forandret, er det dobbelt så mange som har fått dårligere enn som har fått bedre boforhold.

Bortsett fra at de reinnlagte er noe yngre enn de opprinnelige underutvalgene, skiller de seg altså ellers ikke ut med hensyn til visse vesentlige sosio-økonomiske kjennetegn.

For ca. halvparten har den nye innleggelsen skjedd i løpet av de to første månedene etter utskrivning, og etter tre måneder er nesten to tredjedeler av alle reinnlagt. Det er nytt eller snarere gjenopptatt misbruk, som er innleggesårsak i de aller fleste tilfellene. For nær halvparten har det vært andre årsaker i tillegg. Oftest nevnt i alle utvalgene er "sosiale" forhold, mens "familiære" og "psykiske" forhold later til å spille mindre rolle.

Vi har tidligere nevnt "forebygging" som en bakgrunn for institusjonsinnleggelse, og det er ikke urimelig å anta at det i en viss utstrekning kunne gjelde for pasienter som nylig er utskrevet. Det ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle - ikke for noen av kvinnene og bare for 4 prosent av mennene er "forebygge sprekk" angitt som årsak til den nye innleggelsen.

Det har liten hensikt å gå nærmere inn på selve misbruksmønsteret i perioden mellom innleggesene. Derimot kan misbruket før den første innleggelsen være av interesse fordi det kan være at de reinnlagte var mer "belastet" enn de øvrige. I denne sammenligningen må vi bruke de 174 reinnlagte som kan identifiseres til det opprinnelige skjemaet. Disse pasientene utgjør fra 8 til 10 prosent av de opprinnelige utvalgene. Sammenlignet med de øvrige pasientene, hvorav det altså også er re-

innlagte, har de imidlertid ikke hatt et høyere årlig alkoholforbruk eller større forbruk av andre rusmidler. Det er heller ikke flere blandingsmisbrukere blant dem, og de har ikke flere tidligere innleggelser i alkoholismesorgen eller psykiatriske institusjoner. Det er med andre ord ikke grunnlag i data for anta at ulik grad av "belastning" skulle kunne forklare hurtig reinnleggelse. En annen sak er at den sammenligningen vi kan gjøre, metodisk sett er nokså utilfredsstillende og at kriteriene for "belastning" er grove.

Det er tidligere nevnt at vi ikke kan vurdere prognosenes holdbarhet. En viss form for test kan vi likevel foreta ved å se på de reinnlagtes prognoser som jo ikke burde være "god". Etter samme kriterier som tidligere, finner vi at for hele 75 prosent av de reinnlagte er prognosen "dårlig". Litt forenklet kan vi altså si at institusjonene har feilvurdert bare en av fire pasienter i denne gruppen. Men den relativt høye "treffprosenten" er ikke spesiell for de reinnlagte - også blant de øvrige pasientene er det omtrent den samme andelen med dårlig prognose. Testen er selvsagt ikke tilfredsstillende, bl.a. er prognosen ikke tidsbestemt - institusjonene ble ikke spesielt bedt om å vurdere hurtig reinnleggelse - og de øvrige pasientene er ikke en "ren" gruppe. Men i og med at det later til å være slik at de reinnlagte nærmest er representative for sine respektive utvalg, skulle en kanskje heller ikke forvente at de med hensyn til prognose, ville skille seg ut fra de øvrige pasientene.

KAPITTEL XII: SAMMENDRAG OG ETTERTANKER.

I dette siste kapitlet skal vi gjøre et sammendrag av de empiriske funn som er presentert i kapitlene III - XI. Vi skal ikke gå i detalj og gjenta alle resultatene, men trekke fram noen hovedpunkter og tendenser. Til slutt vil vi kort kommentere noen sider ved forskningsopplegget og gjennomføringen og forsøke en vurdering av i hvilken grad undersøkelsens formål kan sies å være oppfylt.

1. Sammendrag av resultatene

Som nevnt er dette ikke ment å være et rent dataresyme, men mer et kommenterende sammendrag av en del sentrale funn. Utgangspunktet er at vi antar at vi har representative utvalg av innlagte pasienter av begge kjønn fra landets klinikker og kursteder. Kanskje kan en viss tendens til mer poliklinisk behandling i de senere år, ha ført til endringer i sammensetningen av pasientgruppene i forhold til da dette materialet ble samlet inn i 1981. Dette vet en lite om - også om eventuelle andre forhold som klart skulle tilsi at vi ikke kan generalisere fra dette materialet til 1980-årenes pasienter.

a. Bakgrunnsopplysninger.

De 10 klinikkene og 12 kurstedene som deltok i undersøkelsen er representert med i alt 1852 pasienter. Kvinneandelen er 15 prosent i klinikkene og 12 i kurstedene. Den eldste pasienten er 76 år og den yngste 18 år, men det er de midlere aldersgrupper som dominerer og gjennomsnittsalderen for alle er 40 år. Det er de mannlige klinikkpasientene som er eldst av de fire underutvalgene med en gjennomsnittsalder på 41.4 år, og yngst

er de kvinnelige kurstedspasientene med nesten fem år lavere gjennomsnittsalder.

Opplysningene om pasientenes oppvekstforhold er relativt usikre, men mange og antagelig en større andel av dem enn av normalbefolkningen, har ikke vokst opp sammen med minst en av foreldrene. De av pasientene som i denne forstand har hatt ugunstigere oppvekstbetingelser, har oftere enn de øvrige hatt lengre fravær fra hjemmet i oppveksttiden. Generelt har vi ikke grunnlag for å si at foreldrenes forhold til arbeidslivet har vært avvikende. Et forhold bør imidlertid fremheves i denne forbindelse: Av fedrene til kvinnelige pasienter under 40 år var tre ganger så mange arbeidsløse som av fedrene til de over 40 år.

Når det gjelder foreldrenes forhold til alkohol derimot, finner vi klare avvik. Så mange som hver fjerde pasient karakteriserer far som "problembruker". Vesentlig færre mødre blir angitt som problembruker, men med en interessant kjønnsforskjell i det dette gjelder signifikant flere av de kvinnelige enn av de mannlige pasientenes mødre. For hvert kjønn er det slik at med økende alder er det færre som karakteriserer foreldrene som problembrukere. Også blant pasientenes søsken er det mange som blir angitt å være problembrukere, og det gjelder særlig når også faren hadde et avvikende forhold til alkohol.

Pasientenes utdanningsnivå er lavt. At det generelt er lavere blant kurstedspasienter enn blant klinikkpasienter og blant kvinner enn blant menn, er ikke overraskende. Mer overraskende er det derimot at de yngre pasientene har dårligere utdanning enn de eldre. Blant de mannlige pasientene i 20-årene har bare hver femte utdanning på gymnasnivå, mens det samme gjelder mer enn halvparten av de jevnårige i befolkningen. Blant de yngste kvinnelige

kurstedspasientene er tilsvarende utdanning en sjeldenhet. At dette har negative konsekvenser for pasientenes muligheter i konkurransen på arbeidsmarkedet og derved også for deres rehabilitering, kan det neppe være tvil om.

De sparsomme bakgrunnsopplysningene tyder altså på at relativt mange av pasientene har hatt ugunstige oppvekstbetingelser og et familiemiljø som i liten grad har stimulert til utdanning. Tydeligst kommer dette fram når det gjelder de yngre kvinnelige kurstedspasientene.

b. Sosio-økonomisk situasjon.

Omtrent halvparten av pasientene av begge kjønn var yrkesaktive ved innleggelsen og de fleste av dem som fag- eller hjelpearbeidere, mens funksjonærskiktet og ledende stillinger er underrepresentert. Av de øvrige var de fleste arbeidsløse og en mindre del trygdet. Generelt gjelder at forholdsvis flere av klinikkpasientene enn av kurstedspasientene var i fast arbeid, men i alle de fire utvalgene er alder en viktig variabel: Andelene av arbeidsløse avtar og andelene trygdede øker med økende alder.

Vi finner større yrkesaktivitet når vi ser på hele året forut for innleggelsen, men i alle utvalgene er det færre enn halvparten som både var i arbeid ved innleggelsen og som hadde vært det gjennom hele året. Går vi lenger tilbake i tid finner vi blant de mannlige pasientene både større yrkesaktivitet og bedre stillinger - de fleste nåværende arbeidsløse har vært i fast arbeid og en del av de som er i arbeid har hatt en bedre stilling. Det er imidlertid en ikke ubetydelig del av de yngre som antagelig aldri har hatt en fast stilling. Generelt er det få eksempler på dramatisk negativ yrkesmobilitet.

Karakteristisk for pasientenes sivilstandshistorie er at uforholdsmessig mange aldri har giftet seg og at svært mange av de som har gjort det, senere har skilt seg. I tillegg har flere enn normalt opplevd å bli enke eller enkemann, og ved innleggelsen er sivilstandsmønsteret således meget atypisk i alle underutvalgene. En mindre del av pasientene lever i samboerforhold, men disse har vart i kort tid. Når vi inkluderer samboere, er det blant de mannlige pasientenes partnere sannsynligvis flere enn normalt som har et problematisk forhold til alkohol. Når det gjelder de kvinnelige pasientenes partnere er det ingen tvil i det hele 65 prosent betegnes som problembrukere. Helt ekstremt blir forholdet når vi ser på de yngre kvinnene som hadde en problembrukende far - nesten alle disse har en problembrukende partner. De har altså vokst opp i et misbrukerhjem, selv blitt misbrukere og lever med en misbraker.

Bare noe over halvparten av pasientene har den boligform som vi antar er den beste og for voksne mennesker mest vanlige, nemlig å eie eller leie hus eller leilighet. De fleste av de øvrige bor hos foreldre eller slektninger, leier hybel hos andre eller bor på en institusjon. Generelt bor de kvinnelig pasientene bedre enn de mannlige, og blant mennene er det klare forskjeller mellom de gifte og samboende på den ene side og de ugifte og skilte på den annen side. En fjerdedel av begge kjønn har fått sin boligsituasjon forværret i løpet av de siste tre år og dette gjelder majoriteten av de mennene som er blitt skilt i den samme perioden.

Når det gjelder pasientenes "viktigste inntektskilde" siste år, har dette vært egen arbeidsinntekt for drøyt halvparten av mennene og for en tredjedel av kvinnene. Andelene av de to kjønn som har hatt en fast pensjons-,

trygdeordning eller f.eks. sykepenger, er så å si den samme, mens forholdsvis flere kvinner enn menn har hatt kommunal sosialhjelp som hovedinntekt eller er blitt forsørget av familie eller andre. For begge kjønn er det imidlertid slik at klinikkpasientene har vært mer selvforsørgende enn kurstedspasientene og forskjellen i "selvforsyningsgrad" mellom de mannlige klinikkpasientene og de kvinnelige kurstedspasientene er slående. Av de sistnevnte har 68 prosent levd av en form for offentlig understøttelse og nesten halvparten av disse har hatt kommunal sosialhjelp, altså den minst gunstige støtteordningen.

