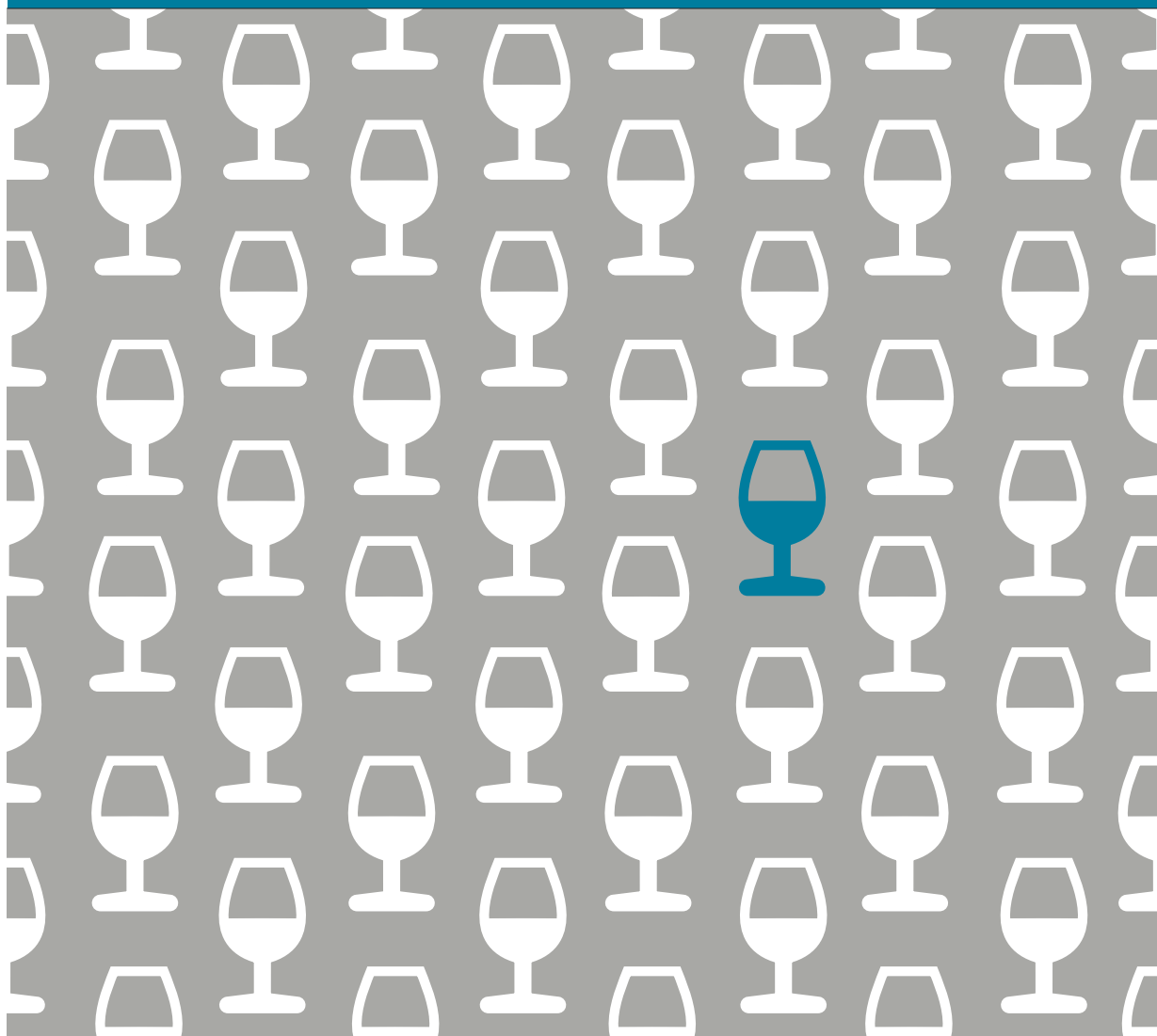




# ALKOHOLSTATISTIK 2015

Nationale data



**Alkoholstatistik 2015. Nationale data**

© Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Emneord: Alkohol, tal og analyse, graviditet, alkoholforbrug, alkoholskader.

Sprog: Dansk.

Kategori: Faglig rådgivning.

Version: 1.0.

Versionsdato: Januar 2015.

Format: PDF

Redigering: Lene Halmø Terkelsen, journalist.

Grafisk layout: Michala C. Bendixen.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-053-1

# FORORD

---

Alkohol er en af de faktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Ikke alene spiller alkohol en rolle i forhold til udviklingen af en lang række sygdomme, som fx visse typer af kræft, alvorlig leverlidelse, mave-, tarm-, lunge- og muskelskeletsygdomme. Alkohol er også skyld i for tidlig død. Dertil kommer de ulykker, som sker på grund af alkohol, og de øvrige konsekvenser alkohol kan have – også for andre end den person, der drikker.

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut oplever da også en stor interesse for viden om alkohol. For at imødekomme efterspørgslen samler vi i denne rapport de seneste opdaterede statistiske oplysninger på nationalt niveau. Oplysningerne stammer fra Statens Serums Instituts registre og fra eksterne registre.

Rapporten belyser blandt andet udviklingen i danskernes alkoholforbrug og sammenligner med andre lande. Desuden fokuseres der på den sygdom og dødelighed, som er forbundet med alkohol, samt de sociale og samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholoverforbrug. Unges og ældres alkoholvaner bliver belyst i særskilte kapitler.

Vi håber, at rapporten vil gøre det lettere for både fagfolk, beslutningstagere, presse og borgere i al almindelighed at få fat i de relevante oplysninger på alkoholområdet og bidrage til en systematisk og styrket forebyggelses- og behandlingsindsats på alkoholområdet.

København 2015

Jette Jul Bruun  
*Enhedschef,*  
*Sundhedsstyrelsen*

Poul Erik Hansen  
*Afdelingschef,*  
*Statens Serum Institut*

# INDHOLD

---

<b>Om publikationen</b>	<b>7</b>
<b>1 Alkoholforbruget i Danmark</b>	<b>8</b>
1.1 Alkoholsalget	9
1.2 Alkoholforbruget og grænsehandel	10
1.3 Forbruget af forskellige alkoholtyper	11
<b>2 Danskernes alkoholforbrug sammenlignet med andre lande</b>	<b>12</b>
2.1 Forbrug af alkohol i OECD landene	13
2.2 Udviklinger i salg af alkohol i de europæiske lande	14
<b>3 Danskernes alkoholvaner</b>	<b>16</b>
3.1 Alkoholforbrug	17
Drikker ikke alkohol	17
Drikker over lavrisikogrænsen for alkoholindtagelse	20
Drikker over højriskogrænsen for alkoholindtagelse	21
Fem eller flere genstande ved samme lejlighed	22
3.2 Sociale forskelle i alkoholforbrug	23
3.3 Metode og metodeovervejelser	25
3.4 Kvinders alkoholforbrug i graviditeten	25
3.5 Gravides kontakt til sundhedsvæsen om alkoholbrug	26
3.6 Årsager til at drikke/ikke drikke alkohol	26
Grunde til at drikke alkohol	26
Grunde til ikke at drikke alkohol	27
<b>4 Skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed</b>	<b>28</b>
4.1 Kvantificering og karakteristik af alkoholoverforbruget	29
<b>5 Alkoholrelateret sygelighed og dødelighed</b>	<b>30</b>
5.1 Alkoholrelateret sygelighed	31
Alkoholrelateret kontakt til sygehus	31
Personer i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom	31
Personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus fordelt på diagnosegrupper	32
Alkoholbetinget skrumpelever	33

5.2	Alkoholrelaterede dødsfald	34
	Dødelighed som følge af alkoholbetinget skrumpelever	35
5.3	Metoder til at opgøre sygelighed og dødelighed	36
	Alkoholrelateret sygelighed	36
	Alkoholrelateret dødelighed	37
<b>6</b>	<b>Alkoholbehandling</b>	<b>38</b>
6.1	Modtager medicin mod alkoholafhængighed	39
	Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed	39
	Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed fordelt på lægemidler	40
6.2	Personer i offentligt finansieret alkoholbehandling	42
6.3	Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller er i offentligt finansieret alkoholbehandling	42
6.4	År med alkoholoverforbrug inden behandlingsstart	44
6.5	Metode og metodeovervejelser ved alkoholbehandlingsopgørelserne	44
6.6	Behandling i Kriminalforsorgen	44
<b>7</b>	<b>Meromkostninger i forbindelse med alkoholoverforbrug</b>	<b>46</b>
7.1	De kommunale meromkostninger til alkoholoverforbrug	46
7.2	Metode og metodeovervejelser	47
7.3	De samfundsmæssige meromkostninger til alkoholoverforbrug	47
7.4	Meromkostninger og merforbrug i sundhedsvæsenet grundet alkoholoverforbrug	47
<b>8</b>	<b>Sociale konsekvenser ved alkoholoverforbrug</b>	<b>48</b>
8.1	De sociale konsekvenser	48
8.2	Sygefravær på grund af alkoholoverforbrug	49
8.3	Negative oplevelser med alkohol	49
8.4	Anbragt i detention på grund af beruselse	49
<b>9</b>	<b>Følger for andre – pårørende, herunder børn, og i forbindelse med trafik og vold</b>	<b>50</b>
9.1	Børn	51
	Følger efter alkohol i graviditeten	51
	Antal børn, der vokser op i familier med alkoholoverforbrug	51
	Følger for børn, der vokser op i familie med alkoholoverforbrug	51
9.2	Gener af andres høje alkoholforbrug	52

9.3 Trafik	52
Trafikulykker og alkohol	52
Spirituskørsel	54
Oplevelser i trafikken med andres beruselse	54
<b>10 Unge og alkohol</b>	<b>55</b>
10.1 Unges alkoholvaner	56
10.2 Unges angivelser af årsager til at drikke/ikke at drikke alkohol samt negative oplevelser i forbindelse med at drikke alkohol	58
Årsager til at drikke alkohol	58
Årsager til ikke at drikke alkohol eller have et meget lille forbrug	58
Unges negative oplevelser med alkohol	58
10.3 Alkoholdebut og erfaringer med at være fuld	59
Alkoholdebut blandt 11-15-årige	59
Erfaringer med at være fuld blandt de 11, 13 og 15-årige	61
10.4 Unges alkoholvaner – set i internationalt perspektiv	63
10.5 Unges alkoholrelaterede sygelighed og dødelighed	65
Alkoholrelateret kontakt til sygehus	65
Alkoholrelateret dødelighed	66
10.6 Unge i behandling for alkoholoverforbrug	67
<b>11 Ældre og alkohol</b>	<b>70</b>
11.1 Ældres alkoholvaner	71
11.2 Sociale forskelle i alkoholforbrug blandt ældre	75
11.3 Ældres angivelser af årsager til at drikke/ikke at drikke alkohol samt samt negative oplevelser med alkohol	76
Årsager til at drikke alkohol	76
Årsager til ikke at drikke alkohol eller have et meget lille forbrug	76
Ældres negative oplevelser med alkohol	76
11.4 Ældres alkoholrelaterede sygelighed og dødelighed	77
Alkoholrelateret sygelighed	77
Alkoholbetinget skrumpeliver	79
Alkoholrelateret dødelighed	80
11.5 Ældre i behandling for alkoholafhængighed	81
<b>Referencer</b>	<b>84</b>

# OM PUBLIKATIONEN

---

Rapportens data stammer fra Statens Serum Instituts sundhedsregistre, Sundhedsstyrelsens undersøgelser og fra eksterne registre. I begrænset omfang indgår også data fra enkeltstående eksterne opgørelser, hvor der er tale om større nationale opgørelser, som på væsentlige punkter supplerer sundhedsregistrenes data. Den overvejende del af de undersøgelser, der er udvalgt til at indgå, er af nyere dato, men når det gælder væsentlige emner, hvor der ikke findes nyere viden, indgår også ældre undersøgelser.

Under hvert emne er det tydeligt angivet, hvilke undersøgelser data stammer fra, og alle data er opdateret til det senest mulige tidspunkt.

Forskellige undersøgelser opererer med forskellige aldersinddelinger, og der er således også lidt variation i de aldersgrupper, der indgår i rapportens afsnit. Derfor anføres aldersgruppe eksplicit i forbindelse med hver undersøgelse.

Metodebeskrivelser indgår for Statens Serum Instituts registre og Sundhedsstyrelsen undersøgelser, men for de øvrige undersøgelser må metodebeskrivelser søges i de primære kilder.

Publikationen er opdelt i tre afsnit med oplysninger om:

- Voksne – fra 15 år og derover
- Unge – 11-24-årige
- Ældre – 65 år og derover

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut har besluttet at formidle opdaterede data på alkoholrådet hvert andet år. Denne publikation er den første ud af tre. De tre publikationer er:

- Alkoholstatistik. Nationale data.
- Alkoholstatistik. Kommunale og regionale data.
- National Alkoholbehandling. Publikationen indeholder nationale data med oplysninger fra den offentligt finansierede alkoholbehandling.

Sundhedsstyrelsen har i 2013 udgivet en publikation om de kommunale udgifter til alkoholoverforbrug (1). Udgivelsen forventes opdateret og udgivet hvert fjerde år.

---

# ALKOHOLFORBRUGET I DANMARK

Afsnittet belyser alkoholsalget, grænsehandelen og alkoholforbruget i Danmark.

Oplysningerne stammer fra:

- Danmarks Statistiks Statistikbank
- Skatteministeriets opgørelser om grænsehandel

## Generelle tendenser

Siden slutningen af 1990'erne er salget af alkohol i Danmark faldet jævnt, dog med enkelte udsving.

Gennem de sidste 10 år er det årlige salg af alkohol faldet med ca. 2 liter ren (100 %) alkohol pr. indbygger (15 år og derover).

Grænsehandelen er ret stabil og udgør ca. 20 % af det samlede alkoholforbrug.

---

## Grænsehandel og alkoholforbrug

Salget af alkohol i Danmark opgøres ud fra statistikker over salg af øl, vin, alkopop (alkoholsodavand), cider og spiritus i detailhandel, restaurationer mv. Salget registreres på baggrund af betalte afgifter og gennemsnitlige styrkeberegninger.

Opgørelserne afspejler imidlertid ikke det totale forbrug af alkohol i Danmark. Danskerne tager også alkohol med fra udlandet; først og fremmest via handel syd for den dansk-tyske grænse. Tilsvarende bliver en del af den alkohol, der sælges i danske detailforretninger, taget med til fx Sverige og Norge. Denne nettohandel over grænsen (det alkohol, der hjemføres fra udlandet/udføres til udlandet) benævnes grænsehandelen. Den opgøres hvert år. Siden 2003 indeholder skønnet over grænsehandelen også den illegale grænsehandel, dvs. den handel, der ikke lever op til toldbestemmelserne.

Den mængde alkohol, der sælges i Danmark benævnes **alkoholsalget**. Når dette salgstal er kompenseret for grænsehandelen, kaldes det for **alkoholforbruget**.

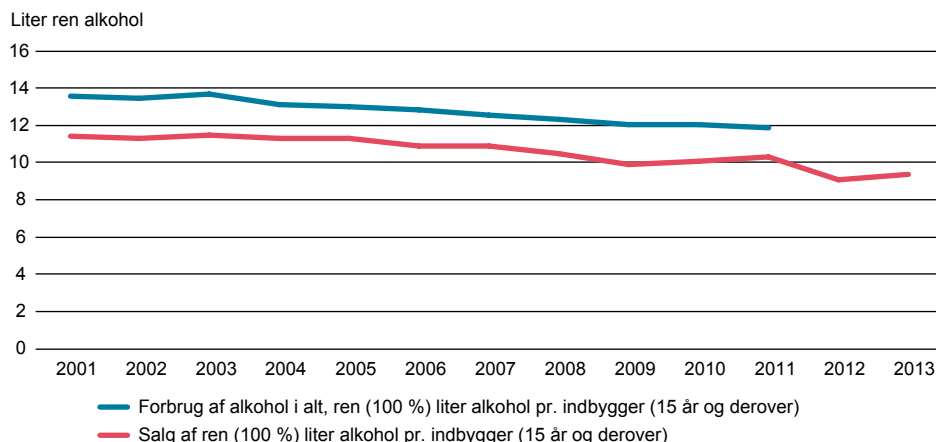


## 1.1 ALKOHOLSALGET

### – resultater fra Danmarks Statistiks Statistikbank og Skatteministeriets opgørelser om grænsehandel

I 2013 købte hver dansker på 15 år eller derover i gennemsnit 9,4 liter ren (100 %) alkohol (2). Efter 1990'erne har salget af alkohol været jævnt faldende, dog med enkelte udsving. Gennem de sidste 10 år er alkoholsalget faldet med knap 2 liter ren (100 %) alkohol pr. indbygger på 15 år eller derover, jævnfør figur 1.1.

**FIGUR 1.1. Forbrug og salg af liter ren (100 %) alkohol pr. indbygger (15 år og derover), 2001-2013.**



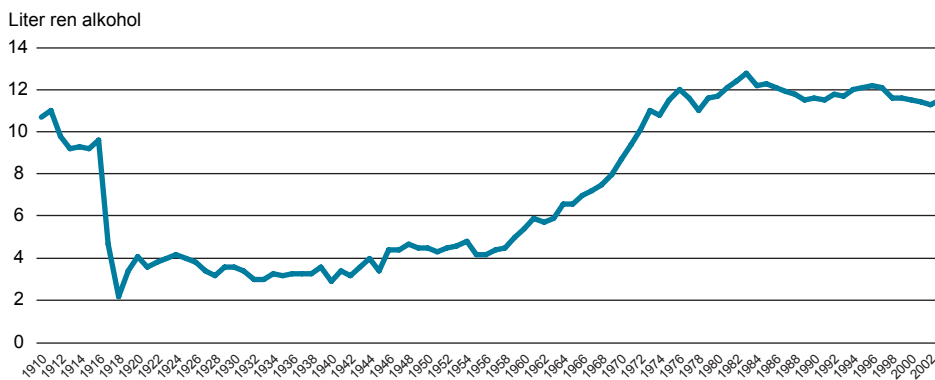
Kilde: Skatteministeriet, Status over grænsehandel, bilagsrapport 2012 og Danmarks Statistik. Statistikbanken. Forbrug og salg af alkohol. ALKO2.

Bemærk: Der foreligger ikke nyere tal for grænsehandelen. Forbruget er derfor kun opgjort til og med 2011. Opdaterede tal er undervejs.

Faldet i salg af alkohol over de sidste 10 år må ses i forhold til salget af alkohol i den foregående 30 års periode, hvor salget, med mindre udsving, har ligget på omkring 12 liter ren alkohol pr. borger på 15 år og derover.

Set i en længere periode har danskernes alkoholforbrug imidlertid varieret betydeligt. Fra midten af 1950'erne til midten af 1970'erne tredobledes alkoholforbruget fra godt 4 liter til omkring 12 liter ren alkohol (100 %) årligt pr. indbygger på 15 år og derover. Forbruget toppede i 1983 med 12,8 liter alkohol, jævnfør figur 1.2.

**FIGUR 1.2. Alkoholforbrug pr. liter ren (100 %) alkohol pr. indbygger (15 år og derover), 1910- 2003.**



Kilde: Sundhedsstyrelsen. Statistik 2003. Alkohol, narkotika og tobak. København 2004: Sundhedsstyrelsen; 2004.

## 1.2 ALKOHOLFORBRUGET OG GRÆNSEHANDEL

### – resultater fra Skatteministeriets opgørelse om grænsehandel

Som det ses af figur 1.1 har grænsehandelen kun varieret ganske lidt i perioden 2001-2011. Grænsehandelens andel af danskernes samlede forbrug af alkohol har ligget på mellem 16 % og 21 % igennem de seneste 10 år.

#### Hvordan opgøres grænsehandelen?

Der har været brugt forskellige metoder til at opgøre grænsehandelen, og siden 2000 har der været anvendt en kombination: Jævnlig telefoninterviews med et repræsentativt udsnit af befolkningen om deres eventuelle grænsehandel, indsamling af data om salg af alkohol i danske forretninger, salg i grænsehandelsbutikker, salg i transithaller i lufthavne og på færger, opgørelser over eksport af alkohol fra Danmark til navnlig Tyskland. Efter 2003 indgår ulovlige indførsler også (3).

Beregningerne af den skønnede mængde alkohol, der hjemføres/udføres af Danmark, er forbedret med nogen usikkerhed. Men Skatteministeriet vurderer, at kombinationen af opgørelser, som har været anvendt siden 2003, giver et mere fyldestgørende billede af omfanget af grænsehandelen end den metode, der tidligere blev anvendt.<sup>1</sup>

1) I 1990'erne og indtil 2000 byggede beregningerne udelukkende på spørgeskemaundersøgelser, hvor et tilfældigt udsnit af rejsende ved grænseovergangene blev bedt om at oplyse, hvor meget alkohol de indførte til eller udførte fra Danmark (4).

### 1.3 FORBRUGET AF FORSKELLIGE ALKOHOLTYPES

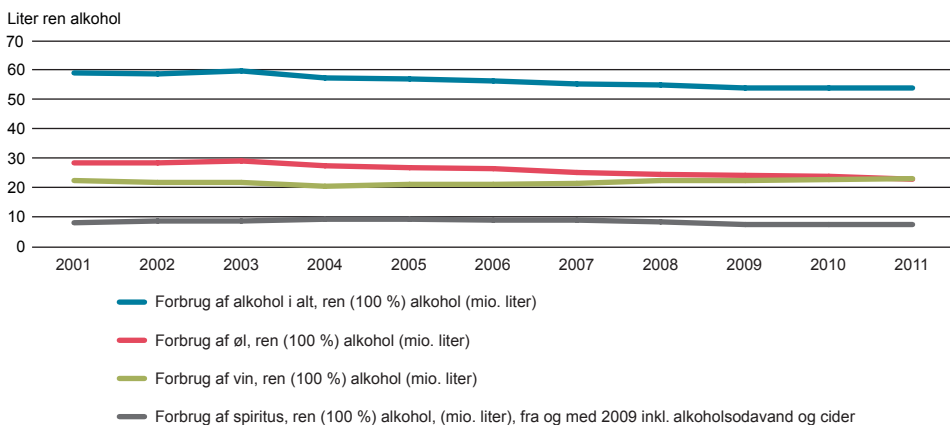
#### – resultater fra Skatteministeriets opgørelse om grænsehandel

Det samlede fald i alkoholforbrug i perioden 2003-2011 dækker over forskelle i forbrug af de forskellige alkoholtyper (3).

- Forbruget af øl har siden 2003 været svagt faldende
- Forbruget af vin har i samme periode været stigende
- I 2011 var forbruget af øl som forbruget af vin

Se fig. 1.3<sup>2</sup>

**FIGUR 1.3. Udvikling i danskernes forbrug af alkoholholdige drikkevarer i mio. liter ren (100 %) alkohol, 2001-2011.**



Kilde: Skatteministeriet: Status over grænsehandel, 2012.

2) Grundet ændringer i opgørelsesmetoden gennem tiden kan data i figur 1.3 ikke direkte sammenlignes med figur 1.1.

# DANSKERNES ALKOHOLFORBRUG SAMMENLIGNET MED ANDRE LANDE

I dette afsnit sammenholdes salget af alkohol i Danmark med salget af alkohol i andre lande.

Oplysningerne stammer fra:

- OECD Health Data 2014 (15 år og derover)
- WHO – Europa Statusrapport 2013 (15 år og derover)

### **Generelle tendenser**

Udviklingen i Danmark med faldende salg af alkohol svarer til udviklingen i Europa samlet set.

Det faldende salg af alkohol i Europa dækker over forskellige udviklinger i de enkelte lande og regioner.

Salget af alkohol i Danmark ligger væsentligt højere end salget i de øvrige nordiske lande, undtaget Finland. Men siden 2000 har salget i Danmark nærmet sig salget i Norge og Sverige.

