

# Alkohol

## – forebyggelse på sygehus

FAKTA, METODER OG ANBEFALINGER

Redigeret af  
Kirsten Mundt  
Mette Jensen  
Annette Kann  
Anette Søgaard Nielsen  
Morten Grønbæk  
Hanne Tønnesen

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse  
Bispebjerg Hospital  
2003

ALKOHOL – FOREBYGGELSE PÅ SYGEHUS  
Fakta, metoder og anbefalinger

©Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse  
København 2003

Kopiering og anden gengivelse tilladt med kildeangivelse

ISBN: 87-91098-02-5

Udgivet af:

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse  
Bispebjerg Hospital  
Bispebjerg Bakke 23  
2400 København NV  
Telefon 35 31 24 41  
Telefax 35 31 63 17

E-mail: [forebyggelse@bbh.hosp.dk](mailto:forebyggelse@bbh.hosp.dk)

Hjemmeside: [www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk](http://www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk)

Yderligere eksemplarer af bogen kan rekvireres hos:

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse

Bogen kan også læses på hjemmesiden:

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

Layout & sats: Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk: P.J. Schmidt A/S Grafisk produktion

Tilrettelæggelse: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse

Trykt med vegetabiliske farver uden opløsningsmidler  
på miljøgodkendt papir.

# Indhold

## **Forord • 11**

Generelt om KESF • 13

Bemærkninger til bogen • 13

Forfatterliste • 13

## KAPITEL 1

### **Indledning • 15**

Danskernes alkoholforbrug • 15

Den danske alkoholkultur • 16

National alkoholpolitik • 17

Alkoholforbrug i EU og Norden • 18

Problemets omfang i Danmark • 20

Hvem drikker over genstandsgrænserne? • 20

Problemets omfang på sygehus • 21

Samfundsøkonomiske konsekvenser • 22

Internationale anbefalinger • 22

Danske anbefalinger • 22

Fastsættelse af genstandsgrænser • 23

Nationale initiativer • 25

Regeringens Sund-hele-livet program • 25

Behov for indsats på sygehus • 25

Nyttige hjemmesider • 26

## KAPITEL 2

### **Sådan udvikles et alkoholproblem • 29**

Faktorer af betydning for udviklingen af et alkoholproblem • 30

Psykosociale faktorer • 30

Biologiske faktorer • 30

Hvornår er der tale om et alkoholproblem? • 32

Udvikling af et alkoholproblem • 32

Brug af andre rusmidler • 34

Definition af skadeligt forbrug og afhængighed • 34

Fokus på hvor meget patienten drikker • 35

Nuværende alkoholdiagnoser • 35

Definitioner og diagnoser i bogen • 36

### KAPITEL 3

#### **Signaler og konsekvenser • 39**

Signaler og konsekvenser for den enkelte • 39

Fysiske signaler og konsekvenser • 39

Psykosociale signaler og konsekvenser • 41

Signaler og konsekvenser for familien • 42

Dagligdagen i familien • 43

Børns og unges opvækst i en familie med et alkoholproblem • 44

Børns erfaringer • 44

Konsekvenserne • 45

### KAPITEL 4

#### **Systematisk indsats på sygehus • 49**

Metoder til identifikation • 50

Systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol • 50

Lægens indsats • 52

Plejepersonalets indsats • 52

Sekretærens indsats • 53

Kvalitetssikring og journalaudit • 53

Personalets formodning om et stort forbrug • 54

Er der børn og unge i familien? • 55

Indsats på sygehus nytter • 56

### KAPITEL 5

#### **Fysiske fordele ved ændring af alkoholforbrug • 61**

Immunsystemet • 63

Øget stressberedskab • 63

Andre hormonforstyrrelser • 64

Neurologiske lidelser • 65

Kardiovaskulære lidelser • 67

Myopati • 68

Mave- og tarmlidelser • 69

Leversygdomme • 71

Cancer • 72

Blodet • 72

Alkoholisk psykose • 73

Føtalt alkoholsyndrom • 73

Traumer og operationer • 73

## KAPITEL 6

### **Psykosociale fordele og fordele for familien ved ændring • 75**

Psykosociale fordele • 75

Fordele for familien • 76

Voksne • 76

Børn og unge • 76

Familien • 77

## KAPITEL 7

### **Særlige patientgrupper • 79**

Gravide og ammende • 79

Gravides hensyn til barnet • 79

Alkohol er farligt for barnet • 80

Sundhedsstyrelsens retningslinier • 81

Rådgivning og nedsættelse af alkoholforbrug • 82

Sundhedspersonalets underretningspligt • 83

Børn og unge • 84

Unge danskere har europæisk rekord • 84

Faktorer relateret til de unges drikkevaner • 84

Sundhed og trivsel • 84

Genstandsgrænser • 85

Forebyggelse af alkoholindtag • 85

Sygehusets forebyggende indsats ved akut

alkoholforgiftning • 85

Sundhedspersonalets underretningspligt • 87

Ældre • 87

Genstandsgrænser • 88

Anbefalinger • 88

Operationspatienter • 88

Konsekvenserne af at drikke for meget • 88

Typer af komplikationer • 89

Årsager til komplikationer • 89

Effekt af præoperativ indsats • 90

Præoperativ indsats • 90

Patienternes reaktioner • 91

Anbefalinger • 92

Skadestuepatienter • 92

Typer af skader • 92

Fordele ved intervention • 93

Anbefalinger • 93

## KAPITEL 8

### **Afrusning og abstinensbehandling • 97**

Afrusning – og derfor abstinensbehandle • 97

Abstinensstilstande og -behandling • 98

Ambivalens i abstinensfasen • 98

Fysiske abstinenser • 98

Behandling • 99

Vitaminbehandling • 101

Disulfirambehandling • 101

Afrusning – en sundhedsfaglig opgave • 103

## KAPITEL 9

### **Indsats og rådgivning om sociale forhold • 105**

Sociale forhold bør afdækkes • 105

Rådgivning om sociale forhold • 105

Akutte problemer omhandlende børn • 106

Arbejde og beskæftigelse • 106

Bolig • 107

Økonomi • 107

Kriminelle forhold • 107

Planlægning på længere sigt • 108

Formelle regler • 108

## KAPITEL 10

### **Ændringsprocesser • 109**

Teori om ændringsprocesser • 109

Stadier i ændringsprocessen • 109

Processer i ændringsforløbet • 112

Faktorer af betydning for ændringsprocessen • 115

Vigtighed, kompetence og parathed • 115

Personalets rolle • 116

Motivation • 116

At tænke i proces-baner • 116

Hjælp til at træffe en beslutning • 117

Hvad er motivation? • 117

Elementerne i ændringsfokuseret rådgivning • 119

Tilbage melding om personlig risiko ved alkoholforbruget • 119

Empatisk holdning og stil • 119

Råd om forandring • 120

Ansvar for forandring ligger hos patienten • 120

- Positive mestringsforventninger • 120
- Individuelt tilpassede fremgangsmåder og mål • 121

#### KAPITEL 11

##### **At tale om alkoholvaner • 123**

- Sådan tager man emnet op • 124
- Men patienten fortæller ikke, hvad han drikker... • 124
- Sådan bygger man samtalen op – et eksempel • 126
- Patienten vil *gerne* tale videre • 128
- “Ét er et søkort at forstå ...” • 130

#### KAPITEL 12

##### **Samtalen om alkoholvaner i forhold til stadie i ændringsprocessen • 133**

- Hvem skal deltage? • 133
- Børn i familien • 133
- Patientens udgangspunkt • 134
- Forebyggelsessamtalen • 134
  - Før-overvejelsesstadiet • 134
  - Overvejelsesstadiet • 138
  - Forberedelsesstadiet • 141
- Samtalen i handlestadierne • 142
  - Påbegyndelsesstadiet • 142
  - Vedligeholdelsesstadiet • 144
  - Tilbagefaldsstadiet • 145
- Samtalen ved formodning om et stort alkoholforbrug • 146
  - Sådan åbner man en dialog • 147

#### KAPITEL 13

##### **Hjælp til børn og unge i familier med alkoholproblemer • 151**

- Hjælpen kommer ofte sent • 151
- Barrierer • 151
- Sådan hjælper man børn og familie • 151
  - Identifikation • 152
  - Spørg ind til børnenes og de unges situation • 152
  - Henvi til alkoholbehandling • 153
  - Henvi børnene og de unge til hjælp, og underret om nødvendigt Socialforvaltningen • 153
- Lov om social service • 154
- Forudsætninger for relevant hjælp • 154

## KAPITEL 14

### **Behandling** • 157

Psykosociale behandlingsformer • 157

Motiverende samtaler • 158

Kognitiv adfærdsterapi • 158

Familieterapi • 158

Kontraktbehandling • 159

Social støtte • 159

12-trinsmodellen (Minnesotabehandling) • 159

Supplerende farmakologisk behandling • 159

Påvirkning af drikketrangen • 159

Psykiatrisk co-morbiditet • 160

Organisering af behandling • 160

Offentlige og private behandlingstilbud • 160

Behandling hos egen læge • 161

Private tilbud, patientforeninger og selvhjælpsgrupper • 161

Pensionater og forsorgshjem • 162

Valg af behandlingstilbud • 162

Tilknytning til behandling under indlæggelse • 162

Målsætning for alkoholforbruget ved behandling • 163

## KAPITEL 15

### **Samarbejde med primær sundhedstjeneste** • 165

Samarbejde er vigtigt • 165

Sådan kan samarbejdet foregå • 165

Indhold • 166

Henvielse af gravide og patienter til operation • 166

Ved udskrivning fra sygehus eller afslutning af  
ambulant forløb • 166

Fællesmøde • 167

Vandrejournal • 168

Gravide og børn og unge fra familier med et alkoholproblem • 168

## KAPITEL 16

### **Organisatoriske faktorer ved implementering af den forebyggende indsats** • 169

Ledelsesmæssig opbakning • 169

Alkoholpolitik på sygehuset • 170

Konsekvenser af ikke at have en alkoholpolitik • 170

Formål • 171

Retningslinier for indtagelse af alkohol •	171
Indsats med tilbud om hjælp •	172
Uddannelse af sundhedspersonalet •	173
Personalets handlekompetence •	173
Struktur og materialer •	174
Mulighed for henvisning til alkoholrådgivning og -behandling •	175
Lokale organisatoriske forhold •	175
Led i ny løn •	175
DRG •	175
Standarder for forebyggelse •	176

#### KAPITEL 17

<b>Anbefalinger •</b>	179
-----------------------	-----

#### BILAG 1

<b>Identifikation af patienter der drikker for meget •</b>	183
--	-----

#### BILAG 2

<b>Andre metoder til identifikation af alkoholproblemer •</b>	185
GACE •	185
Brief MAST •	186
AUDIT •	187

#### BILAG 3

<b>Observations- og scoringsskema ved alkoholabstinens •</b>	191
--	-----



# Forord

Enhver, der arbejder i sygehusvæsenet, kommer – uanset speciale og placering – i kontakt med patienter med alkoholproblemer. Derfor har sundhedspersonalet brug for at kunne tilbyde en forebyggende indsats i den kliniske hverdag. I denne bog beskrives fakta, metoder og anbefalinger for en systematisk indsats på sygehus, hvor tilbudet baseres på den enkelte patients behov og ønsker.

I Danmark er der omkring ½ million mennesker, der drikker for meget. Af disse er ca. 200.000 afhængige af alkohol, mens kun ca. 10% er i behandling for deres alkoholproblem. Det at have et problem med alkohol er belastende, ikke alene for personen selv, men også for omgivelserne, familien, venner, kolleger og arbejdsgivere. Set ud fra en samfundsbetragtning, er der store økonomiske omkostninger forbundet med et stort alkoholforbrug. Alene i Danmark er den øgede udgift beregnet til 6-10 milliarder kroner om året. Mindre end 1% af denne sum anvendes til forebyggelse, information og forskning.

Patienter med et stort forbrug af alkohol har både øget sygelighed og flere komplicerede forløb under indlæggelse på sygehus. Behandlingsresultaterne er dårligere fx i forbindelse med et kirurgisk indgreb. Det betyder, at disse patienter er overrepræsenteret i sygehusvæsenet. Ca. hver femte indlagte patient og omkring hver tredje voksne patient i skadestuen har et stort alkoholforbrug. Hertil kommer alle de ambulante kontakter. I alt har sundhedspersonalet op mod 1 million patient-kontakter om året, hvor der kan være mulighed for at støtte patienten i at ændre alkoholvaner i en gavnlig retning.

Sygehusvæsenet er derfor et ideelt sted at tage fat om problemerne. Undersøgelser har vist, at det nytter at yde en indsats på sygehuse. I dag er det største problem, at patienterne ikke får et kvalificeret tilbud om hjælp til at ændre deres alkoholforbrug; selv om de i henhold til lov om patienters retsstilling har krav på information om forebyggelse på sygehuset, på linie med information om diagnose og behandling. Det har vist sig, at patienterne generelt er positive over for forebyggelsestilbud, når de gives i respekt for den enkelte patient.

Formålet med denne bog er at give sundhedspersonalet et værktøj til at gennemføre en systematisk indsats over for patienter, der drikker for meget. Den henvender sig primært til ansatte på somatiske afdelinger. Bogen beskriver den teori og de metoder der danner grundlag for forebyggelsessamtaler om alkohol. Faktuelle oplysninger om skaderne ved et stort alkoholforbrug og helbredsfordele ved ophør gennemgås. Medicinsk og psykosocial behandling som støtte i forbindelse med ændring af et alkoholforbrug gennemgås ligeledes; såvel som familiemæssige og andre sociale aspekter, som sundhedspersonalet skal kunne handle i forhold til. Endelig kommer bogen med forslag til anbefalinger for det kliniske personales indsats og forskellige organisatoriske tiltag, der kan understøtte implementeringen af indsatsen på det enkelte sygehus eller afdeling.

Der vil naturligvis være forskelle i sygehusenes og de enkelte afdelingers organisation og arbejdsmetoder i relation til en systematisk forebyggelsesindsats på alkoholområdet. Anbefalingerne kan betragtes som et inspirerende arbejdsgrundlag uden at forhindre de enkelte sygehuse og afdelinger i at yde en særlig indsats.

Håbet er, at bogen kan være en hjælp til sundhedspersonalet i den kliniske hverdag.