Alt i alt viser data om den aktuelle situasjon at pasientene er en ressurs svak, sosialt vanskelig stilt gruppe. De er oftere uten arbeid, bor dårligere og er i betydelig mindre grad enn folk flest integrert i en nærfamilie. Selv om en del tidligere har hatt en bedre sosial situasjon, er det nokså klart at pasientene i så henseende aldri har representert et tverrsnitt av befolkningen. Men det er nyanser i bildet - først og fremst i overensstemmelse med forventninger i forhold til de to institusjonstypene - nemlig at klinikkpasientene er bedre stilt enn kurstedspasientene, og de eldre bedre enn de yngre. Aller dårligst stilt er de yngre, kvinnelige kurstedspasientene, altså den samme gruppen som også har hatt de ugunstigste oppvekstbetingelsene.

c. Innleggelsen og tidligere behandling.

Bare 4 prosent av pasientene er formelt tvangsinnlagt. Disse er etter søknad gitt anledning til å sone en del av dom eller sikring i klinikk eller kursted. Kanskje er den andelen av pasientene, 15 prosent, som etter eget utsagn er blitt stilt overfor et ultimatum med hensyn

til innleggelse, psykologisk sett mer tvangsinnlagt. Men langt de fleste er altså innlagt på helt frivilli grunnlag og de fleste av dem etter eget initiativ. Når det gjelder kurstedspasientene, og særlig de yngste, er det imidlertid ofte andre instansers initiativ som har ført til innleggelsen.

De fleste pasienter blir innlagt fra egen bolig, men nesten halvparten av kurstedspasientene kommer fra en avrusningsstasjon eller annen institusjon. Dette har betydning for pasientenes tilstand ved innleggelsen og til klinikkene møter pasientene oftere påvirket eller preget av bakrus og abstinensbesvær. "Psykisk ubalanse" preger ca.70 prosent av begge pasientgruppene.

I alt 41 prosent av pasientene har tidligere vært innlagt i den samme institusjonen. Det gjelder menn oftere enn kvinner, og når det gjelder institusjonserfaring generelt, er det 80 prosent av de mannlige kurstedspasientene som tidligere har vært innlagt en eller flere ganger i alkoholistsorgen. Tilsvarende gjelder 53 prosent av de kvinnelige klinikkpasientene. Flere av kvinnene enn av mennene har imidlertid vært pasienter i en psykiatrisk institusjon. Når det gjelder andre instanser som det er spurt om, peker sosialkontoret seg ut som viktig for kurstedspasientene.

d. Misbruket.

Selvfølgelig drikker pasientene oftere og mer enn folk flest. I året forut for innleggelsen drakk de i mer enn halvparten av dagene og konsumerte i den perioden mer enn åtte ganger så mye som gjennomsnittet for voksne nordmenn. Det svarer til et dagskonsum av en halv flaske brennevin for pasientene og en halv flaske pils for "nordmenn". Men også blant pasientene er det store

forskjeller både når det gjelder drikkemønstre og -mengder. Innen hvert kjønn er alder og sivilstand de bakgrunnsvariablene som best predikerer konsumnivå. I den høyest konsumerende gruppen - ugifte menn i tyveårene - er gjennomsnittsforbruket 50 liter mer enn i den lavest konsumerende gruppen - gifte kvinner over 40 år.

Når det gjelder en del såkalte alkoholismesyntomer, viser data at disse er kjente fenomener for pasientene. Den klare sammenhengen mellom symptomer og konsum for begge kjønn, styrker validiteten av konsumdataene. Det samme gjør samsvaret mellom konsumnivå og det som regnes som selve kardinalsymptomet - "tap av kontroll" - her definert som "stoppet å drikke ved svak beruselse". Det er imidlertid viktig å være klar over at både for mannlige og kvinnelige pasienter er kontrolltap et variabelt fenomen, og selv blant pasienter på høyeste konsumnivå er det likevel bare et mindretall som aldri stopper å drikke ved svak beruselse.

Men ikke bare alkohol blir misbrukt. Blant pasienter i 20-årene har omtrent halvparten sniffet løsemidler, enda flere har brukt cannabis, mens endel færre enn halvparten har erfaring med andre narkotika. For begge kjønn er brukerandelene vesentlig mindre i 30-årsgruppen og blant pasienter over 40 år er brukere av slike stoffer sjeldne. Legemiddelbruk er relativt utbredt og misbruk forekommer i alle aldersgrupper av begge kjønn. Men også når det gjelder legemidler er det flest misbrukere i den yngste gruppen, og for mennenes vedkommende, de av dem som også bruker mest alkohol. Blant legemiddelmisbrukerne er en tredjedel blandingsmisbrukere i den forstand at de vanligvis også tar tabletter i en drikkesituasjon.

De fleste pasientene har opplevd konkrete, negative føl-

ger av misbruket, og mange ser det som den direkte årsak til sosiale og helsemessige problemer. Men ikke alle har opplevd de mer dramatiske utfall og kanskje sier følgende faktum mer om pasientenes daglige tilværelse: Over halvparten av begge kjønn svarer bekreftende på spørsmålene om de i "normal, edru tilstand" er plaget av uro/rastløshet, depresjon, angst, søvnløshet og usikkerhet/sjenanse.

e. Institusjonsoppholdet og utskrivningssituasjonen.

Halvparten av klinikkpasientene har et opphold fra 2 til 4 ukers varighet og gjennomsnittsoppholdet er 30 dager. I kurstedene er oppholdet i gjennomsnitt drøyt dobbelt så langt og 5 prosent av kurstedspasientene har et opphold av minst 6 måneders varighet. I begge institusjonstypene er det de yngste kvinnene som har de korteste oppholdene. Mye taler for at dette skyldes strukturelle og andre forhold ved institusjonene og at denne gruppens behov generelt er svært dårlig ivaretatt.

Bare halvparten av kurstedspasientene og heller ikke mer enn tre fjerdedeler av klinikkpasientene, blir utskrevet fra institusjonen etter gjensidig avtale og forståelse. Relativt mange blir altså utskrevet pga. reglementsbrudd, fravær eller skriver seg ut på tross av institusjonens råd. Blant annet av denne grunn er det forholdsvis mange pasienter som ikke har noen avtale om ettervern.

En sammenligning av pasientenes bolig- og arbeidsforhold før og etter institusjonsoppholdet, viser forholdsvis få forandringer. F.eks. er omtrent halvparten av kurstedspasientene arbeidsløse ved innleggelsen, og 80 prosent av denne gruppen er fortsatt arbeidsløse ved utskrivningen. Prognosen oppfattes som dårlig - med unntak av

de kvinnelige klinikkpasientene er det tilbakefall og behandlingsbehov institusjonene antar vil prege et flertall av pasientene i fremtiden.

Pasienter fra underutvalgene som i løpet av året blir reinnlagt i den samme institusjonen, viser seg å være nærmest "representative" for de respektive utvalgene. Det kan altså ikke påvises spesielle kjennetegn ved pasienter som relativt raskt etter utskrivningen blir innlagt på ny.

2. Undersøkelsens opplegg, gjennomføring og formål

Undersøkelsens utgangspunkt var at vi ønsket data fra mange forskjellige institusjoner spredt over hele landet. I det foregående mener vi å ha dokumentert at vi kom fram til en brukbar metode og et opplegg som var praktisk gjennomførbart. Ertetanker om sider ved opplegget og gjennomføringen som kunne og burde vært gjort annerledes, har liten hensikt i forhold til denne avsluttede undersøkelsen. Likevel er noen slike på sin plass, blant annet for å vise hvordan vi kunne sikret et kvalitativt bedre materiale. Dermed skulle ettertankene også bli av mer allmen relevans.

Mange av svakhetene ved gjennomføringen av undersøkelsen, hvorav de fleste tidligere er nevnt, kan tilbakeføres til mangelfull informasjon til institusjonene og at de fikk for lite tid til å forberede seg. Vårt inntrykk av at undersøkelsen var kjent og at holdningen var positiv, gjaldt nok mer for "toppsjiktet" enn for de ansatte generelt. Det praktiske arbeidet med skjemaene kom ofte som en overraskelse på personalet, og det er neppe tvil om at bedre informasjon ville høynet motivasjonen. Spesielt burde vi ha informert bedre om det utbytte institusjonene selv kunne få i form av en oversiktlig, systematisk og noe annerledes pasientjournal. I

denne forbindelse kan det nevnes at uformelle tilbake-meldinger vi har fått fra intervjuere, tyder på at mange fant arbeidet med skjemaet interessant og at særlig mis-bruksdelen ga både ny informasjon og en del nye perspek-tiver. At den statistiske servise vi tilbød bare i liten grad er blitt oppfattet som et utbytte, henger også sammen med dårlig informasjon. Men det har sannsyn-ligvis også sammenheng med institusjonenes evner og muligheter til å se ut over de daglige krav - det krever både interesse og en viss kompetanse å kunne dra nytte av et "rent" tallmateriale.

En annen side ved informasjonen er at den i større grad burde vært gitt ved personlig kontakt. Dette hadde utvilsomt gunstig virkning i de relativt få institusjo-nene det skjedde. I møte med personalet, i to tilfeller også med pasienter til stede, ble det anledning til å gi mer utfyllende orientering og presisere uklarheter. Det er også grunn til å tro at "forskerens" personlige nær-var, mer enn brev og skriftlige instruksjoner, ville virke motiverende for personalet og skape en følelse av at det er viktig og nyttig at "vår" institusjon bidrar med et godt materiale. Ideelt burde hver institusjon vært besøkt minst to ganger, før skjemaet ble tatt i bruk og ved en senere anledning for gjensidig informa-sjon.

Ordningen med en ansvarlig kontaktperson på institu-sjonen viste seg å fungere godt. Men ikke alltid kom en slik ordning istand og til dels ble den vanskliggjort ved skifting av personale, permisjoner eller annet. Visse sider av samarbeidet, som de praktiske og adminis-trative i forbindelse med skjemaene, ville ha tjent på at vi hadde lagt mer vekt på å komme fram til slike ord-ninger i alle institusjonene. En mulig ulempe kunne være at samarbeidet ville bli for personavhengig, men vi på

vår side opplevde i praksis ikke det, selv når kontakten var stabil over tid.

Undersøkelsens kortsiktige formål - å gi en generell beskrivelse av pasienter i klinikker og kursteder - vil vi påstå å ha oppfylt. Til tross for mangler og svakheter mener vi å ha tegnet et bilde av pasientene som er mer omfattende, men også tydeligere og mer detalj skarpt enn det vi tidligere har hatt. Ved hjelp av det store materialet har vi kunnet avkrefte noen antagelser om pasientene og bekrefte andre. Vi har også kunnet reise spørsmål og antyde hypoteser av både teoretisk og praktisk, klinisk relevans.