---

### **Internationale data**

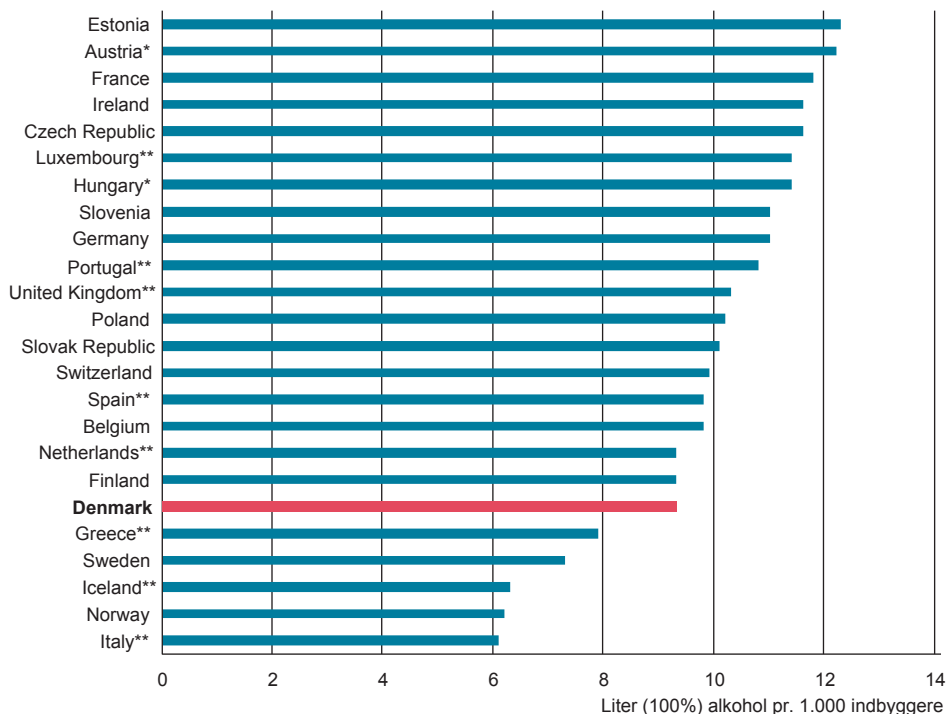
Både OECD og WHO udgiver jævnligt rapporter med relevante data om alkohol fra medlemslandene. De indeholder blandt andet data om salg af alkohol.

## 2.1 FORBRUG AF ALKOHOL I OECD LANDENE

### – opgørelse fra OECD Health Data

Forbruget af alkohol i Danmark har i en international sammenhæng traditionelt ligget højt, men, som det ses i figur 2.1, var forbruget af alkohol i Danmark i 2012 lidt lavere end gennemsnittet i OECD landene (5)<sup>3</sup>.

**FIGUR 2.1. Årligt forbrug i liter ren (100 %) alkohol pr. 1.000 indbyggere (15 år og derover) i Norden og udvalgte EU-lande, 2012.**



Kilde: OECD Health Statistics 2014: Health: Key tables from OECD. OECD 2014.

Bemærk.: \* Angiver, at tallene ikke er fra 2011, \*\* angiver, at tallet er fra 2010. Se endvidere fodnote 3.

3) Sammenligningerne landene imellem må tages med forbehold, da opgørelsesmetoderne ikke er helt identiske. Alkoholforbruget er defineret som det årlige forbrug af ren (100 %) alkohol i liter pr. person (15 år og derover). Metoderne til at omregne alkoholiske drinks til ren alkohol varierer landene imellem. Officielle statistikker inkluderer ikke uregistreret forbrug, fx hjemmeproduktion. Landene afrapporterer heller ikke forbruget på helt identiske aldersgrupper. Italien opgør fx på 14 år og derover, Sverige på 16 år og derover. Dertil kommer, at i nogle lande afrapporterer salget og ikke forbruget, herunder Danmark.

## 2.2 UDVIKLINGER I SALG AF ALKOHOL I DE EUROPÆISKE LANDE

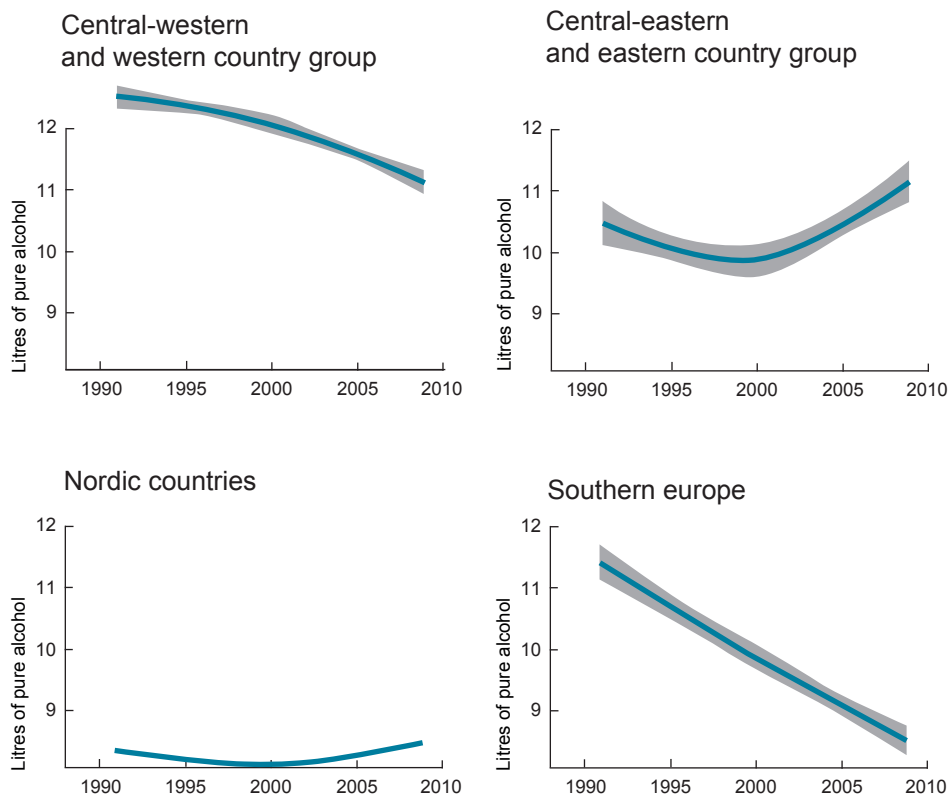
### – resultater fra WHO – Europa Statusrapport

I de europæiske lande har der samlet set været et ganske stort fald i salg af alkohol over de seneste 20 år. I perioden 1990 til 2010 er det samlede fald pr. indbygger på 15 år og derover opgjort til 12,4 % (6). Til sammenligning var faldet i Danmark i samme periode på 12,9 % (2).

Det samlede fald i de europæiske lande i denne periode dækker imidlertid over meget forskellige udviklinger i de forskellige geografiske områder af Europa:

- I det central-vestlige/vestlige og sydlige Europa har der været et fald i salget, mest markant i Sydeuropa (fx Italien, Spanien, Grækenland, Malta).
- I det central-østlige og østlige Europa (fx Bulgarien, Estland, Ungarn, Polen) har der været et stigende salg, med et fald i begyndelsen af perioden og stigning efter 2000.
- I de nordiske lande er der samlet set en lille stigning, med fald de første 10 år og en stigning i forbruget efter 2000.

**FIGUR 2.2. Udviklinger (med 95 % sikkerhedsinterval) i salg af ren (100 %) liter alkohol pr. voksen indbygger i de fire europæiske regioner: Central-vestlig og vestlig landegruppe, central-østlig og østlig landegruppe, de nordiske lande og Sydeuropa, 1990-2010.**

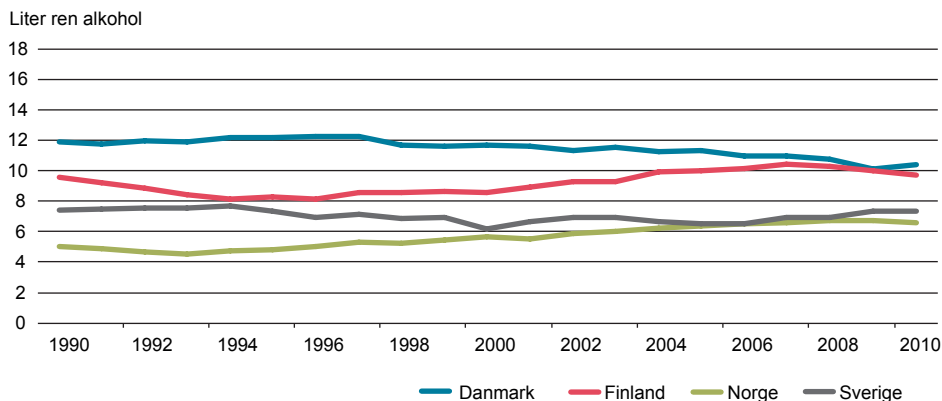


Kilde: WHO. Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013.

Udviklingen i de enkelte regioner dækker dog over forskelle landene imellem.

Salget af alkohol i Danmark har traditionelt ligget væsentligt højere end i de øvrige nordiske lande. Men med de senere års udvikling, hvor salget i Danmark er faldet, mens salget i Sverige og Norge er steget, har salget af alkohol i Danmark nærmet sig salget i de øvrige nordiske lande. I Finland har der været en anden udvikling med stigning i salget over en lang årrække, afløst af et fald efter 2007. Se figur 2.3.

**FIGUR 2.3. Salg af liter ren (100 %) alkohol pr. voksen indbygger. Nordiske lande, 1990-2010.**



Kilde: WHO. Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013.

---

## DANSKERNES ALKOHOLVANER

Dette afsnit belyser danskernes alkoholvaner, herunder kønsforskelle og sociale forskelle i alkoholforbrug, gravides alkoholforbrug samt danskernes begrundelser for at drikke eller ikke at drikke alkohol.

Oplysninger stammer fra følgende undersøgelser:

- Den Nationale Sundhedsprofil (16 år og derover)
- Rapport om Alkoholforbrug blandt gravide (ingen aldersrestriktioner)
- Data fra Landspatientregisteret (15 år og derover)
- Rusmidler i Danmark (15-79 år)

### Generelle tendenser

Fra 2010 til 2013 ses generelt et fald i danskernes alkoholforbrug:

- En mindre andel drikker over lavrisikogrænsen
- En mindre andel drikker over højrisikogrænsen
- En mindre andel har drukket alkohol inden for den sidste uge
- Udviklingerne er særligt udtalte for unge mænd
- Andelen af gravide, der drikker alkohol efter konstateret graviditet, er faldet markant de sidste 15 år.

---

### Hvor stammer data fra?

Viden om danskernes alkoholvaner og -forbrug indhentes gennem nationale befolkningsundersøgelser. Den største undersøgelse af danskernes sundhed og trivsel er Den Nationale Sundhedsprofil, der er gennemført i 2010 og 2013. Fremover vil den blive gennemført hvert fjerde år.



### **Sundhedsstyrelsens udmeldinger for voksnes indtagelse af alkohol:**

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred
- Drik ikke alkohol for din sundheds skyld
- Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (lavrisikogrænsen)
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis du drikker mere end 14/21 om ugen (højrisikogrænsen)
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
- Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld
- Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol

## **3.1 ALKOHOLFORBRUG**

### **– resultater fra Den Nationale Sundhedsprofil (16 år og derover)**

#### **Drikker ikke alkohol**

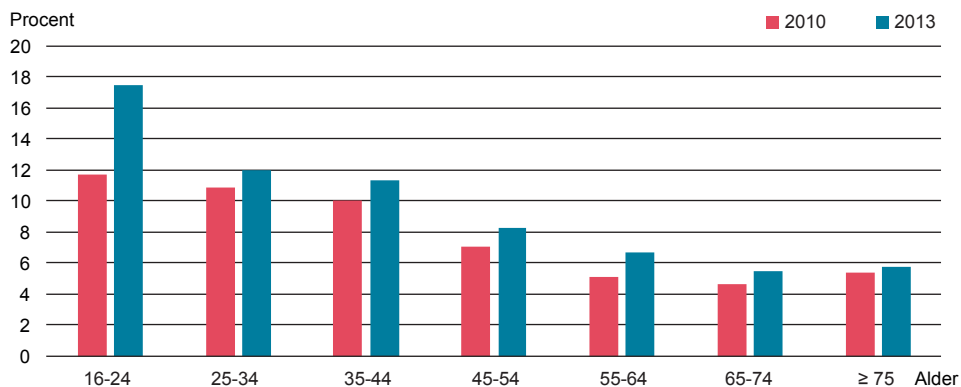
I 2013 er der 12 % af befolkningen, som ikke drikker alkohol jævnligt (7). Således har 10 % mænd og 14 % kvinder ikke drukket alkohol inden for en typisk uge.

Fra 2010 til 2013 ses i alle aldersgrupper en stigende andel, der ikke drikker alkohol i en typisk uge, og det gælder for både mænd og kvinder. Udviklingen er særlig markant for de unge mænd og kvinder, hvor andelen er steget signifikant fra henholdsvis 11,7 % til 17,5 % blandt de unge mænd og fra 13,3 % til 17 % blandt de unge kvinder.

I 2013 oplyser 8 % mænd og 16 % kvinder, at de ikke havde drukket alkohol inden for det sidste år. I perioden 2010 til 2013 er der sket en stigning i denne andel for mænd i alderen 16-64 år, og stigningen er signifikant blandt mænd i alderen 25-34 år og 45-54 år. Andelen af mænd over 64 år, der ikke har drukket alkohol det sidste år, er imidlertid faldet.

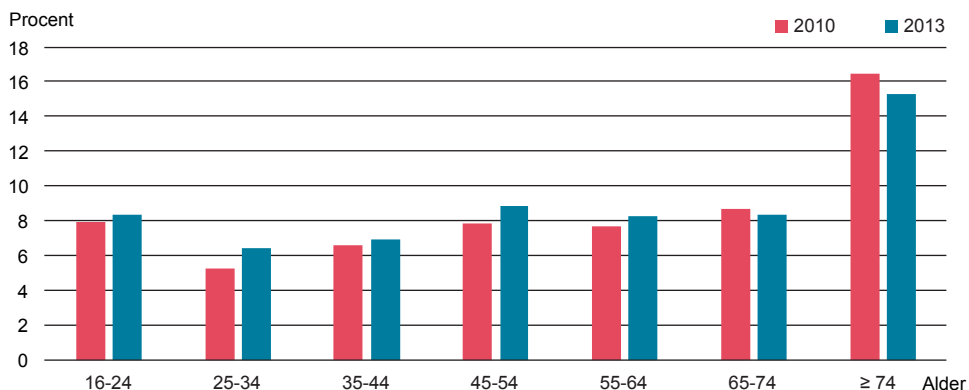
For kvinderne ses udelukkende i aldersgruppen 16-24 år en signifikant stigning i andel, der ikke har drukket alkohol det seneste år. Andelen af ældre kvinder på 65 år og derover, der ikke har drukket alkohol det seneste år, er derimod faldet signifikant fra 2010 til 2013, jævnfør figur 3.1A og B samt 3.2A og B.

**FIGUR 3.1A. Andel mænd, der ikke har drukket alkohol i en typisk uge fordelt på aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**



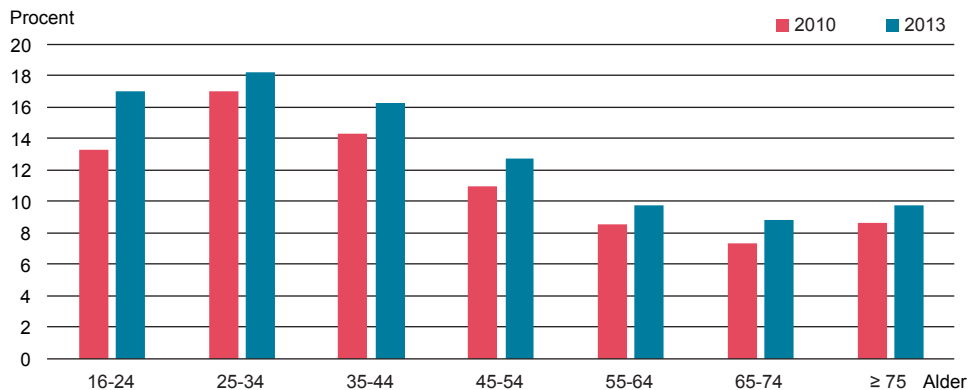
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 3.1B. Andel mænd, der ikke har drukket alkohol den seneste år fordelt på aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**



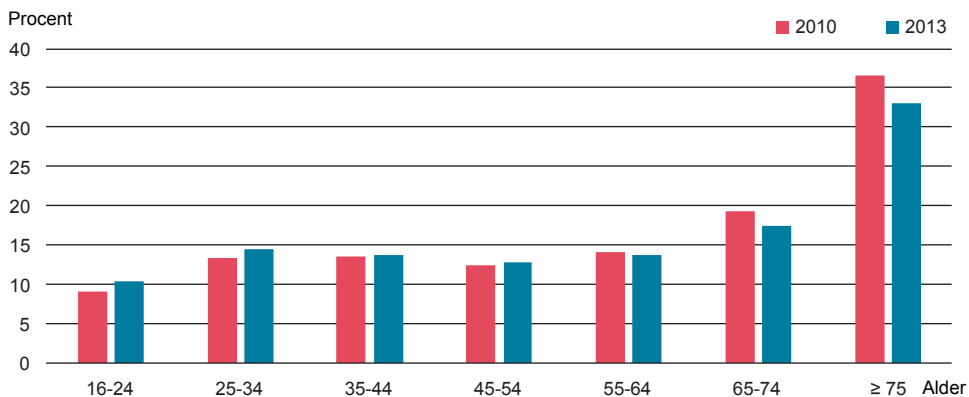
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 3.2A. Andel kvinder, der ikke har drukket alkohol i en typisk uge fordelt på aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 3.2B. Andel kvinder, der ikke har drukket alkohol det seneste år fordelt på aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**

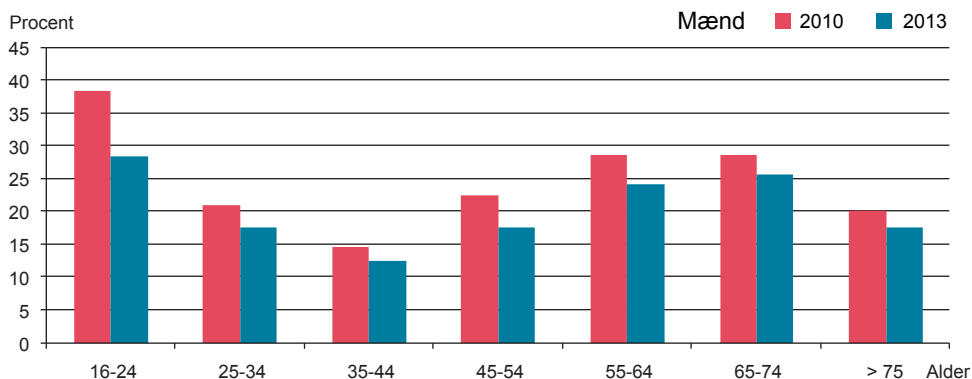


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

### Drikker over lavrisikogrænsen for alkoholindtagelse

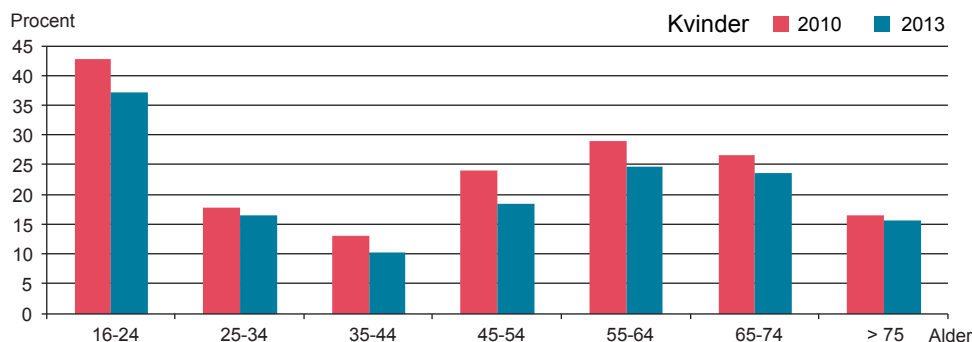
I 2013 drak 20,6 % af befolkningen over lavrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det er et fald i forhold 2010, hvor 24,3 % drak over lavrisikogrænsen. Faldet ses i alle aldersgrupper og for begge køn. For mænd er dette fald signifikant for alle aldersgrupper, mens det for kvinder ikke er signifikant for aldersgrupperne 25-34 år og over 74 år.

**FIGUR 3.3A. Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på aldersgrupper, mænd, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 3.3B. Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på aldersgrupper, kvinder, 2010 og 2013. Procent.**

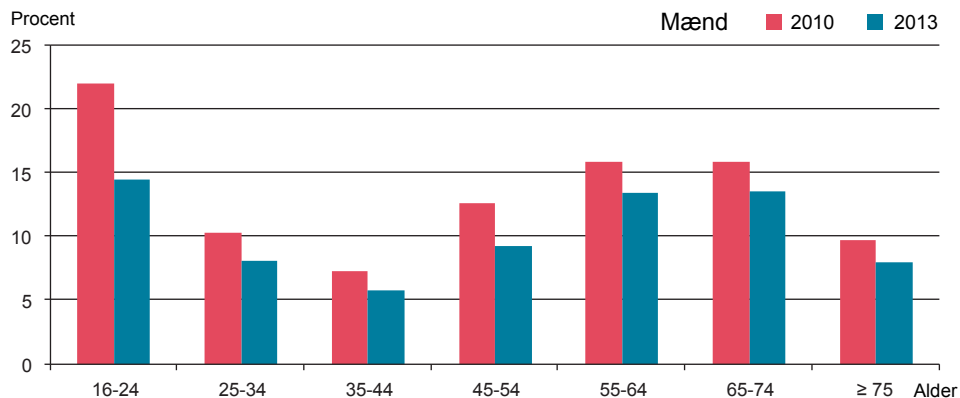


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

### Drikker over højriskgrænsen for alkoholindtagelse

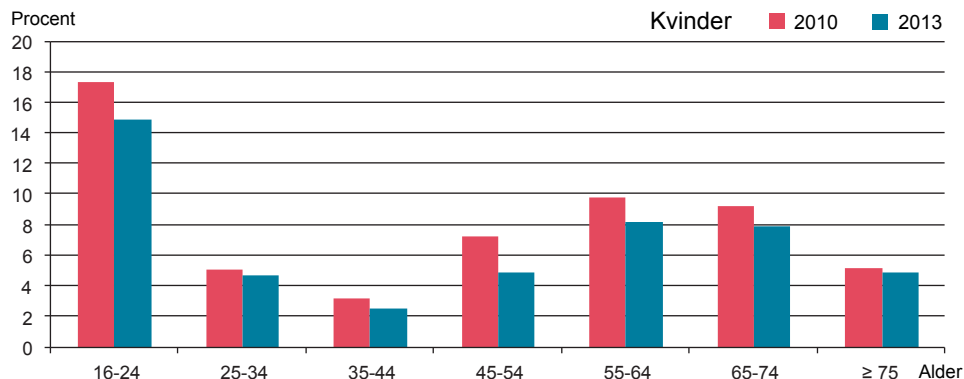
I 2013 drak 8,5 % af befolkningen over højriskgrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Det er et fald siden 2010, hvor 10,6 % drak over højriskgrænsen. Især blandt de 16-24-årige mænd er der sket et fald fra 22 % i 2010 til 14,4 %. Faldet fra 2010 til 2013 er signifikant for alle aldersgrupper blandt mænd. Der ses også et fald i alle aldersgrupper for kvinderne, men faldet er ikke signifikant hvad angår aldersgrupperne 25-34-årige samt for kvinder over 74 år.