*Marts 2003*

**Hanne Tønnesen**, leder af  
*Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse*

## GENERELT OM KESF

*Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse* (KESF) blev etableret 1. marts 1999 som en landsdækkende udviklingsenhed for klinisk forebyggelse. Formålet er at udvikle metoder til implementering, evaluering og dokumentation af forebyggelsesaktiviteter og rehabiliteringstilbud på landets sygehuse samt at arbejde med uddannelse og sikre tværsektoriel sammenhæng i indsatsen. En vigtig forudsætning for dette er, at viden om og status for forebyggelse nationalt og internationalt løbende opdateres. Dette samles i KESF, der via en landsdækkende rådgivende og understøttende funktion stiller dem til rådighed for alle sygehuse i Danmark. KESF udfærdiger løbende redskaber og produkter, som kan anvendes i implementeringen af klinisk forebyggelse på de danske sygehuse. KESF er placeret som en tværgående klinisk afdeling på Bispebjerg Hospital og finansieres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og Bispebjerg Hospital.

## BEMÆRKNINGER TIL BOGEN

Af hensyn til læsbarheden er der konsekvent anvendt "han" om patienten.

Der er udarbejdet en detaljeret indholdsfortegnelse, da det er hensigten, at bogen skal kunne benyttes som opslagsbog i det daglige kliniske arbejde.

## FORFATTERLISTE

*Katrine Albertsen*

Bac.scient.san.publ., Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed

*Helena Alring*

Ledende socialrådgiver, H:S Bispebjerg Hospital

*Sverre Barfod*

Alment praktiserende læge, speciallæge i almen medicin, Frederiksværk

*Ulrik Becker*

Ledende overlæge, dr. med., Alkoholenheden, H:S Hvidovre Hospital

*Pernille Buhelt*

Projektkoordinator, sundhedsplejerske, stud.scient.soc, Hjørring Kommune

*Mia Fischerman*

Speciallæge i socialmedicin, sociallæge i Ballerup Kommune

*Morten Grønbæk*

Forskningsprofessor, dr. med., ph.d., afdelingsleder, Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed

*Susanne H. Honum*

Projektkoordinator, sygeplejerske, Hjørring Kommune

*Mette Jensen*

Informationsmedarbejder, cand.scient, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital

*Mette Riegels Jespersen*

Bac.scient.san.publ., Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed

*Annette Kann*

Forebyggelseskonsulent, sygeplejerske, S.D., Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital

*Kirsten Mundt*

Forebyggelseskonsulent, sygeplejerske, S.D., Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital

*Bent Nielsen*

Overlæge, ph.d., Psykiatrisk afdeling P, Odense Universitetshospital

*Anette Søgaard Nielsen*

Centerleder, cand.phil, AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt

*Henrik Rindom*

Afdelingslæge, speciallæge i psykiatri, Psykiatrisk afdeling, H:S Hvidovre Hospital

*Michaela Louise Schiøtz*

Bac.scient.san.publ., Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed

*Vibeke Thygesen*

Afdelingslæge, speciallæge i samfundsmedicin, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital

*Hanne Tønnesen*

Leder af Enheden, overlæge, dr. med., Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, H:S Bispebjerg Hospital

# Indledning

---

I DETTE KAPITEL gives et overblik over danskernes alkoholforbrug, -vaner og -kultur, og de samfundsmæssige konsekvenser det har, sammenlignet med andre europæiske befolkninger. Derudover nævnes de internationale og nationale anbefalinger på området. Der gøres rede for de danske genstandsgrænser og sygehusenes særlige rolle i forebyggelsen på alkoholområdet.

---

## DANSKERNES ALKOHOLFORBRUG

Siden starten af 1970-erne har alkoholforbruget i Danmark ligget på et konstant, højt niveau. I 1999 blev der i gennemsnit solgt øl, vin og spiritus svarende til 11,6 liter ren alkohol per dansker over 14 år (1). Forbruget er dog meget ulige fordelt, idet ca. 10% af befolkningen drikker mere end halvdelen af den solgte alkohol (2).

Der foreligger præcise tal for, hvor meget alkohol der bliver solgt pr. voksen dansker. Tallene er ikke korrigeret for hjemmebrænderi og grænsehandel, men det ændrer ikke meget på det samlede forbrug (3). Tal fra salgsstatistikker kan være et udmærket mål for, hvor forbruget er på vej hen. Der er store forskelle på forbruget i forhold til fx alder, køn og type af alkohol; fx er øl- og spiritusforbruget faldet, og vinforbruget steget siden 1970'erne (1). Der er ikke store sociale udsving i forbruget på landsplan (4). I beretningen om Københavnerens sundhedstilstand fra år 2000 konkluderes, at jo højere indkomst en person har desto større alkoholforbrug; og jo lavere indkomst desto større problemer vil et misbrug føre med sig (5).

**Tabel 1.1****Danskernes alkoholforbrug i forhold til alder og køn**

	Antal genstande per uge				
	0	1-14	15-21	22-35	36+
16-24 år					
Mænd	16	46	17	16	6
Kvinder	31	56	8	3	1
25-44 år					
Mænd	15	60	14	9	3
Kvinder	22	67	4	2	0
45-66 år					
Mænd	13	56	14	12	6
Kvinder	21	68	8	3	1
67-79 år					
Mænd	17	59	13	8	3
Kvinder	38	55	4	2	0
80+ år					
Mænd	26	55	10	7	2
Kvinder	53	42	3	1	0

Danskernes alkoholforbrug i procent fordelt på aldersgrupper og køn. Antal genstande inden for den seneste uge (4).

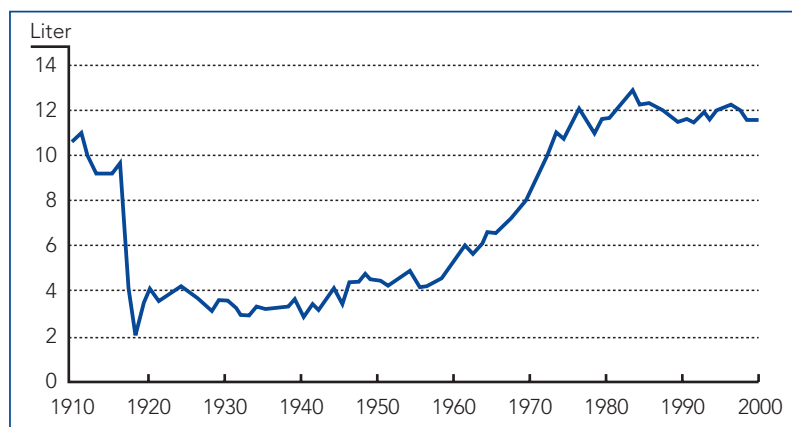
Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen år 2000 om danskernes livsstil viser, at mænd har et væsentligt højere forbrug end kvinder. Desuden viser undersøgelsen, at det høje forbrug primært findes blandt de unge (16-24 årige), men også hos de 45-66 årige, se tabel 1.1 (4).

**Den danske alkoholkultur**

I begyndelsen og slutningen af 1900-tallet lå danskernes forbrug af alkohol på nogenlunde samme niveau, se figur 1.1. I 1917 blev afgiften på snaps 11-doblet, hvilket førte til et drastisk fald i forbruget (3). Herefter lå forbruget vedvarende lavt til slutningen af 50'erne. I hele perioden var forbruget ca. 1/3 af, hvad det er i dag. På daværende tidspunkt var alkohol generelt set forbeholdt festlige lejligheder, og alkohol udgjorde ikke en del af det daglige sociale samvær. Ved besøg blev der almindeligvis budt på kaffe og te. I 1960'erne ændrede alkoholkulturen sig radikalt, og forbruget steg jævnt indtil slutningen af 70'erne (6). Ændringen kan blandt andet tilskrives faktorer som velstandsstigning, medlemskab af EF, hvor vinen blev prismæssigt tilgængelig og udlandsrejser. I forbindelse med at charterturismen blev udbredt, importerede danskerne middelhavslanternes skik med vin til maden på hverdage samtidig med, at vi holdt fast i den nordiske drikkekultur, hvor alkohol bliver drukket til festlige lejligheder med henblik på at blive

beruset. Dette har, i kombination med en historisk forankret dansk holdning med vægt på den enkeltes frihed til at drikke, medvirket til, at alkohol i dag indgår i mange sociale sammenhænge i vores kultur (6). Den liberale holdning til alkohol i vores kultur fører for nogle til et vanemæssigt stort forbrug og kan dermed blive en betydende faktor for, at nogle udvikler problemer med alkohol.

**Figur 1.1**  
**Danskernes årlige alkoholforbrug**



Årligt alkoholforbrug i Danmark 1910-1999, angivet i liter ren alkohol solgt per indbygger over 14 år (1).

Alkoholforbrug er ikke i særlig høj grad reguleret af beskyttende normer. Accept af, at folk optræder beruset i offentlige sammenhænge, er større i Danmark end i andre lande. Holdningen til at køre bil i påvirket tilstand har dog ændret sig i de senere år og opfattes nu generelt set som socialt uacceptabelt. Det har betydet, at andelen af trafikdræbte, hvor alkohol er involveret, er faldet med 40% fra 1986 til 1999 (6). Der er sket et væsentligt fald i alkoholforbruget på arbejdspladserne gennem de sidste 10-15 år. I takt med at der er indført alkoholpolitikker på arbejdspladserne, har holdningen til at indtage alkohol i arbejdstiden ændret sig. I dag har omkring 60% af alle arbejdspladser en alkoholpolitik (6,7). På trods af dette er det samlede alkoholforbrug ikke mindsket; alkohol drikkes i stedet i fritiden og for en stor dels vedkommende i hjemmet (6).

### **National alkoholpolitik**

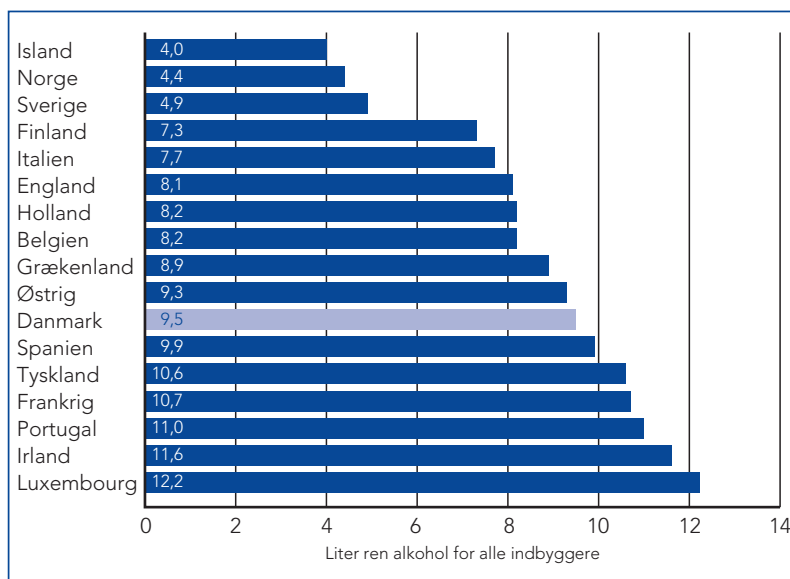
Sammenlignet med de øvrige nordiske lande og adskillige andre lande i EU er den danske alkoholpolitik kendetegnet ved få restriktioner på reklame, salg og udskænkning (8). I en sammenligning mellem 15 EU

lande og Norge, hvor der blev lavet en samlet score for hvert lands alkoholpolitik, havde kun 4 lande (Portugal, Tyskland, Grækenland og Østrig) en mindre restriktiv alkoholpolitik end Danmark (9). Den frie tilgængelighed og den danske alkoholkultur antages at have betydning for danskernes høje forbrug af alkohol (6,9). Konsekvenserne heraf er øget sygelighed og dødelighed på grund af alkoholrelaterede lidelser (6).

### Alkoholforbrug i EU og Norden

Figur 1.2 viser det danske forbrug af alkohol sammenlignet med forbruget i EU og Norden. Forbruget er i figur 1.2 opgivet i liter ren alkohol per indbygger, hvorfor danskernes forbrug ligger på 9,5 liter til forskel fra figur 1.1, hvor forbruget er opgivet per indbygger over 14 år.

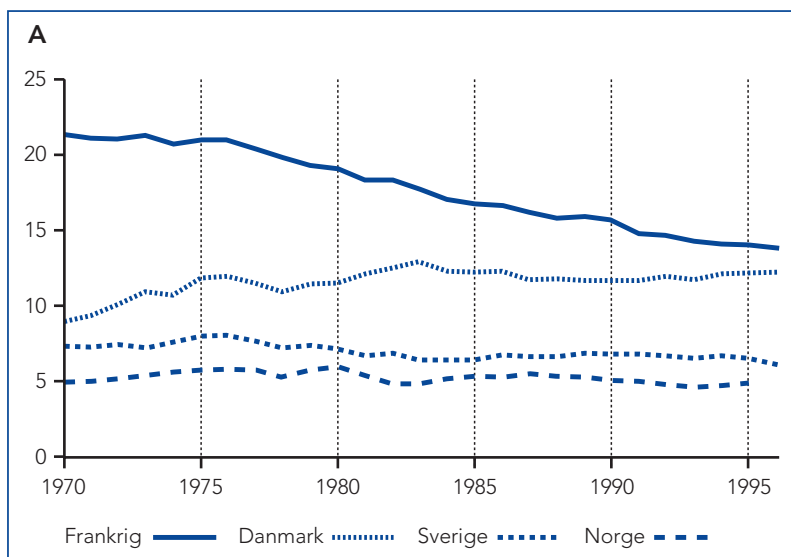
**Figur 1.2**  
Alkoholforbrug i EU og Norden



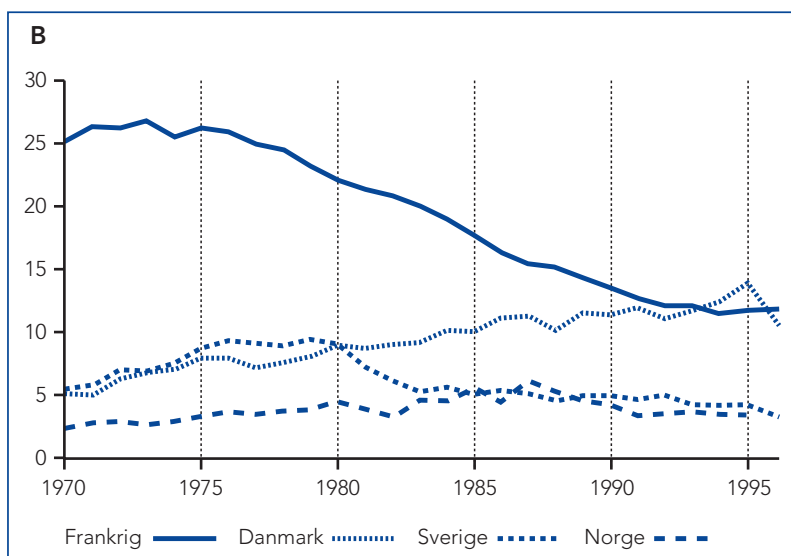
Alkoholforbrug per indbygger i lande i EU og Norden, 1999 (10).