Når det gjelder det langsiktige formålet må vi være atskillig mer beskjedne. Tanken om å lage et forskningsinstrument og skaffe til veie basisopplysninger som kunne stimulere senere lokale oppfølgings- og evalueringsundersøkelser, var kanskje urealistisk. Hverken den sentrale eller de lokale "databankene" er til nå blitt brukt til slike formål, i så fall har det ikke ført til publiserte undersøkelser. Sentrale data er imidlertid blitt brukt i andre sammenhenger (Samuelsen 1986. Sæter 1986. Oslo kommune 1986). Det kan også være tilfelle når det gjelder lokalt materiale. Vi vet også at spørsmål fra og deler av registreringsskjemaet har vært brukt i forskning hvor omfanget av personers rusmiddelbruk har vært et sentralt tema (Ravndal, Hammer og Vaglum 1984). Personlige meddelelser fra ansatte i en del institusjoner som deltok i undersøkelsen, tyder på at deltagelsen i seg selv medførte interne diskusjoner og stimulerte til refleksjon omkring institusjonens mål og midler. Kanskje innebærer dette ikke ubetydelige langsiktige effekter. Forventninger om "forskning" fra insti-

tusjonenes side vil derimot antagelig forbli urealistiske så lenge ikke institusjonene rår over tilstrekkelige, relevante ressurser.

LITTERATURLISTE

- Amundsen, L.: "Vernehjemmet - nytt eller gammelt i alkoholistsorgen?" Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1976.
- Armor, D.J., J.M. Polich og H.B. Stambul: "Alcoholism and Treatment". Wiley & Sons. N.Y. 1978.
- Bjørk, E. og N. Tollefsen: "Nille drikker også! En sammenlignende studie av mannlige og kvinnelige "alkoholikere" i et sosialpsykologisk perspektiv". SIFA stensilserie nr. 51. Oslo 1982.
- Bratfos, O.: "Forløpet av alkoholisme. Drikkingen, den sosiale tilpasning og helsen". Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Tromsø 1974.
- Brun-Gulbrandsen, S. og O. Irgens-Jensen: "Alkoholmisbruk blant unge norske sjømenn". Universitetsforlaget. Oslo 1964.
- Brun-Gulbrandsen, S. "Alkoholbruk blant norsk ungdom". Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Tromsø 1976.
- Bruun, K. og T. Markkanen: "Onko alkoholismi parannettavissa?" (Is alcoholism curable?). The Finnish Foundation for Alcohol Studies. Vol.11. Helsinki 1961.
- Bruun, K., m.fl.: "Alcohol Control Policies in Public Health Perspective". The Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki 1975.
- Bønes, B.: "Alkoholistsorg i Norge. En historisk oversikt". Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1978.
- Cahalan, D.: "Problem Drinkers". Jossey-Bass. San Francisco 1970.
- Cahalan, D. og R. Room: "Problem Drinking among American Men". Rutgers Center of Alcohol Studies. Monograph No.7, New Brunswick. New Jersey 1974.

- Christensen, P., S. Fosser og A. Glad: "Promillekjøring og trafikksikkerhet". Transportøkonomisk Institutt. Oslo 1978.
- Diderichsen, A. og S. Skyum-Nielsen: "Om brug og misbrug af alkohol". Socialforskningsinstituttet. Publication 36. København 1969.
- Duckert, F.: "Behavioral Analysis of the Drinking Pattern of Alcoholics". Scand. J. Behav. Ther. 10, No.3. 1981.
- Duckert, F.: "Kvinner med alkoholproblemer som avvikere i behandlingssystemet". SIFA-stensilserie nr.63. Oslo 1982.
- Duckert, F.: "Alkoholproblemer og rekruttering til behandlingstilbud". Alkoholpolitikk, nr. 1. 1984.
- Duckert, M.: "En beskrivelse av klientgruppen ved Statens klinikk for narkomane, Hov i Land". SIFA-stensilserie nr.70. Oslo 1983.
- Engeset, A. og R. Idsøe: "Alkoholmisbrukeres foreldre og brødre". Universitetsforlaget. Oslo 1958.
- Gerstel, E., T. Hartford og C. Pautler: "The Reliability of Drinking Estimates Obtained with Two Data Collection Methods". J. Stud. Alcohol, 41: 89-94. 1980.
- Goldberg, L., K. Bjerver og A. Neri: "Alkoholkonsumtionens fordeling på ulike alkoholvane grupper". I Alkoholkonflikten 1963, Medicinska verkningar. Wenner-Gren Center. Norstedt. Stockholm 1965.
- Gibbs, L. og J. Flanagan: "Prognostic Indicators of Alcoholism Treatment Outcome". The Int. J. of the Addictions. 12, 1097-1141. 1977.
- Goodwin, D.W.: "Biological Predictors of Problem Drinking". I Miller, P.M. og T.D. Nirenberg (red.): "Prevention of Alcohol Abuse". Plenum Press. N.Y. og London 1984.

- Gudjonsson, H.: "Hotell Gjennomtrekk. En sosiologisk undersøkelse av en avrusningsstasjon og klientelet der". Institutt for sosiologi. Oslo 1973.
- Hauge, R. og O. Irgens-Jensen: "Use of alcohol and the negative consequences of such use among men and women in four Nordic countries." SIFA report no.88. Oslo 1984.
- Helseundersøkelsen 1975. NOS. Statistisk Sentralbyrå. Oslo 1977.
- Holmboe, A-M.: "Kvinner innlagt i alkoholklinikk. Har kjønnsblanding uheldige terapeutiske virkninger? Tidsskr. Nor. Lægeforen. nr.32, 105:2278-80. 1985.
- Irgens-Jensen, O.: "Bruk av stoffer blant Oslo-ungdom". Stoffmisbruk, nr.7. 1982.
- Jellinek, C.M.: "The Disease Concept of Alcoholism". Hillhouse Press. New Haven 1960.
- Jenssen, T.: "Etterundersøkelse av 99 stoffmisbrukere som var innlagt ved Statens klinikk for narkomane i 1981". SIFA-stensilserie nr.66. Oslo 1983.
- Kjerkol, O.M.: "Alkoholisme og behandling. En beskrivelse og analyse av et kursted." Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1972.
- Krogh, P.: "Edruskapsnemnda - tilbud og klientel". Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Tromsø 1971.
- Krogh, P.: "A-klinikkundersøkelsen. En foreløpig rapport". Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1975.
- Krogh, P.: "A-klinikken - en kort presentasjon." Tidsskr. om edruskapsspørsmål. Nr. 4. 1977.
- Krogh, P.: "Pasientfellesskap og alkoholismekultur". Sosionomen. nr. 22:13-21. 1980.
- Krogh, P.: "Noen erfaringer fra en utprøving av et spørreskjema for pasienter i alkoholistsorgen". SIFA-stensilserie nr. 56. Oslo 1982.

- Krogh, P. og E. Ravndal: "Streikens virkninger for klientellet ved avrusningsstasjonen i Oslo". I Horverak, Ø. og S. Nordlund (red.): Da Vinmonopolet stengte. Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø 1983.
- Krogh, P. og B.M. Ihlen: "Avrusningsklienter og lørdagsstengte Vinmonopol". I Nordlund, S.(red.): Virkninger av lørdagsstengte Vinmonopolutsalg. En samlerapport. SIFA-stensilserie nr. 85. Oslo 1984.
- Ledermann, S.: "Alcool, alcoolisme, alcoolisation". Vol. 1, Presses Universitaires de France. Paris 1956.
- Lelbach, W.K.: "Organic pathology related to volume and pattern of alcohol use". I Gibbins, R.J. et.al.: Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Vol. 1. Wiley & Sons. N.Y. 1974.
- Levekårsundersøkelsen 1980. NOS, Statistisk Sentralbyrå. Oslo 1982.
- Levekårsundersøkelsen 1983. NOS, Statistisk Sentralbyrå. Oslo - Kongsvinger 1985.
- de Lint, J. og W. Schmidt: "Maximum Individual Alcohol Consumption". Quart. J. Stud. Alcohol, 26:670-673. 1965.
- Løberg, T.: "Neuropsychological Deficits in Alcoholics: Lack of Personality (MMPI) Correlates". I Begleiter, H.: Biological Effects of Alcohol. Proceedings of the International Symposium on Biological Research in Alcoholism. (Zurich,1978). Plenum Press. N.Y. 1980.
- Nordlund, S.: "Data om alkoholspørsmål. Tabellarisk oversikt over resultater fra intervjuundersøkelser 1956-1973". SIFA-stensilserie nr.6. Oslo 1977.
- Nordlund, S.: "Norske drikkevaner. En beskrivelse på grunnlag av offentlig statistikk og survey-data". I Arner, O., R. Hauge og O.-J. Skog (red.): Alkohol i Norge. Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø 1985.

- Odelstingsproposisjon nr.42. (1982-83): "Om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjonene m.v.". Sosialdepartementet.
- Ornstein, P. og J. A. Cherepon: "Demographic Variables as Predictors of Alcoholism Treatment Outcome." J. of Studies on Alc. Vol.46, No.5: 425-432. 1985.
- Oslo kommune, Rehabiliteringskontoret: "Sektoriseringen av det spesialiserte behandlingsapparat for alkoholproblematikere. En evalueringsrapport". Stensil. Oslo 1986.
- Polich, J.M., D.J. Armor og H.B. Stambul.: "The Course of Alcoholism; four years after treatment". Wiley & Sons. N.Y.1981.
- Polich, J.M.: "The Validity of Self-reports in Alcoholism Research". Addictive Behaviors, Vol.7,s.123-132, 1982.
- Ramsøy, O. m.fl.: "På livet. Fra filleproletariatet i Oslo". Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Tromsø 1971.
- Ramsøy, O. m.fl.: "Avrusning: Rapport om Oslo kommunes avrusningsstasjon Storgt. 36". Instituttet for sosiologi. Universitetet i Oslo. 1978.
- Ravndal, E.: "Den kvinnelige alkoholiker sett fra et kjønnsrolleperspektiv. En sosiologisk analyse fra Riisby Kurheim". Hovedoppgave i sosiologi. Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1976.
- Ravndal, E., T. Hammer og P. Vaglum: "Arbeid istedenfor rus? Om arbeidstrening, arbeid og rusmiddelbruk." Universitetsforlaget. Oslo 1984.
- Samuelsen, T.: "Kurstedet. En sosiologisk studie av Bjørnebekk, Statens kursted for alkoholister." Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1986.
- Schmidt, W. og J. de Lint: "Estimating the Prevalence of Alcoholism from Alcohol Consumption and Mortality Data". Quart. J. Stud. Alcohol. 31:957-964. 1970.