**FIGUR 3.4A. Andel, der drikker over højriskgrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på aldersgrupper, mænd, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 3.4B. Andel, der drikker over højriskgrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på aldersgrupper, kvinder, 2010 og 2013. Procent.**

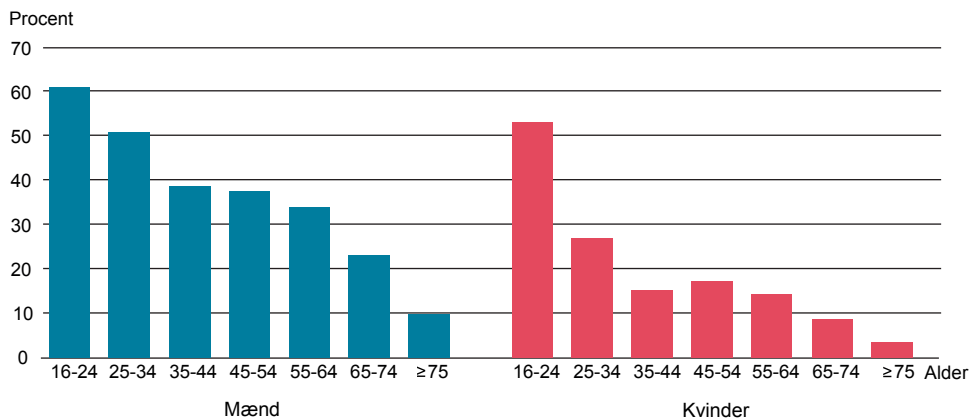


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

### Fem eller flere genstande ved samme lejlighed

I 2013 har 29,5 % af befolkningen jævnligt (hver måned) indtaget fem eller flere genstande ved samme lejlighed (udgør en særlig helbredsrisiko). Andelen er markant større for mænd end kvinder (38,8 % for mænd mod 20,6 % for kvinder). Andelen falder generelt med alderen og er i alle aldre større hos mænd end hos kvinder. Ikke overraskende er andelen størst hos de 16-24-årige, hvor 61 % af de 16-24 årige mænd jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed og tilsvarende 53 % af 16-24-årige kvinder.

**FIGUR 3.5. Andel, der jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed fordelt på køn og forskellige aldersgrupper, 2013. Procent.**

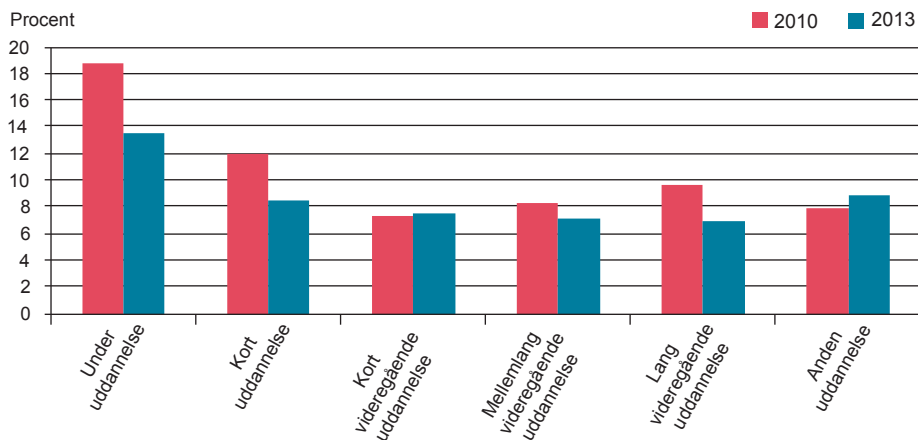


Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

### 3.2 SOCIALE FORSKELLE I ALKOHOLFORBRUG

Der er ikke store sociale forskelle i forhold til at drikke over højrisikogrænsen, bortset fra gruppen, der er under uddannelse, hvor andelen, der drikker over højrisikogrænsen, er betydeligt større end for de øvrige uddannelsesgrupper.

**FIGUR 3.6. Andel, der drikker over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på uddannelsesniveau, 2010 og 2013. Procent.**



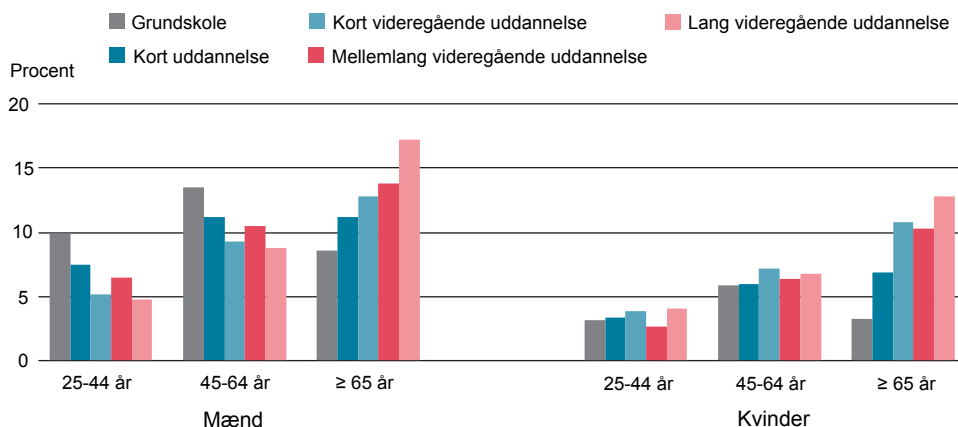
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Bemærk: Da opgørelsen fordelt på uddannelsesniveau er forskellig fra 2010 og 2013, er det ikke muligt at sammenligne kategorierne grundskole og ingen erhvervsuddannelse. Disse fremgår derfor ikke af figuren.

Det fald, der er sket i andelen, der drikker over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse, findes inden for alle uddannelsesgrupper, bortset fra grupper med kort videregående uddannelse og anden uddannelse, hvor andelen er uforandret fra 2010 til 2013. Faldet, der ses for grupperne: Under uddannelse, kort uddannelse og lang videregående uddannelse, er alle signifikante.

I forhold til at drikke over højrisikogrænsen og uddannelseslængde er der forskel mellem kønnene. Blandt de yngre mænd (25-44 år) er andelen, der drikker over højrisikogrænsen, højere blandt de kortest uddannede sammenholdt med de længere uddannede, hvorimod det er modsat for de ældste (65 år og derover) mænd, hvor det er de længst uddannede, der har den største andel, som drikker over højrisikogrænsen. For kvinder er der ingen tydelige forskelle i andelen, der drikker over højrisikogrænse i aldersgrupperne 25-44 år og 45-64 år. Men for kvinder på 65 år og derover er det de længst uddannede, der har den højeste andel, der drikker over højrisikogrænsen.

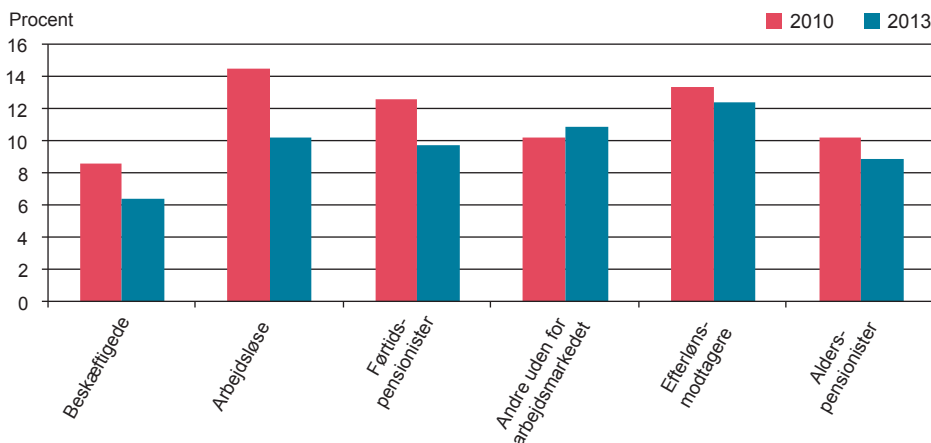
**FIGUR 3.7. Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på køn og forskellige alders- og uddannelsesgrupper, 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Når det gælder beskæftigelse, er andelen, der drikker over højriskogrænsen, klart mindst for de, der er i beskæftigelse. I 2013 drak 6 % af denne gruppe over højriskogrænsen. Andelen, der drikker over højriskogrænsen blandt arbejdsløse, førtidspensionister, efterlønsmodtagere og alderspensionister varierer fra 9 % -12 %. Efterlønsmodtagere og arbejdsløse er de grupper, der har de højeste andele, som drikker over højriskogrænsen. Da den erhvervsmæssige stilling er opgjort forskelligt i 2010 og 2013, er det ikke muligt at se på udviklingen over tid.

**FIGUR 3.8. Andel, drikker over højriskogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på beskæftigelse, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.



### 3.3 METODE OG METODEOVERVEJELSER

Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (7) giver et overblik over voksne danskeres sundhed, sygelighed og trivsel. Undersøgelsen belyser blandt andet alkoholforbrug og -vaner og giver et billede af de senere års udvikling indenfor området ved at inddrage data fra den første sundhedsprofilundersøgelse, der blev foretaget i 2010.

Dataindsamlingen i 2013 baserer sig på et spørgeskema, som blev udsendt til 300.450 borgere på 16 år eller derover. I alt svarede 162.283 borgere (54 % af de adspurgte).

I undersøgelser som denne er det af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, uddannelse og andre sociodemografiske karakteristika. En afvigelse svækker undersøgelsens konklusioner. Denne problemstilling er løst i Den Nationale Sundhedsprofil ved en opregning af data (en såkaldt vægtning for non-response).

For begge køn var den laveste besvarelsesprocent blandt de 16-24-årige (henholdsvis 34 % for mænd og 48 % for kvinder). Generelt var besvarelsesprocenten 50 % for samtlige mænd og 58 % for samtlige kvinder.

I spørgeskemaundersøgelser som denne må det forventes, at personer med et meget stort alkoholforbrug ikke er så tilbøjelige til at deltage i undersøgelsen. Personer med meget stort alkoholforbrug, herunder personer med alkoholafhængighed, forventes derfor at være underrepræsenterede. Et forhold, som vægtningen af data ikke kan kompensere helt for.

### 3.4 KVINDERS ALKOHOLFORBRUG I GRAVIDITETEN – resultater fra rapport vedrørende gravides alkoholforbrug (ingen aldersrestriktioner)

#### Sundhedsstyrelsen udmeldinger for gravide om alkohol

- Er du gravid – undgå alkohol.
- Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld.

I en endnu upubliceret undersøgelse fra Københavns Universitet er alkoholforbruget blandt gravide og kvinder i den fertile alder opgjort (8).

Undersøgelsen viser, at alkoholforbruget blandt gravide generelt er lavt, og at det er faldet i løbet af de sidste 15 år:

- I 2013 oplyste gravide i 12. graviditetsuge om deres alkoholforbrug, og:
  - 83 % havde et alkoholforbrug på 0 genstande pr. uge
  - 16 % havde et alkoholforbrug på 0-1 genstande pr. uge
  - 1 % havde et alkoholforbrug på en eller flere genstande pr. uge

- Andelen af gravide, der i 12. graviditetsuge angav et ugentligt forbrug på 0 genstande pr. uge, steg fra 31 % til 83 % i perioden 1998 til 2013 med den største stigning i begyndelsen af perioden.
- I 2013 havde 40 % af gravide i tredje graviditetsuge (dvs. ved graviditetens indtræden) drukket fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst en gang, 24 % havde haft en episode og 16 % havde to eller flere episoder, hvor de drak mere end fem genstande.
- Andelen, der havde haft mindst en episode med alkoholindtag på fem eller flere genstande ved samme lejlighed (i tredje graviditetsuge), faldt fra 56 % i 2000 til 40 % i 2013.
- Andelen af gravide, der har indtaget fem eller flere genstande ved samme lejlighed, falder markant med stigende graviditetslængde, med et betydeligt fald i begyndelsen af graviditeten.

### **3.5 GRAVIDES KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSEN OM ALKOHOLBRUG – data fra Landspatientregisteret (15 år og derover)**

I 2013 havde knap 80 kvinder kontakt med sygehus på grund af alkoholforbrug i graviditeten. Kvinderne havde en gennemsnitsalder på 28 år.

### **3.6 ÅRSAGER TIL AT DRIKKE/IKKE DRIKKE ALKOHOL – resultater fra Rusmidler i Danmark 2013 (15-79 år)**

I 2011 har Center for Rusmiddelforskning gennemført en landsdækkende befolkningsundersøgelse vedrørende rusmidler i Danmark. Undersøgelsen belyser blandt andet forbrug, holdninger og livsstil hos de 15-79-årige (9). I alt deltog 5.133 personer i undersøgelsen, hvilket svarer til 64 % af de, der var inviterede til at deltage.

#### **Grunde til at drikke alkohol**

Begundelserne for at drikke alkohol er især smagen af alkohol (81 %) og ønsket om at komme i stemning (52 %). Derudover angav deltagerne som de hyppigste årsager til ofte eller af og til at drikke alkohol:

- For at blive beruset (24 %)
- For at stresses af (18 %)
- For at komme i kontakt med andre (12 %)
- For at glemme problemer (6 %)

#### **Grunde til ikke at drikke alkohol**

Undersøgelsen belyser også begrundelser for ikke at drikke alkohol. I alt er der 407 ud af i alt 5.133 deltagere, som ikke drak alkohol eller kun drak en meget lille mængde i løbet af det sidste år. Lidt over halvdelen af de 407, som ikke drak alkohol eller drak meget lille mængde, angiver "ikke at have lyst" som grund til at afholde sig fra alkohol. Derudover var de hyppigste begrundelser:

- Ikke at være interesseret (34 %)
- Ikke at kunne lide smagen (29 %)
- At det er usundt (23 %)
- Det er imod min religion (21 %)
- Kan ikke lide at blive påvirket (16 %)

Flere mænd end kvinder angiver, at det ikke passer med deres livsstil, eller at de tidligere har drukket for meget, hvorimod kvinder oftere end mænd angiver, at de ikke kan lide smagen.

Der er signifikante forskelle i aldersgruppernes begrundelser for ikke at drikke, fx angiver de yngste (15-29-årige) oftere, at de ikke drikker, fordi det er usundt eller på grund af deres religion. Det er især de 46-64-årige, der giver som begrundelse for at afholde sig fra alkohol, at de tidligere har drukket for meget. De 65-79-årige angiver også denne årsag, ligesom de fx begrundet fravalget med, at de indtager medicin, der ikke er forenelig med alkoholindtagelse, og at de dårligere tåler alkohol.

---

## SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG OG ALKOHOLAFHÆNGIGHED

Dette afsnit belyser definitionerne på forskellige typer alkoholoverforbrug og beregner omfanget af overforbruget.

Oplysninger stammer fra følgende undersøgelse:

- Alkoholforbrug i Danmark (16 år og derover)

Der anvendes forskellige begreber til at karakterisere alkoholoverforbrug. Sundhedsstyrelsen bruger begreberne storforbrug, skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed. Det er afgørende at skelne mellem disse tre typer af alkoholoverforbrug, når man skal vælge, hvilken rådgivning og/eller behandling personer med alkoholoverforbrug bør tilbydes (10).

Da der ikke findes nyere opgørelser over omfanget af henholdsvis skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed, bringer vi oplysninger fra "Alkoholforbrug i Danmark" fra 2008 (11).

I 2008 er foretaget estimat, der viser, at:

- 585.000 personer i Danmark har et skadeligt alkoholforbrug
- 140.00 personer i Danmark har alkoholafhængighed

---

### "Skadeligt alkoholforbrug" og "alkoholafhængighed" – hvad er forskellen?

#### **Det skadelige forbrug**

Ifølge WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD-10 lider en person af et skadeligt alkoholforbrug, hvis:

- Alkoholforbruget har ført til fysisk og/eller psykisk skade, herunder skadet dømmekraft og adfærd.
- Skaden er klart påviselig.
- Tilstanden har varet mindst en måned, eller har været tilstede gentagne gange inden for de sidste 12 måneder.
- Personen er ikke afhængig af alkohol.

#### **Alkoholafhængighed**

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser forbundet med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen.

Ifølge WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD-10 lider en person af alkoholafhængighed, hvis personen inden for et år har haft tre eller flere af følgende reaktioner:

- Trang til alkohol, såkaldt "craving", dvs. et tvangsmæssigt ønske om at drikke.
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen af alkohol.
- Abstinenssymptomer (eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå disse).
- Toleranceudvikling med behov for stadig større mængder alkohol for at opnå samme effekt.
- Alkohol har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.
- Vedvarende brug trods erkendt skadevirkning.

#### **4.1 KVANTIFICERING OG KARAKTERISTIK AF ALKOHLOVERFORBRUGET – resultater fra Alkoholforbrug i Danmark (16 år og derover)**

Det seneste estimat af forskellige typer af alkoholoverforbrug stammer fra 2008 og bygger på bortfaldsanalyse af data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2006 (11).

Det beregnes, at 585.000 personer i Danmark har et skadeligt alkoholforbrug, og at 140.000 har alkoholafhængighed.

Alkoholforbruget i Danmark er faldet siden 1990'erne, og andelen af personer, der drikker over højrisikogrænsen for alkoholinntagelse er også faldet fra 2010 til 2013.

Det er dog uvist, hvordan det faldende alkoholforbrug på befolkningsniveau har påvirket andelen af personer med skadeligt alkoholforbrug og andel med alkoholafhængighed.

## ALKOHOLRELATERET SYGELIGHED OG DØDELIGHED

Dette afsnit belyser de helbredsmæssige konsekvenser (sygelighed og dødelighed), som alkohol har for den enkelte. Derudover fokuserer afsnittet på det merforbrug, som alkoholoverforbrug er årsag til i almen praksis og på sygehuse.

Oplysningerne stammer fra:

- Statens Serum Instituts register over patientregistrering af sygehuspatienter (Landspatientregisteret) (15 år og derover)
- Statens Serum Instituts register for dødsårsager (Dødsårsagsregisteret) (15 år og derover)

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række sygdomme. Det drejer sig om mere end 200 sygdomme, herunder kræftsygdomme, mave-tarm-sygdomme, lungesygdomme, leverlidelser, muskel-skelet-sygdomme, fosterpåvirkning og afhængighed (12). Derudover øger alkohol risikoen for at dø for tidligt og for at komme ud for en ulykke.

### Generelle tendenser

27.416 personer havde i 2013 kontakt til sygehus med en alkoholrelateret diagnose. De fleste var mænd.

De hyppigste årsager var psykiske/adfærdsmæssige forstyrrelser, alkoholberuselse/-forgiftning og alkoholbetinget leversygdom.

Siden 2008 har der været ganske lidt variation i andel af befolkningen, der har haft alkoholrelateret kontakt til sygehus, men med en stigende tendens de første tre år og en faldende tendens de sidste to år.

Andelen af personer i kontakt med sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever er uændret i perioden 2009-2013.

Den alkoholrelaterede dødelighed har været faldende siden 2008.

Dødeligheden på grund af alkoholbetinget skrumpelever er også faldet siden 2008.

## 5.1 ALKOHOLRELATERET SYGELIGHED

### – opgørelser fra Landspatientregisteret (15 år og derover)

#### Alkoholrelateret kontakt til sygehus

I 2013 var der i alt 131.264 alkoholrelaterede kontakter til sygehus.

I tabel 5.1 ses de alkoholrelaterede kontakter fordelt på indlæggelse, skadestue og ambulante besøg på det somatiske og psykiatriske område.

Der er en overvægt af kontakter i det psykiatriske område i forhold til det somatiske område. I det psykiatriske område sker de fleste kontakter i ambulans regi. Derimod er ambulante kontakter og indlæggelser nogenlunde lige hyppigt forekommende på det somatiske område.

**TABEL 5.1. Antal alkoholrelaterede kontakter i sygehus og antal alkoholrelaterede kontakter i sygehus pr. 1.000 indbyggere fordelt på behandlingssted, 2013.**

	Antal kontakter	Antal kontakter pr. 1.000 indbyggere
<b>Somatik</b>		
Indlagt	24.577	5,3
Ambulant	28.213	6,1
Skadestue	4.600	1,0
<b>I alt</b>	<b>57.390</b>	<b>12,4</b>
<b>Psykiatri</b>		
Indlagt	12.263	2,6
Ambulant	58.925	12,7
Skadestue	2.686	0,6
<b>I alt</b>	<b>73.874</b>	<b>15,9</b>
<b>I alt</b>	<b>131.264</b>	<b>28,3</b>

Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

#### Personer i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom

I 2013 havde i alt 27.416 personer på 15 år og derover tilsammen 131.264 alkoholrelaterede kontakter til sygehus. Langt flere mænd end kvinder havde kontakt til sygehus på grund af alkoholrelateret lidelse, idet de 27.416 personer fordelte sig på 18.533 mænd (68 %) og 8.883 kvinder (32 %).

Andelen af personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus har været nogenlunde konstant i perioden 2008 til 2013. Der har været en let stigende tendens de første tre år og en let faldende tendens de seneste to år, se tabel 5.2.

**TABEL 5.2. Antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus og antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus	25.725	26.418	27.185	29.081	27.458	27.416
Antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus pr. 1.000 indbyggere	5,7	5,9	6,0	6,4	6,0	5,9

Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

De 40-70-årige er den aldersgruppe, der har flest alkoholrelaterede kontakter til sygehus. Denne tendens har været uforandret siden 2008.

### Personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus fordelt på diagnosegrupper

I 2013 skyldtes de fleste alkoholrelaterede kontakter til sygehuset: psykiske/adfærdsmæssige forstyrrelser (58 %), alkoholberuselse/-forgiftning (26 %) og alkoholisk leverlidelse (14 %), jævnfør tabel 5.3.

**TABEL 5.3. Antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus og antal personer med alkoholrelateret kontakt til sygehus pr. 1.000 indbyggere fordelt på diagnosegrupper, 2013.**

	Antal personer	Antal personer pr.1.000 indbyggere
Akut betændelse i bugspytkirtlen	163	0,0
Alkoholforgiftning	643	0,1
Akut alkoholberuselse	6.858	1,5
Kronisk betændelse i bugspytkirtlen	1.055	0,2
Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser ekskl. akut alkoholberuselse	16.790	3,6
Alkoholisk leversygdom	4.178	0,9
Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. alkoholinntag	589	0,1

Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser DF101-DF109.

Alkoholisk leversygdom DK70.

Kronisk betændelse i bugspytkirtlen DK860.

Akut betændelse i bugspytkirtlen DK852.

Alkoholforgiftning DT51.

Akut alkoholberuselse DF100.

Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. Alkoholinntag: DE244m DG312, DG621, DG721, DI426, DK292, DO354, DP043, DQ860.

Bemærk: Den samme person kan have haft flere alkoholrelaterede kontakter i løbet af året. Summen af antal personer i tabel 5.2 er derfor ikke lig med antallet af unikke personer.



## Alkoholbetinget skrumpelever

I 2013 havde ca. 3.100 personer haft kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever, heraf 2.089 mænd (67 %) og 1.013 kvinder (33 %). Der var flest personer i aldersgruppen 60-69 år, men helt ned i alderen 20-29 år diagnosticeres unge med alkoholbetinget skrumpelever.

**TABEL 5.4. Antal personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever og antal personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2013.**

Antal personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever fordelt på aldersgruppe, 2013*		
	Antal personer	Antal personer pr. 1.000 indbyggere
15-19 år	0	0
20-29 år	< 5	na**
30-39 år	35	0,1
40-49 år	308	0,4
50-59 år	1011	1,4
60-69 år	1250	1,8
70-79 år	447	1,1
80-89 år	47	0,2
90 +	< 5	na**
<b>Total</b>	<b>3.102</b>	<b>0,7</b>

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

\*Indeholder diagnosekoderne DK703.

\*\* NA – angiver at værdierne er uoplyst, da det absolutte antal er under 5.

Andelen af personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever har været nogenlunde konstant i perioden 2008 til 2013, se tabel 5.5.