Der er sket store ændringer i forbruget i mange af de andre europæiske lande; nordmændene er begyndt at drikke mere de aller seneste år, hvilket derfor ikke fremgår af figur 1.3 (11). Franskmandene drikker meget mindre end tidligere, hvilket afspejler sig forbløffende hurtigt i sygeligheden; hyppigheden af skrumpelever er faldet ganske dramatisk i forbindelse med det faldende forbrug i Frankrig, se figur 1.3 (12).

**Figur 1.3**  
**Sammenligning mellem udvikling i alkoholforbrug og dødelighed af levercirrose i Danmark, Sverige, Norge og Frankrig i perioden 1970-1996.**



A: Udvikling i alkoholforbruget i perioden 1970-1996



B: Udvikling i dødeligheden af levercirrose i perioden 1970-1996 (12).

Sammenlignet med andre lande i EU og Norden har danske unge den tidligste alkoholdebut og det største forbrug (13). Se mere om de unges alkoholvaner i kapitel 7 side 84.

## **PROBLEMETS OMFANG I DANMARK**

Skønsmæssigt drikker ca. 500.000 danskere over genstandsgrænserne, heraf skønnes 200.000 at være afhængige af alkohol. I 2000 modtog omkring 17.500 danskere et alkoholbehandlingstilbud, heraf ca. 700 i form af behandling på døgninstitution (6). Omkring 7.500 danskere dør hvert år på grund af deres alkoholforbrug (7).

### **Hvem drikker over genstandsgrænserne?**

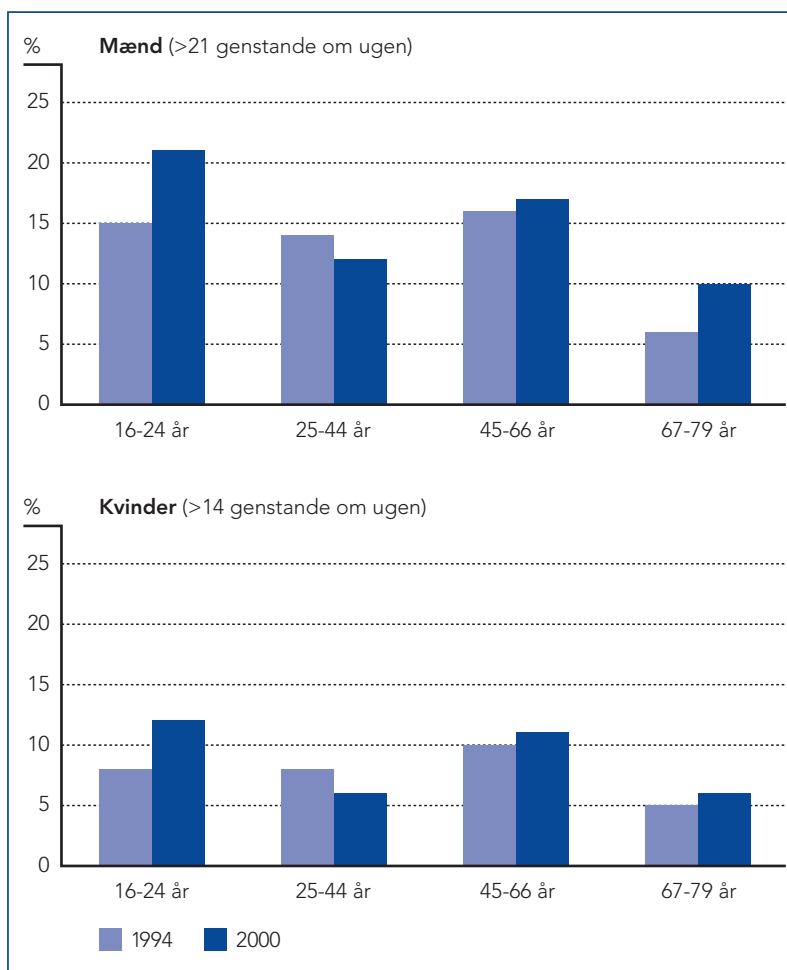
De danske genstandsgrænser ligger på højst 14 genstande om ugen for kvinder og højst 21 genstande om ugen for mænd.

Både i 1994 og 2000 var der flere mænd end kvinder, der drak over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser, se figur 1.4.

For både mænd og kvinder ses et fald blandt gruppen af 25-44 årige. Dette er meget positivt, da gruppen repræsenterer størstedelen af forældre i småbørnsfamilier.

Udover de helbredsmæssige konsekvenser er et stort alkoholforbrug også forbundet med arbejdsmæssige problemer, skilsmisser, psykiske lidelser, vold, kriminalitet, ulykker og dødsfald. 60.000-70.000 danske børn og unge (0-18 årige) har en mor eller far, der har været indlagt på somatisk eller psykiatrisk afdeling med mindst en alkoholrelateret diagnose; det vil sige alkoholpsykose, alkoholisme, åreknuder på spiserøret, alkoholisk fedtlever eller skrumpelever, pankreatitis, delirium tremens og/eller forgiftning (14). Alle er det diagnoser, der først optræder efter et langvarigt stort alkoholforbrug. Alkoholproblemet har således gennem lang tid påvirket disse familiers liv og hæmmet en sund og naturlig opvækst og udvikling for børnene og de unge.

**Figur 1.4**  
**Danskere der drikker over genstandsgrensene**



Andelen af mænd og kvinder, der drikker over genstandsgrensene, i forhold til alder (4).

### **PROBLEMETS OMFANG PÅ SYGEHUS**

I 1999 blev der indlagt ca. 15.500 patienter på somatiske afdelinger med en alkoholrelateret hoveddiagnose, mens ca. 8.300 patienter blev indlagt på psykiatrisk afdeling med en alkoholrelateret diagnose (6).

Andelen af patienter, der drikker for meget, kan variere inden for det enkelte sygehus. På nogle afdelinger, fx de der modtager patienter med alkoholrelaterede sygdomme, traumer og afdelinger med mange mandlige patienter, vil der være flere patienter med et stort forbrug af alkohol (15).

På grund af alkohols sundhedsskadelige virkning kan andelen af patienter, der drikker for meget, være højere på sygehuset end blandt borgerne i optagedistriktet. Kun få sygehuse har beskrevet deres patienters alkoholprofil. En sundhedsprofil af indlagte patienter på Bispebjerg Hospital fra 1995 har vist, at 26% af mændene og 12% af kvinderne drak over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (16). En tilsvarende profil af borgerne i hospitalets optagedistrikt viste, at andelen af borgere med et alkoholforbrug over genstandsgrænserne lå på henholdsvis 19% af mændene og 12% af kvinderne (17).

Alkoholforbruget er generelt højere i storbyer end i landdistrikter; derfor må det antages, at behovet for en indsats på sygehuse i landdistrikterne kan være mindre end det, der er kortlagt på Bispebjerg Hospital.

### **Samfundsøkonomiske konsekvenser**

Ifølge beregninger fra 1999 koster alkohol hvert år samfundet 6-10 milliarder kroner; heraf bruges ca. 3 milliarder kroner i sundhedssektoren. I 2001 blev der brugt ca. 145 millioner kroner til behandling af alkoholafhængighed (6). Det danske alkoholforbrug er således årsag til en stor samfundsøkonomiske belastning (18).

## **INTERNATIONALE ANBEFALINGER**

I sundhedsstrategien "Sundhed i det 21. århundrede" har Verdenssundhedsorganisationen (WHO) fremsat følgende sundhedsmål for at reducere de skadelige virkninger af alkohol (19):

- ❖ Alkoholindtaget per indbygger i alle lande bør ikke øges eller overstige 6 liter per år, og det skal være tæt på nul blandt børn under 15 år.

Med et aktuelt forbrug på 9,5 liter per indbygger (se figur 1.3) skal der i Danmark ydes en væsentlig indsats i de kommende år, hvis dette mål skal nås.

## **DANSKE ANBEFALINGER**

Som indsats over for det høje forbrug af alkohol har der siden starten af 1990'erne været gennemført kampagner i Danmark; de såkaldte "uge 40-kampagner". Disse kampagner har ført til, at genstandsgrænserne er kendt i størstedelen af den voksne befolkning (20).

- ❖ Genstandsgrænser skal forstås som en øvre grænse for et alkoholforbrug, der ikke er skadeligt. De nuværende danske genstandsgrænser ligger på højst 14 genstande om ugen for kvinder og højst 21 genstande om ugen for mænd.

Forskellen mellem genstandsgrænserne for mænd og kvinder skyldes, at kvinder, på grund af relativt mere fedt og mindre kropsvægt, har mindre vand at opløse alkoholen i end mænd. Derfor bliver deres lever udsat for en relativt højere koncentration af alkohol. Samtidig er kvinders lever mindre, og kvinder er derfor længere tid om at nedbryde en given mængde alkohol.

- ❖ De anbefalede genstandsgrænser gælder ikke for gravide og unge (se kapitel 7); ligesom børn under 15 år, personer der er afhængig af alkohol og personer med en række forskellige sygdomme, som fx leversygdom og pankreatitis, slet ikke bør drikke alkohol.

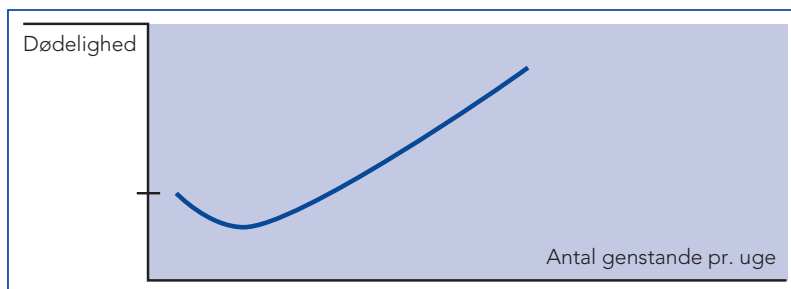
### Fastsættelse af genstandsgrænser

De danske genstandsgrænser er baseret på sammenhænge mellem alkoholforbrug og dødelighed (uanset årsag) bestemt på baggrund af befolkningsundersøgelser. Risikoen for at dø på grund af alkoholforbruget stiger fra et lavere antal genstande per dag hos kvinder end hos mænd. De øvre grænser for et ikke skadeligt forbrug ligger på ca. 14 genstande om ugen for kvinder og på ca. 21 genstande om ugen for mænd (21).

### Befolkningsundersøgelser

Befolkningsundersøgelser har vist, at sammenhængen mellem alkoholforbrug og dødelighed kan beskrives ved en J-formet kurve, se figur 1.5 (21).

**Figur 1.5**  
**Sammenhæng mellem alkoholforbrug og dødelighed**



Stiliseret illustration af den J-formede sammenhæng mellem alkoholforbrug og dødelighed vist ved befolkningsundersøgelser

Alkohols positive virkning, der ses af det venstre ben i J-et, skyldes fortrinsvis, at der blandt afholdende forekommer en overdødelighed forårsaget af hjerte-kar-sygdom. Epidemiologiske undersøgelser har vist, at de, der ikke drikker alkohol, har 40-60% øget risiko for at få hjerte-kar-sygdom, i forhold til dem, der drikker let til moderat (22,23,24). Definitionen af et "let til moderat" alkoholforbrug varierer fra land til land. Nogle mener, at det er 2-3 genstande per dag, men de nævnte helbredsfordele ses allerede ved 1 genstand om dagen. Det højre ben på kurven udgøres af den overdødelighed, der forekommer på grund af ulykker, skrumpelever, cancer og andre alkoholrelaterede årsager. Alkohols skadelige virkninger er i øvrigt detaljeret beskrevet i kapitel 3, 5, 7 og 8.

### **Alkohols hjertebeskyttende effekt**

Det er sandsynligt, at alkohols hjertebeskyttende effekt er størst hos ældre. En undersøgelse konkluderer, at det kun er dem, der i forvejen har en øget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme, der har en beskyttende effekt af at drikke små mængder alkohol. Det drejer sig fx om høj alder, diabetes, højt blodtryk, højt kolesterol og lav fysisk aktivitet (21).

Én dansk genstand på 12 g alkohol svarer til indholdet i:

- 1 pilsner (33 cl)
- 1 glas vin (12 cl)
- 1 glas hedvin (8 cl)
- 1 glas spiritus (4 cl)

Som tommelfingerregel kan alkoholmængden udregnes på følgende måde:

$$\frac{\text{antal milliliter} \times \text{alkohol\%} \times 0,79}{100} = \text{gram alkohol}$$

Alkoholpromillen er et udtryk for hvor mange gram alkohol, der findes per kilo blod. En persons alkoholpromille kan estimeres på følgende måde:

$$\text{Kvinder: } \frac{12 \times \text{antal genstande}}{0,55 \times \text{vægt i kg}} = \text{promille (max)}$$

$$\text{Mænd: } \frac{12 \times \text{antal genstande}}{0,68 \times \text{vægt i kg}} = \text{promille (max)}$$

Da alkohol nedbrydes over tid, vil de ovenstående estimater angive den promille, en person maksimalt kan opnå ved et givent alkoholindtag.

## NATIONALE INITIATIVER

Med henblik på at nedbringe det store forbrug af alkohol blandt unge i Danmark blev der den 1. juli 1998 indført en lov, der forbyder butikker at sælge alkoholiske drikke til børn under 15 år. Selv om loven mange steder ikke er blevet håndhævet, har den været med til at sætte en samfundsdebat igang om unges alkoholdebut og -forbrug. Sammen med kampagner fra Sundhedsstyrelsen rettet mod udvalgte målgrupper ser dette ud til at have skabt grobund for en holdningsændring. Således har indenrigs- og sundhedsministeren i februar 2002 fremsat ideen om lovmæssigt at hæve alderen for køb af alkohol i butikker til 16 år.

## REGERINGENS SUND-HELE-LIVET PROGRAM

Alkohol behandles som en af de vigtigste risikofaktorer i såvel Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 (25), som i den nuværende regerings program Sund-hele-livet 2002-2010 (7). Det sundhedspolitiske mål er:

- ❖ Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant, unges forbrug af alkohol skal nedbringes og alkoholforbruget blandt børn skal fjernes.