- Skog, O.-J.: "Alkohol - alkoholskader - kontroll-
politikk". Norsk Tidsskrift om Edruskapsspørsmålet,
28:107-115. 1976.
- Statistisk Sentralbyrå: "Klienter i institusjoner for
alkoholistomsorg." Statistiske analyser nr. 43. Oslo
1980.
- Stortingsmelding nr. 17. (1975-76): "Om alkoholist-
omsorgen". Sosialdepartementet.
- Straus, R. og S.D. Bacon: "Drinking in College". Yale
University Press. New Haven 1953.
- Sundby, P.: "Alcoholism and Mortality".
Universitetsforlaget. Oslo 1967.
- Sundt, E.: "Ædruelighetstilstanden i Norge". Christiania
1859. (Ny utgave: Gyldendal Norsk Forlag. Oslo
1976.)
- Sæter, O.: "Forandring - eller bare overlevelse.
Beskrivelse av et kursted for alkoholmisbrukere."
Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1986.
- Vaglum, S. og P. Vaglum: "Alkoholmisbrukende kvinnelige
psykiatriske pasienter - en pendlergruppe i
helsevesenet?" Alkoholpolitikk, nr. 3. 1984.
- Vaillant, G.E.: "The Natural History of Alcoholism.
Causes, Patterns and Paths to Recovery". Harvard
University Press. Cambridge, Mass. og London 1983.
- Wabø, M.: "Har AA noe å tilføre dagen alkoholist-
omsorg?" Tidsskr. om edruskapsspørsmål. Nr. 4, 1977.
- Aasland, O. og Heimgård, M-A.: "Stasjon for akutt
avrusning - fem års erfaringer i Oslo." Nordisk
Medisin, 93. 1978.

Statens institutt for alkoholforskning
Dannevigsveien 10, Oslo 4
Tlf. (02) 38 04 85

VEDLEGG.

KONFIDENSIELT

REGISTRERINGSSKJEMA FOR PASIENTER I ALKOHOLISTOMSORGEN

Alle spørsmål skal besvares for alle som blir innlagt som pasienter uansett oppholdstidens lengde. Ved eventuell re-innleggelse, også samme år, skal et nytt skjema fylles ut.

Skriv ikke pasientens navn, adresse eller personnummer i skjemaet, slik at dette blir anonymt.

Skjemaet består i alt av 8 deler — tema. Det anbefales at delene 1–6 (s. 1–11) fylles ut i så nær tilknytning til innleggelsen som mulig og av en person. Delene 7–8 bør fylles ut utskrivnings-, avreisedagen, men ikke nødvendigvis av den samme intervjueren.

Sett ring rundt eller strek under det svaralternativ som passer best. Koden, dvs. det tallet eller tegnet som angir svaret, skrives så i ruten til høyre på arket. Disse rutene er nummerert fortløpende slik det fremgår av tallene foran hvert spørsmål. Påse at alle rutene er utfylt, men bare med ett tall eller tegn i hver.

Som kode brukes tall fra 0–9 og tegnene — (minus), +, =, \$.

Generelt gjelder at:

- betyr "vet ikke", opplysninger mangler" e.l.
- 9 betyr "9 eller flere" der slikt svar passer.

Alle intervjuere må gjøre seg kjent med skjemaet og lese "Veiledning for utfylling av Registreringsskjema for pasienter i alkoholistomsorgen" før intervjuing.

Ferdige utfylte skjemaer sendes etter nærmere avtale til Statens institutt for alkoholforskning hvor kopier blir tatt og originalskjemaene returnert til den enkelte institusjon. Alle skjemaer vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart ved Instituttet etter gjeldende regler.

1. IDENTIFIKASJON

1 - 4	INSTITUSJONENS NAVN:				
-------	----------------------	--	--	--	--

5 - 11. PASIENTENS LOPENUMMER:

12-17. PASIENTENS FØDSELSDATO:

--	--	--	--

18. KJØNN: 1. Mann 2. Kvinne

19-22. FØDSELSKOMMUNE:

Bruk Statistisk Sentralbyrås kommunekode.

3000: Skandinavia 4000: Andre land

--	--	--	--

23-26. NÅVÆRENDE BOSTEDSKOMMUNE:

Bruk Statistisk Sentralbyrås kommunekode.

3000: Skandinavia 4000: Andre land

--	--	--	--	--

2. INNLEGGELSEN

27-32. INNLEGGELSESDATO:

Dag	Mnd.	År			

33. HVORDAN KOM INNLEGGELSEN I STAND?

1: etter pasientens eget initiativ 2: etter initiativ fra familie 3: etter initiativ fra venner, naboer 4: søknad/henvendelse fra privatpraktiserende lege, poliklinikk, edruskapsnemnd, sosialkontor, familierådgivningskontor 5: søknad/henvendelse fra bedriftslege, -sykepleier, AKA 6: søknad/henvendelse fra Kontoret for kriminalomsorg i frihet, tilsynsfører 7: søknad/henvendelse fra annen institusjon innen alkoholistsomsorgen 8: søknad/henvendelse fra institusjon utenom alkoholistsomsorgen, 9: etter bestemmelser om soning, sikring (Fengselsloven § 12 Edruskapsloven § 7, Straffeloven § 39),
+; annen måte.

34. HVOR ER PASIENTEN INNLAGT FRA?

1: privat bopel 2: avrusningsstasjon, sykeavdeling, venteavdeling 3: A-klinikk, kursted 4: tilsynshjem, hybelhus 5: vernehjem 6: herberge 7: fengsel
8: psykiatrisk institusjon 9: somatisk sykehus, +: annen institusjon,
=: annet

35. MENER PASIENTEN SELV AT DET ER EN VISS YTRE "TVANG" VED INNLEGGELSEN?

0: Nei, 1: ja, f.eks. "ultimatum" fra ektefelle eller arbeidsgiver

2: ja, formell tvangsinnleggelse

VED INNLEGGELSEN, VAR PASIENTEN:

0: nei, 1: noe, i noen grad, 2: meget, sterkt

36. påvirket av alkohol

37. påvirket av andre stoffer

38. i bakrus, abstinens

39. i dårlig fysisk almentilstand

40. i psykisk ubalanse, nervøs

- 41-43. HAR PASIENTEN TIDLIGERE VÆRT INNLagt I DENNE INSTITUSJONEN?

Antall ganger og årstall for første innleggelse kodes

000: ikke tidligere innlagt i denne inst. Antall ganger:

19		
----	--	--

3. BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

44. FARS STILLING I DET MESTE AV PASIENTENS OPPVEKST:

0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider

3: spesial-, fagarbeider 4: formann, bas, arbeidsleder 5: lavere funksjonær

6: høyere funksjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker", advokat,

forfatter o.l. 9: skoleelev, student, +: husmor, hjemmeværende,

=: trygdet, pensjonist, S: død, fraværende

45. MORS STILLING I DET MESTE AV PASIENTENS OPPVEKST:

Samme kode som spm. 44

46. FARS ALKOHOLVANER I DET MESTE AV PASIENTENS OPPVEKST:

0: totalavhold 1: meget måteholden, bare sporadisk alkoholbruk

2: "vanlig" bruk, uten problemer 3: bruk med problemer

4: vært til behandling

47. MORS ALKOHOLVANER I DET MESTE AV PASIENTENS OPPVEKST:

Samme kode som spm. 46

48. PASIENTENS OPPVEKSTSSITUASJON - I HOVEDSAK FREM TIL CA. 15 ÅRSALDEREN:

1: oppvokst hos biologisk mor og far 2: enslig mor 3: enslig mor og stefar,

4: enslig far 5: far og stemor 6: adoptiv- foster-, pleieforeldre

7: annen familie 8: hovedsakelig på institusjon 9: annet, nemlig:

49-50. HAR PASIENTEN NOEN GANG FØR 15 ÅRSALDEREN BODD, VÆRT INN-
LAGT PÅ BARNEHJEM, SYKEHUS E.L. I MINST EN MÅNED?

Antall måneder kodes. 00: nei

51. ANTALL SØSKEN:

0: enebarn 1: en søster eller bror, osv.

52. Plass i søskenrekke:

0: enebarn 1: eldst 2: nest eldst, osv.

53. ANTALL SØSKEN MED ALKOHOLPROBLMER:

0: enebarn, ingen søsken med problemer

54. PASIENTENS ALMENUTDANNELSE: (Høyeste nivå kodes)

0: spesialscole, særskole 1: ufullstendig folkeskole 2: 7-årig folkeskole
3: framhald-, folkehøgskole, e.l. 4: avbrutt ungdomsskole 5: fullført ung-
domsskole 6: avbrutt realskole 7: fullført realskole 8: avbrutt gymnas,
videregående almenfaglig linje 9: fullført gymnas, videregående
almenfaglig linje

55-56. ANNEN UTDANNELSE AV FAGLIG, YRKESMESSIG ART:

Antall måneder i fulltids, heltids skole/ opplæring, kodes. 00: ingen

57-58. HAR PASIENTEN VÆRT TIL SJØS?

Antall mnd. kodes. 00: nei 99: i mer enn 99 mnd.

4. AKTUELLE SOSIALE OPPLYSNINGER

59. NÅVÆRENDE FORHOLD TIL ARBEIDSLIVET:

0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider 3: spesial-,
fagarbeider 4: formann, bas, arbeidsleder 5: lavere funksjonær 6: høyere funk-
sjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker", 9: skoleelev,
student, +: husmor, hjemmeværende, =: alderspensjon eller annen
varig trygdeordning

60. BRANSJE - I TILKNYTNING TIL SPM. 59.:

0: arbeidsløs, pensjonist, trygdet 1: jord-, skogbruk, fiske, fangst 2: sjøfart
3: annen transportvirksomhet 4: håndverk, industri 5: bygg, anlegg, gruve,
6: hotell, restaurant, reiseliv 7: forretning, bank 8: kommunal, statlig
tjenesteyting som post, jernbane, o.l. 9: elev, hjemmeværende, +: militære,
S: annet

61. HAR PASIENTEN NOEN PERIODE TIDLIGERE I SITT LIV OG I MINST 1 ÅR, HATT EN BEDRE STILLING ENN DEN NÅVÆRENDE?
0: nei. Hvis ja, bruk samme kode som spm. 59. ☐
- 62-63. CA. HVOR MANGE UKER HAR PASIENTEN VÆRT I LØNNET ARBEID SISTE 12 MND.?
Trekk ikke ifra ferier, sykemelding, sykepermisjon. Maks. 52 uker. ☐
- 64-65. CA. HVOR MANGE UKER HAR PASIENTEN VÆRT SYKMELDT – UANSETT ÅRSÅK – FRA LØNNET ARBEID SISTE 12 MND.?
++: ikke vært i lønnet arbeid siste 12 mnd. ☐
66. PASIENTENS VIKTIGSTE INNTEKTSKILDE SISTE 12 MND.:
1: egen arbeidsinntekt 2: alders/uføretrygd, krigspensjon 3: sykepenger/attføringspenger/morstrygd/overgangsstonad e.l. 4: kommunal sosialhjelp
5: forsørget av andre, familie e.l. 6: vært i institusjon hele eller meste av tiden 7: tigging, bomming, betling 8: prostitusjon, kriminalitet
9: annet, nemlig: ☐
67. HVORDAN HAR PASIENTENS TOTALE ØKONOMISKE SITUASJON STORT SETT VÆRT SISTE 12 MND. – SAMMENLIKNET MED FOLK FLEST I BOSTEDSKOMMUNEN?
1: betydelig bedre enn de fleste 2: noe bedre enn de fleste 3: omtrent middels 4: noe dårligere enn de fleste 5: betydelig dårligere enn de fleste ☐
- 68-69. PASIENTENS LENGSTE SAMMENHENGENDE ARBEIDS-FORHOLD SISTE 3 ÅR?
Antall mnd. kodes. Maks. 36 mnd.
++: ikke vært i lønnet arbeid siste 3 år ☐
70. PASIENTENS NÅVÆRENDE SIVILSTAND:
0: aldri vært gift, 1: samboende 2: gift 3: separert, skilt
4: enke, enkemann ☐
- 71-72. ANTALL ÅR I NÅVÆRENDE SIVILSTAND:
Antall år kodes. 00: aldri vært gift 01: inntil 1 år gift samboende, separert, skilt, enke/enkemann osv. ☐
73. BOLIGSITUASJON I DET MESTE AV DE SISTE 12 MND.:
1: eier eller leier hus, leilighet 2: bor hos foreldre, slekt
3: bor hos venn, venninne 4: bor hos arbeidsgiver, brakke e.l.
5: leier rom, hybel hos andre 6: kollektiv 7: hospits, pensjonat
8: institusjon i alk.omsorgen 9: fengsel, +: annen institusjon
S: herberge, uteligger ☐