**TABEL 5.5. Antal personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever og antal personer med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal personer	2.838	3.067	3.077	3.148	3.127	3.102
Antal personer pr. 1.000 indbyggere	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

## 5.2 ALKOHOLRELATEREDE DØDSFALD

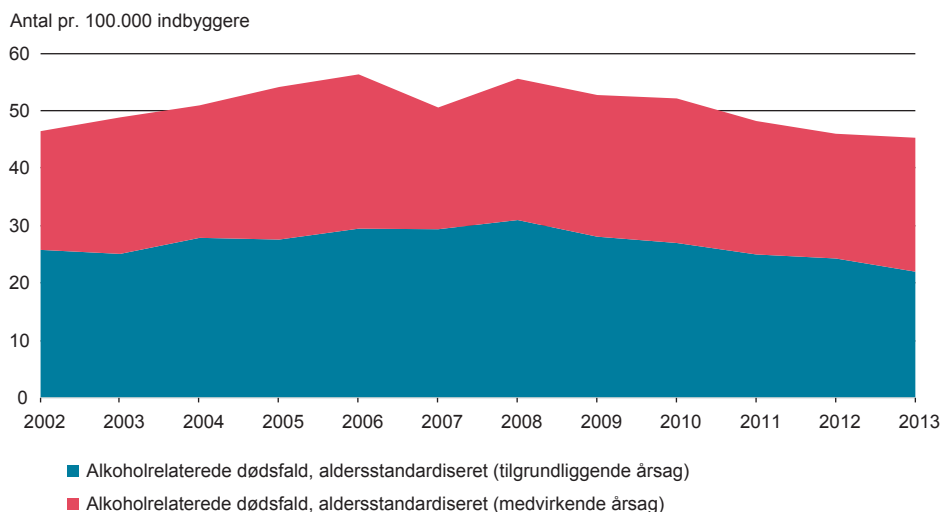
### – resultater fra Dødsårsagsregisteret (15 år og derover)

I 2013 var knap 2.900 dødsfald relateret til alkohol ud af i alt 52.182 dødsfald i Danmark. De alkoholrelaterede dødsfald svarer til 5,5 % af samtlige dødsfald i Danmark. Andelen af dødsfald, der er relateret til alkohol, er faldet svagt over de seneste år fra 6,0 % i 2008 til 5,5 % i 2013.

Den aldersstandardiserede dødelighed relateret til alkohol har varieret over de sidste 10 år, jævnfør figur 5.3. Dødeligheden er steget i perioden fra 2002 frem til 2008, hvorefter der ses et jævnt fald i dødeligheden. Denne udvikling gælder overordnet set, både når den aldersstandardiserede alkoholrelaterede dødelighed er baseret på den tilgrundliggende dødsårsag, og når den er baseret på de medvirkende dødsårsager.

Langt flere mænd end kvinder dør på grund af alkoholrelateret sygdom. For begge køn sker de fleste alkoholrelaterede dødsfald i aldersgruppen 50-74 år.

**FIGUR 5.3. Aldersstandardiserede alkoholrelaterede dødsfald pr. 100.000 indbyggere, opgjort på den tilgrundliggende dødsårsag og for de medvirkende dødsårsager, 2002-2013**



Kilde. Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

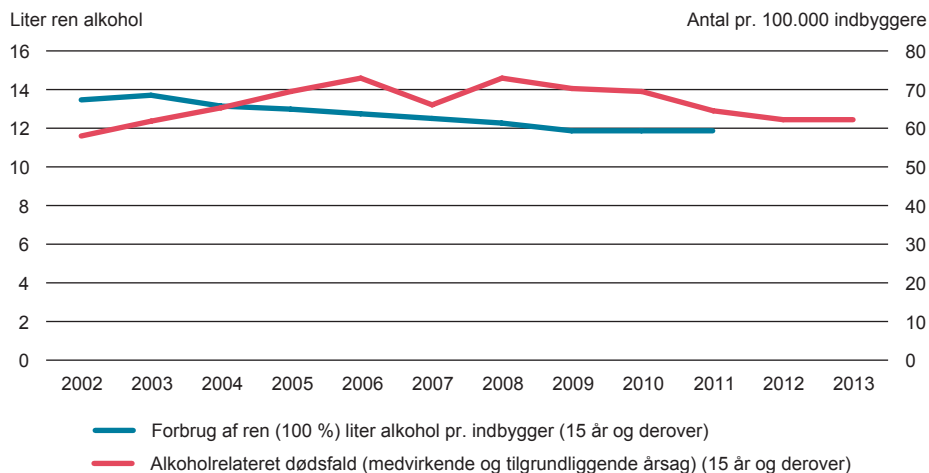
I en dødsattest registreres et forløb af lidelser eller hændelser, der fører til døden.

Ved den **tilgrundliggende dødsårsag** forstås den sygdom eller skade, som startede den række af følgetilstande, der førte til døden eller de omstændigheder ved en ulykke eller et voldeligt overgreb, der medførte den dødelige legemsbeskadigelse. Den tilgrundliggende dødsårsag kan således være noget andet end den umiddelbare dødsårsag, der afslutter kæden.

Ved **medvirkende årsager** forstås årsager, der er med til at forringe personens modstandskraft eller på anden måde indirekte har fremskyndet forløbet.

I figur 5.4 er den alkoholrelaterede dødelighed sat i forhold til forbruget af alkohol på befolkningsniveau. Siden 2003 ses et fald i alkoholforbruget, og dette fald efterfølges fra 2008 af et fald i den alkoholrelaterede dødelighed.

**FIGUR 5.4. Årligt alkoholforbrug af liter ren (100 %) alkohol pr. indbygger (15 år og derover) og antal alkoholrelaterede dødsfald pr. 100.000 indbyggere, 2002-2013.**



Kilde. Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut, samt Danmarks Statistik, Statistikbanken. Forbrug og salg af alkohol. ALK02.

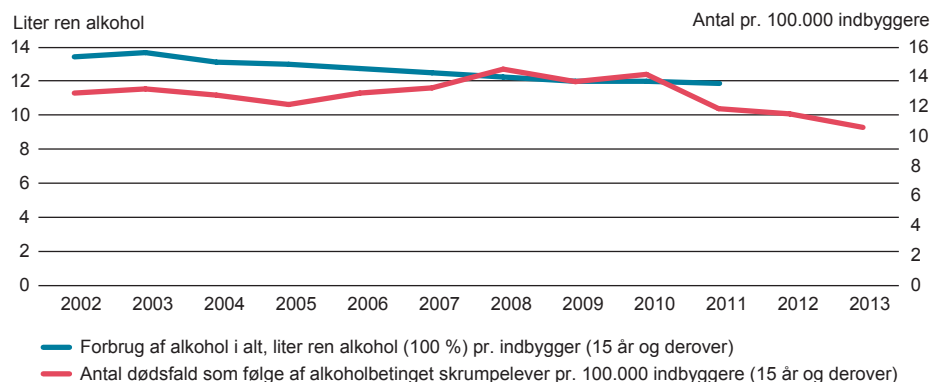
Bemærk: I denne figur er der ikke tale om aldersstandardiseret dødelighed.

### **Dødelighed som følge af alkoholbetinget skrumpelever – resultater fra Dødsårsagsregisteret (15 år og derover)**

Som det ses i figur 5.5 har dødeligheden som følge af alkoholbetinget skrumpelever været svagt stigende fra 2002 (563 dødsfald) til 2008 (652 dødsfald), hvorefter dødeligheden har været faldende til 2013 (493 dødsfald). I figuren er dødeligheden samtidig sat i forhold til alkoholforbruget på befolkningsniveau.

Der er en kendt og stærk sammenhæng mellem alkoholforbrug på befolkningsniveau og død som følge af alkoholbetinget skrumpelever (13-15). Denne sammenhæng kan tilsvarende konstateres i denne opgørelse, hvor et fald i alkoholforbruget efter 2003 efterfølges af et fald i den alkoholbetingede skrumpelever fra 2008.

**FIGUR 5.5. Antal dødsfald som følge af alkoholbetinget skrumpelever pr. 100.000 indbyggere samt forbruget af liter ren (100 %) alkohol pr. 1.000 indbyggere (15 år og derover), 2002-2013.**



Kilde. Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut, samt Danmarks Statistik Statistikbanken. Forbrug og salg af alkohol. ALK02.

### 5.3 METODER TIL AT OPGØRE SYGELIGHED OG DØDELIGHED

#### Alkoholrelateret sygelighed

Den alkoholrelaterede sygelighed kan opgøres på forskellig måde. Statens Serum Institut opgør i deres registre sygelighed som alkoholrelateret kontakt til sygehus ud fra ICD-10 diagnoser, hvor alkohol indgår eksplicit. Opgørelserne angiver altså ikke sygeligheden direkte, men den sygelighed, der medfører kontakt til sygehus.

Alkoholrelaterede kontakter og personer med alkoholrelateret kontakt er trukket fra DRG (Diagnose relaterede grupper)-registeret, hvor der ved udskrivelsen er registreret en aktionsdiagnose eller bidiagnose, hvor alkohol indgår direkte.

De anvendte ICD-10 koder er:

- Gruppe 1: Fysiske følger eller tilstande i forbindelse med alkoholoverforbrug: E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K86.0, O35.4, P043, Q86.0, K85.2
- Gruppe 2: Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser: F10
- Gruppe 3: Alkoholforgiftning T51
- Gruppe 4: Rådgivning og genoptræning: Z50.2, Z71.4, Z72.1, Z72.1A

Opgørelser, der angiver antal personer med alkoholrelateret kontakt til hospital, er baseret på diagnoserne i gruppe 1, 2 og 3. Opgørelserne, der viser antal kontakter i hospitalsvæsenet, er baseret på samtlige alkoholrelaterede diagnoser.

I denne opgørelse indgår udelukkende de ICD-10 diagnoser, hvor alkohol indgår eksplicit af diagnosen. Der vil være tale om et underestimat, hvis lægerne ikke i alle relevante tilfælde får anført alkohol ved diagnosesætningen. Til at vurdere dette forhold er der foretaget en testanalyse, hvor et antal personer med kontakt til sygehus i 2013 på grund af alkoholrelateret skrumpelever (DK70.3) er kørt op imod et antal personer med kontakt til sygehus på grund af skrumpelever (DK74.6). Denne fordeling svarer til fordelingen af de to sygdomsgrupper, hvilket tyder på, at lægerne i al fald ved diagnosesætningen af skrumpelever har haft den nødvendige opmærksomhed på alkohol.

### **Alkoholrelateret dødelighed**

I nærværende opgørelse fra Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister opgøres den alkoholrelaterede dødelighed ud fra de diagnoser, der fremgår på dødsattesten, hvor alkohol er angivet som enten tilgrundliggende dødsårsag eller som en af de medvirkende dødsårsager, der har bidraget til dødsfaldet. Opgørelser for alkoholbetinget skrumpelever er udelukkende baseret på den tilgrundliggende dødsårsag.

Alkoholrelaterede dødsårsagskoder:

- Følgende ICD-10 koder indgår: E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, Q86.0, X45, X65, Y15.

Da det er væsentligt at følge udviklingen i alkoholrelateret dødelighed over tid, er det nødvendigt at anvende den samme metode, så det er muligt at sammenligne. I nærværende undersøgelse opgøres alkoholrelateret dødelighed både på den tilgrundliggende dødsårsag og de medvirkende dødsårsager. Dette skyldes, at en opgørelse alene baseret på den tilgrundliggende dødsårsag kan give et underestimat over alkoholrelateret død. Hvorvidt en opgørelse baseret på både den tilgrundliggende og de medvirkende dødsårsager kan give et overestimat af alkoholrelateret dødsfald er vanskeligt at afgøre. Alkohol er relateret til flere end 200 forskellige sygdomme, og alkoholrelationen er muligvis ikke registreret på dødsattesten i alle tilfælde, hvor alkohol kan have været en medvirkende årsag til dødsfaldet.

For at følge dødeligheden af alkoholrelateret dødsfald over tid, er det valgt at benytte aldersstandardiserede rater for enkelte opgørelser. Ved at anvende aldersstandardiseret dødelighed tages der højde for de forskydninger i befolkningens alderssammensætning, der kan ses over tid. På den måde er sammenligningen af dødeligheden mere reel, dvs. at de forskelle, der skyldes ændret aldersfordeling udelukkes. Den aldersstandardiserede dødeligheden er opgjort pr. 100.000 indbyggere, standardiseret efter befolkningens aldersfordeling i 2000.

---

## ALKOHOLBEHANDLING

Dette afsnit belyser omfanget af alkoholbehandling i Danmark. Afsnittet omfatter både den medicin, som udstedes på recept mod alkoholafhængighed, og den behandling, der finder sted på alkoholbehandlingscentre eller i Kriminalforsorgen.

Oplysninger stammer fra:

- Register vedrørende lægemidler (Lægemiddelstatistikregisteret, LSR) (15 år og derover)
- Register vedrørende offentlig finansieret alkoholbehandling (Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, NAB) (15 år og derover)
- Oplysninger fra Kriminalforsorgen (14 år og derover)

### Generelle tendenser

Fra 2010 til 2013 er andelen af personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller behandles på alkoholbehandlingscenter faldet med 9 %.

Faldet dækker over, at:

- en stigende andel kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling
- en markant faldende andel modtager medicin mod alkoholafhængighed
- alkoholoverforbruget har i gennemsnit stået på i 11 år inden første behandling i offentlig finansieret alkoholbehandling. Dette har ikke ændret sig gennem de sidste fem år.

---

### Mange former for behandling

Behandling af alkoholoverforbrug og alkoholafhængighed kan bestå af flere forskellige typer af indsatser og finde sted i forskelligt regi. Alkoholbehandling kan både være:

- Nedsættelse af alkoholforbruget på eget initiativ
- En kort rådgivende samtale ved egen læge eller i fx sundhedscenter
- Medicin mod alkoholafhængighed
- Alkoholbehandling i privat eller offentligt alkoholbehandlingscenter

Medicinering mod alkoholafhængighed retter sig mod personer med skadeligt alkoholforbrug eller alkoholafhængighed. Kognitiv behandling for alkoholafhængighed finder overvejende sted i alkoholbehandlingscentre, men gennemføres også i begrænset omfang i almen praksis. Ofte anvendes en kombination af medicinering mod alkoholafhængighed og kognitiv alkoholbehandling.

Kommunerne har ansvaret for den del af alkoholbehandlingen, som er offentligt finansieret, og som tilbydes i kommunale alkoholbehandlingscentre eller i private alkoholbehandlingscentre, som har aftale med kommunen. Ved offentlig finansieret alkoholbehandling har behandlingsstedet pligt til at rapportere data vedrørende behandlingen til Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB).

## 6.1 MODTAGER MEDICIN MOD ALKOHOLAFHÆNGIGHED – resultater fra Lægemiddelstatistikregistret (15 år og derover)

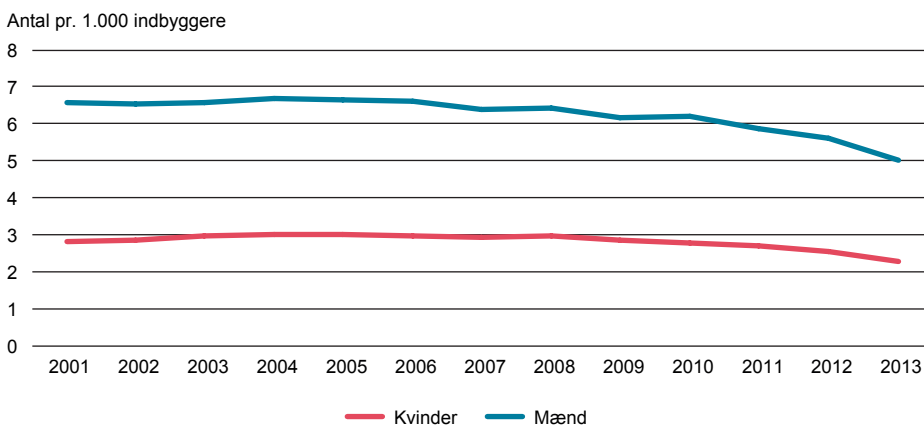
### Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed

I 2013 var der knap 20.500 personer, der modtog medicin mod alkoholafhængighed<sup>4</sup>, heraf er 68 % mænd. Der er flest personer i aldersgruppen 45-64 år, der modtager medicin mod alkoholafhængighed.

Antallet af personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed, er faldet inden for de seneste fem år efter at have ligget konstant i en lang årrække. Faldet er størst blandt mænd, jævnfør figur 6.1.

Med undtagelse af personer i alderen 65-74 år ses et fald i alle aldersgrupper. Det største fald i antallet af personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed, ses for aldersgruppen 35-44 år. For de 65-74-årige ses derimod en ganske betydelig stigning på 50 %, fordelt over fem år, i antallet af personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed, jævnfør figur 6.2.

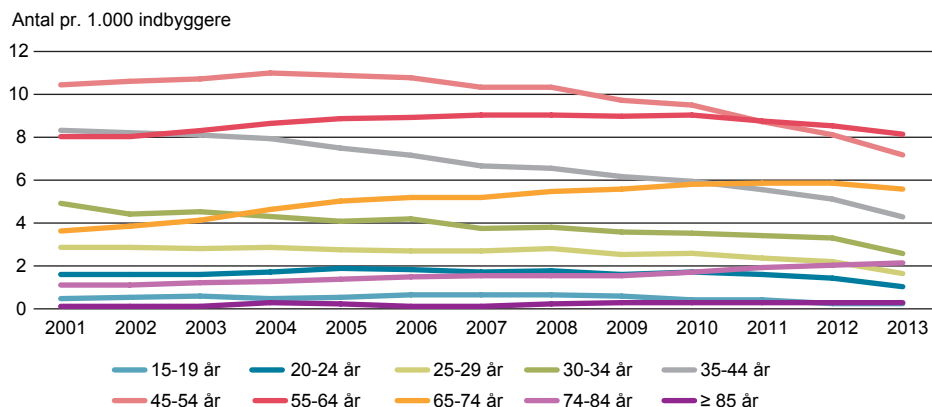
**FIGUR 6.1. Antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed pr. 1.000 indbyggere fordelt på køn, 2001-2013.**



Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

4) I Danmark anvendes følgende lægemiddelstoffer mod alkoholafhængighed: disulfiram (Antabus®), acamprosat (Campral®), naltrexone (Naltrexon®) og siden efteråret 2013 også nalmefen (Selincro®). Alle lægemidler er receptpligtige. Naltrexone anvendes også i behandlingen af stofmisbrug, hvorfor anvendelse af dette middel ikke indgår i denne opgørelse.

**FIGUR 6.2. Antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed pr. 1.000 indbyggere i de pågældende aldersgrupper fordelt på aldersgrupper, 2001-2013.**



Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

### Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed fordelt på lægemidler

Det mest anvendte lægemiddel mod alkoholafhængighed er Antabus®. Antallet af personer, der får udskrevet Antabus® er faldet inden for de seneste mange år, hvorimod antallet af personer, der får udskrevet Campral® er steget i samme periode. Disse udviklinger ses i tabel 6.1.

I slutningen af september 2013 blev lægemidlet Selincro® markedsført til brug mod alkoholafhængighed. I alt har 743 personer fået udstedt en recept på dette lægemiddel i 2013.



**TABEL 6.1. Antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed fordelt på lægemidler, 1999-2013.**

År	Personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed	Antabus®	Campral®
1999	26.306	26.306	.
2000	25.138	25.103	56
2001	25.003	24.884	179
2002	25.097	24.891	300
2003	25.525	25.288	373
2004	26.106	25.860	359
2005	26.026	25.715	470
2006	25.956	25.376	890
2007	25.282	24.350	1.383
2008	25.617	24.476	1.712
2009	24.703	23.646	1.621
2010	24.728	23.473	1.849
2011	23.678	22.333	1.959
2012	22.619	21.186	1.989
2013	20.452	18.315	2.136

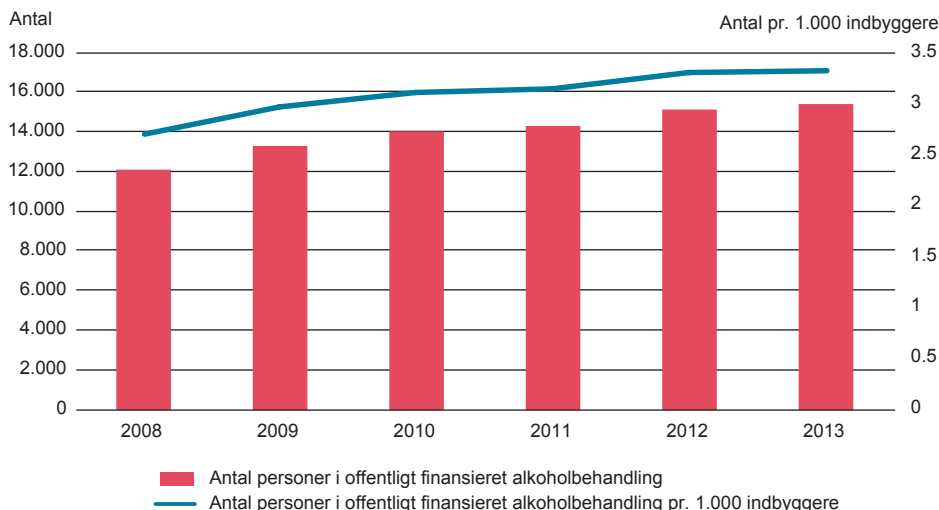
Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

## 6.2 PERSONER I OFFENTLIGT FINANSIERET ALKOHOLBEHANDLING

### – resultater fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (15 år og derover)

Antallet af personer i offentligt finansieret alkoholbehandling er steget gennem de seneste år, fra ca. 12.120 personer i 2008 til ca. 15.420 personer i 2013. Langt de fleste personer, der modtager offentligt finansieret alkoholbehandling, er i alderen 35-64 år, og heraf er knap 68 % mænd.

**FIGUR 6.3. Antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling og antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**



Kilde: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

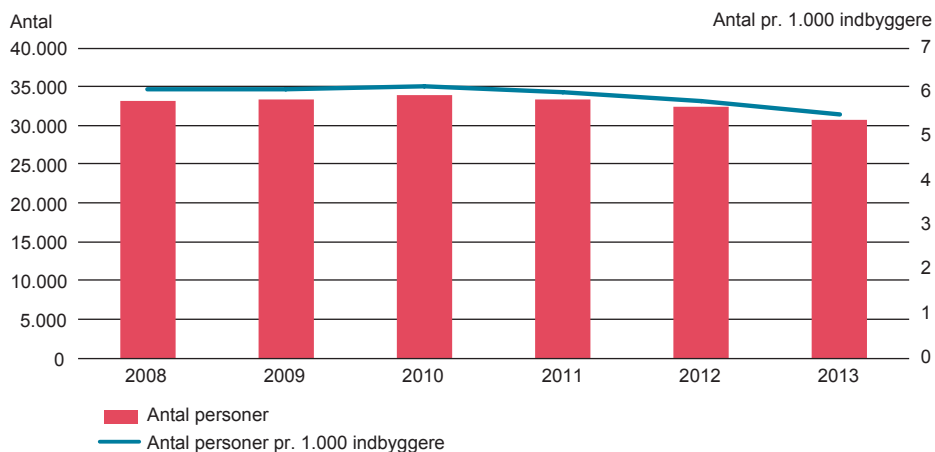
## 6.3 PERSONER, DER MODTAGER MEDICIN MOD ALKOHOLAFHÆNGIGHED OG/ELLER ER I OFFENTLIGT FINANSIERET ALKOHOLBEHANDLING

### – resultater fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og Lægemiddelstatistikregisteret (15 år og derover)

Fra 2008-2013 har mellem 31.000-34.000 personer modtaget medicin mod alkoholafhængighed og/eller været i offentligt finansieret alkoholbehandling. De fleste er i aldersgruppen 45-54 år, og der er langt flere mænd end kvinder.