Arbejdet med forebyggelse på alkoholområdet skal ifølge regeringens strategi foregå i et samarbejde mellem en lang række aktører. Sundhedsvæsnets opgave er at oplyse om alkohols skadelige virkninger, herunder de anbefalede genstandsgrænser, og at igangsætte en tidlig indsats over for dem, der drikker for meget (7).

## BEHOV FOR INDSATS PÅ SYGEHUS

En kortlægning af forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse har vist, at kun 10% af afdelingerne havde en forebyggelsesaktivitet på alkoholområdet rettet mod patienterne. Heraf var 25% baseret på en systematisk udredningsprocedure fx i form af kliniske retningslinier (26).

På baggrund af de sundhedsmæssige skader et stort forbrug af alkohol kan have, såvel som den betydning, det kan få for et sygdoms- og behandlingsforløb, er en styrket indsats i sygehussektoren yderst relevant. Der er således behov for at iværksætte tiltag over for patienter, der drikker for meget, som led i det enkelte patientforløb.

Det stiller krav til sygehusene. For at kunne yde en forebyggende indsats på alkoholområdet er der behov for øget viden, og at sundhedspersonalet får udviklet deres kompetencer til opgaven. Desuden er der behov for at iværksætte organisatoriske tiltag med henblik på, at indsatsen kan blive implementeret som led i det daglige kliniske arbejde på lige fod med pleje og behandling. Se mere om dette i kapitel 16.

## NYTTIGE HJEMMESIDER

### Danske:

Alko-linjen

[www.alko-linjen.dk](http://www.alko-linjen.dk)

Alkohol Politik På Arbejdspladsen

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

Center for Rusmiddelforskning

[www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)

Dansk selskab for almen medicin

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

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

Institut for Sygdomsforebyggelse

[www.ipm.hosp.dk](http://www.ipm.hosp.dk)

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse

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

Netdoktor

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

Socialforskningsinstituttet

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

Socialministeriet

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

Statens Institut for Folkesundhed

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Sundhed Danmark

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

Sundhedsstyrelsen

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

Sundhedsstyrelsens website om alkohol

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

Sundhedsstyrelsen: rapporter, undersøgelser og statistik vedrørende danskernes alkoholvaner og -forbrug

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

Videnscenter om Alkohol

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

Websitet om folkesundhedsarbejdet

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

WHO

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

### **Internationale:**

Health Promoting Hospitals

[www.univie.ac.at/hph/](http://www.univie.ac.at/hph/)

Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning

[www.kaapeli.fi/nad](http://www.kaapeli.fi/nad)

Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift

[www.stakes.fi/nat/](http://www.stakes.fi/nat/)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

[www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)

International Society for Biomedical Research on Alcoholism

[www.isbra.com](http://www.isbra.com)

### **REFERENCER**

- (1) Alkohol- og narkotikastatistik. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
- (2) Såbye-Hansen H, Grønbæk M, Hardt F et al. Danskernes alkoholforbrug 1979-1992. Ugeskr Læger 1998; 160: 7118-21.
- (3) Thorsen T. Hundrede års alkoholmisbrug: alkoholforbrug og alkoholproblemer i Danmark. København: Alkohol- og Narkotikarådet, 1990.
- (4) Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (5) Sundhed og sygdom i København 2000. København: Stadslægen og Københavns Sundhedsforvaltning, 2000.
- (6) Den offentlige indsats på alkoholområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, 2002.
- (7) Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.

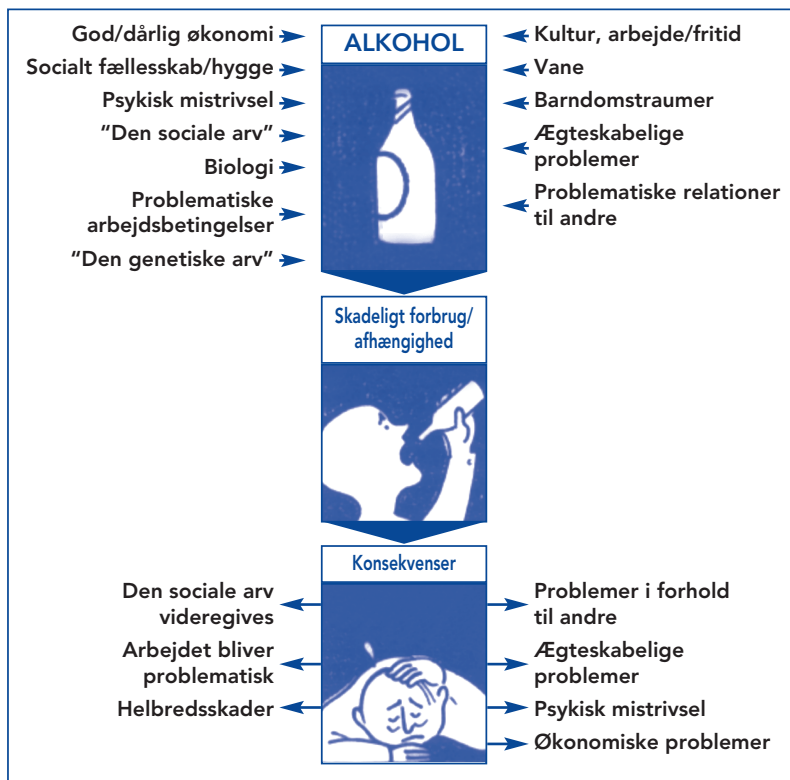
- (8) Karlsson T, Österberg E. A scale of a formal alcohol control policy in 15 European countries. *NAT (english supplement)* 2001; 18: 117-31.
- (9) Møller L. Unges alkoholvaner belyst ud fra Sundhedsstyrelsens alkoholforbrugsundersøgelser 1997 til 2001. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
- (10) Produktschap voor Gedistilleerde Dranken: *World Drink Trends 1999*. Oxfordshire: NTC Publications Ltd., 1999.
- (11) <http://www.stakes.fi/nat/nat01/nr.5/alkoholstatistik.htm>.
- (12) Grønbæk M, Iversen L. Dødelighed af levercirrose: Danmark i et internationalt perspektiv – hvor er vi på vej hen? *Ugeskr Læger* 2002; 164: 1019-20.
- (13) The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN and Council of Europe.Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2000.
- (14) Christoffersen MN. The long-term consequences of parental alcohol abuse: A cohort study og children in Denmark. Working Paper 14. Socialforskningsinstituttet, 2002.
- (15) Tønnesen H, Kehlet H. Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *Br J Surg* 1999; 86: 869-84.
- (16) Olsen AD, Eliassen A, Bistrup ML. Sundhedsprofilen for Bispebjerg Hospital. København: Bispebjerg Hospital, Københavns Sundhedsdirektorat og DIKE, 1996.
- (17) Sund By Projektet. Sundhedsprofil over borgere i Bispebjerg Hospitals optageområde. København: Københavns Sundhedsvæsen, Direktoratet, 1995.
- (18) Sundhedsministeriet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999.
- (19) Sundhed i det 21. århundrede: sundhed for alle i det 21. århundrede: en dansk oversættelse. København: Dansk sygeplejeråd, 1999.
- (20) Grønbæk M, Strøger U, Strunge H et al. Betydningen af ti års landsdækkende alkoholkampagne i Danmark for kendskabet til de anbefalede genstandsgrænser. *Ugeskr Læger* 2002; 164 (49): 5782-6.
- (21) Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1245-50.
- (22) Fagrell B, de Faire U, Bondy S et al. The effects of light to moderate drinking on cardiovascular diseases. *J Intern Med* 1999; 246: 331-40.
- (23) Poikolainen K. Alcohol and mortality: a review. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 455-65.
- (24) Jackson R, Scragg R, Beaglehole R. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *BMJ* 1991; 303: 211-6.
- (25) Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet, 1999.
- (26) Træden UI, Zwisler ADO, Møller L et al. Forebyggelse på danske sygehuse – en kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.

# Sådan udvikles et alkoholproblem

KAPITLET kan bidrage til en forståelse af de mange forskellige faktorer, der gør sig gældende, når mennesker udvikler problemer med alkohol. Diagnoserne skadeligt forbrug og afhængighed præsenteres.

Når et menneske har et alkoholproblem, er det ofte vanskeligt at skelne forhold, der har medvirket til udviklingen af problemet fra konsekvenserne af det. Årsag og virkning er flettet ind i hinanden, se figur 2.1.

**Figur 2.1**  
Årsager til og konsekvenser af et alkoholproblem



Årsager og konsekvenser kan være svære at skelne fra hinanden i forbindelse med et alkoholproblem. Kilde: frit efter Birgit Trømbacz 1991.

## FAKTORER AF BETYDNING FOR UDVIKLINGEN AF ET ALKOHOLPROBLEM

Der findes ikke nogen entydig forklaring på, at et menneske udvikler et problem med alkohol. Udviklingen sker i et komplekst samspil af samfundsmæssige, kulturelle, psykosociale og biologiske faktorer, og betydningen af de enkelte faktorer varierer fra menneske til menneske (1,2). Nogle af de samfundsmæssige og kulturelle faktorer er nævnt i kapitel 1.

### Psykosociale faktorer

På det psykiske plan gør forskellige faktorer sig gældende. Det kan fx være stoffets virkning, det enkelte menneskes psykiske konstitution og et behov for at udnytte alkohols virkning for oplevelsen af at fungere i forskellige sammenhænge. Effekten af alkohol kan variere. Man kan fx blive opstemt, opkvikket, afslappet, søvnløs, kærlig eller aggressiv. Alkohol kan fjerne hæmninger og virker i mindre grad smertestillende. Derudover kan alkohol dæmpe ubehagelige og påtrængende følelser som rastløshed og indre uro (1).

Nogle mennesker har vanskeligt ved at fungere i sociale sammenhænge. De kan fx opleve sig selv som mindre generte, når de har drukket. Nogle benytter alkohol til at kunne give og tage imod kærtegn. For andre hjælper alkohol til at slappe af fx i en stresset hverdag eller ved præstationsangst. Mennesker, som føler en indre uro fx på baggrund af psykisk belastning eller traumatiske oplevelser under opvæksten eller i voksenlivet, kan opleve, at alkohol giver dem fred. Andre igen benytter alkohol som hjælp til at takle følelsesmæssige situationer med fx nærhed, konflikter og sorg eller til at takle problemer i familien med børn eller partner. Mennesker, der er vokset op i familier med alkohol- eller andre rusmiddelproblemer, kan have lært, at problemer løses ved at drikke eller tage en pille.

Af sociale faktorer kan nævnes, at mennesker, som føler sig isolerede, kan opleve fællesskab med andre i samværet omkring alkohol, mens andre benytter alkohol til at lægge afstand til problemer med økonomi, arbejde eller bolig.

### Biologiske faktorer

De seneste femten års forskning har peget på et mesolimbisk dopaminergt system (MDS) i hjernen – populært kaldet hjernens belønningssystem – som forklaringsmodel for den adfærd alkoholafhængige udviser (3). Adfærden er kendetegnet ved, at anden social adfærd

tilsidesættes til fordel for alkoholen. For nogle i en sådan grad, at de risikerer at miste både familie, arbejde og helbred.

Den psykiske afhængighed af mad tilskrives den normale funktion af MDS. Oplevelsen af sult består dels af et fysisk ubehag dels af en psykisk trang til mad. Det fysiske ubehag kan mennesker leve med i lang tid, hvorimod den psykiske trang til mad terroriserer os allerede efter et døgnns faste. Psykisk vil den enkelte blive mere og mere desperat efter at få noget at spise, og er efter nogle døgn villig til at spise, hvad det skal være. Mad udløser en øget aktivitet i MDS, hvilket medfører belønning i form af psykisk ro, afslappethed og velvære.

Det, der kendetegner alle rusmidler, er stoffernes evne til at øge aktiviteten i MDS. Derved fremkalder stofferne den samme positive psykiske tilstand som et godt måltid mad – blot meget kraftigere. Når MDS er blevet påvirket med alkohol tilstrækkelig mange gange, kan der ske det, at MDS reagerer over for alkohol, som det reagerer over for mad. Alkoholafhængigheden er etableret, og personen udviser en adfærd, der på mange måder minder om den adfærd, desperat sultne mennesker udviser.

At denne sammenhæng mellem MDS, mad og rusmiddel eksisterer, ses blandt andet ved, at de fleste rusmidler er gode sultstillende midler. Er MDS først blevet stimuleret af et rusmiddel, forsvinder trangen til mad. Amfetamin blev fx brugt som et sultstillende middel, før dets afhængighedsskabende potentiale var kendt.

Eftersom MDS bruger dopamin som signalstof, betyder det, at rusmidlerne, når de påvirker systemet, kan fremkalde en øget frigivelse af dopamin. Man taler om at rusmidlerne har en dopaminlignende virkning. Mange af de medicinske præparater, der bruges i behandlingen af psykotiske tilstande, har den modsatte virkning nemlig at blokere dopamins virkning. Derfor oplever mange psykisk syge ikke "psykisk mæthed", men fortsætter med at spise og tager voldsom på i vægt (3).

### *Arvelige faktorer*

Arvegangen for udvikling af et alkoholproblem har aldrig kunnet fastlægges entydigt. Der er dog enighed om, at arvelige faktorer har en vis betydning. Dette er blandt andet vist ved tvillingeundersøgelser. Udvikler den ene tvilling et alkoholproblem, er risikoen hos enæggede tvillinger dobbelt så stor, for at den anden også gør det sammenlignet med tveæggede tvillinger (4). Ligeledes har adoptionsundersøgelser

vist, at børn født af alkoholiske forældre har en større risiko for at udvikle et alkoholproblem, selvom de vokser op hos adoptivforældre, som ikke har noget alkoholproblem (5).