74. HVEM BOR PASIENTEN SAMMEN MED – DELER HUSHOLDNINGEN MED?

0: bor alene 1: alene med barn 2: bare ektefelle, samboer 3: ektefelle eller samboer + barn 4: mor og/eller far 5: mor og/eller far + ektefelle eller samboer + evt. barn 6: venner 7: bor i institusjon 8: andre, nemlig

75. FORANDRING I BOLIGSITUASJON SISTE 3 ÅR:

1: blitt betydelig bedre 2: blitt noe bedre 3: uforandret boligsituasjon
4: blitt noe verre 5: blitt betydelig verre
6: både- og, vanskelig å vurdere

76–77. EKTEFELLE ELLER SAMBOERS ALDER:

Alder kodes SS: ikke aktuelt

78. EKTEFELLE ELLER SAMBOERS STILLING:

S: ikke aktuelt, 0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider 3: spesial-, fagarbeider 4: formann, bas, arb.leder 5: lavere funksjonær 6: høyere funksjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker" 9: skoleelev, student, +: husmor, hjemmeværende, =: alderspensjon, annen varig trygdeordning

79. EKTEFELLE ELLER SAMBOERS ALKOHOLVANER:

S: ikke aktuelt, 0: totalavholdende 1: meget måteholden, bare sporadisk bruk 2: "vanlig" bruk, uten problemer 3: bruk med problemer 4: vært til behandling

80. HAR PASIENTEN BARN UNDER 18 ÅR, I ELLER UTENFOR EKTESKAP?

Antall kodes.

81. HVOR MANGE AV SINE BARN UNDER 18 ÅR BOR PASIENTEN SAMMEN MED?

Antall kodes. S: har ikke barn under 18 år.

5. MISBRUK

82. HVA MENER PASIENTEN SELV VAR DE FØRSTE TEGN PÅ AT HANS/ HENNES ALKOHOLBRUK (EVT. ANNET STOFFBRUK) MEDFØRTE PROBLEMER?

0: har ikke opplevd problemer 1: problemer i forhold til familie 2: arbeidsliv 3: økonomi 4: fysisk helse 5: psykisk helse 6: arrestasjon, promillekjøring 7: problemer i forhold til venner, kollegaer, naboer 8: problemer på flere områder oppsto samtidig 9: annet, nemlig:

- 83-84. HVOR GAMMEL VAR PASIENTEN DA DE FØRSTE TEGN, PROBLEMER OPPSTO?

Alder kodes, 00: ingen problemer

--	--

SISTE 12 MND. FØR INNLEGGELSEN - CA. HVOR MANGE DAGER IALT HAR PASIENTEN:

- 85-87. vært "tvunget" avholdende, f.eks. pga. institusjonsopphold?

--	--	--

- 88-90. vært "frivillig" avholdende

--	--	--

- 91-93. brukt alkohol og blitt svakt beruset eller ikke beruset

--	--	--

- 94-96. brukt alkohol og blitt sterkt beruset

--	--	--

Sum skal bli: 3 6 5

HVA OG HVOR MYE DRIKKER PASIENTEN VANLIGVIS I LØPET AV EN DAG HAN/HUN SELV REGNER SEG SOM SVAKT BERUSET?

(Jfr. spm. 91-93) Antall halve flasker (35 cl.) kodes for vedk. sort alkohol. 00: drikker vanligvis ikke vedk.sort 01: 1 halv flaske, evt. mindre 02: 2 halve, osv.

- 97-98. Pils, Bayerøl

--	--

- 99-100. Export, Bokkøl, Juleøl

--	--

- 101-102. Svakvin, dvs. rød-, hvit-, rosevin

--	--

- 103-104. Hetvin, f.eks. portvin, vermouth

--	--

- 105-106. Brennevin, f.eks. vodka, whisky, hjemmebrent

--	--

HVA OG HVOR MYE DRIKKER PASIENTEN VANLIGVIS I LØPET AV EN DAG HAN/HUN SELV REGNER SEG SOM STERKT BERUSET? (Jfr. spm. 94-96)

- 107-108. Pils, Bayerøl

--	--

- 109-110. Eksport, Bokkøl, Juleøl

--	--

- 111-112. Svakvin, dvs. rød-, hvit-, rosevin

--	--

- 113-114. Hetvin, f.eks. portvin, vermouth

--	--

- 115-116. Brennevin, f.eks. vodka, whisky, hjemmebrent

--	--

117. NÅR PASIENTEN BRUKER ALKOHOL OG BLIR SVAKT BERUSET - BRUKER HAN/HUN DA VANLIGVIS OGSÅ ANDRE RUSMIDLER/TABLETTER SAMTIDIG?

S: ikke aktuelt, har ikke blitt svakt beruset siste 12 mnd. 0: nei, vanligvis ikke 1: ja, bruker tabletter/legemidler i tillegg 2: ja, bruker vanligvis illegale stoffer i tillegg 3: 1+2

--

118. NÅR PASIENTEN BRUKER ALKOHOL OG BLIR STERKT BERUSET - BRUKER HAN/HUN DA VANLIGVIS OGSÅ ANDRE RUSMIDLER/TABLETTER SAMTIDIG?

Kodes som spm. 117.

--

119. SISTE 12 MND. — HAR PASIENTEN DRUKKET, BRUKT RUSMIDLER SLIK AT HAN/HUN HAR VÆRT STERKT BERUSET I 3 ELLER FLERE DAGER SAMMENHENGENDE?
0: nei, 1: ja ☐
- 120–121. HVOR MANGE DAGER VARER EN SLIK PERIODE MED STERK BERUSELSE VANLIGVIS?
Antall dager kodes. 00: har ikke hatt slik periode.
122. HVORFOR AVSLUTTES EN SLIK DRIKKEPERIODE VANLIGVIS?
0: har ikke hatt slik periode, 1: pga. økonomi 2: primært pga. fysiske, somatiske reaksjoner, symptomer 3: primært pga. psykiske reaksjoner, symptomer 4: både fysiske og psykiske reaksjoner i samme grad 5: av hensyn til familie eller arbeid 6: av hensyn til andre forpliktelser 7: pga. innleggelse i avrusningsstasjon o.l. 8: pga. arrestasjon 9: annet, nemlig:
123. HVORDAN AVSLUTTES EN SLIK DRIKKEPERIODE VANLIGVIS?
0: har ikke hatt slik periode 1: ved hjelp av "nedtrapping" med alkohol 2: nedtrapping med tabletter, medisiner 3: 1+2, 4: uten hjelpemidler, men med plager, abstinens 5: uten hjelpemidler og uten abstinens 6: på annen måte:
- SISTE 12 MND. — HAR PASIENTEN:
0: nei, 1: ja, av og til, i noen grad 2: ja, ofte, i sterk grad
124. hatt blackout, hukommelsestap etter svak beruselse ☐
125. hatt blackout, hukommelsestap etter sterk beruselse ☐
126. hatt skjelvinger "dagen derpå" ☐
127. hatt reparasjonstrang ☐
128. drukket alkohol for å dempe abstinens, "fyllesjuka" ☐
129. gått minst 1 døgn uten å spise ☐
130. SISTE 12 MND. — HAR DET HENDT AT PASIENTEN BARE HAR DRUKKET SEG SVAKT BERUSET OG STOPPET MED DET?
0: aldri, 1: sjelden, ca. 1 av 10 ganger 2: ca. halvparten av gangene 3: ofte 4: alltid ☐
- 131–133. SISTE 12 MND. — LENGSTE FRIVILLIGE OG SAMMENHENGENDE TOTAL-
AVHOLDENDE PERIODE FRA ALKOHOL
Antall dager kodes

134. **MENER PASIENTEN SELV AT HAN/HUN HAR DRUKKET MER/MINDRE ALKOHOL DETTE SISTE ÅRET ENN DE CA. 3 NÆRMEST FOREGÅENDE ÅR?**
 1: antagelig mer enn noe tidligere år 2: antagelig mer enn de 3 foregående år
 3: hverken mer eller mindre, både/og, vanskelig å si 4: antagelig mindre enn de 3 foregående år 5: antagelig mindre enn noe tidligere år etter at han/hun ble misbruker ☐
-
135. **HAR PASIENTEN HØRT OM – VÆRT MED I – ELLER BLITT OPPFORDRET TIL Å DELTA I AA?**
 0: aldri hørt om AA, 1: hørt om det, men aldri deltatt 2: blitt oppfordret til å delta, men ikke gjort det 3: ja, deltatt noe, sporadisk 4: deltatt over noe lengre tid, evt. i flere perioder 5: har selv drevet kontaktarbeid ☐
-
136. **HAR PASIENTEN NOENGANG RELATIVT SIKKERT HATT DELIRIUM TREMENS?**
 Antall ganger kodes ☐
-
- 137–138. **ALDER VED FØRSTE DELIR**
 00: ikke hatt delir
-
- HAR PASIENTEN NOEN GANG:**
 0: aldri 1: sjelden 2: av og til 3: ofte
139. **brukt alkoholsurrogater (rødsprit, vindusspylervæske o.l.)** ☐
140. **sniffet løsningsmidler** ☐
141. **brukt marihuana eller hasjisj** ☐
142. **brukt andre narkotika (opiater, amfetamin, LSD o.l.)** ☐
-
- HAR PASIENTEN – BORTSETT FRA VED EVT. INSTITUSJONSOPPHOLD BRUKT:**
 0: aldri, 1: ja, men sjelden, sporadisk, evt. etter leges forskrifter
 2: antagelig noe overforbruk 3: misbruk
143. **sovemidler (f.eks. Mogadon, Dalmadorm, Seconal)** ☐
144. **"lette" beroligende midler (f.eks. Valium, Stesolid, Vival)** ☐
145. **andre nervemedisiner (f.eks. Sarotex, Hibanil, Truxal, Melleril)** ☐
-
146. **HVORDAN VURDERER INSTITUSJONEN PASIENTENS AKTUELLE FORHOLD TIL RUSMIDLER/STOFFER, LEGEMIDLER?**
 0: pas.misbruker egentlig ingen rusmidler 1: misbruker bare alkohol, evt. mindre innslag av annet misbruk 2: hovedsakelig alkohol med annet i tillegg 3: utpreget blandingsmisbruk, "tar det han får" 4: hovedsakelig annet misbruk enn alkohol 5: bare annet misbruk, minimalt alkoholmisbruk ☐

147-148. RØYKER PASIENTEN DAGLIG?