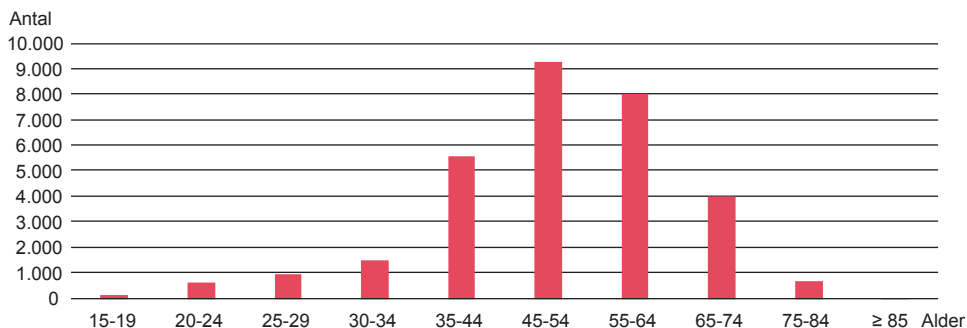
Som det ses af figur 6.5, er antallet af personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller er i offentligt finansieret faldet med 9 % siden 2010. Denne faldende tendens dækker imidlertid over et ændret behandlingsmønster, hvor flere modtager offentligt finansieret alkoholbehandling i alkoholbehandlingscenter, samtidig med at færre modtager medicin mod alkoholafhængighed.

**FIGUR 6.5. Antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling og antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**



Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

**FIGUR 6.6. Antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling fordelt på aldersgrupper, 2013.**



Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

## **6.4 ÅR MED ALKOHLOVERFORBRUG INDEN BEHANDLINGSSTART**

### **– resultater fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (15 år og derover)**

De personer, der kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling på alkoholbehandlingscenter, har i gennemsnit haft et alkoholoverforbrug i knap 11 år, inden personen første gang startede på alkoholbehandling. Mænd har generelt haft flere år med overforbrug end kvinder, inden de kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling. Denne tendens har været nogenlunde uændret gennem perioden 2008-2013.

## **6.5 METODE OG METODEOVERVEJELSER VED ALKOHOLBEHANDLINGS- OPGØRELSENE**

Fra Lægemiddelstatistikregisteret trækkes oplysninger om recepter, der er indløst på disulfiram (Antabus®, N07BB01), acamprosat (Campral®, N07BB03) og nalmefen (Selincro®, N07BB05). Naltrexon® indgår ikke i opgørelsen, da dette lægemiddel også anvendes i behandling af stofmisbrug.

Data om offentligt finansieret alkoholbehandling er trukket fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Da personer kan indskrives i anonym alkoholbehandling, skal opgørelserne vedrørende antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling tages med forbehold, idet den samme person både kan optræde anonymt og ikke anonymt i registeret og således indgå to gange samme år. Endvidere vil manglende indberetning af afslutningsdatoer medføre en kunstig stigning i antallet af personer i offentligt finansieret alkoholbehandling.

Opgørelser af personer, der modtager receptordineret medicin mod alkoholafhængighed og/eller er i offentligt finansieret alkoholbehandling på alkoholbehandlingscenter, er fremskaffet ved at koble data fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister med data fra Lægemiddelstatistikregisteret via CPR-nummer. Personer indskrevet med et anonymt klientnummer i offentligt finansieret alkoholbehandling kan således ikke kobles med data fra Lægemiddelstatistikregisteret. Opgørelserne vil derfor ikke være dækkende for det samlede antal personer, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling, og de må derfor tolkes med forbehold.

## **6.6 BEHANDLING I KRIMINALFORSORGEN**

### **– resultater fra Kriminalforsorgens statistik (14 år og derover)**

Kriminalforsorgen har i alle landets fængsler flere forskellige behandlingstilbud for stofmisbrug, herunder alkoholoverbrug. Der tilbydes støtte under afgiftning, forbehandling, primær behandling og efterbehandling. Nogle af disse tilbud gives på særlige behandlingsafdelinger i terapeutiske miljøer, mens andre behandlingstilbud fungerer som supplement til den øvrige beskæftigelse.

Af Kriminalforsorgens Statistik for 2013 fremgår det, at 33 % af de personer, der var indsat den 10. december 2013, og som havde oplyst om deres forbrug, havde indtaget alkohol i op til 30 dage inden indsættelsen. I løbet af en periode på fire år svinger denne andel mellem 30-35 %, jævnfør tabel 6.2 (16).

**TABEL 6.2. Indsatte, der har oplyst, at de har indtaget stoffer og alkohol i op til 30 dage inden indsættelsen, 2010-2013.**

Indsatte har indtaget rusmidlet	2010 18. december		2011 13. december		2012 11. december		2013 10. december	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Opioider	572	23,4	468	19,2	417	18,9	442	19,4
Centralstimulerende midler	1.533	62,8	1.525	62,5	1.306	59,3	1.292	56,7
Hash	1.681	68,9	1.685	69	1.579	71,7	1.632	71,6
Alkohol	862	35,3	742	30,4	716	32,5	751	33
Benzodiazepiner	340	13,9	310	12,7	269	12,2	183	8
Hallucionogener	71	2,9	72	2,9	48	2,1	50	2,2
Andet	159	6,5	153	6,3	136	6,2	148	6,5

Kilde. Kriminalforsorgen.

Anm.: Opgørelsen er baseret på en tværsnitsanalyse af indsatte på en bestemt dag i året.

Det fremgår endvidere, at der i 2013 blev iværksat 311 alkoholbehandlingsforløb, hvoraf 223 blev gennemført, jævnfør tabel 6.3 (17). Hvis alkoholbehandling indgår i behandling for et blandingsmisbrug, er dette registreret som stofmisbrugsbehandling og indgår ikke i opgørelsen i tabel 6.3.

**TABEL 6.3. Antallet af iværksatte, gennemførte og afbrudte alkoholbehandlingsforløb i Kriminalforsorgens institutioner i 2013.**

Iværksatte forløb	Gennemførte forløb	Afbrudte forløb
311	223	73

Kilde. Kriminalforsorgen.

---

## MEROMKOSTNINGER I FORBINDELSE MED ALKOHOLOVERFORBRUG

Dette afsnit belyser de kommunale og nationale meromkostninger i forbindelse med overforbrug af alkohol. Desuden belyses meromkostninger og merforbrug i sundhedsvæsenet på grund af alkoholoverforbrug.

Oplysninger stammer fra:

- Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol (18 år og derover)
- Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug (18 år og derover)
- Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark (16 år og derover)

### Generelle tendenser

Kommunerne har betydelige meromkostninger til borgere med alkoholoverforbrug – mindst 3,6 mia. kr. pr. år.

De samfundsmæssige meromkostninger er beregnet til mindst 13 mia. kr. pr. år.

### 7.1 DE KOMMUNALE MEROMKOSTNINGER TIL ALKOHOLOVERFORBRUG – resultater fra Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol (18 år og derover)

De kommunale meromkostninger til personer med alkoholoverforbrug er i 2013 opgjort til alt 3,6 mia. kr. (1).

For en gennemsnitskommune med 50.000 personer svarer det til meromkostninger på 33 mio. kr. årligt fordelt på:

- 18,7 mio. kr. til overførselsindkomster
- 4,3 mio. kr. til medfinansiering af sundhedsvæsenet
- 5,4 mio. kr. til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge
- 4,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp

## 7.2 METODE OG METODEOVERVEJELSER

I Sundhedsstyrelsens registerundersøgelse fra 2013 (1), der baseres på tal fra 2010, identificeres borgere med alkoholoverforbrug ved enten at have haft en alkoholrelateret kontakt til sygehus eller at have modtaget alkoholbehandling enten i alkoholbehandlingscenter og/eller modtaget medicin mod alkoholafhængighed. Omkostningerne omfatter kommunale udgifter forbundet med:

- Overførselsindkomster
- Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser
- Personlig og praktisk hjælp
- Plejeboliger
- Hjælpeforanstaltninger i forhold til børn og unge

Ikke alle kommunale ydelser er medregnet pga. utilstrækkelig indberetning til registre. Fx indgår hjemmesygepleje og kommunal genoptræning ikke.

Der er tale om et underestimat, idet undersøgelsen kun omfatter 52.000 personer med alvorligt alkoholoverforbrug. I 2008 blev det estimeret, at der var 140.000 alkoholafhængige i Danmark (11). Dertil kommer, at ikke alle kommunale ydelser indgik i undersøgelsen.

## 7.3 DE SAMFUNDSMÆSSIGE MEROMKOSTNINGER TIL ALKOHOLOVERFORBRUG – resultater fra Samfundsmæssige omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug (18 år og derover)

I 2014 blev ovenstående data genanvendt og suppleret med yderligere data med henblik på at belyse de samfundsmæssige omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug (18). Undersøgelsen konkluderer, at et forsigtig og konservativt estimat af de samfundsmæssige omkostninger ved alkoholoverforbrug beløber sig årligt til 13 mia. kr. årligt, heraf blandt andet:

- Knap 2 mia. kr. i forbindelse med trafikulykker
- 1,6 mia. kr. i forbindelse med kriminalitet
- 5,2 mia. kr. på grund af produktionstab
- 4,1 mia. kr. meromkostninger til overvejende kommunale ydelser

## 7.4 MEROMKOSTNINGER OG MERFORBRUG I SUNDHEDSVÆSENET GRUNDET ALKOHOLOVERFORBRUG

### – resultater fra Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark (16 år og derover)

I 2006 blev det beregnet (19), at merforbruget i sundhedsvæsenet til alkoholoverforbrug var 97 mio. kr. årligt. Merforbruget blev opgjort til 160.000 årlige ekstra kontakter i almen praksis.

---

## SOCIALE KONSEKVENSER VED ALKOHOLOVERFORBRUG

Dette afsnit belyser nogle af de sociale konsekvenser, som et højt alkoholforbrug kan have for den enkelte borger.

Oplysninger stammer fra:

- Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol (18 år og derover)
- Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark (16 år og derover)
- Rusmidler i Danmark (15-79 år)
- Politiets årsopgørelse

### Generelle tendenser

Et højt alkoholforbrug kan have betydelige sociale omkostninger for den, der drikker. Fx i form af behov for overførselsindkomst, ekstra sygedage og anbringelse af børn uden for hjemmet.

Et højt alkoholforbrug er stærkt forbundet med en lang række negative konsekvenser, fx afhængighed, skyldfølelse og dårlig samvittighed.

### 8.1 DE SOCIALE KONSEKVENSER

#### – resultater fra Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol (18 år og derover)

En opgørelse af de kommunale meromkostninger til alkoholoverforbrug viser (1), at personer med alkoholoverforbrug i forhold til personer uden alkoholoverforbrug:

- **Oftere modtager overførselsindkomst.** Andelen, der modtog kontanthjælp eller førtidspension var 2-3 gange højere end blandt personer uden alkoholoverforbrug.
- **Oftere har brug for personlig og praktisk hjælp i hjemmet.** Andelen, der modtog personlig og praktisk hjælp i hjemmet var 4-5 gange højere blandt personer med alkoholoverforbrug.
- **Oftere har deres børn anbragt uden for hjemmet.** Andelen af anbragte børn fra familier med alkoholoverforbrug var 5-6 gange højere end børn fra familier uden alkoholoverforbrug.
- **Oftere bor i plejebolig.** Andelen, der bor i plejebolig er 4-7 gange højere blandt personer med alkoholoverforbrug sammenlignet med personer uden alkoholoverforbrug.



## **8.2 SYGGEFRAVÆR PÅ GRUND AF ALKOHOLOVERFORBRUG**

### **– resultater fra Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark (16 år og derover)**

Undersøgelsen viser, at personer med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen har 325.000 årlige ekstra sygefraværsdage sammenlignet med personer med alkoholforbrug under højrisikogrænsen (19). Det ekstra forbrug sås overvejende blandt mænd.

## **8.3 NEGATIVE OPLEVELSER MED ALKOHOL**

### **– resultater fra Rusmidler i Danmark (15-79 år)**

Undersøgelsen belyser de adspurgtes egne oplevelser af negative konsekvenser i forbindelse med alkoholindtagelse (9). Undersøgelsen viste, at personerne mindst en gang indenfor det sidste år har oplevet:

- Black- out (27 %)
- Skyldfølelse eller samvittighedsnag (20 %)
- Ikke at kunne stoppe med at drikke (14 %)
- Negative følger for daglige gøremål i hjemmet (7 %)
- Negative følger for parforhold/ægteskab (5 %)
- Negative følger for deres økonomi (4 %)
- At være kommet til skade i forbindelse med besøg på diskotek eller lignende (3 %)
- Negative følger for deres arbejde, skole eller beskæftigelsesmuligheder (3 %)

## **8.4 ANBRAGT I DETENTION PÅ GRUND AF BERUSELSE**

### **– resultater fra politiets årsopgørelse**

Politiet anholder mennesker, hvor alkoholforbruget er den direkte eller medvirkende årsag til anholdelsen. Den helt overvejende del af de berusede, som politiet anholder, bliver anbragt i detentionen. Tidligere opgørelser har vist et samlet fald i antallet af detentionsanbragte siden 1986 med et samlet fald på 67 % i perioden 1986-2003 (4).

Det har ikke været muligt at indhente opdaterede tal.

---

## FØLGER FOR ANDRE – PÅRØRENDE, HERUNDER BØRN, OG I FORBINDELSE MED TRAFIK OG VOLD

Dette afsnit belyser de negative følger, som alkoholoverforbrug kan have for andre end den, der drikker. Det gælder fx børn og andre pårørende, naboer, arbejdskolleger og tilfældige personer på gaden.

Oplysningerne stammer fra:

- Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder (ingen aldersrestriktioner)
- Danskernes alkoholvaner (16 år og derover)
- Langtidseffekter for børn, der lever i familier med alkoholproblemer (13-27 år)
- Rusmidler i Danmark (15 -79 år)
- Politiets statistikker (alle aldre)
- Danmarks Statistik (alle aldre)

Det er velkendt, at alkoholoverforbrug kan have negative følger – ikke blot for den, der drikker, men også for andre.

Pårørende, herunder børn er i særlig risiko. Alkohol er ofte involveret i forbindelse med vold, ligesom alkoholindtagelse spiller en rolle ved trafikulykker.

### Generelle tendenser

78 % af danskerne har kendt personer med et stort alkoholforbrug eller personer, som har drukket for meget. Knap halvdelen har oplevet negative konsekvenser som følge heraf.

122.000 børn vokser op i en familie med alkoholproblemer.

I Danmark fødes der årligt i gennemsnit ni børn, som diagnosticeres med den medfødte alkoholrelaterede misdannelsestilstand – Føtal alkohol syndrom (FAS).

Både antallet af personer med skader og antallet af dræbte i forbindelse med spiritusuheld i trafikken er faldet gennem mange år. Det seneste år er antallet af trafikdræbte dog steget igen.

19 % af danskerne har (nogensinde) været passager i en bil, hvor chaufføren havde drukket for meget.

## 9.1 BØRN

Forældres alkoholforbrug kan belaste børn. Dels kan de blive udsat for alkohol i fosterlivet, hvilket kan resultere i fx misdannelser, og desuden har det negative konsekvenser at vokse op i en familie med alkoholoverforbrug.

### **Følger efter alkohol i graviditeten**

#### **– resultater fra Alkoholforbrug blandt gravide (ingen aldersrestriktioner)**

Indtagelse af alkohol i graviditeten øger risikoen for, at barnet fødes med alkoholrelaterede skader. Der er tale om et spektrum af skader, fra mindre organskader til mere omfattende skader, synlige som ikke synlige. De færreste af skaderne kan diagnosticeres ved fødslen, men viser sig undervejs i barnets opvækst.

I perioden 1994-2010 er i alt diagnosticeret 153 børn med Føtal alkoholsyndrom (FAS) (8). Børnene er i gennemsnit fem år gamle, når de bliver diagnosticeret med FAS, men tidspunktet for diagnosticering hos børnene spænder fra 0-15 år. I opgørelsen pointeres det, at der er tale om et underestimat, da det dels er svært at stille diagnosen FAS, og derudover er det udelukkende de alvorligste tilfælde, der registreres.

For hver fødselsårgang bliver der i gennemsnit diagnosticeret ni børn med den alvorligste alkoholskade: FAS.

### **Antal børn, der vokser op i familier med alkoholoverforbrug**

#### **– resultater fra Alkoholvaner i Danmark (16 år og derover)**

I Sundhedsstyrelsens befolkningsundersøgelse vedrørende alkoholvaner fra 2008 (20) indgår selvrapporterede oplysninger. På baggrund af det oplyste, er det beregnet, at 122.000 børn (0-18 år) i Danmark vokser op i en familie med alkoholoverforbrug.

### **Følger for børn, der vokser op i familie med alkoholoverforbrug**

#### **– resultater fra undersøgelse om langtidseffekter for børn, der lever i familier med alkoholproblemer (13-27 år)**

En dansk opgørelse (12) fra 2004 viser, at børn, der lever i familier med alkoholoverforbrug oftere er udsat for belastende opvækstvilkår sammenlignet med børn, der ikke lever i familier med alkoholoverforbrug

Undersøgelsen viser, at for børn, der vokser op i en familie med alkoholoverforbrug, er risikoen for at:

- Blive anbragt uden for hjemmet øget 3,6 gange
- Blive indlagt med omsorgssvigt/børnemishandling øget 1,9 gange
- Opleve vold i hjemmet øget 7,9 gange
- Opleve familieopløsning øget 5,1 gange
- Blive indlagt med psykisk lidelse, for narkomani og selvmordsforsøg øget

## 9.2 GENER AF ANDRES HØJE ALKOHOLFORBRUG

### – resultater fra Rusmidler i Danmark (15-79 år)

I undersøgelsen Rusmidler i Danmark (9) angiver 79 %, at de har kendt nogen med et for stort alkoholforbrug eller som har drukket for meget. Knap halvdelen af disse (46 %) har oplevet negative konsekvenser deraf. For 55 % af disse respondenter drejer det sig om et familiemedlem, og for 22 % drejer det sig om et husstandsmedlem.

- 22 % har haft familiemæssige eller ægteskabelige problemer på grund af en tredje persons alkoholforbrug. 29 % heraf har oplevet problemerne inden for det sidste år.
- 13 % har nogensinde haft problemer med venner/og eller naboer på grund af deres alkoholforbrug, og 7 % har haft problemer med kollegers og/eller chefers alkoholforbrug.
- 26 % har inden for det sidste år været generet en eller flere gange af berusede personer på gade eller andre offentlige områder. 14 % har oplevet, at berusede personer har gjort dem bange, når de har mødt dem på gaden.
- 14 % har følt sig generet ved en fest eller anden privat sammenkomst.

## 9.3 TRAFIK

Politiet fører statistik over alkohol og trafik. Det drejer sig blandt andet om trafikulykker med personskade. Ud fra disse statistikker er det ikke muligt at afgøre, om personskaden omfatter den drikkende eller andre.

Retsvæsenet fører statistik om domsfældelser i forbindelse med spirituskørsel.

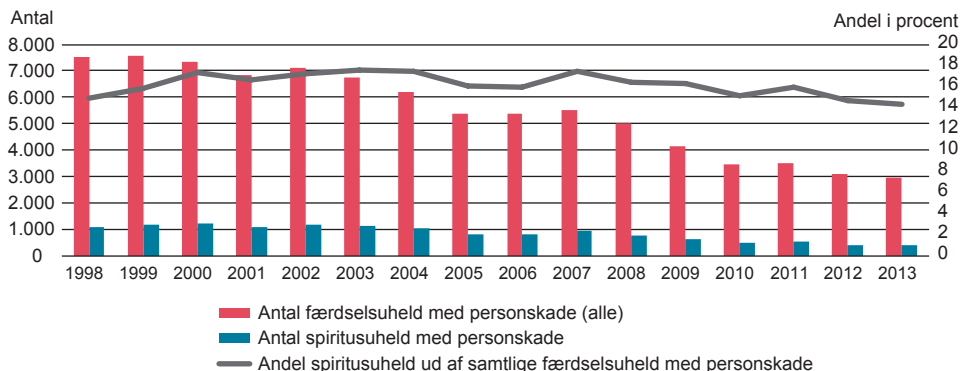
### Trafikulykker og alkohol

#### – resultater fra politiets statistikker (alle aldre)

I 2013 blev der registreret 429 spiritusuheld med personskader.

I 1986 blev der registreret i alt 2.278 alkoholrelaterede færdselsuheld med personskade. Både de alkoholrelaterede færdselsuheld med personskade og samtlige færdselsuheld med personskade er faldet gennem mange år. Andelen af alkoholrelaterede færdselsuheld med personskade er faldet svagt siden 2007 og udgør 14 % af samtlige trafikuheld med personskader i 2013, jævnfør figur 9.1 (21).

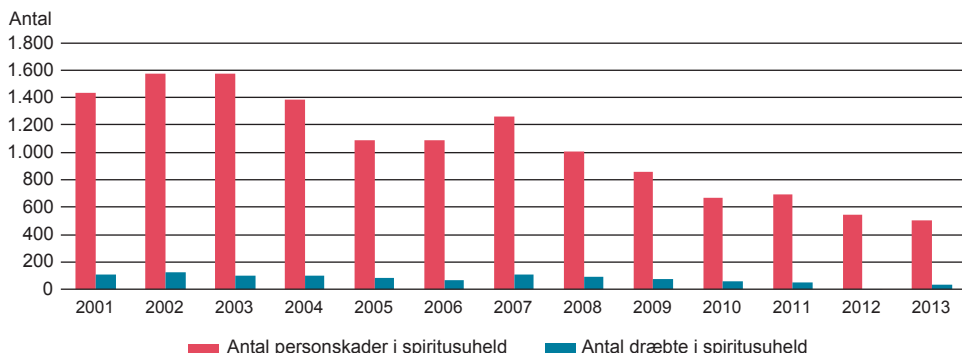
**FIGUR 9.1. Antal færdselsuheld, antal spiritusuheld, samt andelen af spiritusuheld ud af samtlige færdselsuheld med personskaade, 1998-2013.**



Kilde Danmarks Statistik, Statistikbanken, UHELDK7: Færdselsuheld med personskaade efter uheldsart, 2014.

Antallet af alkoholrelaterede færdselsdrab er ligeledes faldet (22). Faldet er på 67 % siden 1998. Denne faldende tendens ses indtil 2012, hvor antallet igen er steget, jævnfør figur 9.2. I 2013 blev der registreret 41 dræbte i spiritusuheld, hvilket udgjorde 21 % af samtlige færdselsdrab.

**FIGUR 9.2 Antal personskader i spiritusuheld og antal dræbte i spiritusuheld, 2001-2013.**



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, UHELDK2: Tilskadekomne og dræbte i spiritusuheld, 2014.

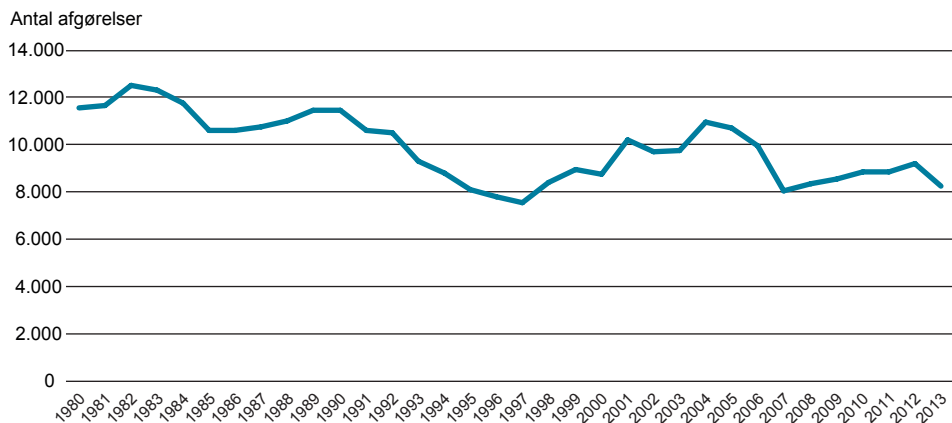
## Spirituskørsel

Antallet af registrerede strafferetlige afgørelser vedrørende spirituskørsler var i 2013 på 8.264 (23), jævnfør figur 9.3.

Antallet har været støt faldende i perioden 1980-1997 med en samlet reduktion på knap 35 %. Herefter har antallet varieret og er i 2013 på niveau med antallet i 1998.

Denne variation kan skyldes en ændret indsats fra politiets side eller ændret adfærd med hensyn til at køre spirituspåvirket eller en kombination heraf.