### **HVORNÅR ER DER TALE OM ET ALKOHOLPROBLEM?**

Når sundhedspersonalet i det daglige kliniske arbejde skal vurdere et alkoholforbrugs indflydelse på en patients eller families livssituation, kan en praktisk adfærdsorienteret tilgang være brugbar. Følgende tilnærmelse, som rummer hverdagslivet, kan anvendes som forståelsesramme for en helhedsvurdering:

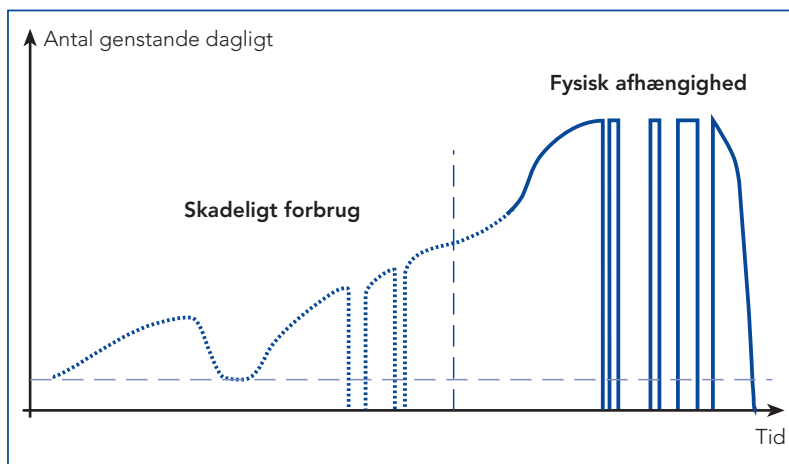
- ❖ Hvorvidt der er tale om et alkoholproblem afhænger af den virkning, forbruget af alkohol har på familielivet, arbejdet, økonomien, ens oplevelse af sig selv, den sociale funktion, andres reaktioner og/eller helbredet (6).

Det betyder, at der er tale om et problem med alkohol, hvis bare ét af områderne er påvirket af forbruget. Denne tilgang kan også være meningsfuld, når sundhedspersonalet skal tale med en patient eller en familie om et stort forbrug af alkohol, og den indflydelse forbruget har på de forskellige situationer i livet.

### **UDVIKLING AF ET ALKOHOLPROBLEM**

Et forbrug af alkohol i overensstemmelse med de anbefalede genstandsgrænser kan vokse til et skadeligt forbrug og måske senere udvikle sig til fysisk afhængighed. Figur 2.2 viser et eksempel på, hvordan et stort forbrug af alkohol kan udvikle sig over tid. Illustrationen er erfaringsbaseret og er udarbejdet på baggrund af samtaler med mennesker, som har søgt behandling for deres alkoholproblem og derigennem fortalt om deres forbrug af alkohol undervejs i udviklingen af problemet. Det vil være individuelt, hvordan kurven forløber. For kvinder kan et skadeligt forbrug af alkohol ligge fra 3 genstande dagligt og helt op til 30/40 genstande i døgnet ved den fysiske afhængighed – for enkelte mere. Det tilsvarende alkoholforbrug for mænd kan ligge fra 4 genstande dagligt og ikke ualmindeligt op til 40/60 genstande i døgnet.

**Figur 2.2**  
**Illustration af et alkoholproblems udvikling – et eksempel**



Et eksempel på hvordan udviklingen fra et alkoholforbrug under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (den stiplede vandrette linie) over skadeligt forbrug til fysisk afhængighed kan ske. Den lodrette stiplede linie illustrerer kontroltabet i forhold til den mængde alkohol, man indtager. Se yderligere forklaring i teksten. Kilde: Kirsten Mundt 2002.

Udviklingsforløbet varierer fra person til person, både hvad angår mængden af alkohol, hvordan der drikkes, det tidsmæssige forløb, og om den fysiske afhængighed udvikles og i givet fald hvornår. Nogle vil have et langsomt stadig stigende forbrug. Andre vil drikke sådan, at forbruget i perioder vil være højt fx i forbindelse med belastninger, mens det i andre perioder vil være lavt. Toleransudviklingen, som viser sig ved, at den enkelte kan drikke stigende mængder alkohol uden at fremtræde synlig påvirket, kan gøre, at den, der drikker, og de pårørende i den tidlige fase af udviklingen ikke bekymrer sig særligt om det voksende forbrug.

For mange bliver konsekvensen af det store forbrug, at der opstår problematiske episoder i deres liv; den enkelte kan blive syg, eller der kan opstå problemer, fordi nogen siger fra over for den, der drikker. Det kan fx være på arbejdet, i hjemmet eller i daginstitutionen i forbindelse med et barns dårlige trivsel. Dette kan føre til, at den, der drikker for meget, forsøger at genvinde kontrol ved at nedsætte forbruget eller stoppe med at drikke i en periode. Perioderne, hvor der drikkes, kan variere fra få dage over uger til måneder. Tilsvarende kan pauserne imellem drikkeriet være kortere eller længere.

Perioden med det skadelige forbrug af alkohol er kendetegnet ved, at ophør fra dag til dag ikke medfører fysisk ubehag, hvilket bekræfter nogle i, at de ikke har et alkoholproblem. Erfaringsmæssigt set er nogle mennesker af den opfattelse, at der først er tale om et alkoholproblem, når man er nødt til at drikke fra morgenstunden for at kunne fungere; det vil sige, når man er fysisk afhængig og får fysiske abstinenser ved ophør.

Den lodrette stiplede linie i figur 2.2 illustrerer kontroltabet i forhold til den mængde alkohol, man indtager. Kontroltabet optræder almindeligvis først sent i perioden med et skadeligt forbrug; tæt på overgangen til den fysiske afhængighed. I perioden med fysisk afhængighed drikker nogle i ture, mens andre kan drikke kontinuerligt uden pauser. På et tidspunkt kan lever eller bugspytkirtel være så skadet af drikkeriet, at tolerancen for alkohol falder, og personen bliver meget påvirket eller syg af ganske få genstande.

Det er helt almindeligt, at mennesker der er fysisk afhængige drømmer om eller føler sig overbevist om, at det fortsat kan lade sig gøre at drikke kontrolleret.

### **Brug af andre rusmidler**

Nogle mennesker med alkoholproblemer benytter andre rusmidler sideløbende med alkoholen. 10% af de patienter, der søger behandling på et alkoholambulatorium – særligt de unge – benytter sideløbende andre rusmidler, som oftest hash og benzodiazepiner (2).

Da denne publikation alene omhandler alkohol, henvises der for viden om øvrige rusmidler fx til “Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer” (7).

### **DEFINITION AF SKADELIGT FORBRUG OG AFHÆNGIGHED**

Der har gennem tiderne været forskellige diagnoser og definitioner til at beskrive patienter, der drikker for meget. Dette kan skyldes, at alkohol medfører både fysiske, psykiske og sociale problemer, og at behandlingen derfor er foregået i såvel sundhedsvæsenet som i socialforvaltningsregi. Der eksisterer forskellige tilgange og forskellige systemer med hensyn til registrering, afhængig af hvor behandlingen foregår.

## Fokus på hvor meget patienten drikker

I sygehusregi er det naturligt at have fokus på, hvor meget en patient drikker, da de helbredsmæssige skader er relateret til den mængde alkohol, man indtager.

I klinisk praksis og i samfundet i øvrigt anvendes genstandsgrænserne som et fingerpeg om, hvornår man bør se nærmere på alkoholforbruget. Genstandsgrænserne er lette at håndtere i dagligdagen og giver umiddelbart mening som en slags sikkerhedsgrænser for udvikling af fysiske, psykiske og sociale problemer.

I den kliniske hverdag bør de patienter, der drikker over genstandsgrænserne, både vurderes for afhængighed og tilbydes en forebyggelsesindsats tilpasset den enkelte patient, se kapitel 4 side 50.

Man bør dog også være opmærksom på den måde, en patient drikker på. En kvinde, der hver fredag drikker 12 genstande, holder sig under genstandsgrænsen, men måden, hun drikker på, er så risikofyldt, at det vil være hensigtsmæssigt med en forebyggelsesindsats.

## Nuværende alkoholdiagnoser

En diagnose skal være entydig og klinisk meningsfuld. Desuden skal diagnosen være internationalt anvendelig og accepteret. Disse krav opfyldes af ICD-systemet (International Classification of Diseases) (8), der er udarbejdet af WHO og jævnligt opdateres. Nu anvendes den tiende version i sygehussektoren overalt i verden, og både de udenlandske og det danske DRG-system (Diagnose Relaterede Grupper) er knyttet op til dette system. Inden for psykiatrien anvendes et andet diagnosesystem, DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (9). Begge systemer har to diagnoser til at beskrive et for stort forbrug af alkohol:

ICD	DSM
Skadeligt forbrug	Alkoholmisbrug
Afhængighed	Afhængighed

Kriterierne for henholdsvis skadeligt forbrug/alkoholmisbrug og afhængighed er stort set sammenfaldende i de to diagnosesystemer. Hvad angår diagnoserne for skadeligt forbrug/alkoholmisbrug, er både ICD og DSM kriterierne meget klare med hensyn til, at der skal foreligge en skade. De fysiske skader dækker alt fra påvirkede immun-

parametre (stum skade) til kronisk pankreatitis (klinisk skade), se i øvrigt kapitel 3 og 5. ICD-10 diagnoserne kan ses i tabel 2.1.

**Tabel 2.1**

**ICD-10 diagnoser**

---

**ICD-10: Skadeligt alkoholforbrug (F10.1)**

---

Fysisk eller psykisk skade

(herunder skadet dømmekraft og adfærd)

---

Skaden er klart påviselig

(symptomer og/eller laboratorietest)

---

Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for et år

(det vil sige ingen krav til hvor længe siden det er, at skaden er diagnosticeret)

---

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af andre psykoaktive stoffer udelukkes

---

---

**ICD-10: Afhængighed (F10.2)**

---

– mindst 3 af nedenstående 6 symptomer samtidigt i mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år

---

Drikketrang

---

Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte forbruget

---

Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse

---

Toleransudvikling

---

Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug

---

Vedblivende forbrug trods erkendt skadevirkning

---

**Definitioner og diagnoser i bogen**

I denne publikation anvendes ICD systemet, se tabel 2.1. Vi har valgt at benytte begrebet “skadeligt forbrug” når, der er påviselige skader eller ved et forbrug over genstandsgrænserne, hvor der er risiko for fysiske og psykiske skader – dog uden der er tale om afhængighed. Begreberne “de der drikker for meget” og “et stort forbrug af alkohol” er fællesbegreber, vi benytter til at dække patienter med skadeligt forbrug og patienter med afhængighed under et.

**REFERENCER**

- (1) Trembacz B. Familier med alkoholmonstre: forståelse, respekt, forandring. København: Psykologisk Forlag A/S, 2002.
- (2) Nielsen B, Nielsen AS. Odensemodellen: Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrug. Fyns Amt, 2001.
- (3) Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of neural science. New York: McGraw-Hill, 2000.
- (4) Schuckit MA. Genetic aspects of alcoholism. Ann Emerg Med 1986; 15: 991-6.

- (5) Pickens RW, Sviki DS, McGue M et al. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 19-28.
- (6) Duckert F. Alkoholmisbrug og alternativ behandling. København: Munksgaard, 1982.
- (7) Rindom H. Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
- (8) WHO-ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, 1995.
- (9) Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. Amer Psychiatric Pr, 1994.



# Signaler og konsekvenser

---

KAPITLET beskriver, hvordan et alkoholproblem påvirker det enkelte menneske og livet i familien, herunder de konsekvenser det har for partner og børn.

---

Hvis sundhedspersonalet skal kunne yde en faglig indsats over for mennesker, der drikker for meget, skal de kende de signaler, det enkelte menneske og familien udsender. Når personalet er blevet opmærksomme på, at der er et problem, skal de for at motivere til en ændring i forbruget kunne drøfte de mulige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser med både patienten og familien.

Afhængig af hvor i udviklingen af alkoholproblemet den enkelte befinder sig (se figur 2.2 side 33), er der forskel på, hvor tydeligt signallerne viser sig, og hvor omfattende konsekvenserne er.

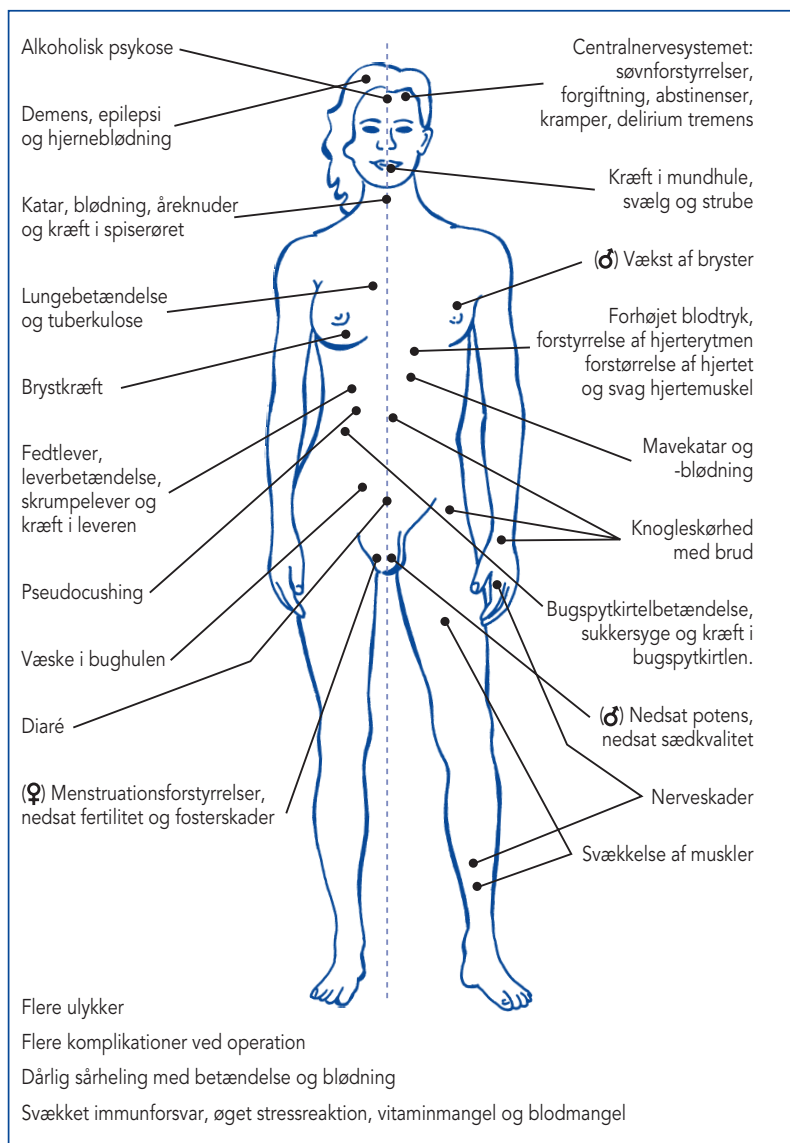
## SIGNALER OG KONSEKVENSER FOR DEN ENKELTE

### Fysiske signaler og konsekvenser

De tidlige fysiske signaler kan være symptomer som dyspepsi/ukarakteristiske mavesymptomer, hovedpine, hyppige forkølelser, depressive tendenser, nedsat koncentrationsevne, dårlig hukommelse, manglende appetit, dårlig søvn, seksuel dysfunktion og uregelmæssig, kraftig eller udebleven menstruation (1). Symptomer der måske får den, der drikker for meget, til at konsultere sin egen læge. Objektive fund, der kan signalere et stort forbrug af alkohol, kan være for højt blodtryk, røde øjne, abnorm vaskularisering af huden, der fx ses som blussende ansigtsskulør eller rødmen i håndfladerne, håndtremor og forstørret lever (1). Leverpåvirkning konstateres ofte tilfældigt ved et helbredstjek eller udredning for en sygdom. En af de hyppigste årsager til leverpåvirkning er et stort forbrug af alkohol. På baggrund af disse signaler kan egen læge iværksætte forskellige undersøgelser og behandlinger i primær og/eller sekundær sektor.