Antall gram kodes. 1 sigarett = 1 g., 1 pk. tobakk = 50 g. 00: aldri røykt daglig,
++: har røykt daglig, men sluttet, \$\$: røyker, men ikke daglig.

--	--

SISTE GANG – FORUT FOR INNLEGGELSESDAGEN – PASIENTEN
BRUKTE NOEN FORM FOR:

Ant. dager kodes. +++: aldri brukt, 000: brukt samme dag,
innlegg.dagen, 001: 1 dag siden osv. til 999.

149-151. alkohol			
152-154. alkoholsurrogater			
155-157. stoffer til sniffing			
158-160. marihuana eller hasjisj			
161-163. andre narkotika			
164-166. sovemidler			
167-169. beroligende midler			
170-172. andre nervemedisiner			

HAR PASIENTEN NOEN GANG TIDLIGERE – UANSETT ÅRSAK – VÆRT
I KONTAKT MED:

Ca. antall ganger og årstall for første kontakt/innleggelse kodes

173-176. Sosialkontor eller edruskapsnemnd . Ant.ganger .		19	
177-180. familievernkontor, poliklinikk, alkohol/psykiatrisk »		19	

INNLAGT I:

181-184. A-klinikk Ant. ganger		19	
185-188. kursted »		19	
189-192. tilsynshjem »		19	
193-196. vernehjem »		19	
197-200. avrusningsstasjon »		19	
201-204. psykiatrisk institusjon »		19	
205-208. fengsel »		19	

HAR PASIENTEN NOEN GANG I FORBINDELSE MED ALKOHOLBRUK:

0: nei, 1: ja

209. blitt frarådet alkohol av lege	
210. fått advarsel på arbeidssted	
211. blitt oppsagt i arbeid	
212. blitt skilt/separert	
213. mistet bopel	
214. blitt utskrevet fra institusjon	
215. blitt bøtelagt	

216. HAR PASIENTEN FØRERKORT?
 0: aldri hatt førerkort 1: har førerkort som aldri har vært inndratt,
 2: inndratt p.g.a. promillekjøring, men fått tilbake 3: inndratt og ennå
 ikke fått tilbake 4: inndratt for alltid ☐
-
217. HAR PASIENTEN BORTSETT FRA VED EVT. INSTITUSJONSOPPHOLD –
 BRUKT AVERSAN/ANTABUS?
 0: aldri 1: sporadisk, uregelmessig 2: i kortere perioder
 3: regelmessig over lengre tid, min. 3 mnd. ☐
-
218. HAR PASIENTEN TIDLIGERE IMPLANTERT ESPERAL (INNSYDD
 KAPSEL)?
 Antall ganger kodes ☐
-
6. HELSE
219. HAR PASIENTEN FØR HAN/HUN BLE ALKOHOLMISBRUKER HATT MER
 ALVORLIGE SOMATISKE, FYSISKE SYKDOMMER, HANDICAPS?
 0: nei, alminnelig bra helse 1: ja, nemlig ☐
-
220. HAR PASIENTEN ETTER AT HAN/HUN BLE MISBRUKER – UANSETT
 ÅRSÅK – FÅTT MER ALVORLIGE SYKDOMMER?
 0: nei 1: ja, nemlig ☐
-
221. HAR PASIENTEN ETTER AT HAN/HUN BLE MISBRUKER VÆRT UTSATT
 FOR SKADER, UHELL AV MER ALVORLIG KARAKTER?
 0: nei 1: ja, nemlig ☐
-
222. ER NOEN AV EVENTUELLE FYSISKE SYKDOMMER, HANDICAPS, SKADER
 FREMDELES AKTUELLE (UNDER BEHANDLING, ÅRSÅK TIL SMERTER,
 UFØRHET, VARIG MÉN, E.L.):
 0: har ikke hatt slik sykdom, skade, 1: har hatt, men ikke lenger aktuelt,
 2: ja, nemlig ☐
-
223. HAR PASIENTEN FØR HAN/HUN BLE MISBRUKER HATT PSYKISKE
 SYKDOMMER, LIDELSER, PROBLEMER?
 0: nei, alminnelig bra psykisk helse,
 1: ja, nemlig ☐
-
224. HAR PASIENTEN ETTER AT HAN/HUN BLE MISBRUKER FÅTT
 PSYKISKE SYKDOMMER, PROBLEMER?
 0: nei 1: ja, men bare i nær tilknytning til misbruk, abstinens
 2: ja, nemlig: ☐
-

ER PASIENTEN I "NORMAL" EDRU TILSTAND PLAGET AV:

0: nei 1: noe litt plaget 2: sterkt plaget

225.	søvnløshet	☐
226.	usikkerhet, sjenanse	☐
227.	ensomhet, kontaktsvanser	☐
228.	uro, rastløshet	☐
229.	angst.	☐
230.	depresjon.	☐
231.	tvangstanker, -handlinger	☐
232.	<u>hallusinasjoner, vrangforestillinger</u>	☐

7. OPPHOLDET

HAR INSTITUSJONENS PERSONALE I LØPET AV OPPHOLDET HATT KONTAKT MED:

0: nei 1: ja, pr. telefon eller post 2: ja, personlig

233.	pasientens ektefelle, samboer.	☐
234.	noen av øvrige familie	☐
235.	pasientens arbeidsgiver, overordnet	☐
236.	<u>støttekontakt, ettervernskontakt</u>	☐

237. HAR PASIENTEN BRUKT AVERSAN/ANTABUS UNDER OPPHOLDET?

0: nei 1: av og til 2: ved permisjoner e.l. 3: regelmessig

☐

238. HAR PASIENTEN UNDER OPPHOLDET IMPLANTERT ESPERAL (KAPSEL) ELLER HAR DET VÆRT GJORT KONKRETE FORBEREDELSE TIL IMPLANTERING ETTER UTSKRIVNINGEN?

0: nei 1: ja

☐

239. HAR PASIENTEN HATT PERMISJON?

Høyeste alternativ kodes. 0: nei 1: bare kortere dags-, kveldspermisjon
2: overnattings-weekendperm 3: perm i minst 3 dager sammenhengende☐

HAR PASIENTEN HATT BESØK AV:

0: nei 1: sjelden 2: av og til 3: ofte 4: daglig

240.	ektefelle, samboer	☐
241.	barn	☐
242.	foreldre	☐
243.	annen familie	☐
244.	arbeidsgiver, overordnet	☐
245.	kolleger, venner	☐
246.	støtte-, ettervernskontakt	☐
247.	<u>andre, nemlig</u>	☐

263. ARBEIDSSITUASJON VED UTSKRIVNING:

S: uforandret siden innskrivning.

Hvis forandring — pas. har f.eks. fått ny, evt. mistet jobb, eller fått uføretrygd under oppholdet — kodes:

0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider

3: spesial-, fagarbeider 4: formann, bas, arbeidsleder 5: lavere funksjonær

6: høyere funksjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker"

9: skoleelev, student, +: husmor, hjemmевærende,

=: alderspensjon, annen varig trygdeordning

☐
264. ER DET VED UTSKRIVNINGEN KLAR AVTALE MED PASIENTEN OM ETTERVERNSKONTAKT MED DENNE INSTITUSJONEN?

S: ikke aktuelt, f.eks. pas. overført til annen institusjon,

0: nei, pasienten fraværende, "blitt borte" 1: nei, pas. umotivert 2: nei, praktisk umulig, f.eks. p.g.a. avstander 3: nei, personalet har ikke kapasitet 4: nei, ettervern blir ivarettatt av andre 5: nei, av andre grunner 6: ja, ved individualkontakt 7: ja, ved ettervernsgruppe 8: ja, ved telefonisk kontakt e.l. 9: på annen måte, nemlig:

☐

265. HAR PASIENTEN — UANSETT EVT. AVTALE MED DENNE INSTITUSJONEN, ANDRE STØTTE-, ETTERVERNSKONTAKTER?

S: ikke aktuelt 0: nei 1: ja, AA-kontakt, AA-gruppe 2: ja, annen gruppevirksomhet 3: annen form for ettervern

☐

266. HVORDAN VURDERER INSTITUSJONEN PASIENTENS FREMTIDIGE FORHOLD TIL ALKOHOL?

S: ikke aktuelt, har ikke alkoholproblem 1: vil antagelig bli totalavholdende 2: totalavholdende med enkelte, mindre alvorlige "sprekker" uten behandlingsbehov 3: lange edru perioder, men større sprekker med behandlingsbehov, 4: vil antagelig bli "måteholds-, normalbruker" 5: vil antagelig relativt ofte ha sprekker og behandlingsbehov 6: vil antagelig bli en kroniker og "gjenganger" i alkoholistsorgen 7: umulig å vurdere.

☐
267. HAR PASIENTEN SELV GITT UTTRYKK FOR ET STANDPUNKT TIL FREMTIDIG ALKOHOLBRUK?

S: ikke aktuelt, har ikke alkoholproblem 0: nei 1: ja, men vil fortsette som før 2: ja, men vil moderere seg 3: ja, vil holde seg tørr en dag om gangen 4: vil holde seg tørr en periode fremover, "se det an" 5: går inn for varig avhold, uten "å love noe".

☐

268. HAR PASIENTEN SELV GITT UTTRYKK FOR ET STANDPUNKT TIL EVT. ANNET RUSMIDDELPROBLEM? (Jfr. spm. 146).

5: ikke aktuelt, har ikke annet rusmiddelpproblem 0: nei 1: ja, har gitt uttrykk for en viss vilje til endring, bedring 2: ja, har tatt klart standpunkt mot fortsatt misbruk av andre stoffer 3: vil fortsette annet misbruk, evt. i stedet for alkohol.

☐

269. SKJEMAET ER FYLT UT AV:

Antall forskjellige personer kodes

☐

- 270–271. SKJEMAUTFYLLERS STILLING I INSTITUSJONEN: (kan kodes for to personer).

1: bestyrer, bestyrerassistent 2: sosionom, kurator 3: lege 4: psykolog
5: sykepleier, hjelpepleier 6: miljøarbeider, verneassistent 7: sykepleier-,
sosionom-, psykologpraktikant 8: medisinerstudent
9: annen stilling

☐ ☐

272. EVENTUELLE TILLEGGSOPPLYSNINGER:

0: ingen 1: ja, nemlig:

☐

KONFIDENSIELT

RE-INNLEGGELSESSKJEMA

Dette skjemaet skal brukes for alle pasienter som blir re-innlagt i den samme institusjonen som fylte ut det fullstendige registreringsskjemaet.