**FIGUR 9.3. Antal strafferetlige afgørelser vedrørende spirituskørsler, 1980-2013.**



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, STRAF40: Strafferetlige afgørelser efter overtrædelsens art, afgørelses-type, alder og køn, 2014.

## Oplevelser i trafikken med andres beruselse – resultater fra Rusmidler i Danmark (15-79 år)

Undersøgelse om rusmidler (9) indeholder oplysninger om oplevelser i trafikken med andres alkoholbrug. 19 % oplyser nogensinde at have været passager i en bil, hvor chaufføren havde drukket for meget, og 23 % af dem har oplevet dette inden for det sidste år. 2 % har nogensinde været involveret i en bilulykke, der skete på grund af en anden persons alkoholforbrug.

## UNGE OG ALKOHOL

Dette afsnit belyser unges alkoholvaner i forhold til alkoholforbrug, debutalder, alkoholrelateret sygehuskontakt, alkoholrelateret død og de unges angivelse af negative oplevelser med alkohol. Desuden belyses de unges forbrug i forhold den øvrige befolknings alkoholforbrug og unge i andre landes forbrug.

Oplysninger stammer fra:

- Den Nationale Sundhedsprofil (16-24 år)
- Rusmidler i Danmark (15-29 år)
- Health Behavior in School-aged Children (11, 13 og 15 år)
- Skolebørnsundersøgelsen (11, 13 og 15 år)
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (15-16 år)
- Landspatientregisteret (15-24 år)
- Dødsårsagsregisteret (15-24 år)
- Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) (15-24 år)
- Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) (15 -24 år)

### Generelle tendenser

De unges alkoholforbrug er faldende – mest markant for unge mænd.

En stigende andel af de unge, som drikker over højrisikogrænsen, ønsker at nedsætte forbruget. Udviklingen er mest markant for de unge mænd.

Siden 1984 er alderen for alkoholdebuten steget. Der har været en særlig markant udvikling fra 2010-2014.

Siden 1984 har en stadig faldende andel af unge i 11, 13 og 15-års alderen erfaringer med at være beruset. Fra 2010 til 2014 har udviklingen været meget markant. Danmark har dog sammenlignet med resten af Europa stadig den højeste andel af 15-årige (2011-data), der har erfaringer med at være fulde.

De unge oplever i langt højere grad negative følger ved at drikke alkohol, sammenlignet med den øvrige befolkning.

Andelen af unge, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller modtager offentligt finansieret alkoholbehandling, er faldet siden 2008. Udviklingen dækker over, at andelen, der modtager medicin for alkoholafhængighed, er faldet, samtidig med at andelen, der modtager offentligt finansieret alkoholbehandling, er steget.

Antallet af unge, der kommer i kontakt med sygehus på grund af beruselse, er faldende.

Der har været 93 alkoholrelaterede dødsfald blandt unge (16-24 år) over de seneste 12 år. Hovedparten skyldtes ulykker, og 9 ud af 10 af dødsfaldene var blandt mænd.

## 10.1 UNGES ALKOHOLVANER

### – resultater fra Den Nationale Sundhedsprofil (16-24 år)

Når det gælder unge mænd, viser Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (7), at:

- 8,4 % havde ikke drukket alkohol inden for det sidste år
- 17,5 % havde ikke drukket alkohol inden for den sidste uge
- 28,4 % drak over lavrisikogrænsen for mænd
- 14,2 % drak over højrisikogrænsen for mænd
- 60,9 % drak fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst en gang månedligt.

Når det gælder unge kvinder, viser undersøgelsen, at:

- 10,4 % havde ikke drukket alkohol inden for det sidste år
- 17,0 % havde ikke drukket alkohol inden for den sidste uge
- 37,2 % drak over lavrisikogrænsen for kvinder
- 14,9 % drak over højrisikogrænsen for kvinder
- 53,3 % drak fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst en gang månedligt.

Der er sket et tydeligt fald i de unges alkoholforbrug fra 2010 til 2013. Se figur 10.1 og 10.2.

Det signifikant faldende forbrug ses for begge køn, både når det gælder ikke at have drukket alkohol den sidste uge, ikke at overskride lavrisikogrænsen for alkoholindtagelse i en typisk uge, og ikke at overskride højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge.

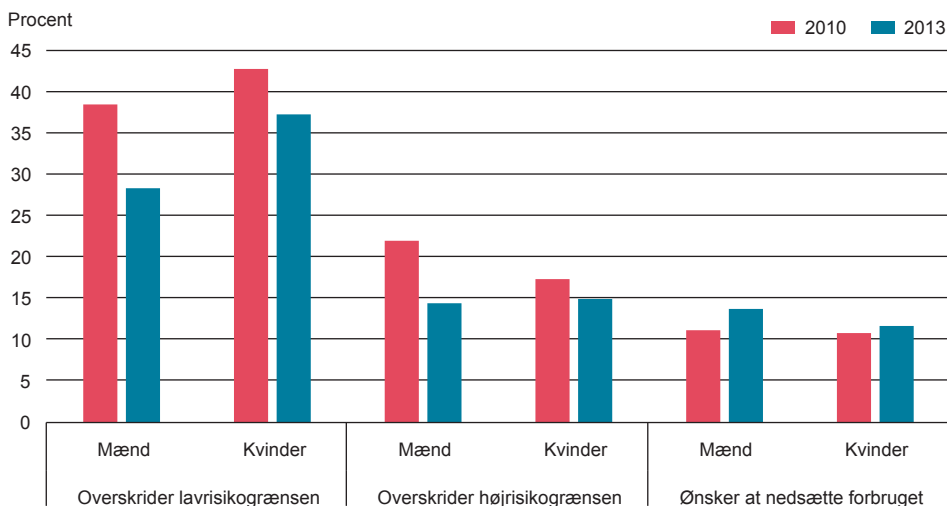
For både kvinder og mænd er der en højere andel i 2013, som ikke har drukket alkohol det sidste år, set i forhold til 2010. Stigningen er signifikant for kvindernes vedkommende.

Faldet i alkoholforbrug er mest markant hos de unge mænd. Fx steg andelen af mænd, der ikke havde drukket alkohol inden for den sidste uge fra 11,7 % i 2010 til 17,5 % i 2013. Tilsvarende havde 13,3 % af de unge kvinder i 2010 ikke drukket alkohol inden for den sidste uge, mod 17 % i 2013.

Undersøgelsen indikerer, at der blandt unge er et ønske om at nedsætte alkoholforbruget. Ikke blot har unge nedsat forbruget, men der er også en stigende andel blandt de, der drikker over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget. Denne udvikling er mest markant for de unge mænd, se figur 10.1.

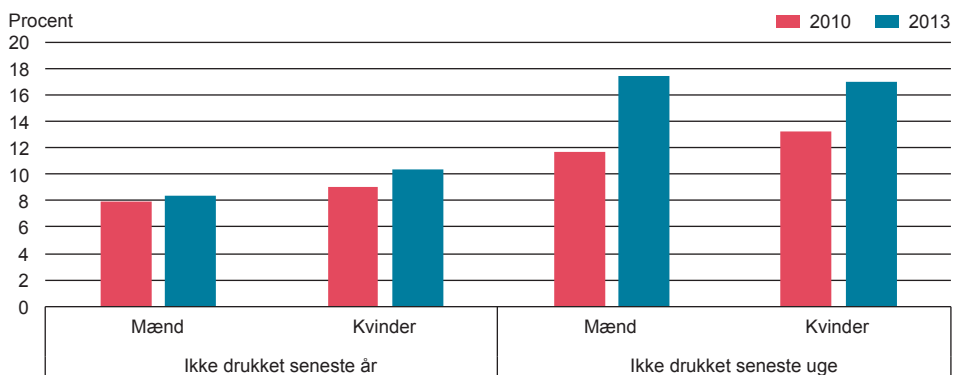


**FIGUR 10.1. Andelen af unge, der overskrider henholdsvis lav- og højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, samt andelen af unge, der drikker over højrisikogrænsen, og som ønsker at nedsætte forbruget fordelt på køn, 2010 og 2013. Procent.**



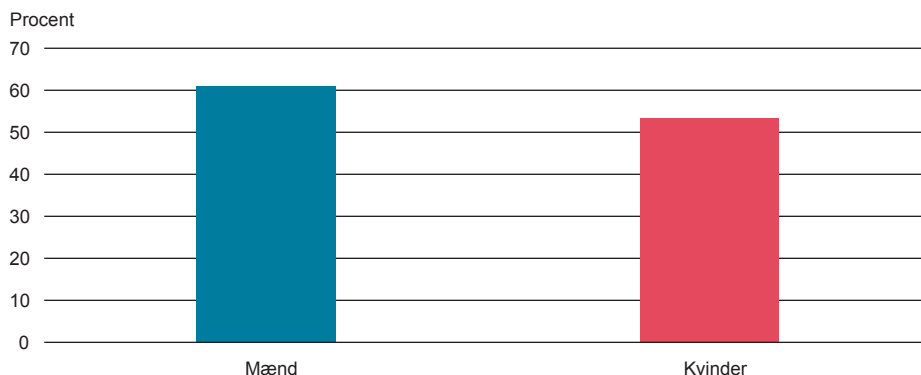
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 10.2. Andelen af unge, der ikke har drukket alkohol det seneste år og en typisk uge fordelt på køn, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 10.3. Andelen af unge, der har drukket fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst en gang månedligt fordelt på køn, 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

## 10.2 UNGES ANGIVELSER AF ÅRSAGER TIL AT DRIKKE/IKKE AT DRIKKE ALKOHOL SAMT NEGATIVE OPLEVELSER MED ALKOHOL – resultater fra Rusmidler i Danmark (15-29 år)

### Årsager til at drikke alkohol

Undersøgelsen Rusmidler i Danmark (9) viser, at de unges årsager til at drikke alkohol adskiller sig fra den øvrige befolkning. De unge drikker oftere alkohol af sociale årsager, fx for at komme i stemning/godt humør (93 % mod 68 % for befolkningen som helhed), dæmpe usikkerhed (40 % mod 21 % for befolkningen som helhed), for at blive beruset (78 % mod 40 % for befolkningen som helhed), for at komme i kontakt med andre (51 % mod 27 % for befolkningen som helhed).

### Årsager til ikke at drikke alkohol eller have et meget lille forbrug

Af begrundelser for ikke at drikke alkohol eller at have et meget lille forbrug angiver de unge hyppigst: ikke at have lyst (52 %), at alkohol ikke interesserer dem (45 %), at det er imod personens religion (40 %), ikke at kunne lide smagen (30 %), at alkohol er usundt (30 %), at alkohol er imod personens opdragelse (22 %).

### Unge negative oplevelser med alkohol

Undersøgelsen Rusmidler i Danmark (9) belyser de unges oplevede negative konsekvenser ved eget alkoholforbrug inden for de sidste 12 måneder. Deltagerne blev spurgt til en lang række negative konsekvenser, fx negative følger for relation til ægtefælle/andre familiemedlemmer/ venner og sociale liv, negative følger for økonomi, daglige gøremål i hjemmet/skole, arbejde mv./skade på sig selv eller andre og pårørendes eventuelle bekymring for alkoholforbruget.

De unge er den aldersgruppe, hvor flest oplever negative konsekvenser af eget alkoholforbrug, og det gælder for de fleste af de forhold, der er spurgt til i undersøgelsen.

Her ses udvalgte parametre, hvor en markant større andel af de unge inden for det sidste år har oplevet negative konsekvenser i forbindelse med at have drukket alkohol:

- 26 % af de unge har oplevet ikke at kunne gennemføre det, der var forventet (mod 14 % af hele befolkningen).
- 11 % har oplevet negative konsekvenser for skolearbejdet/arbejde/ beskæftigelsesmuligheder (mod 1 % af hele befolkningen).
- 20 % af de unge har oplevet at gøre skade på sig selv eller andre (mod 1 % af hele befolkningen).
- 23 % har oplevet negative konsekvenser for økonomien (mod 1 % af hele befolkningen).
- 54 % har oplevet ikke at kunne huske, hvad der skete aftenen før (mod 18 % af hele befolkningen).
- 36 % har oplevet skyldfølelse eller samvittighedsnag (mod 15 % af hele befolkningen).
- 11 % har oplevet negative følger for venskaber eller sociale liv (mod 2 % af hele befolkningen).
- 10 % har oplevet helbreds-konsekvenser (mod 3 % af hele befolkningen).

### **10.3 ALKOHOLDEBUT OG ERFARINGER MED AT VÆRE FULD**

**– resultater fra Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) samt fra det danske bidrag til det internationale studie, Skolebørnsundersøgelsen (11, 13 og 15 år)**

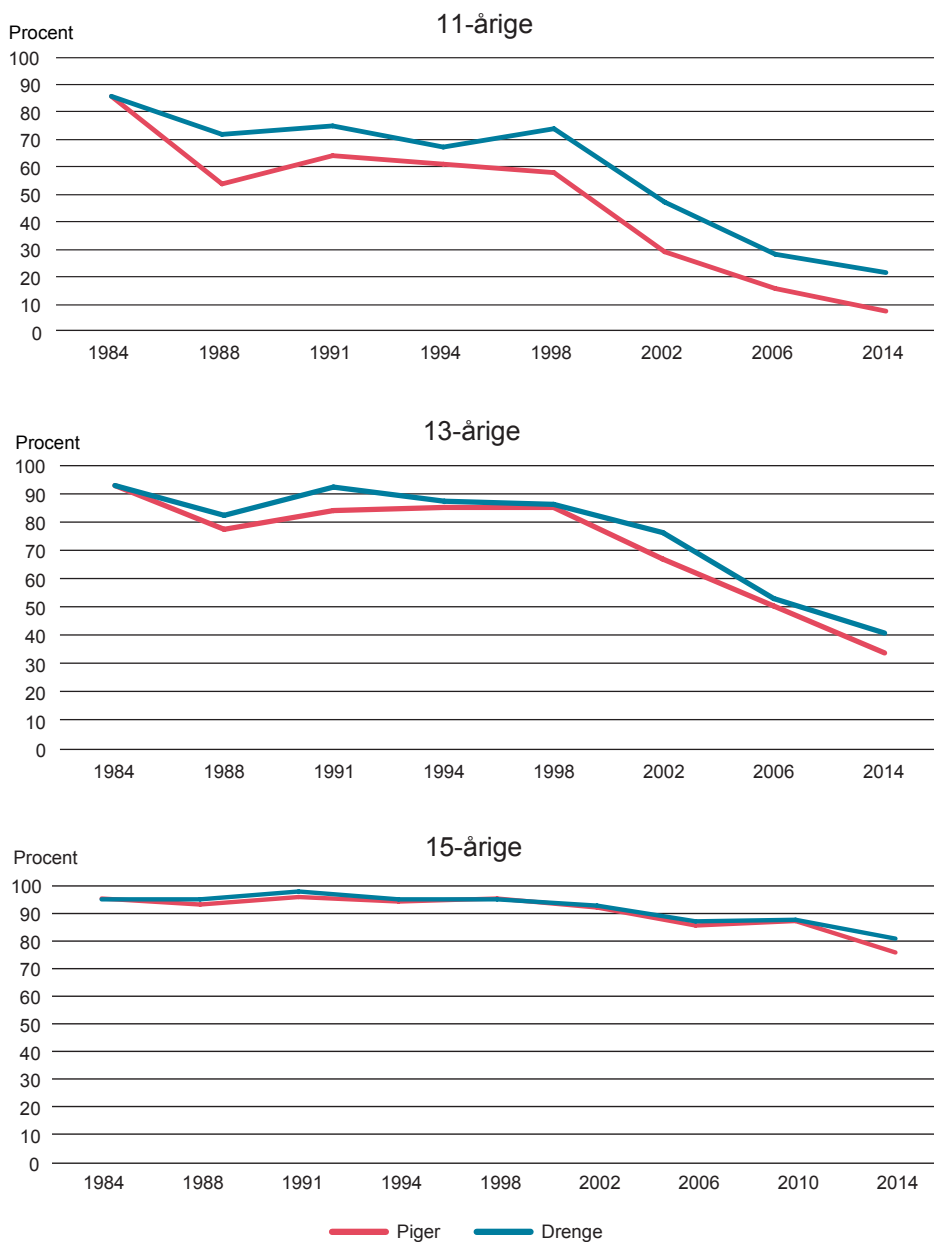
Data om de 11-15-årige børns sundhedsadfærd og selvrapporterede helbred har været indsamlet hvert fjerde år siden 1984. 43 lande i Europa og Nordamerika deltager i forskningsprojektet. Resultaterne publiceres i en international rapport (24), og det danske bidrag publiceres tillige i en dansk rapport (25).

#### **Alkoholdebut blandt 11-15-årige**

Fra slutningen af 1990'erne til 2006 er der sket et markant fald i andelen af 11-årige og 13-årige, som har prøvet at drikke alkohol. Den seneste opdatering fra 2014 viser (26), at denne udvikling fortsætter.

For de 15-årige er der også sket et fald, omend dette er langt mindre tydeligt. Den seneste opdatering af undersøgelsen viser (26) imidlertid, at dette fald er mere markant fra 2010 til 2014. Figur 10.3.

**FIGUR 10.3. Andel 11, 13 og 15-årige, der har prøvet at drikke alkohol fordelt på køn, 1984-2014. Procent.**



Kilde: Skolebørnsundersøgelsen 2011. Statens Institut for Folkesundhed. 2011. Upublicerede data fra Skolebørnsundersøgelsen 2014. Data publiceret i Ugens tal 47 2014.

Selvom der har været positiv udvikling i forhold til alkoholdebut, er der stadig mange, der prøver at drikke alkohol i en ung alder. I 2014 havde 22 % af de 11-årige drenge og 8 % af de 11-årige piger prøvet at drikke alkohol. Tilsvarende gjaldt det for henholdsvis 41 % og 34 % af de 13-årige drenge og piger og 81 % og 76 % af 15-årige drenge og piger.

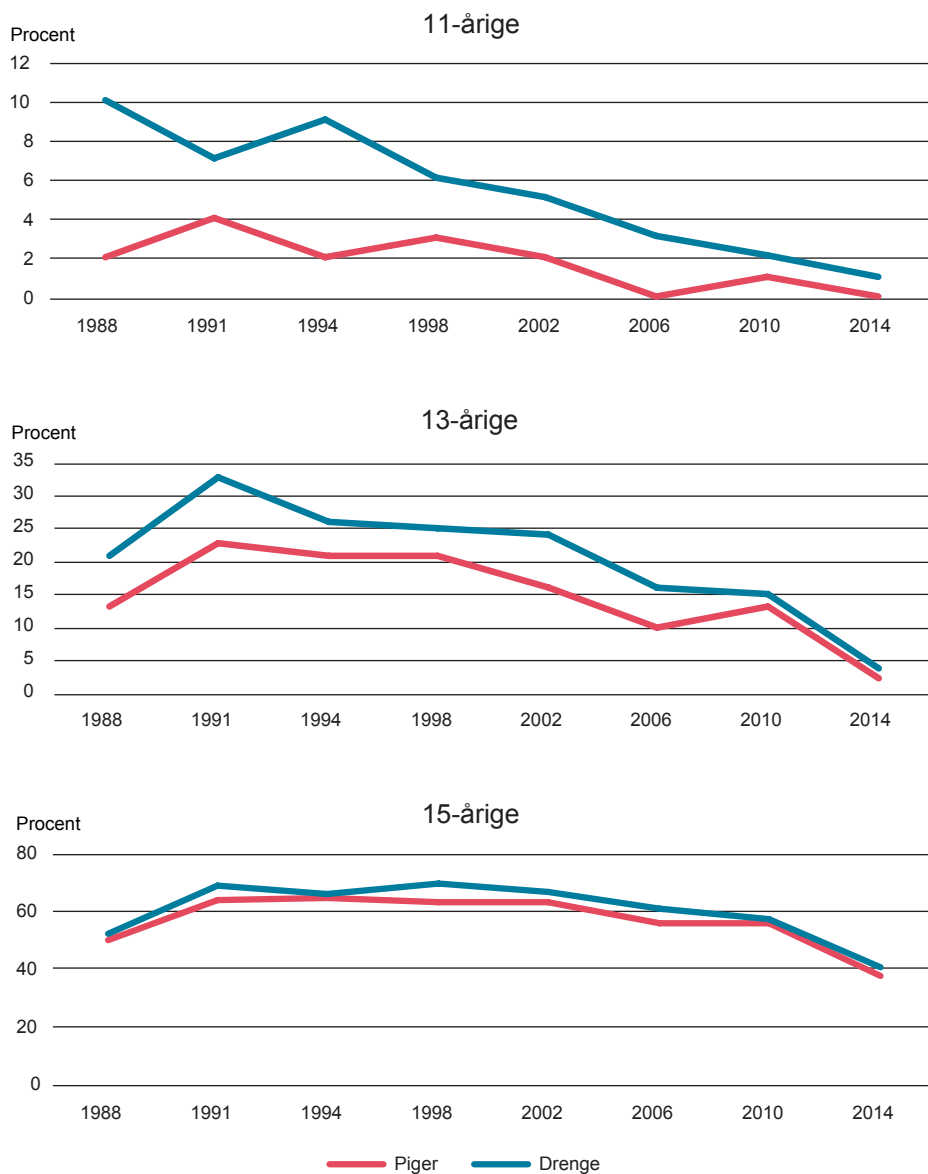
### **Erfaringer med at være fuld blandt de 11, 13 og 15-årige. 1984-2014**

I perioden 1991 til 2010 var der færre af de 11-årige og de 13-årige, der havde prøvet at være fulde mindst to gange. Den seneste opdatering fra 2014 viser (26), at der for alle aldersgrupperne har været et fortsat markant fald i andelen, der har erfaringer med at være fuld. I samme periode er der også sket et fald for de 15-årige, omend det har været mindre udtalt. De opdaterede data viser også, at der har været et markant fald fra 2010 til 2014 i andelen af 15-årige, der har erfaringer med at være fuld. Se figur 10.4.

I 2014 havde de tre aldersgrupper følgende andele, der havde erfaringer med at være fulde mindst to gange:

- 11-årige piger: 0,1 %
- 11-årige drenge: 1,0 %
- 13-årige piger: 2,5 %
- 13-årige drenge: 4,1 %
- 15-årige piger: 37,6 %
- 15-årige drenge: 41,4 %

**FIGUR 10.4. Andel 11, 13 og 15-årige, der har prøvet at være fulde mindst to gange fordelt på køn, 1984-2014. Procent.**



Kilde: Skolebørnsundersøgelsen 2011. Statens Institut for Folkesundhed. 2011. Upublicerede data fra Skolebørnsundersøgelsen 2014. Data publiceret i Ugens tal 47 2014.

I en international sammenhæng (tal fra 2011) har de 15-årige danske unge rekord i erfaring med alkohol. Andelen af danske 15-årige, der har erfaringer med at være fuld mindst to gange ligger også højt sammenlignet med andre lande. For de 13-årige ligger andelen højt sammenholdt med de fleste andre lande, men ikke højest. Når det gælder de 11-årige er de danske unge nogenlunde som gennemsnittet i de øvrige lande (24).

#### **10.4 UNGES ALKOHOLVANER – SET I INTERNATIONALT PERSPEKTIV**

##### **– resultater fra ESPAD undersøgelsen (15-16 år)**

Danmark deltager i European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) undersøgelsen, hvor 15-16-årige fra 37 lande besvarer spørgsmål hvert fjerde år.

Undersøgelsen fra 2011 (27) viser blandt andet, at de danske unge, er de unge i Europa, der har den højeste andel, som har været fulde i løbet af de sidste 30 uger (37 % mod gennemsnitlig 17 %). De unge i Danmark er blandt de unge i undersøgelsen, som har nogle af de mest positive forventninger til konsekvenserne ved at drikke alkohol, dette til trods for, at de danske unge, er blandt de, der i højere grad har oplevet negative konsekvenser i forbindelse med at drikke alkohol.

Se figuren 10.5.

**FIGUR 10.5. Andel 15-16-årige, der har været fulde inden for de seneste 30 dage fordelt på køn og lande. 2011. Procent.**



Kilde: The 2011 ESPAD Report. Substance use Among Students in 36 European Countries.