Figur 3.1 illustrerer de fysiske skader, der kan opstå som følge af et stort alkoholforbrug, for henholdsvis kvinder og mænd. I kapitel 5 findes en dyberegående gennemgang af de fysiske skader og fordele ved at holde op med at drikke.

**Figur 3.1**  
**Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug**



Fysiske skader, der kan udvikle sig hos kvinder og mænd som følge af et stort alkoholforbrug. Med mindre andet er nævnt, kan de viste skader optræde hos både mænd og kvinder.

Figur 3.1 kan anvendes i samtalen med mennesker om et stort forbrug af alkohol. Nogle mennesker har gavn af, at den mundtlige information suppleres med skriftligt og visuelt materiale.

Mennesker, der drikker for meget, kommer oftere ud for ulykker fx i trafikken eller i forbindelse med vold. Det kan være skader som traumer af hovedet og under- og overekstremiteter. En tredjedel af de voksne patienter, der op søger skadestuen, drikker for meget (2).

## **Psykosociale signaler og konsekvenser**

### ***Psykiske signaler og konsekvenser***

For mange mennesker har det psykiske konsekvenser at drikke for meget. Et signal til omgivelserne kan være, at den, der drikker for meget, ændrer personlighed i takt med, at alkoholproblemet udvikler sig. Mange føler skam over, at de ikke kan styre deres alkoholforbrug, hvorved selvtilliden og selvværdet svækkes. Alkoholen fylder mere og mere i deres liv, og brud på aftaler, fortællinger og løgne bliver en del af hverdagen. I påvirket tilstand mangler nogle situationsfornemmelse, og der kan opstå pinlige episoder. Det kan vise sig som fornærmelser, diskussionslyst, upassende kærlig opførsel eller vold. Mange får dårlig samvittighed, hvis de kan huske episoderne. Nogle bliver triste, andre reagerer med øget irritabilitet og aggressivitet.

Hvis omgivelserne påpeger problemer i forhold til deres alkoholforbrug eller adfærd, går mange i forsvarsposition og benægter realiteterne. Omgivelserne vil opleve, at den, der drikker for meget, ofte kommer med undskyldninger og forklaringer på alkoholforbruget eller på deres adfærd i de givne situationer, mens andre anvender psykiske forsvarsmekanismer som fx benægtelse (3).

Mange mennesker udvikler søvnproblemer og problemer med angst, fordi de drikker for meget. Ofte forsøger de at dulme symptomerne med alkohol, hvilket medfører at symptomerne intensiveres over tid. På et tidspunkt konsulterer den, der drikker for meget, måske egen læge med et ønske om at få ordineret sove- og/eller nervemedicin med fare for, at der også udvikles afhængighed af disse præparater.

En del af de mennesker, der drikker for meget, forsøger på et tidspunkt at begå selvmord. For nogle er en sådan handling ikke nødvendigvis et udtryk for, at de ønsker at dø, men snarere et råb om hjælp. Dette sker, når konsekvenserne af forbruget er blevet for store, og de ikke kan se en vej ud af alkoholproblemet. Blandt de mennesker, der

søger behandling for deres alkoholproblem, har ca. 25% forsøgt at begå selvmord i årene forud for henvendelsen; kvinder hyppigere end mænd (4).

Selvmondsraten blandt mennesker med alkoholproblemer er ni gange højere end hos andre; kvinderne har den højeste selvmordsrate (5).

### *Sociale signaler og konsekvenser*

De sociale konsekvenser af at drikke for meget kan blive omfattende (6). Signalerne kan, specielt i starten, være svære at få øje på. I takt med at alkoholforbruget stiger, bliver tanker og handlinger hos den, der drikker for meget, koncentreret om, hvornår og i hvilke situationer alkoholen kan indtages. Nogle drikker i smug, andre åbenlyst. Signaler til omgivelserne kan være, at de ændrer adfærd og trækker sig fra fx fritidsinteresser. Konsekvensen er tab af venner og tiltagende social isolation. Nogle bringer sig i situationer, som strider mod deres værdinormer, fx kan de glemme at hente deres barn i daginstitution eller køre promille- eller spirituskørsel. Et andet signal kan være problemer i parforholdet, og ikke sjældent kan det føre til, at det brydes.

Alkoholforbruget påvirker på et tidspunkt også arbejdssituationen. Nogle møder fx for sent eller går tidligt under påskud af diverse aftaler. Andre har enkeltstående sygedage, specielt på mandage og fredage. Koncentrationen og dermed arbejdspræstationen påvirkes også. Aftaler bliver glemt, opgaver bliver udført med forringet kvalitet, og omstilling til nye arbejdsopgaver bliver sværere og sværere. Konsekvensen kan være, at den, der drikker for meget, bliver fyret. Ledigheden kan resultere i, at alkoholforbruget øges, hvilket igen gør det sværere at få eller fastholde et nyt arbejde. Økonomien, som ofte i forvejen er belastet af et stort alkoholforbrug, forværres, og for nogle kan det betyde, at boligen mistes, og nogle kommer ud i kriminalitet. En social deroute kan være i gang.

## **SIGNALER OG KONSEKVENSER FOR FAMILIEN**

Alkoholproblemer i familier er ikke en entydig situation; det dækker over alle grader af problemer fra et lettere overforbrug hos en af forældrene til et vedvarende, massivt overforbrug hos begge forældre.

I de seneste 10 år er opmærksomheden omkring konsekvenserne af et alkoholproblem i en familie blevet skærpet. Familiemedlemmers måde at leve sammen og påvirke hinanden på kan have betydning for

et alkoholproblems udvikling, vedvaren og ophør (3,7). Alle er involveret, når der er et alkoholproblem i familien.

### **Dagligdagen i familien**

Familier er forskellige og reagerer derfor også forskelligt på et alkoholproblem. Forskellene er blandt andet betinget af familiens sammensætning og indbyrdes relationer, alkoholforbrugets omfang og mønster, netværk og familiens indre varme og rummelighed. Alligevel udvikler familier med alkoholproblemer nogle grundlæggende fællestræk (8,9,10).

Familien indretter sig efter alkoholproblemet i takt med, at det forværres. Partner, børn og forældre kan blive optaget af at forsøge at kontrollere og styre adfærden hos den, der drikker for meget, for at begrænse drikkeriet og dermed afbøde konsekvenserne. Dette sker fx til fester ved at takke nej til mere alkohol på vegne af den, der drikker, eller i hjemmet ved at hælde alkohol ud eller gemme flasker. Familien forsøger ofte at skjule alkoholproblemet og kan komme med fantasifulde bortforklaringer på hændelser. Alkoholproblemet tabuiseres indadtil i familien som udadtil. Man taler ikke med nogen om det, men mærker efter stemninger hos den, der drikker, og agerer som man tror, det er mest hensigtsmæssigt i situationen. Mange familier isolerer sig socialt fra venner og familie eller færdes kun i kulturer, hvor der er samvær om at drikke (11).

Familiemedlemmer kan blive låst fast i uhensigtsmæssige mønstre som rolleombytning, hvor børnene drager ansvar for de voksne. Børnene overtager forældreroller og -ansvar både på det praktiske plan fx med at lave mad og vaske tøj og på det følelsesmæssige plan ved at afbøde konflikter mellem de voksne eller trøste dem, når de er kede af det. I familien sker der indbyrdes over- eller underinvolvering, hvilket resulterer i uklarheder i forhold til den enkeltes ansvar og grænser (12). På det følelsesmæssige plan er stemningen i familien præget af et højt stressniveau med uforudsigelighed, mange konflikter, angst, skam og skyld (8,11,13). Man holder op med at give udtryk for sine følelser og mister over tid evnen til at mærke egne behov og tilfredsstille dem.

Undersøgelser om husspektakler og hustruvold har vist, at vold optræder hyppigere i familier med et alkoholproblem (14,15). Børnene udsættes også hyppigere for vold og incest.

Signalerne på et alkoholproblem i en familie kan vise sig i partnerens adfærd. Partneren kan påtage sig dobbeltarbejde for at afhjælpe en dårlig økonomi (16), eller partneren kan sygemelde sig; i nogle tilfælde for at blive hjemme og passe på den der drikker, i andre tilfælde for at skjule synlige skader eller på grund af behandling efter voldsepisoder. Partneren kan også udvise symptomer på psykisk belastning, fx depression, som forekommer hyppigere hos partnere til mennesker med et alkoholproblem (17).

Alle i familien er således dybt involverede i alkoholproblemet, og alle har derfor behov for hjælp.

- ❖ Som sundhedspersonale er det hensigtsmæssigt at omtale et alkoholproblem som et familieproblem. Det signalerer, at alle i familien, og ikke kun den, der drikker for meget, har brug for hjælp.

Alle i familien kan bidrage til at løse alkoholproblemet ved at arbejde med at bryde de fastlåste mønstre. For mange familier vil det kræve professionel hjælp.

## **BØRNS OG UNGES OPVÆKST I EN FAMILIE MED ET ALKOHOLPROBLEM**

Det vides ikke præcis hvor mange børn, der lever i en familie med et alkoholproblem, men i en undersøgelse vedrørende voksne indlagt med alkoholdiagnose vurderes 60.000-70.000 børn (0-18 år) at være berørt (18). Omfanget af børn med forældre, der drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser, er selvfølgelig større. I københavnske daginstitutioner vurderer personalet, at ca. 4% af børnene kommer fra en familie med et alkoholproblem (19).

### **Børns erfaringer**

Alkoholindtagelse påvirker omsorgsevnen, og opvækst i en familie med et massivt alkoholproblem betyder en barndom præget af omsorgssvigt. Børns udvikling påvirkes negativt med betydelig risiko for fysiske og psykiske problemer til følge (9,20).

En interviewundersøgelse med børn fra familier med et alkoholproblem har vist, at børn ved, når deres forældre har problemer med alkohol (21). Da de blev spurgt, hvad der kunne hjælpe dem, var deres første svar ønsket om hjælp til at stoppe deres mors eller fars alkoholproblem. Børnene oplever skam og skyld i forhold til forældrenes

store alkoholforbrug. Børnene er ofte angst, men oplever samtidig, at alkoholproblemet er tabu både i og uden for familien. Børnene har en lang række strategier til at klare belastningerne. Både ud fra et ønske om ikke at blive identificeret med forældrenes alkoholforbrug og nok også i et forsøg på at beskytte forældrene, taler børnene ikke om problemet og deres oplevelser med det. De er så at sige med til at hemmeligholde forældrenes alkoholforbrug, og konsekvensen er, at børnene bliver meget ensomme; de står alene med en række svære oplevelser og følelser.

Børnene kan i større eller mindre grad blive præget af en grundlæggende oplevelse af, at de voksne ikke er til at regne med. Børnene præges i varierende omfang af mistillid til omverdenen og henvender sig eksempelvis ikke til pædagogerne i børnehaven og fortæller om deres vanskeligheder (21).

### **Konsekvenserne**

Konsekvenserne af at vokse op i en familie med et alkoholproblem kan vise sig i barndommen, i ungdommen og i voksenlivet.

Børn og unge fra familier med alkoholproblemer har en forøget risiko for somatiske problemer som hoved- og mavepine (18,22). De mindre børn har derudover en øget risiko for infektionssygdomme, ligesom de hyppigere kommer ud for ulykker. Børnene og de unge kommer oftere til læge eller på sygehus end andre. Der er en øget risiko for at børnene/de unge udvikler psykiske problemer som depression, angst, søvnproblemer og mareridt. Hertil kommer adfældsproblemer, vanskeligheder med kammerater og skoleproblemer af forskellig art. Børn i en familie med et alkoholproblem "ligner" børn af psykisk syge, hvad angår risiko for psykologiske og udviklingsmæssige problemer (23,24).

Derudover har de unge en øget risiko for tidligt i livet selv at udvikle et stort forbrug af rusmidler, komme ud i ungdomsarbejdsløshed, kriminalitet og voldelig adfærd, teenager-moderskab eller selvmordsforsøg (18,25,26).

Børn, der er vokset op i en familie med et alkoholproblem, kan have vanskeligt ved at skabe et harmonisk voksenliv. De vil ofte opleve problemer med at etablere et harmonisk parforhold, ligesom der er en øget risiko for problemer med rusmidler, somatiske lidelser, psykosomatiske problemer fx gynækologiske, og for psykiske lidelser som angst, uro, de-

pression og karakterafvigelse. Som voksne bliver de hyppigere genindlagt på psykiatrisk afdeling end den øvrige psykiatriske patientgruppe (25,27).