Skriv ikke pasientens navn, adresse eller personnummer i skjemaet, slik at dette blir anonymt.

Skjemaet består i alt av 6 deler — tema og er ikke så omfattende som det fullstendige registreringsskjemaet. Det anbefales at delene 1—5 (s.1—7) fylles ut i så nær tilknytning til innleggelsen som mulig og av en person. Del 6 bør fylles ut utskrivnings-, avreisedagen, men ikke nødvendigvis av den samme intervjueren.

Sett ring rundt eller strek under det svaralternativ som passer best. Koden, dvs. det tallet eller tegnet som angir svaret, skrives så i ruten til høyre på arket. Disse rutene er nummerert fortløpende slik det fremgår av tallene foran hvert spørsmål. Påse at alle rutene er utfylt, men bare med ett tall eller tegn i hver.

Som kode brukes tall fra 0—9 og tegnene — (minus), +, =, S.

Generelt gjelder at:

- betyr "vet ikke", "opplysninger mangler" e.l.
- 9 betyr "9 eller flere" der slikt svar passer.

Alle intervjuere må gjøre seg kjent med skjemaet og lese "Veiledning for utfylling av Registreringsskjema for pasienter i alkoholistomsorgen" før intervjuing.

Ferdige utfylte skjemaer sendes etter nærmere avtale til Statens institutt for alkoholforskning hvor kopier blir tatt og originalskjemaene returnert til den enkelte institusjon. Alle skjemaer vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart ved Instituttet etter gjeldende regler.

1-4.	INSTITUSJONENS NAVN:								
5-11.	PASIENTENS LØPENUMMER VED DENNE INNLEGGELSEN:								
12-17.	PASIENTENS FØDSELSDATO:								
		Dag			Mnd.		År		
18.	KJØNN: 1: mann 2: kvinne								
19-22.	NÅVÆRENDE BOSTEDSKOMMUNE: Bruk Statistisk Sentralbyrås kommunekode								
23-29.	PASIENTENS LØPENUMMER I DET FULLSTENDIGE REGISTRE- RINGSSKJEMAET:								
30.	ANTALL TIDLIGERE INNLEGGELSER SOM DET ER FYLT UT SKJEMA FOR VED DENNE INSTITUSJONEN (denne medregnet, dvs. minimum 2):								
31-33.	ANTALL DAGER MELLOM SISTE (FORRIGE) UTSKRIVNING OG DENNE INNLEGGELSEN:								

2. INNLEGGELSEN

34—39.	INNLEGGELSESDATO:			
		Dag	Mnd.	År

41. HVOR ER PASIENTEN INNLAGT FRA?

1: privat bopel 2: avrusningsstasjon, sykeavdeling, venteavdeling 3: A-klinikk, kursted 4: tilsynshjem, hybelhus 5: vernehjem 6: herberge 7: fengsel
8: psykiatrisk institusjon 9: somatisk sykehus +: annen institusjon
=: annet

☐

42. HVA ER ÅRSAKEN TIL – BAKGRUNNEN FOR – INNLEGGELSEN?

1: hovedsaklig rusmiddelmisbruk 2: misbruk + sosiale årsaker 3: misbruk + familiære årsaker 4: misbruk + psykiske årsaker 5: kombinasjoner av 2,3,4. 6: forebygge sprekk 7: annen årsak

☐

43. MENER PASIENTEN SELV AT DET ER EN VISS YTRE "TVANG" VED INNLEGGELSEN?

0: nei 1: ja, f.eks. "ultimatum" fra ektefelle eller arbeidsgiver
2: ja, formell tvangsinnleggelse

☐

VED INNLEGGELSEN, VAR PASIENTEN:

0: nei 1: noe, i noen grad 2: meget, sterkt

44.	påvirket av alkohol	☐
45.	påvirket av andre stoffer	☐
46.	i bakrus, abstinens	☐
47.	i dårlig fysisk almentilstand	☐
48.	i psykisk ubalanse, nervøs	☐

3. AKTUELLE SOSIALE OPPLYSNINGER

49. NÅVÆRENDE FORHOLD TIL ARBEIDSLIVET:

0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider 3: spesialfagarbeider 4: formann, bas, arbeidsleder 5: lavere funksjonær 6: høyere funksjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker" 9: skoleelev, student +: husmor, hjemmeværende =: alderspensjon eller annen varig trygdeordning

☐

50. BRANSJE – I TILKNYTNING TIL SPM. 49.:

0: arbeidsløs, pensjonist, trygdet 1: jord-, skogbruk, fiske, fangst 2: sjøfart 3: annen transportvirksomhet 4: håndverk, industri 5: bygg, anlegg, gruve 6: hotell, restaurant, reiseliv 7: forretning, bank 8: kommunal, statlig tjenesteyting som post, jernbane, o.l. 9: elev, hjemmeværende +: militære S: annet

☐

51. ER DET NOEN FORANDRINGER I PASIENTENS ARBEIDSFORHOLD ETTER SISTE UTSKRIVNING FRA DENNE INSTITUSJONEN?
 0: nei, stort sett uforandret 1: ja, bedre forhold, f.eks. bedre jobb, mer stabilitet e.l. 2: ja, dårligere forhold, f.eks. mer sykmeldt e.l. 3: fått varig trygdeordning 4: annet, nemlig: ☐
52. PASIENTENS VIKTIGSTE INNTEKTSKILDE ETTER SISTE UTSKRIVNING:
 1: egen arbeidsinntekt 2: alders/uføretrygd, krigspensjon 3: sykepenger/attføringspenger/morstrygd/overgangsstønad e.l. 4: kommunal sosialhjelp 5: forsørgt av andre, familie e.l. 6: vært i institusjon hele eller meste av tiden 7: tigging, bomming, betling 8: prostitusjon, kriminalitet 9: annet, nemlig: ☐
53. PASIENTENS NÅVÆRENDE SIVILSTAND:
 0: aldri vært gift 1: samboende 2: gift 3: separert, skilt 4: enke, enkemann ☐
54. BOLIGSITUASJON I DET MESTE AV TIDEN ETTER SISTE UTSKRIVNING:
 1: eier eller leier hus, leilighet 2: bor hos foreldre, slekt 3: bor hos venn, venninne 4: bor hos arbeidsgiver, brakke e.l. 5: leier rom, hybel hos andre 6: kollektiv 7: hospits, pensjonat 8: institusjon i alk.omsorgen 9: fengsel +: annen institusjon S: herberge, uteligger ☐
55. ER DET NOEN FORANDRINGER I PASIENTENS BOLIGSITUASJON ETTER SISTE UTSKRIVNING?
 0: nei, stort sett uforandret 1: ja, til det bedre 2: ja, til det verre ☐
56. HAR PASIENTEN ETTER SISTE UTSKRIVNING FÅTT NOEN FORM FOR UTDANNING ELLER OPPLÆRING?
 0: nei 1: ja, påbegynt, men blir neppe fullført 2: ja, påbegynt og blir antakelig fullført 3: ja, fullført, nemlig: ☐

HAR DET ETTER SISTE UTSKRIVNING SKJEDD NOE SOM HAR ENGASJERT PASIENTEN OG GITT HAM/HENNE POSITIVE FØLELSER, REAKSJONER?

F.eks. i forbindelse med:

0: nei 1: ja

57. fått nye nære venner	
58. kjærlighetsforhold, forelskelse	
59. gledelige familiebegivenheter	
60. religiøse opplevelser, omvendelse	
61. gaver, premier, gevinster	
62. andre positive opplevelser eller hendelser, nemlig:	

HAR DET ETTER SISTE UTSKRIVNING SKJEDD NOE SOM HAR GITT PASIENTEN STERKE NEGATIVE FØLELSER, REAKSJONER?

F. eks. i forbindelse med:

0: nei 1: ja

63. egen sykdom, ulykke	
64. alvorlig sykdom hos nærstående person	
65. dødsfall hos nærstående	
66. mistet vennskap, kontakt av andre grunner	
67. andre ulykkelige, uheldige familiebegivenheter	
68. tap av eiendom, verdier	
69. annet, nemlig	

(jfr. også spm. 110–115)

4. MISBRUK

I TIDEN MELLOM SISTE UTSKRIVNING OG DENNE INNLEGGELSEN – HVOR MANGE DAGER I ALT HAR PASIENTEN:

70–72. vært "tvunget" avholdende, f.eks. pga. institusjonsopphold? ..			
73–75. vært "frivillig" avholdende			
76–78. brukt alkohol og blitt svakt beruset eller ikke beruset			
79–81. brukt alkohol og blitt sterkt beruset			

(Summen skal bli ant. dager mellom ut/innskrivning, jfr. spm. 31–33)

HVA OG HVOR MYE DRIKKER PASIENTEN VANLIGVIS I LØPET AV EN DAG HAN/HUN SELV REGNER SEG SOM SVAKT BERUSET?

(Jfr. spm. 76–78) Antall halve flasker (35 cl.) kodes for vedk. sort alkohol.

00: drikker vanligvis ikke vedk. sort 01: 1 halv flaske, evt. mindre

02: 2 halve, osv.

32–83.	Pils, Bayerøl		
34–85.	Export, Bokkøl, Juleøl		
86–87.	Svakvin, dvs. rød-, hvit-, rosevin		
88–89.	Hetvin, f.eks. portvin, vermouth		
90–91.	Brennevin, f.eks. vodka, whisky, hjemmebrent		

HVA OG HVOR MYE DRIKKER PASIENTEN VANLIGVIS I LØPET AV EN DAG HAN/HUN SELV REGNER SEG SOM STERKT BERUSET?

(Jfr. spm. 79–81.)

92–93.	Pils, Bayerøl		
94–95.	Eksport, Bokkøl, Juleøl		
96–97.	Svakvin, dvs. rød-, hvit-, rosevin		
98–99.	Hetvin, f.eks. portvin, vermouth		
100–101.	Brennevin, f.eks. vodka, whisky, hjemmebrent		

SIDEN SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN:

0: aldri 1: sjelden 2: av og til 3: ofte

102.	brukt alkoholsurrogater (rødsprit, vindusspylevæske o.l.)	
103.	sniffet løsningsmidler	
104.	brukt marihuana eller hasjisj	
105.	brukt andre narkotika (opiater, amfetamin, LSD o.l.)	