## 10.5 UNGES ALKOHOLRELATEREDE SYGELIGHED OG DØDELIGHED – resultater fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret (15-24 år)

### Alkoholrelateret kontakt til sygehus

I 2013 havde 3.049 unge haft kontakt til sygehus på grund af en alkoholrelateret lidelse, jævnfør tabel 10.1.

Andelen af unge, der har haft kontakt til sygehus med en alkoholrelateret diagnose, har varieret ganske lidt i perioden 2008 til 2013. Den laveste andel med en sådan kontakt var i 2013, hvor ca. 4 unge ud af 1.000 unge var i kontakt med sygehus. Se tabel 10.2.

**TABEL 10.1. Antal unge med alkoholrelateret kontakt til sygehus fordelt på alder og køn, 2013.**

Alder	Mænd	Kvinder	I alt
15-19 år	781	669	1.450
20-24 år	913	686	1.599
<b>I alt</b>	<b>1.694</b>	<b>1.355</b>	<b>3.049</b>

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

**TABEL 10.2. Antal unge med alkoholrelateret kontakt til sygehus og antal unge pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal unge med alkoholrelateret kontakt til sygehus	2.937	2.861	3.095	3.136	3.233	3.049
Antal unge med alkoholrelateret kontakt pr. 1.000 indbyggere	4,5	4,3	4,5	4,5	4,6	4,2

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

I tabel 10.3 ses andelen af unge med alkoholrelaterede kontakter fordelt på diagnosegrupper. Som tabellen viser, har både de 15-19-årige og de 20-24-årige overvejende alkoholrelateret kontakt til sygehus på grund af alkoholforgiftning. Det ses endvidere, at unge helt ned i alderen 15-19 år udvikler akut betændelse i bugspytkirtlen og helt ned i alderen 20-24 år udvikler alkoholrelateret skrumpelever.

De 15-19-årige er fortsat den aldersgruppe, der oftest har kontakt til sygehus med alkoholforgiftning (3,5 personer pr. 1.000 indbyggere i 2013). Andelen er dog faldet siden 2008 (28), hvor andelen lå på 4,5 personer pr. 1.000 indbyggere.

**TABEL 10.3. Antal unge med alkoholrelateret kontakt til sygehus og antal unge med alkoholrelateret kontakt til sygehus pr. 1.000 indbyggere fordelt på diagnosegrupper og aldersgrupper, 2013.**

Aldersgrupper	Diagnosegruppe	Antal personer	Antal pr.1.000 indbyggere
15-19 år	Akut betændelse i bugspytkirtlen	<5	Na*
15-19 år	Alkoholforgiftning	140	0,4
15-19 år	Akut alkoholberuselse	1.136	3,2
15-19 år	Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser ekskl. akut alkoholforgiftning	167	0,5
15-19 år	Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. alkoholindtag	22	0,1
20-24 år	Akut betændelse i bugspytkirtlen	<5	Na*
20-24 år	Alkoholforgiftning	90	0,2
20-24 år	Akut alkoholberuselse	1.094	3,0
20-24 år	Kronisk betændelse i bugspytkirtlen	<5	0,0
20-24 år	Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser ekskl. akut alkoholberuselse	430	1,2
20-24 år	Alkoholbetinget skrumpelever	<5	0,0
20-24 år	Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. alkoholindtag	23	0,1

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser DF101-DF109.

Alkoholisk leversygdom DK70.

Kronisk betændelse i bugspytkirtlen DK860.

Akut betændelse i bugspytkirtlen DK852.

Alkoholforgiftning DT51.

Akut alkoholberuselse DF100.

Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. alkoholindtag: DE244m DG312, DG621, DG721, DI426, DK292, DO354, DP043, DQ860.

NA: Angiver at antallet er under 5.

### Alkoholrelateret dødelighed (15-24 år)

I perioden 2002-2013 har der i alt været 93 alkoholrelaterede dødsfald blandt unge. I ni af dødsfaldene var alkohol angivet som den tilgrundliggende dødsårsag.

Antallet af alkoholrelaterede dødsfald varierer årligt mellem mindre end 5 til 9 dødsfald. Af tabel 10.4 ses en oversigt over de hyppigste dødsårsager, hvor alkohol kan have bidraget til dødsfaldet.

De unge mænd står for 91 % af alle alkoholrelaterede dødsfald blandt unge under 25 år.

**TABEL 10.4. 4. Den alkoholrelaterede dødelighed blandt unge fordelt på diagnosegrupper ift. den tilgrundliggende dødsårsag, der var anført på dødsattesten. 2002-2013.**

Koder	Kodetekst	Antal dødsfald
V01-V99	Transportulykker	29
W00-X59	Andre ydre årsager til ulykkeskader (herunder drukning ved ulykkestilfælde, faldulykker og forgiftningsulykker)	28
X60-X84, Y870	Selv mord	20
Y10-Y34	Skadehændelse der hverken kan klassificeres som ulykke, selvmord eller vold	7
Øvrige koder		9

Som det ses af tabellen, er der overvejende tale om ulykker og selvmord, hvor alkohol kan have medvirket til dødsfaldet. Det fremgår ikke, på hvilken måde alkohol har medvirket til dødsfaldet, og det bør nævnes at andre faktorer, som fx indtagelse af stoffer, har haft betydning for dødsfaldet. Det er blandt andet tilfældet ved forgiftningsdødsfaldene.

## **10.6 UNGE I BEHANDLING FOR ALKOHOLOVERFORBRUG**

### **– resultater fra NAB registeret og Lægemedelstatistikregistret (15-24 år)**

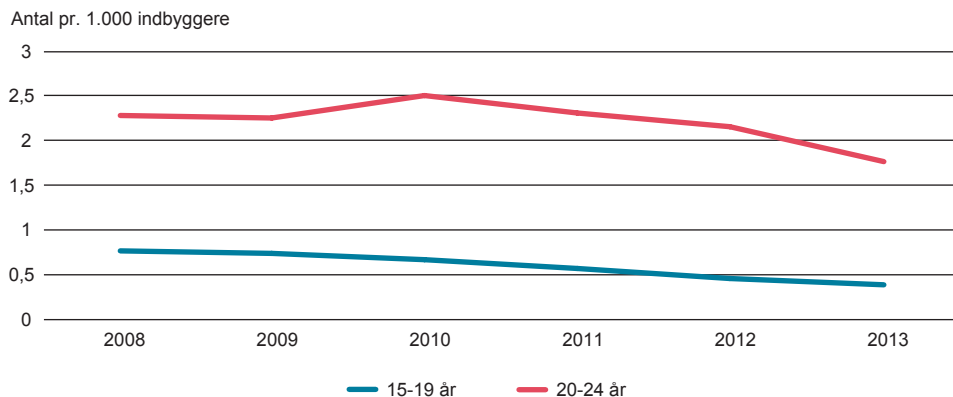
Andelen af unge, der kommer i behandling for alkoholoverforbrug er faldende. Det gælder både de 15-19-årige og de 20-24-årige.

For de 15-19-årige skyldes dette fald både et fald i andelen, der modtager medicin mod alkoholafhængighed (fra ca. 220 personer i 2008 til 87 personer i 2013), og et svagt fald i den andel, der modtager offentligt finansieret behandling på et alkoholbehandlingscenter (fra ca. 50 personer i 2008 til ca. 40 personer i 2013).

For de 20-24-årige dækker faldet over, at andelen, der modtager offentligt finansieret behandling på alkoholbehandlingscenter, er steget (fra ca. 200 personer i 2008 til ca. 340 personer i 2013), samtidig med at en markant mindre andel modtager medicin mod alkoholafhængighed (fra ca. 495 personer i 2008 til ca. 370 personer i 2013).

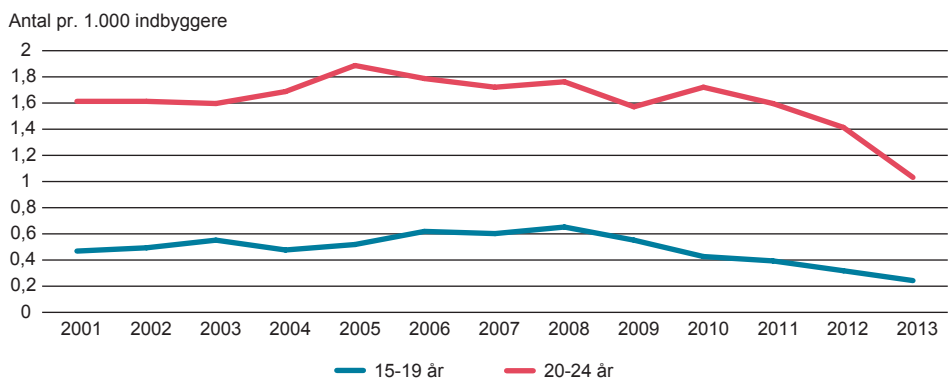
De følgende figurer viser udviklinger i de unges alkoholbehandling.

**FIGUR 10.7. Antal unge, der modtager medicin mod alkoholafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**



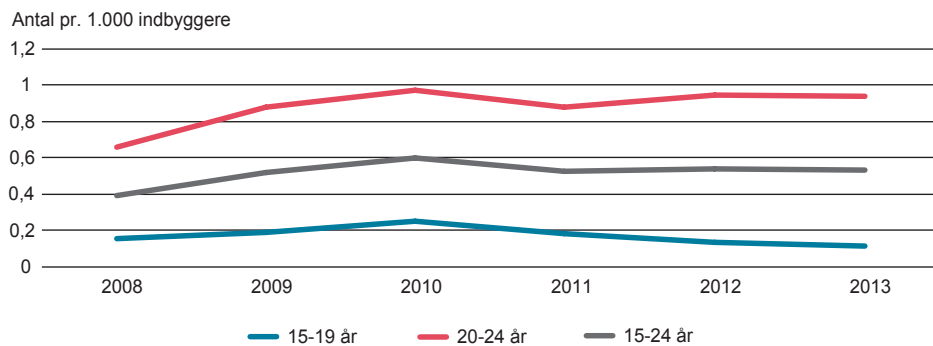
Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

**FIGUR 10.8. Antal unge, der modtager medicin mod alkoholafhængighed pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2001-2013.**



Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

**FIGUR 10.9. Antal unge i offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2008-2013.**



Kilde: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

---

## ÆLDRE OG ALKOHOL

Dette afsnit belyser ældres alkoholvaner. Både i forhold til forbrug, men også sygelighed, sygehuskontakter og død som følge af alkohol samt behandling for alkoholoverforbrug, belyses. Derudover fokuserer kapitlet på ældres ønsker om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget og deres angivelser af negative oplevelser med alkohol.

Oplysninger stammer fra:

- Den Nationale Sundhedsprofil (65 år og derover)
- Rusmidler i Danmark (65-79 år)
- Landspatientregisteret (65 år og derover)
- Dødsårsagsregisteret (65 år og derover)
- Lægemiddelstatistikregisteret (65 år og derover)
- Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (65 år og derover)

Sundhedsstyrelsens udmeldinger om risikogrænser er ikke udarbejdet til ældre, og derfor er risikogrænserne suppleret med en særlig udmelding til ældre:

**Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol.**

Der er endnu ikke udviklet risikogrænser for ældre i Europa.

---

### Ældre tåler alkohol dårligere end yngre

På grund af ændret kropssammensætning får ældre en højere alkoholpromille end yngre, når de indtager den samme mængde alkohol. Fx får en 60-årig 20 % højere alkoholpromille i blodet sammenlignet med en 20-årig, hvis de drikker samme mængde alkohol (29). Organernes kapacitet mindskes med alderen, og det sinker omsætningen af alkohol. Samtidig øges organernes følsomhed for alkoholens skadelige virkninger, hvilket bl.a. spiller en rolle i forhold til udvikling af kræft.

## Generelle tendenser

Ældres alkoholforbrug er faldet de senere år. Både i forhold til at drikke over lavrisiko- og højrisikogrænsen. Det gælder dog ikke for kvinder over 74 år.

De 65-74 årige har de højeste andele, der drikker over lavrisiko- og højrisikogrænse (sammen med de 16-24 årige og de 55-64 årige).

Der er betydelige sociale forskelle med hensyn til at overskride højrisikogrænsen. Jo længere uddannelse, desto større andel drikker over højrisikogrænsen.

Med undtagelse af unge under 24 år er ældre over 64 år med lang videregående uddannelse den aldersgruppe, som har den højeste andel, der drikker over højrisikogrænsen.

Der er en svagt stigende andel ældre, der i perioden 2008 til 2011 har været i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom. De hyppigste årsager er psykiske/ adfærdsmæssige forstyrrelser samt alkoholrelateret leversygdom.

Fra 2002-2008 har der været en stigende andel blandt de over 65-årige, der dør som følge af alkoholrelateret sygdom. Herefter har der været en let faldende tendens.

Siden 2008 har en større andel ældre modtaget medicin mod afhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling. Denne udvikling dækker over, at en større andel kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling, og at en større andel modtager medicin mod alkoholfafhængighed.

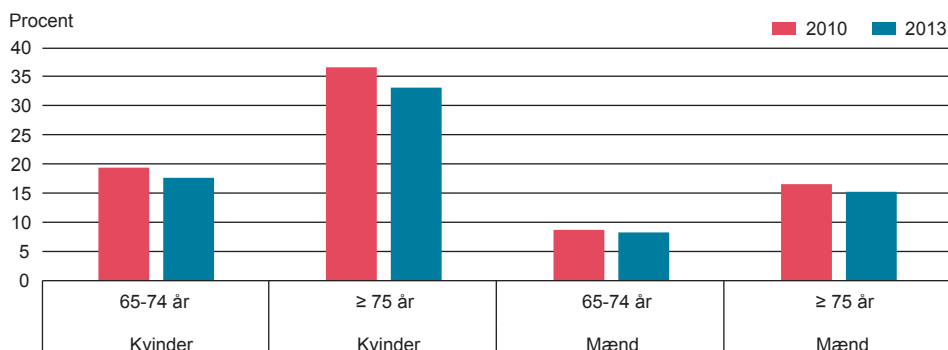
## 11.1 ÆLDRES ALKOHOLVANER

### – resultater fra Den Nationale Sundhedsprofil (65 år og derover)

Andelen af ældre mænd, der har drukket alkohol inden for det sidste år, er uforandret fra 2010 til 2013. Denne udvikling ses for begge aldersgrupper 65-74 år og gruppen over 74 år. For kvinder er der en signifikant større andel, der har drukket alkohol inden for det sidste år. Denne udvikling ses for begge aldersgrupper.

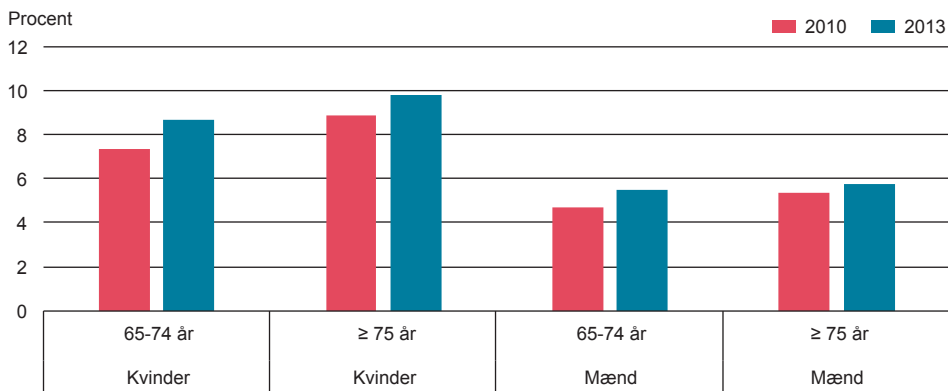
En lavere andel ældre har drukket alkohol inden for en typisk uge. Denne udvikling svarer til den udvikling, der har været i den øvrige befolkning fra 2010 til 2013. Udviklingerne ses af figurene 11.1 og 11.2.

**FIGUR 11.1. Andel ældre, der ikke har drukket alkohol det seneste år fordelt på køn og alder, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

**FIGUR 11.2. Andel ældre, der ikke har drukket alkohol en typisk uge fordelt på køn og alder, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

I 2013 drak 9,0 % af ældre på 65 år og derover over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, heraf 14 % af mændene og 8 % af kvinderne i aldersgruppen 65-74 år og 8 % af mændene og 5 % af kvinderne i aldersgruppen over 74 år.

Med undtagelse af de helt unge (16-24 år), er det de 65-74-årige, der sammen med de 55-64-årige, har de største andele, der overskrider såvel lavrisiko- som højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Dette gælder for både mænd og kvinder, se figur 3.4A og 3.4B side 21.

Ligesom i de øvrige aldersgrupper har de ældre mænd på alle de målte parametre et markant højere alkoholforbrug end kvinderne.

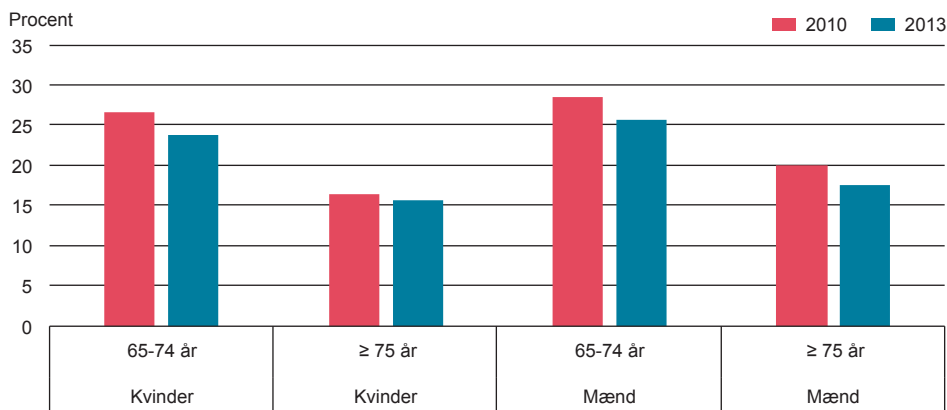


Fra 2010 til 2013 er andelen af ældre mænd, der har drukket alkohol inden for det seneste år stort set uforandret, samtidig med at færre har drukket over lav- og højriskgrænsen. Denne udvikling ses hos både de 65-74-årige og hos ældre over 74 år.

For kvindernes vedkommende er der en større andel, der har drukket alkohol det seneste år. For de 65-74-årige er forbruget faldet med hensyn til at drikke over både lavrisiko- og højriskgrænsen for alkoholindtagelse. For gruppen over 74 år er alkoholforbruget målt på disse to parametre stort set uændret.

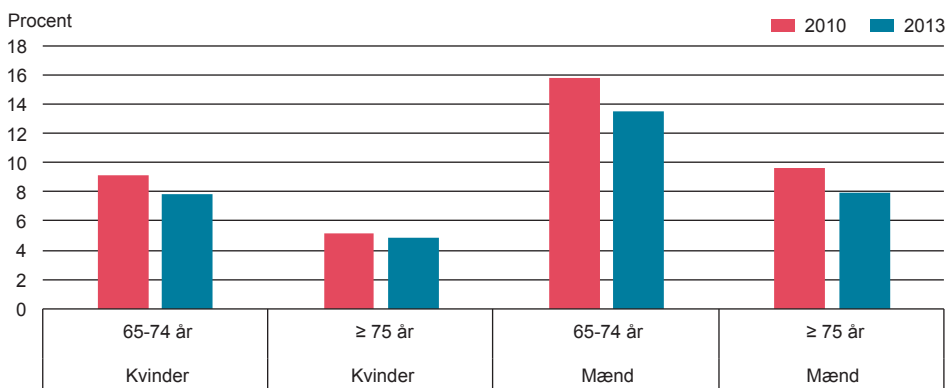
Udviklingerne ses af figurerne 11.1-11.4.

**FIGUR 11.3. Andel ældre, der overskrider lavrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på køn og aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

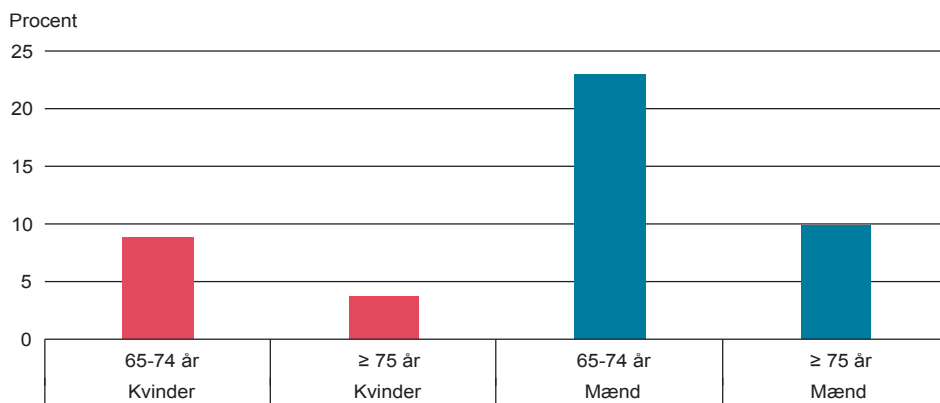
**FIGUR 11.4. Andel ældre, der overskrider højriskgrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på køn og aldersgrupper, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Sammenlignet med den øvrige befolkning drikker en lavere andel af de ældre jævnligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Således drikker 6,7 % af kvinder på 65 år og derover jævnligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed (mod 20,6 % af kvinderne i befolkningen som helhed). Tilsvarende drikker 18,3 % af mænd på 65 år og derover jævnligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed (mod 38,8 % af mændene i befolkningen som helhed).

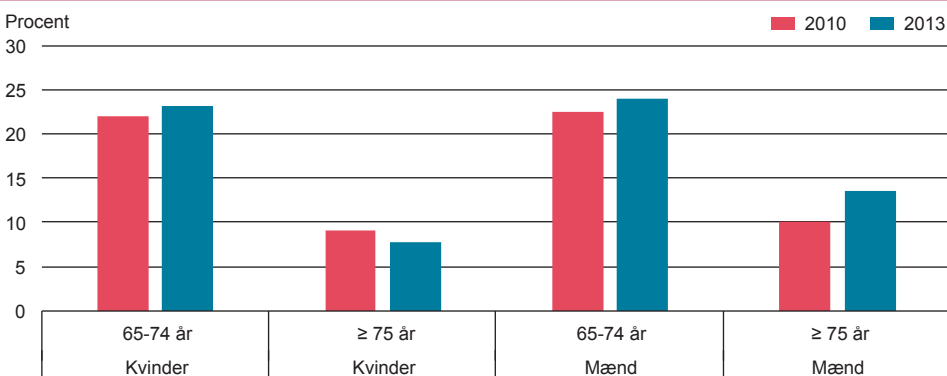
**FIGUR 11.5. Andel ældre, der jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed fordelt på aldersgrupper og køn, 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

Ligesom i den øvrige befolkning, ønsker en større andel af de ældre, der drikker over højrisikogrænsen i løbet af en uge, at nedsætte deres alkoholforbrug i 2013 i forhold til 2010. Dette gælder dog ikke de ældste kvinder (over 74 år), hvor andelen ikke er signifikant ændret fra 2010 til 2013.

**FIGUR 11.6. Andel ældre, der drikker over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte deres forbrug fordelt på aldersgrupper og køn, 2010 og 2013. Procent.**



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

## 11.2 SOCIALE FORSKELLE I ALKOHOLFORBRUG BLANDT ÆLDRE

Der er betydelige forskelle i ældres alkoholvaner, når det gælder overskridelsen af højrisikogrænsen for alkoholindtagelse. Både for mænd og kvinder gælder, at jo længere uddannelse personen har, desto større andel overskrider højrisikogrænsen. Således overskred henholdsvis 17,6 % af mænd og 13,1 % af kvinder med lang videregående uddannelse højrisikogrænsen for alkoholindtagelse (mod 8,7 % af mændene og 3,3 % af kvinderne med grundskole som længste uddannelse).