## REFERENCER

- (1) Beich A. Rådgivning af storforbrugere af alkohol. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1996; 74: 1361-71.
- (2) Jensen TH, Pedersen B, Crone KL et al. Skadestuepatienter og alkoholforbrug. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 5782-5.
- (3) Trembacz B, Hansen LJ. Alkohol og afhængighed – en psykosocial og neuropsykologisk synsvinkel. Gentofte: Videnscenter om Alkohol, 2000.
- (4) Benjaminsen SE, Thomsen RLT, Balsløv KD et al. Faktorer relateret til suicidal adfærd blandt alkoholmisbrugere. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 3551-6.
- (5) Tønnesen H, Juel K, Andersen JR et al. Mortality and causes of death in a cohort of 18.307 alcoholics compared to the total Danish population (The Copenhagen Alcohol Cohort). *Alcohol Alcohol* 1991; 26: 261 (abstract).
- (6) Jensen SB. Alkoholisme: et samspil mellem individ, stof og samfund. 1. udgave. København: Munksgaard, 1981.
- (7) Høy E, Mundt K. Familien i terapi når far eller mor drikker. *Sygeplejersken* 1999; 7: 26-31.
- (8) Christensen E. Børn i familier med alkohol- eller stofproblemer. København: Sundhedsstyrelsen, 1992.
- (9) Haugland BS, Dundas I, Hansen S-E. Barn fra familier med alkoholproblemer. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 1987; 24: 547-56.
- (10) Moos RH, Billings AG. Children of alcoholics during the recovery process: alcoholic and matched control families. *Addict Behav* 1982; 7: 155-63.
- (11) Hansen FA (red). Børn som lever med forældres alkohol- og stofproblemer. København: Sundhedsstyrelsen, 1996.
- (12) Trembacz B. Familier med alkoholmonstre: forståelse, respekt, forandring. København: Psykologisk Forlag A/S, 2002.
- (13) Christensen HB. Når alkoholen tager magten. I: Grene A (red). Familien og alkohol – fra viden til handling, 14. København: Videnscenter om Alkohol, 2000.
- (14) Bitsch-Christensen M, Mikkelsen BG. Børn og husspetakler: en gennemgang af 105 socialrapporter. *Ugeskr Læger* 1989; 151: 932-4.
- (15) Christensen E. Omsorgssvigt? en rapport om de 0-3-årige baseret på sundhedsplejerskers viden. Rapport 92: 7. København: Socialforskningsinstituttet, 1992.
- (16) Duckert F. Alkoholmisbrug og alternativ behandling. København: Munksgaard, 1982.
- (17) Christensen HB. Børnefamilier med alkoholproblemer. Ph.d.-afhandling. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2000.
- (18) Christoffersen MN. The long-term consequences of parental alcohol abuse: A cohort study of children in Denmark. Working Paper 14. Socialforskningsinstituttet, 2002.
- (19) Fischerman M. Identification of children from alcohol-affected homes. *Int J Soc Welf* 2000; 9: 136-43.

- (20) Hansen S-E. Barn fra alkoholmisbrugende familier. *Focus på familien* 1985; 13: 83-90.
- (21) Christensen E. Når far eller mor drikker... Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. Rapport 94: 2. København: Socialforskningsinstituttet, 1994.
- (22) Fischerman M. Børn af alkoholmisbrugere. *Månedskr Prakt Lægeger* 1995; 10: 1347-59.
- (23) Weintraub SA. Children and adolescents at risk for substance abuse and psychopathology. *Int J Addict* 1991; 25: 481-94.
- (24) Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G et al. Children of alcoholic parents in the community. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 78-88.
- (25) Rydelius PA. Children of alcoholic fathers. Their social adjustment and their health status over 20 years. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1981; 286: 1-89.
- (26) Beardslee WR, Son L, Vaillant GE. Exposure of parental alcoholism during childhood and outcome in adulthood: a prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 584-91.
- (27) el-guebaly N, Staley D, Leckie A et al. Adult children of alcoholics in treatment programs for anxiety disorder and substance abuse. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 544-8.



## Systematisk indsats på sygehus

---

I DETTE KAPITEL beskrives, hvordan det sundhedsfaglige personale i den kliniske hverdag kan tilrettelægge en forebyggende indsats over for patienter med et stort forbrug af alkohol. Vigtigheden af at spørge til patienternes børn omtales, og kapitlet afsluttes med en gennemgang af dokumentationen for, at indsats på sygehus nytter.

---

Da et stort forbrug af alkohol kan have konsekvenser for et sygdoms- og behandlingsforløb samt for helbredet i almindelighed (se kapitel 5, 7 og 8) bør sygehuse tilbyde patienter, der drikker for meget, en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol.

Ifølge sygehusloven og lov om patienters retsstilling har sundhedspersonalet pligt til at oplyse patienterne om alkohols skadelige virk-

### Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1. juli 1998:

**§ 1:** Loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres ...

**§ 3:** Ved behandling forstås i denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient, m.v.

**§ 7:** Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger.

*Stk. 2.* Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

*Stk. 4.* Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings-, og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

ninger, fordele ved at nedsætte eller ophøre med forbruget og tilbud om hjælp til at ændre alkoholvaner. Uden denne information kan patienterne ikke deltage i beslutningsprocessen om behandling af deres sygdom på et fuldt oplyst grundlag.

Der er evidens for, at kortvarende intervention over for patienter, der drikker for meget, har effekt, se side 56.

## **METODER TIL IDENTIFIKATION**

Der findes forskellige metoder til at identificere patienter, der drikker for meget. En undersøgelse fra en københavnsk skadestue har vist, at der er dårlig overensstemmelse mellem forskellige metoder (1). Undersøgelsen viste også, at kun en mindre del af de patienter, der har et forbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, er alkoholpåvirkede ved henvendelsen til skadestuen. Omvendt er det kun halvdelen af de alkoholpåvirkede, der opgiver et dagligt forbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. I praksis er det ret enkelt at identificere patienter, der drikker for meget. Den største gruppe patienter blev identificeret ved blot at spørge til deres daglige forbrug af alkohol, se bilag 1.

Patienternes kontakt med sygehusvæsnet åbner en god mulighed for at drøfte sygdom, sundhedsvaner og helbredsfordele ved ændring af vaner. Patienterne finder det naturligt at blive spurgt om deres alkoholvaner (2,3). Det er vigtigt, at sundhedspersonalet udnytter denne mulighed til at spørge om patienternes alkoholforbrug både ved indlæggelse og ved ambulante kontakt.

## **SYSTEMATISK INDSATS MED FOREBYGGELSESSAMTALER OM ALKOHOL**

Målet med den systematiske indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol er at identificere patienter, der drikker for meget, og at tilbyde hjælp til ændring af forbruget. Alkoholforbruget er forbundet med en betydelig sundhedsrisiko både fysisk, psykisk og socialt. Konsekvensen er en øget risikoprofil under behandlingsforløbet. Det er derfor vigtigt, at et stort alkoholforbrug hos en patient afdækkes ved kontakten til sygehuset, og at der sættes ind over for det. I det følgende beskrives et eksempel på en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol. Indsatsen er udviklet siden 1996 og er nu implementeret på Bispebjerg Hospital (2,3,4).



Til at understøtte indsatsen er der udarbejdet en pjece til patienter: *Information om alkohol og tilbud om behandling*. Her er hospitalets egne behandlingstilbud beskrevet, og der er oplysninger om andre lokale tilbud til støtte og behandling. Journalskemaet om alkohol og pjecen kan ses på [www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk](http://www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk).

### Lægens indsats

Den journalskrivende læge udfylder skemaet ved forundersøgelsen eller på indlæggelsestidspunktet. Lægens opgave er at give en *kort* information til patienten om alkohols betydning for sygdom, behandling og prognose, herunder helbreds- og behandlingsfordele ved at ændre forbruget. En sådan kort information begrundes over for patienten værdien i at få identificeret alkoholforbruget. De patienter, der har et alkoholforbrug over de anbefalede genstandsgrænser, får en personlig tilbagemelding om risici ved alkoholforbruget og fordelene ved at nedsætte eller ophøre med det. Lægen skal tillige anbefale patienten at nedsætte eller ophøre med forbruget.

Patienten vurderes efterfølgende for mulig fysisk afhængighed. Det gøres ved at spørge til patientens tidligere erfaringer med abstinenssymptomer. Vurderingen har både betydning for, hvorvidt der skal ordineres abstinensbehandling i forbindelse med det aktuelle behandlingsforløb, og for at kunne rådgive patienten om behovet for abstinensbehandling i forbindelse med en ændring af alkoholforbruget, se kapitel 8.

Alternativt kan metoder som CAGE, Brief MAST eller AUDIT anvendes til at identificere alkoholproblemer hos patienter, se bilag 2.

Patienter, der samtidig med et stort alkoholforbrug har en psykiatrisk problemstilling, bør vurderes af en psykiater.

### Plejepersonalets indsats

Plejepersonalets opgave er at gennemføre forebyggelsessamtalen om alkohol med patienten og at følge op på denne. Forebyggelsessamtalen målrettes den enkelte patients stadie i ændringsprocessen, se kapitel 10 og 12. Tidspunktet for samtalen tilpasses patientens kliniske tilstand, ligesom det er vigtigt, at samtalen foregår på et tidspunkt i behandlingsforløbet, hvor patienten psykisk har ressourcer til det. Plejepersonalet baserer dialogen med patienten på kendskabet til patientens situation, herunder den fysiske og psykiske tilstand, familiære og andre sociale forhold. De patienter, der ønsker hjælp til at ændre de-

res alkoholforbrug, kan sammen med deres familier henvises til professionel alkoholbehandling i såvel offentligt som privat regi, se kapitel 14.

### **Sekretærens indsats**

Sekretærens opgave er at sørge for, at informationerne bliver formidlet til patientens egen læge. Dette sker via epikrisen, der bør indeholde oplysninger om patientens alkoholforbrug, gennemført forebyggelsessamtale og eventuel planlagt opfølgning. Formålet er at sikre kontinuitet i patientens behandlingsforløb.

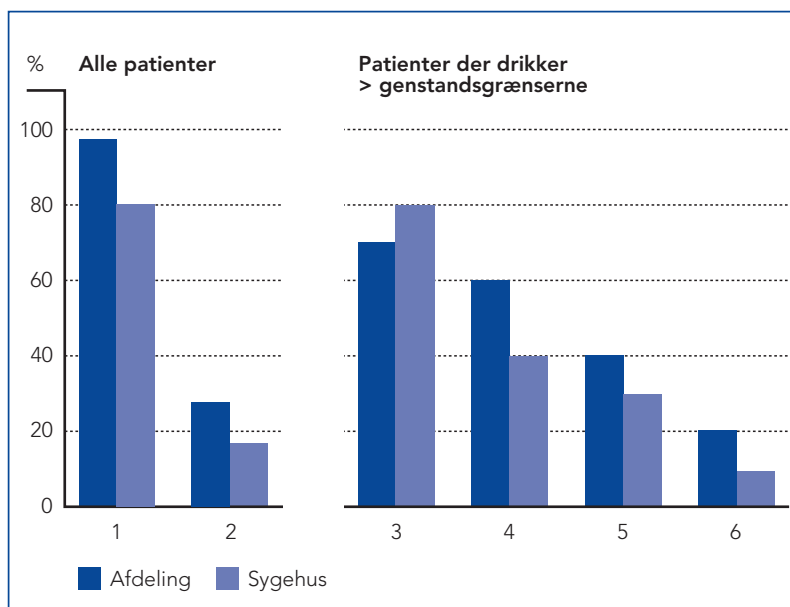
### **Kvalitetssikring og journalaudit**

Journal-skemaet er med til at sikre, at indsatsen på sygehuset er systematisk, ensartet, synlig, dokumenter- og evaluerbar. Skemaet skal udfyldes ved hvert indlæggelses-/behandlingsforløb. Patienter i længerevarende forløb skal have udfyldt skemaet mindst én gang hvert år, eller når ændringer i den kliniske tilstand indikerer et behov for det. Der er udarbejdet kriterier, standarder og indikatorer for journal-skemaet, hvilket støtter den systematiske tilgang og muliggør løbende kvalitetsvurdering. Ved årlig journalaudit vurderes det, i hvilket omfang, forebyggelsesindsatsen har fundet sted, og det vurderes, om indsatsen lever op til standarderne for god kvalitet, se figur 4.2. Ved samme lejlighed vurderes det, om journal-skemaet fungerer i den kliniske hverdag.

En tværgående retningslinie, som omfatter formål, definition, omfang/afgrænsning, fremgangsmåde, litteraturhenvisninger og bilag, kan ses og downloades fra [www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk](http://www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk).

**Figur 4.2****Indikatorer ved journalaudits for den systematiske forebyggelsesindsats om alkohol**

Nr.	Indikatorer til brug ved journalaudits	Ja	Nej
1	Er patientens forbrug af alkohol kortlagt?		
2	Har patienten et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (mænd > 21, kvinder > 14 per uge)?		
3	Er information givet om betydning af forbrug af alkohol relateret til patientens symptomer, behandling og prognose?		
4	Er indsatsen vedrørende alkohol iværksat i henhold til gældende retningslinier?		
5	Er forebyggelsessamtale om alkohol gennemført?		
6	Er patienten henvist til intervention med henblik på nedsættelse af/ophør med alkoholforbrug?		



Resultater (ja-svar) ved journalaudit på en afdeling sammenlignet med hele sygehuset. Tallene under søjlerne henviser til spørgsmålene i tabellen ovenfor.

**PERSONALETS FORMODNING OM ET STORT FORBRUG**

På trods af en systematisk indsats kan der være forskellige grunde til, at nogle af de patienter, der drikker for meget, ikke bliver identificeret. Nogle patienter underrapporterer deres forbrug og opgiver et alkoholindtag, der er i overensstemmelse med de anbefalede genstandsgrænser. For nogle patienter skyldes det, at de ikke ønsker sygehusets indblanding. Andre er skamfulde over deres forbrug, og andre oplever

det ikke som et problem. Om personalets rolle, i forhold til hvad patienterne oplyser om alkoholforbruget, henvises til kapitel 11 side 124.

Patienter, der har et drikkemønster, hvor de drikker periodevis, kan være svære at identificere, når der spørges til det ugentlige forbrug; i særdeleshed hvis de aktuelt er i en periode, hvor de ikke drikker. Disse patienter har ofte et mangeårigt stort forbrug af alkohol bag sig, figur 2.2 side 33.

Hos nogle patienter lykkes det således ikke at få oplyst det reelle forbrug. I situationer hvor sundhedspersonalet har en formodning om, at en patient drikker for meget, er det væsentlige, at sundhedspersonalet er opmærksom på, om forbruget af alkohol har konsekvenser for patientens aktuelle sygdom, den planlagte behandling, prognose og livssituation i øvrigt.

Følgende signaler fra patienten kan være tegn på et stort forbrug af alkohol og bør skabe opmærksomhed hos personalet, fx kan patienten:

- ♦ lyde påvirket ved telefonopringning
- ♦ udvise en påfaldende forandring i adfærd fra fremmøde til fremmøde
- ♦ ikke møde til aftalt tid eller ikke melde afbud
- ♦ lugte af alkohol
- ♦ under indlæggelsen få bragt alkohol ind af pårørende
- ♦ forlade afdelingen for at købe alkohol og drikke i smug
- ♦ svinge i humør og ændre adfærd inden for få timer
- ♦ have problemer med compliance i forhold til den aktuelle behandling
- ♦ gentagne gange falde eller komme ud for andre ulykker
- ♦ have forhøjede leverenzymmer som GGT, ALAT, ASAT
- ♦ få diagnosticeret alkoholrelaterede sygdomme som forhøjet blodtryk og diabetes
- ♦ blive indlagt med forgiftning og/eller trussel om selvmord.