SIDEN SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN BORTSETT FRA VED EVT. INSTITUSJONSOPPHOLD – BRUKT:

0: nei, 1: ja, men sjelden, sporadisk, evt. bare etter leges forskrifter 2: antagelig noe overforbruk 3: misbruk

106.	sovemidler (f.eks. Mogadon, Dalmadorm, Seconal)	
107.	“lettere” beroligende midler (f.eks. Valium, Stesolid, Vival)	
108.	andre nervemedisiner (f.eks. Sarotex, Hibanil, Truxal, Melleril)	

109. HVORDAN VURDERER INSTITUSJONEN PASIENTENS AKTUELLE FORHOLD TIL RUSMIDLER/STOFFER, LEGEMIDLER?

0: pas.misbruker egentlig ingen rusmidler 1: misbruker bare alkohol, evt. mindre innslag av annet misbruk 2: hovedsakelig alkohol med annet i tillegg 3: utpreget blandingsmisbruk, "tar det han får" 4: hovedsakelig annet misbruk enn alkohol 5: bare annet misbruk, minimalt alkoholisbruk

--

SIDEN SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN I FORBINDELSE MED RUSMIDDELBruk:

- | | | |
|------|--|--|
| 110. | blitt oppsagt i arbeid | |
| 111. | blitt skilt, separert | |
| 112. | mistet bolig | |
| 113. | blitt utskrevet fra institusjon | |
| 114. | mistet førerkort | |
| 115. | vært innblandet i andre kriminelle forhold | |

SIDEN SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN HATT KONTAKT MED DENNE INSTITUSJONEN?

0: nei 1: ja, men svært lite, uregelmessig, sporadisk 2: ja, noe mer, 3: ja, regelmessig over tid

- | | | |
|------|------------------------------|--|
| 116. | ved individualkontakt | |
| 117. | i gruppe | |
| 118. | pr. telefon eller brev | |
| 119. | på annen måte | |

SIDEN SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN I FORBINDELSE MED SITT RUSMIDDELPROBLEM HATT NOEN FORM FOR ETTERVERN – STØTTEKONTAKT MED NOEN ANNEN INSTANS (men uten innleggelse)?

0: nei 1: ja, men svært lite, uregelmessig, sporadisk 2: ja, noe mer 3: ja, regelmessig over tid

- | | | |
|------|------------------------------|--|
| 120. | ved individualkontakt | |
| 121. | i gruppe | |
| 122. | pr. telefon eller brev | |
| 123. | på annen måte | |

5. HELSE

ETTER SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN, UANSETT ÅRSÅK, VÆRT INNLAGT:

0: nei 1: ja, 1 gang 2: 2 ganger, osv.

124. annen institusjon i alkoholistsorgen ☐
125. annen institusjon, uansett type ☐

ETTER SISTE UTSKRIVNING – HAR PASIENTEN:

0: nei 1: ja, som har medført mindre skader, mén
2: ja, som har medført alvorligere skader, mén

126. hatt uhell, trafikk-, arbeidsulykke e.l. ☐
127. blitt overfalt, slåssing e.l. ☐

128. SAMMENLIKNET MED FORRIGE INNLEGGELSE – VIRKER PASIENTENS FYSISKE, SOMATISKE TILSTAND VED DENNE INNLEGGELSE:

1: betydelig bedre enn ved forrige innleggelse 2: noe bedre enn ved forrige innleggelse 3: uforandret omtrent den samme 4: noe verre, dårligere 5: betydelig verre, dårligere

☐

129. SAMMENLIKNET MED FORRIGE INNLEGGELSE – VIRKER PASIENTENS PSYKISKE TILSTAND VED DENNE INNLEGGELSEN:

Svaralternativ som ovenfor

☐

6. UTSKRIVNING

130–135. UTSKRIVNINGSDATO:

Dag		Mnd.		År	

136. UTSKRIVNINGSÅRSÅK:

0: regulær utskrivning, etter gjensidig avtale 1: pasienten skrev seg ut mot personalets råd 2: utskrevet p.g.a. fravær 3: utskrevet p.g.a. misbruk 4: utskrevet p.g.a. andre reglementsbrudd 5: overført til annen institusjon 6: andre årsaker, nemlig:

☐

137. VED UTSKRIVNINGEN, AVREISEN, VAR PASIENTEN:
 0: edru 1: påvirket av alkohol 2: påvirket av andre stoffer
 3: 1+2. 4: ukjent ☐
-
138. HVA UTSKRIVES PASIENTEN TIL (BOLIGSITUASJON)?
 S: samme boligsituasjon som ved innskrivning (og som ikke er institusjon
 jfr. spm. 54) 0: somatisk sykehusavd. 1: psykiatrisk klinikk, avd.
 2: venteavdeling 3: A-klinikk, kurhjem 4: tilsynshjem 5: vernehjem
 6: hybelhus, bokollektiv 7: fengsel 8: ukjent 9: annet, nemlig: ☐
-
139. ARBEIDSSITUASJON VED UTSKRIVNING:
 S: uforandret siden innskrivning.
 Hvis forandring — pas. har f.eks. fått ny, evt. mistet jobb, eller fått uføretrygd
 under oppholdet — kodes:
 0: arbeidsløs 1: løsarbeider, sesongarbeider 2: ufaglært, hjelpearbeider
 3: spesial-, fagarbeider 4: formann, bas, arbeidsleder 5: lavere funksjonær
 6: høyere funksjonær 7: selvstendig næringsdrivende 8: "frie yrker"
 9: skoleelev, student, +: husmor, hjemmeværende
 =: alderspensjon, annen varig trygdeordning ☐
-
140. ER DET VED UTSKRIVNINGEN KLAR AVTALE MED PASIENTEN OM
 ETTERVERNSKONTAKT MED DENNE INSTITUSJONEN?
 S: ikke aktuelt, f.eks. pas. overført til annen institusjon
 0: nei, pasienten fraværende, "blitt borte" 1: nei, pas. umotivert 2: nei, praktisk
 umulig, f.eks. p.g.a. avstander 3: nei, personalet har ikke kapasitet 4: nei, etter-
 vern blir ivarettatt av andre 5: nei, av andre grunner 6: ja, ved individuellkontakt
 7: ja, ved ettervernsgruppe 8: ja, ved telefonisk kontakt e.l. 9: på annen
 måte, nemlig: ☐
-
141. HAR PASIENTEN — UANSETT EVT. AVTALE MED DENNE INSTITUSJONEN,
 ANDRE STØTTE-, ETTERVERNSKONTAKTER?
 S: ikke aktuelt 0: nei 1: ja, AA-kontakt, AA-gruppe 2: ja, annen
 gruppevirksomhet 3: annen form for ettervern ☐
-
142. HVORDAN VURDERER INSTITUSJONEN PASIENTENS FREMTIDIGE FOR-
 HOLD TIL ALKOHOL?
 S: ikke aktuelt, har ikke alkoholproblem 1: vil antagelig bli totalavholdende
 2: totalavholdende med enkelte, mindre alvorlige "sprekker" uten behandlings-
 behov 3: lange edru perioder, men større sprekker med behandlingsbehov
 4: vil antagelig bli "måteholds-, normalbruker" 5: vil antagelig relativt ofte
 ha sprekker og behandlingsbehov 6: vil antagelig bli en kroniker og "gjenganger"
 i alkoholistsorgen 7: umulig å vurdere ☐
-

143. HAR PASIENTEN SELV GITT UTTRYKK FOR ET STANDPUNKT TIL FREMTIDIG ALKOHOLBRUK?

S: ikke aktuelt, har ikke alkoholproblem 0: nei 1: ja, men vil fortsette som før
2: ja, men vil moderere seg 3: ja, vil holde seg tørr en dag om gangen
4: vil holde seg tørr en periode fremover, "se det an" 5: går inn for varig avhold, uten "å love noe"

☐

144. HAR PASIENTEN SELV GITT UTTRYKK FOR ET STANDPUNKT TIL EVT. ANNET RUSMIDDELPROBLEM? (Jfr. spm. 109).

S: ikke aktuelt, har ikke annet rusmiddelproblem 0: nei 1: ja, har gitt uttrykk for en viss vilje til endring, bedring 2: ja, har tatt klart standpunkt mot fortsatt misbruk av andre stoffer 3: vil fortsette annet misbruk, evt. i stedet for alkohol

☐

145. SKJEMAET ER FYLT UT AV:

Antall forskjellige personer kodes

☐

146-147. SKJEMAUTFYLLERS STILLING I INSTITUSJONEN: (kan kodes for to personer).

1: bestyrer, bestyrerassistent 2: sosionom, kurator 3: lege 4: psykolog
5: sykepleier, hjelpepleier 6: miljøarbeider, verneassistent 7: sykepleier-,
sosionom-, psykologpraktikant 8: medisinerstudent
9: annen stilling

☐ ☐

148. EVENTUELLE TILLEGGSOPPLYSNINGER:

0: ingen 1: ja, nemlig:

☐

ENGLISH SUMMARY**ALCHOLIC PATIENTS IN CLINICS AND HEALTH RESORTS.**

In 1981 and 1982 the National Institute for Alcohol and Drug Research conducted a survey in a number of inpatient treatment institutions for alcoholics. The main purpose of the survey was to collect and systematize information about the patients - but also perform this in a manner that would allow the information to serve as a database for later evaluative and follow-up studies. This report is based on information concerning 1852 patients representing a cross-section of the 5-6000 alcoholics admitted to these institutions for treatment each year.

14 per cent of the patients were women, and the average age was roughly forty years for both sexes. The study showed that many of the patients grew up under unfavourable childhood conditions. For instance, many of them had alcoholic parents. The patients' level of education was very low and the great majority of them made their living as unskilled workers. Their socio-economic status at the time of the survey was significantly below the general standard.

Compared to the population in general, a significant number of the patients had never married, and those who had, many had subsequently been divorced. Many patients were living with an alcoholic partner. This was particularly true of the female patients - 65 percent of them described their partners as alcoholic.

Only 4 percent of the patients had been committed. As many as 41 percent have had at least one prior admission

to the institution at which they were staying at the time of the interview. Concerning prior admissions to institutions in general, the male patients were the more experienced. However, the female patients had had more frequent contact with psychiatric clinics.

During the 12-month period prior to their admission, the male patients had consumed 60 litres of pure alcohol, the female patients 12 litres less. As a group, the patients consumed eight times as much alcohol as the average Norwegian adult. But tremendous variation was also noted among the individual patients with a view to amounts consumed, drinking frequency and drinking patterns. Sex, age and marital status appear to be the best predictors of level of consumption: The heaviest drinkers - unmarried men in their twenties - drank 50 litres more than the most moderate drinkers - married women over forty.

Almost all of the patients reported experiencing one or more of the traditional "syptoms of alcoholism". There was a strong correlation between the severity of the syptoms and level of alcohol consumption. A symptom like for instance "loss of controll" is nevertheless not a all-or-none phenomenon - even among the heaviest drinkers only a minority indicated that they never stopped drinking at a moderat level of intoxication.

Many of the patients are familiar with illegal drugs. This applied to the young male patients in particular. However, heavy use of prescription drugs occurs in all age-groups among both sexes.

Most of the patients had experienced one or more rather serious negative side-effects of alcohol abuse. The vast majority reported suffering from various nervous symptoms - most prevalent were restlessness, depression

and anxiety. Not unexpectedly, we found positive correlations between the level of consumption and the frequency of such side-effects and symptoms.

The study was not intended to evaluate the patients' stays in institutions. However, the data do indicate that the long-term impact of institutionalization on the patients' social rehabilitation and drinking habits is relatively negligible.