Med undtagelse af unge mænd under 24 år er mænd på 65 år og derover med en lang videregående uddannelse den aldersgruppe, der har den højeste andel, som drikker over højrisikogrænsen.

Med undtagelse af unge kvinder under 24 år er kvinder på 65 år og derover den aldersgruppe, der har den højeste andel, som drikker over højrisikogrænsen.

**TABEL 11.1. Andel ældre, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge fordelt på uddannelse, samlivsstatus og køn, 2013. Procent.**

	Mænd	Kvinder	Alle
<b>Uddannelse</b>			
Grundskole	8,7	3,3	5,3
Kort uddannelse	11,4	6,9	9,1
Kort videregående uddannelse	13,0	10,9	12,1
Mellemlang videregående uddannelse	14,1	10,4	12,0
Lang videregående uddannelse	17,6	13,1	16,3
Anden uddannelse	11,5	7,4	9,5
<b>Samlivsstatus</b>			
Gift	10,8	7,7	9,4
Samlevende	14,0	11,9	13,2
Enlig (separeret, skilt)	17,4	7,7	11,5
Enlig (enkestand)	11,2	4,7	6,2
Enlig (ugift)	11,1	5,1	8,5

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

### **11.3 ÆLDRES ANGIVELSER AF ÅRSAGER TIL AT DRIKKE/IKKE AT DRIKKE ALKOHOL SAMT NEGATIVE OPLEVELSER MED ALKOHOL – resultater fra Rusmidler i Danmark (65-79 år)**

#### **Årsager til at drikke alkohol**

De ældre angiver følgende begrundelser for at drikke alkohol:

- For at stresses af (23 % mod 41 % for befolkningen som helhed)
- For at glemme problemer (10 % mod 17 % for befolkningen som helhed)
- For at dæmpe usikkerhed (6 % mod 22 % for befolkningen som helhed)
- For at blive beruset (7 % mod 44 % for befolkningen som helhed)
- For at komme i stemning/godt humør (39 % mod 73 % for befolkningen som helhed).

#### **Årsager til ikke at drikke alkohol eller have et meget lille forbrug**

De ældre angiver oftest følgende begrundelser for ikke at drikke alkohol eller at have et meget lille forbrug:

- Ikke at have lyst (46 %)
- Ikke at kunne lide smagen (38 %)
- Ikke at kunne tåle alkohol (19 %)
- At alkohol ikke interesserer dem (18 %)
- At tage medicin (14 %)

#### **Ældres negative oplevelser med alkohol**

Undersøgelsen Rusmidler i Danmark belyser de oplevede negative konsekvenser ved eget alkoholforbrug inden for de sidste 12 måneder (9).

Der er spurgt til en lang række negative konsekvenser. Det drejer sig fx om:

- Negative følger for relation til ægtefælle/andre familiemedlemmer/ venner og sociale liv.
- Negative følger for økonomi/daglige gøremål i hjemmet/skole, arbejde mv.
- Skade på sig selv eller andre.
- Pårørendes eventuelle bekymring for alkoholforbruget.

For alle forhold gælder det, at de 65-79-årige er den aldersgruppe, hvor den mindste andel har oplevet negative konsekvenser af eget alkoholforbrug.

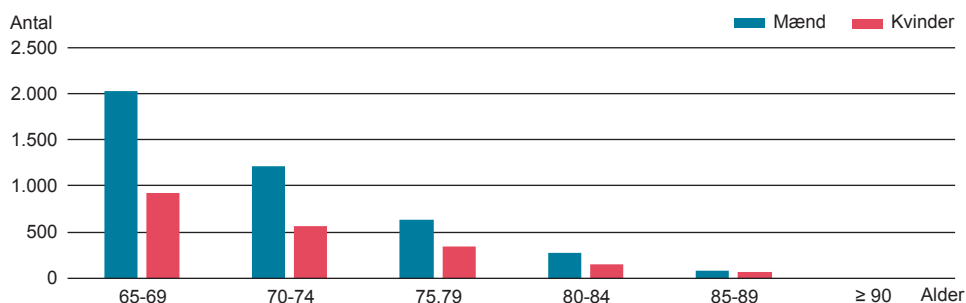
## 11.4 ÆLDRES ALKOHOLRELATEREDE SYGELIGHED OG DØDELIGHED – resultater fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret (65 år og derover)

### Alkoholrelateret sygelighed (65 år og derover)

I 2013 har knap 6.400 ældre haft kontakt med sygehuset på grund af en alkoholrelateret sygdom, heraf 33 % kvinder og 67 % mænd, jævnfør figur 11.7.

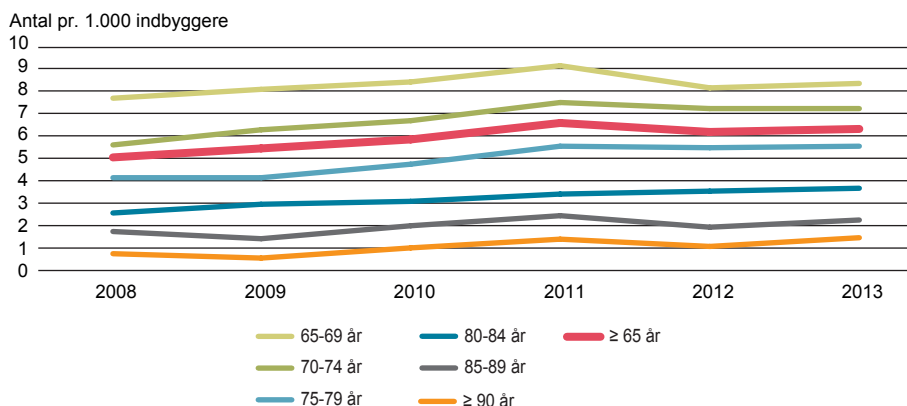
Som det ses af figur 11.7 og 11.8 er andelen, der har kontakt til sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom, faldende med alderen.

**FIGUR 11.7. Antal ældre med alkoholrelateret kontakt til sygehus fordelt på aldersgrupper og køn, 2013. Procent.**



Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

**FIGUR 11.8. Antal ældre med kontakt til sygehusvæsenet pr. 1.000 indbyggere i de pågældende aldersgrupper fordelt på aldersgrupper, 2008-2013.**



Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

Fra 2008 til 2011 har der været en stigning i andelen af ældre, der har været i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret diagnose, hvorefter der samlet har været et fald fra 2011 til 2013. Dette svarer nogenlunde til udviklingen for befolkningen som helhed.

**TABEL 11.2. Antal ældre med kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret diagnose og antal ældre med kontakt til sygehus på grund af alkoholrelateret diagnose pr. 1.000 indbyggere, 2008-2013.**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal ældre med alkoholrelateret kontakt til sygehus	4.383	4.819	5.386	6.305	6.072	6.408
Antal ældre med alkoholrelateret kontakt til sygehus pr. 1.000 indbyggere	5,1	5,4	5,9	6,6	6,2	6,3

Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

Ligesom i den øvrige befolkning er de ældre overvejende i kontakt med sygehus på grund af psykiske/adfærdsmæssige forstyrrelser (59 %), alkoholrelateret leversygdom (21 %) og på grund af alkoholberuselse/-forgiftning (13 %), jævnfør tabel 11.2. Disse andele har ikke ændret sig væsentligt i perioden 2008-2013.

**TABEL 11.3. Antal ældre i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom og antal ældre i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom pr. 1.000 indbyggere fordelt på diagnosegrupper, 2013.**

	Antal personer	Antal personer pr. 1.000 indbyggere
Akut betændelse i bugspytkirtlen	22	0,0
Alkoholforgiftning	57	0,0
Akut alkoholberuselse	834	0,8
Kronisk betændelse i bugspytkirtlen	267	0,3
Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser ekskl. akut alkoholberuselse	4.071	4,0
Alkoholisk leversygdom	1.417	1,4
Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. alkoholindtag	179	0,2
<b>I alt</b>	<b>6.847</b>	<b>6,8</b>

Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

Psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser DF101-DF109.

Alkoholisk leversygdom DK70.

Kronisk betændelse i bugspytkirtlen DK860.

Akut betændelse i bugspytkirtlen DK852.

Alkoholforgiftning DT51.

Akut alkoholberuselse DF100.

Øvrige somatiske følger og tilstande ifm. Alkoholindtag: DE244m DG312, DG621, DG721, DI426, DK292, DO354, DP043, DQ860.

## Alkoholbetinget skrumpelever (65 år og derover)

I alt har 1.070 ældre i 2013 haft kontakt til sygehuset på grund af alkoholbetinget skrumpelever, heraf 68 % mænd og 32 % kvinder, jævnfør tabel 11.3.

Af figur 11.9 ses, at der siden 2008 har været en let stigende andel, som har haft kontakt med sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever. Dette står i modsætning til befolkningen som helhed, hvor der har været en konstant andel af personer i kontakt med sygehuset af denne årsag i perioden.

**TABEL 11.4. Antal ældre med kontakt til sygehus på grund af alkoholbetinget skrumpelever fordelt på aldersgrupper og køn, 2013.**

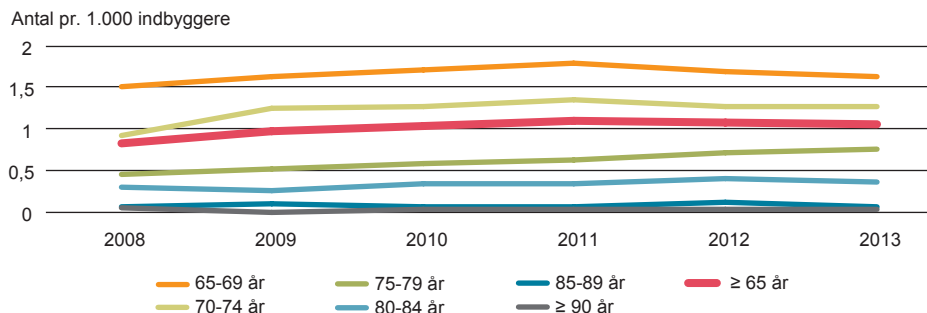
Antal personer med kontakt til hospital på grund af alkoholbetinget skrumpelever fordelt på alder og køn i 2013*		
Aldersgrupper	Mænd	Kvinder
65-69 år	396	179
70-74 år	202	110
75-79 år	92	43
80-84 år	34	8
85-89 år	< 5	<5
> 89 år	< 5	<5
<b>Total</b>	<b>726</b>	<b>344</b>

Kilde: Aktivitet 2013, takstsystem 2014 LPR pr. 10 marts 2014.

\*Indeholder diagnosekoden DK703.

\*\* NA – angiver at værdien er uoplyst, da det absolutte antal er under 5.

**FIGUR 11.9. Antal ældre med kontakt til sygehusvæsenet på grund af alkoholbetinget skrumpelever pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2008-2013.**



Kilde: Aktivitet 2013 takstsystem 2014 LPR pr. 10. marts 2014.

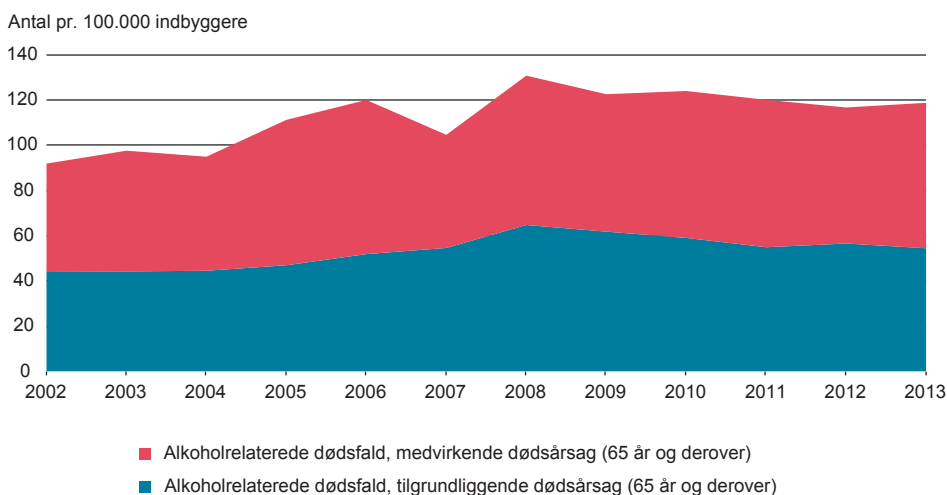
### Alkoholrelateret dødelighed (65 år og derover)

I 2013 var der omkring 1.200 alkoholrelaterede dødsfald blandt ældre, heraf var 71 % mænd.

Figur 11.10 viser, at den alkoholrelaterede dødelighed har varieret i perioden fra 2002-2013 med en stigning i årene 2002-2008. Herefter har der været et svagt fald i den alkoholrelaterede dødelighed blandt ældre.

For denne aldersgruppe udgør den alkoholrelaterede dødelighed 2,8 % af den samlede dødelighed.

**FIGUR 11.10. Antal alkoholrelaterede dødsfald blandt ældre pr. 100.000 indbyggere, 2002-2013.**



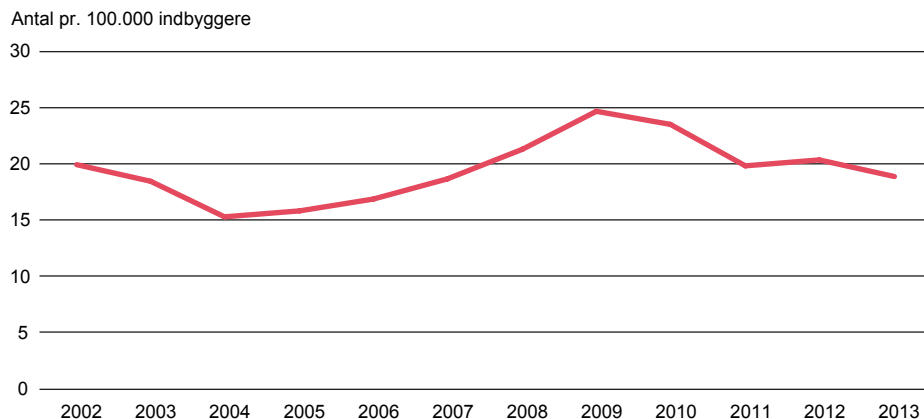
Kilde. Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

De hyppigst forekommende alkoholrelaterede dødsårsager, hvor alkohol er angivet som den tilgrundliggende dødsårsag, blandt ældre er dødsfald som følge af alkoholbetinget skrumpelever, skadelig brug af alkohol og alkoholafhængighedssyndrom. Denne forekomst i alkoholrelaterede dødsfald svarer til den øvrige befolkning som helhed.

Dødeligheden som følge af alkoholbetinget skrumpelever blandt ældre er efter en periode (2004-2009) med stigning i dødsfald faldet igen, jævnfør figur 11.11.



**FIGUR 11.11. Antal dødsfald blandt ældre som følge af alkoholbetinget skrumpelever pr. 100.000 indbyggere, 2002-2013.**



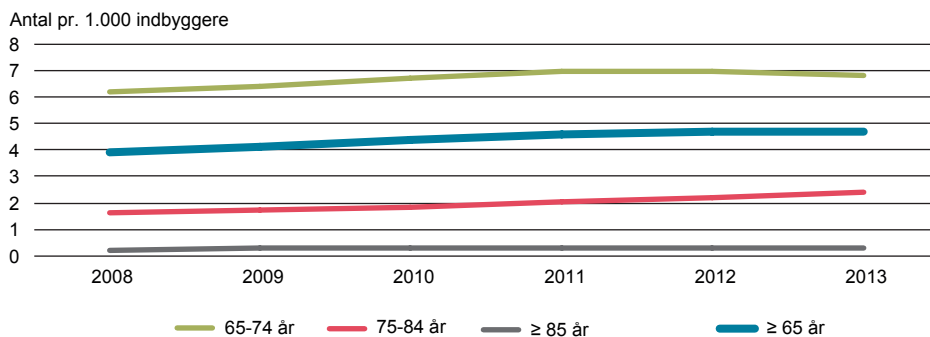
Kilde. Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

### **11.5 ÆLDRE I BEHANDLING FOR ALKOHOLAFHÆNGIGHED – resultater fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og Lægemiddelstatistikregisteret (65 år og derover)**

I 2013 modtog 4.765 ældre medicin mod alkoholafhængighed og/eller modtog offentligt finansieret alkoholbehandling. Siden 2008 er der en større andel af de ældre, der kommer i alkoholbehandling, jævnfør figur 11.11. For de 65-74-årige ses en næsten konstant andel, der har været behandlet det seneste år (3.980 i 2012 og 4.040 personer i 2013). Derimod er der for de 75-84-årige tale om en jævnt stigende andel, der har været i alkoholbehandling (ca. 450 personer i 2008 og ca. 700 personer i 2013).

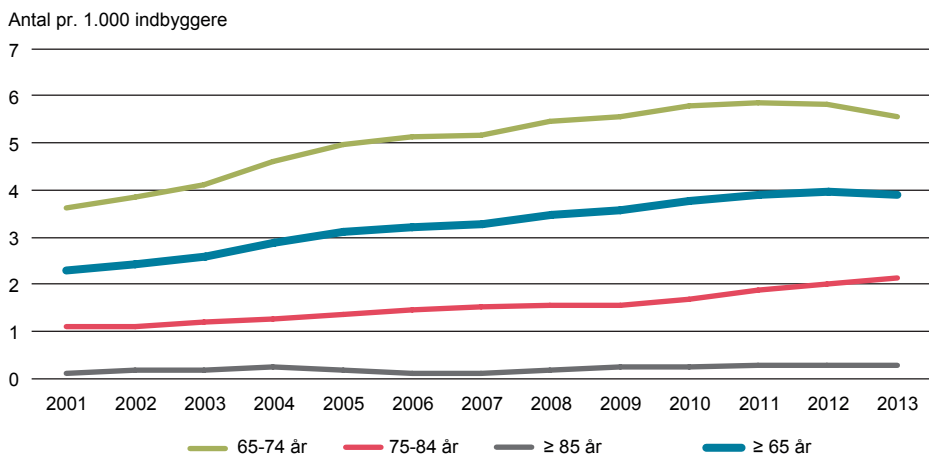
Samlet set har en større andel af de ældre modtaget medicin mod alkoholafhængighed og/eller modtaget offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2008 til 2013. Denne udvikling dækker over, at en større andel kommer i offentligt finansieret alkoholbehandling, og at en større andel modtager medicin mod alkoholafhængighed (ca. 650 personer modtog offentligt finansieret alkoholbehandling i 2008 mod ca. 1.450 i 2013 og ca. 3.000 personer modtog medicin mod alkoholafhængighed i 2008 mod 4.000 i 2013).

**FIGUR 11.12. Antal ældre, der modtager medicin mod alkoholfafhængighed og/eller offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2008-2013.**



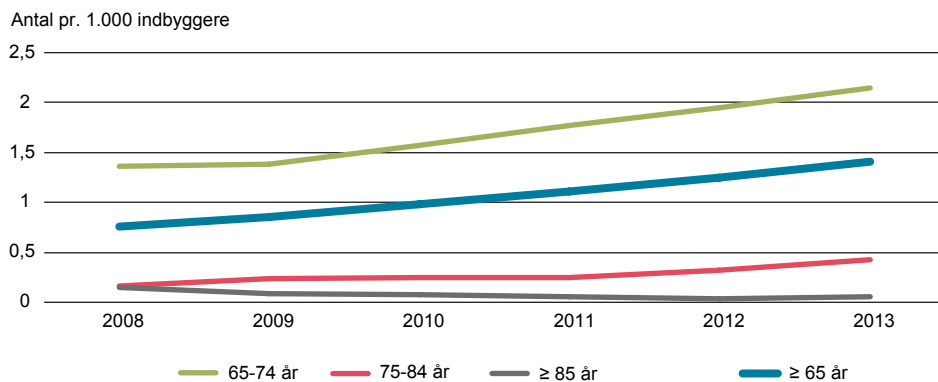
Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

**FIGUR 11.13. Antal ældre, der modtager medicin mod alkoholfafhængighed pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2001-2013.**



Kilde. Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

**FIGUR 11.14. Antal ældre i offentligt finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere fordelt på aldersgrupper, 2008-2013.**



Kilde. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Statens Serum Institut.

# REFERENCER

---

1. Sundhedsstyrelsen og KORA. *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol nr. 2*. København: Sundhedsstyrelsen og KORA; 2013.
2. Danmarks statistik, statistikbanken. *Forbrug og salg af alkohol*. ALKO 2, 2014: Danmarks Statistik. [www.statistikbanken.dk/ALKO2](http://www.statistikbanken.dk/ALKO2).
3. Skatteministeriet. *Status over grænsehandel, 2012*. Skatteministeriet; 2012.
4. Sundhedsstyrelsen. *Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak*. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
5. OECD health data: *Non-medical determinants of health: OECD health statistics database, 2014*: OECD; 2014. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).
6. World Health Organization. *Status report on alcohol and health in 35 european countries (2013)*. Copenhagen: WHO; 2013.
7. Sundhedsstyrelsen. *Danskeres sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
8. Københavns Universitet. *Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark*. Sundhedsstyrelsen; upubliceret.
9. Center for Rusmiddelforskning. *Rusmidler i Danmark – forbrug, holdninger og livsstil*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning; 2013.
10. Sundhedsstyrelsen og DSAM. *Klinisk vejledning for almen praksis – spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer*. København: Sundhedsstyrelsen og DSAM; 2010.
11. Statens Institut for Folkesundhed. *Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2008.
12. Christoffersen, M.N.; Nielsen, A.M.; Poulsen, H.D.; Soothill, K. *Langtidseffekter af forældres alkoholmisbrug: Et kohortestudie af børn født i Danmark 1966*. Ugeskr. Læger, 2004,41,166.
13. Ramstedt M. *Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol – the case of Canada*. Addiction. 2003 Sep;98 (9):1267-76.
14. Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. *The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: A systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses*. Drug Alcohol Depend. 2012 Jun 1;123 (1-3):7-14.
15. Grønbæk MN, Iversen L. *Dødelighed af levercirrose*. 2002; Ugeskrift for Læger 2002;164 (08):1017.
16. Kriminalforsorgen. *Statistik 2013: Kriminalforsorgen*. [www.kriminalforsorgen.dk/aarlige-statistik-beretninger-1365.aspx](http://www.kriminalforsorgen.dk/aarlige-statistik-beretninger-1365.aspx).
17. Kriminalforsorgen. *Personlig meddelelse, Kriminalforsorgen*. 2013.
18. KORA. *Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug*. København: KORA; 2014.
19. Statens Institut for Folkesundhed. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
20. Sundhedsstyrelsen. *Alkohol i Danmark. Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitik*. København 2008: Sundhedsstyrelsen; 2008.

21. Danmarks Statistik, Statistikbanken. *Færdssuheld med personskaade*. UHELDK 7, 2014: Danmarks Statistik. [www.statistikbanken.dk/UHELDK7](http://www.statistikbanken.dk/UHELDK7).
22. Danmarks Statistik, Statistikbanken. *Tilskadekomne og dræbte i spiritusuheld*. UHELD 2, 2014: Danmarks Statistik [www.statistikbanken.dk/UHELDK2](http://www.statistikbanken.dk/UHELDK2).
23. Danmarks Statistik, Statistikbanken. *STRAF 40, 2014*: Danmarks Statistik. [www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=STRAF40&PLanguage=0&PXSid=0&wsid=cftree](http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=STRAF40&PLanguage=0&PXSid=0&wsid=cftree).
24. World Health Organization. *Social determinants of health and well-being among young people. health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. chapter 5. risk behaviours*. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
25. Statens Institut for Folkesundhed. *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2011.
26. Statens Institut for Folkesundhed. *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Upubliceret. Data publiceret i Ugens tal 47 2014.
27. ESPAD. *The 2011 ESPAD report – substance use among students in 36 european countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2012.
28. Sundhedsstyrelsen. *Tal på alkohol i kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
29. Wieben ES, Nielsen B, Nielsen AS, Andersen K. *Ældres alkoholproblemer kræver behandling*. Ugeskrift for Læger. 2014;176:V11130693;2-5.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)