Det er vigtigt, at personalet taler med patienten om disse signaler og/eller kliniske fund. Hvordan samtalen om patientens formodede store forbrug af alkohol kan gribes an, står der mere om i kapitel 12 side 146.

## ER DER BØRN OG UNGE I FAMILIEN?

For at kunne yde hjælp til børn og unge i familier med alkoholproblemer er det afgørende, at børnene identificeres. I notatet "Social arv

i forhold til misbrug” fra Socialforskningsinstituttet 1999 (5) peger der på, at sygehuse har et godt udgangspunkt for at vurdere, om forældre har et alkoholproblem. I programmet Sund-hele-livet peger regeringen på, at “omsorgssvigtede børn har brug for særlige tilbud”. Disse børn kommer blandt andet fra familier med alkoholproblemer. Videre anføres, at “indsatsen over for disse børn kræver hjælp fra professionelle og udnyttelse af hjælpemulighederne så tidligt som muligt” (6).

Patienter med et stort forbrug af alkohol skal systematisk spørges, om de har børn, om børnenes køn og alder, om børnene bor hjemme eller andetsteds og i givet fald hvor og med hvem. Denne viden skal indgå i den samlede stillingtagen til indsatsen i forhold til den voksne, andre familiemedlemmer, herunder børnene og de unge, samt familien som helhed. I denne forbindelse skal det vurderes, om der skal ske underretning til Socialforvaltningen på baggrund af bekymring for børnene og de unge, jævnfør § 35 om sundhedspersonalets skærpede underretningspligt i lov om social service, se kapitel 13.

I notatet fra Socialforskningsinstituttet lægges der desuden vægt på, at det faguddannede personale bliver i stand til at se problemet og tale med forældrene om det, så børnene og de unge kan blive vurderet og hjulpet (5).

## **INDSATS PÅ SYGEHUS NYTTER**

En indsats i sygehusregi med henblik på at støtte patienter til at ned-sætte eller ophøre med et stort forbrug af alkohol har effekt.<sup>1)</sup>

En nylig litteraturgennemgang har vist, at der er publiceret 11 studier om korterevarende intervention (brief intervention) i sygehusregi over for patienter, der drikker for meget. Korterevarende intervention er defineret som enhver korterevarende terapeutisk intervention eller forebyggende konsultation, hvor behandleren ikke er specialist i alkoholbehandling, og hvor effektmålet er reduktion af forbrug eller henvisning til videre behandling i specialiserede alkoholenheder (7).

Indsatsen i de 11 studier er baseret på en systematisk screeningsprocedure og er fulgt op med henblik på effekt. Samlet viste 8 af 10 studier en positiv effekt af intervention, mens 2 studier viste et ensartet

---

1) Evidensen for effekten af alkoholintervention i primærsektoren er beskrevet i en svensk rapport fra 2001 (20).

nedsat alkoholforbrug i såvel interventions- som kontrolgruppe, se tabel 4.1. Placebo-effekten i kontrolgruppen forklares ofte ved, at blot det at sætte alkohol på dagsorden resulterer i effekt. Det understøttes af et studie, hvor kontrolgruppen ikke vidste, at de deltog i et interventionsprojekt, og hvor placebo-effekten manglede (8).

**Tabel 4.1**

**Evidens for effekt af systematisk alkoholintervention på sygehus**

Forfatter år (ref.)	Antal patienter	Metode	Interv. bedst <sup>1</sup>	Effekt Ens <sup>1</sup>	Kontr. bedst	Evidensgrad
Antii-Poika, 2000 (9)	133	BI vs K	●			1
Chan, 1999 (10)	250	BI vs K		●		1
Elvy, 1988 (11)	198	BI vs K	●			1
Gentilello, 1999 (8)	762	BI vs K	●			1
Persson, 1989 (12)	78	BI vs K	●			1
Chick, 1985 (13)	156	BI vs K	●			2
Heather, 1996 (14)	174	BI <sub>A</sub> vs BI <sub>B</sub> vs K	●			2
Watson, 1999 (15)	150	Brev vs BI <sub>A</sub> vs BI <sub>B</sub> vs K		●		2
Blondell, 2001 (16)	314	BI <sub>A</sub> vs BI <sub>B</sub> vs K	●			3
Welte, 1998 (17)	673	BI <sub>A</sub> vs BI <sub>B</sub> vs K	●			3

1) Signifikant effekt i alle grupper; BI = Brief intervention (BI<sub>A</sub> = kortere varende, BI<sub>B</sub> = længere varende), K = Kontrol, Brev = Udsendelse af brev

Sammenligning af 10 interventionsstudier, opstillet i forhold til evidensgrad; evidensgrad 1 er bedst.

Det 11. studie var en sammenligning mellem effekten af BI<sub>A</sub> og BI<sub>B</sub> (se tabel 4.1 for forklaring). Der var ingen forskel mellem effekten i de to grupper (18).

Studierne i litteraturgennemgangen er heterogene og varierer i screeningsmetode, definition af alkoholgruppe og effektmål, ligesom vægtning og varighed af de forskellige elementer i interventionen varierer (7). Litteraturgennemgangen viste også, at mere intensive interven-

tionsformer blandt systematisk identificerede sygehuspatienter med et stort alkoholforbrug ikke er afprøvet.

Et andet randomiseret studie blandt sygehuspatienter har vist en god effekt af en intensiv intervention i forhold til et stort forbrug af alkohol sammenlignet med en kontrolgruppe. I studiet indgik alkoholafholdenhed som led i optimering af et operativt patientforløb. Det betyder, at hovedformålet ikke var at afprøve interventionen, og studiet er derfor ikke medtaget i tabel 4.1 (19). Studiet er nærmere beskrevet i kapitel 7 side 90.

Patienter udviser god motivation for at ændre livsstil på alkoholområdet i forbindelse med sygdomsbehandling, og en indsats på sygehus nytter. Dette sammenholdt med den høje forekomst af sygehuspatienter, der drikker for meget, og den skadelige effekt et stort forbrug af alkohol har for behandling og sygdom, gør en indsats på sygehus særdeles relevant.

Der er således gode argumenter for i sygehusregi at implementere en målrettet og systematisk indsats over for patienter, der drikker for meget. Indsatsen bør indgå i det samlede patientforløb og foregå i tæt samarbejde med primær sundhedstjeneste, alkoholbehandlingssteder og socialforvaltning.

## REFERENCER

- (1) Jensen TH, Pedersen B, Crone KL et al. Skadestuepatienter og alkoholforbrug. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 5782-5.
- (2) Forebyggelse på hospitalet. Statusrapport 1994-1997. Bispebjerg Hospital som modelhospital for det forebyggende sundhedsarbejde. Bispebjerg Hospital, 1998.
- (3) Mundt K, Kann A. Forebyggelsessamtaler om alkohol og tobak. *Sygeplejersken* 2000; 2: 34-40.
- (4) På vej mod god klinisk praksis for forebyggelsessamtaler – alkohol, tobak, netværk. Direktionen, Bispebjerg Hospital, 1997.
- (5) Broholm K. Social arv i forhold til misbrug: Arbejdsrapport 4 om social arv. København: Socialforskningsinstituttet, 1999.
- (6) Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (7) Mortensen TL, Tønnesen H. Systematisk alkoholintervention på sygehus. *Ugeskr Læger* 2003; (accepteret).
- (8) Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230: 473-80.
- (9) Antti-Poika I, Karaharju E, Roine R et al. Intervention of heavy drinking – a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol Alcohol* 1988; 23: 115-21.

- (10) Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S et al. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction* 1999; 94: 1499-508.
- (11) Elvy GA, Wells JE, Baird KA. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *Br J Addict* 1988; 83: 83-9.
- (12) Persson J, Magnusson PH. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol* 1989; 6: 403-8.
- (13) Chick J, Lloyd G, Crombie E. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *Br Med J* 1985; 290: 965-7.
- (14) Heather N, Rollnick S, Bell A et al. Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15: 29-38.
- (15) Watson HE. A study of minimal interventions for problem drinkers in acute care settings. *Int J Nurs Stud* 1999; 36: 425-34.
- (16) Blondell RD, Looney SW, Northington AP et al. Can recovering alcoholics help hospitalized patients with alcohol problems? *J Fam Pract* 2001; 50: 447.
- (17) Welte JW, Perry P, Longabaugh R et al. An outcome evaluation of a hospital-based early intervention program. *Addiction* 1998; 93: 573-81.
- (18) Forsberg L, Ekman S, Halldin J et al. Brief interventions for risk consumption of alcohol at an emergency surgical ward. *Addict Behav* 2000; 25: 471-5.
- (19) Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ et al. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 318: 1311-6.
- (20) Behandling af alkohol- og narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapsammenstilling. SBU-rapport nr. 156. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2001.



# Fysiske fordele ved ændring af alkoholforbrug

---

I DETTE KAPITEL gennemgås de fysiske skader, alkohol kan forårsage. I forbindelse med skaderne gennemgås også de fordele, der kan være ved at holde op med at drikke.

---

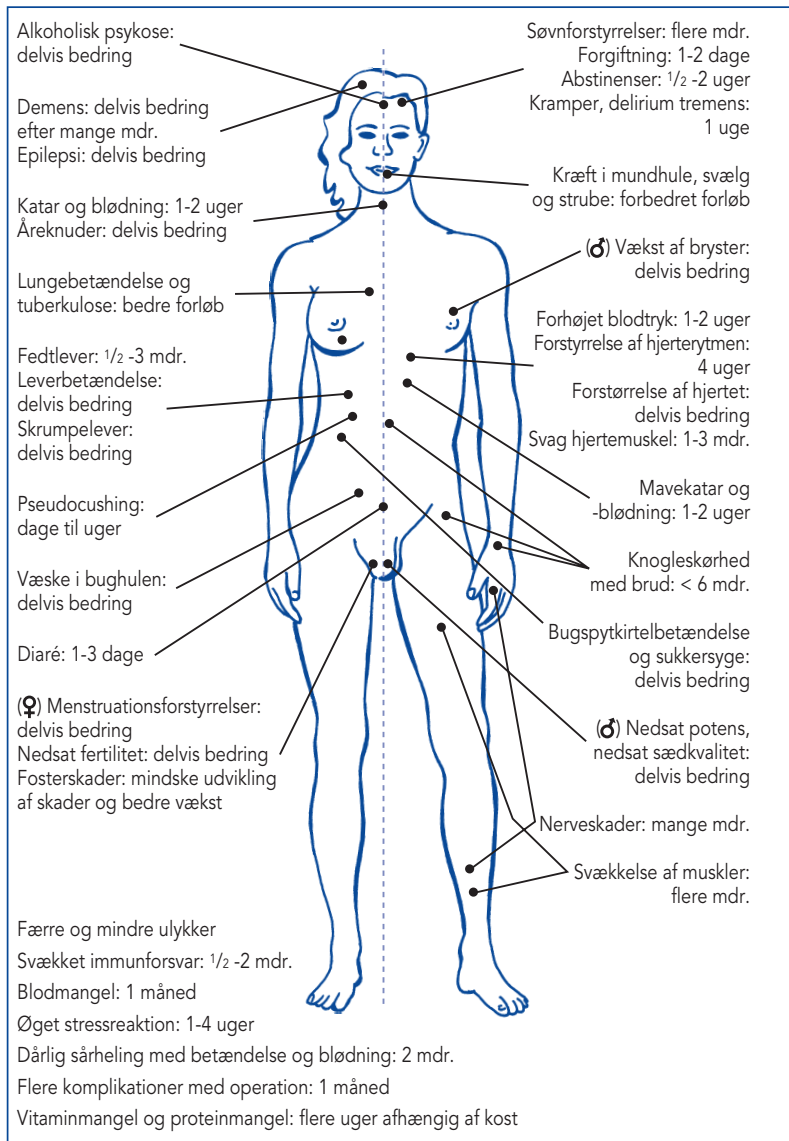
Et stort forbrug af alkohol er forbundet med øget sygelighed og dødelighed. Uafhængigt af hvilken type alkohol det drejer sig om, er stort set alle organsystemer følsomme over for alkohol. Det er individuelt, hvor langvarigt og stort alkoholforbruget skal være, før der opstår skader; ligesom det er individuelt, hvilket organsystem der først bliver skadet. Generelt opstår skaden ved et lavere forbrug hos kvinder end hos mænd, se kapitel 1 side 23.

De fleste skader kommer snigende, hvorfor personen ikke opdager dem. I det følgende vil den type skade blive kaldt en stum skade. Selvom personen ikke selv oplever gener, er der målelige forandringer, fx i form af påvirkede levertal. Men da personen ikke føler, der er noget galt, vil han ikke søge kontakt med sundhedssystemet og derfor ikke få lavet undersøgelsen. Dette står over for den kliniske skade, der giver anledning til symptomer for personen. Der kan således konstateres objektive fund ved både den stumme og den kliniske skade.

Et eksempel på en stum skade er et nedsat immunforsvar. Dette kan udvikle sig til en klinisk skade fx i form af lungebetændelse eller sårinfektion efter operation.

Ud over de egentlige følgesygdomme kan et stort alkoholforbrug forværre behandling og prognose for en række medicinske sygdomme fx diabetes. Desuden kan patienter med et stort alkoholforbrug udvise ringe compliance under behandlingsforløb.

**Figur 5.1**  
**Fysiske fordele ved at holde op med at drikke, og den tid det tager før tilstandene normaliseres**



De fysiske fordele der kan opnås hos kvinder og mænd, der holder op med at drikke. Hvor det er muligt, er der efter skaden angivet den tid, det tager, før tilstanden normaliseres. Nogle skader vil aldrig normaliseres, men der kan opnås en delvis bedring.

- ❖ Der er evidens for, at alkoholophør hjælper på såvel stumme som kliniske alkoholskader. De fleste organfunktioner bedres, og adskillige normaliseres efter en periode med afholdenhed. Selv kortvarig afholdenhed har gavnlig effekt på helbredet. Også reduktion af alkoholforbruget til under genstandsgrænserne har effekt.

Nedenfor følger en beskrivelse af de skader, der kan opstå som følge af et stort alkoholforbrug, og de fordele man kan opnå ved at holde op med at drikke. Der er ikke anført referencer i forbindelse med de enkelte skader. Der henvises til referencerne (1 til 8).

### **Immunsystemet**

Næsten alle, der drikker for meget, har målelige immundefekter.

**Stum skade:** Selv et enkelt større alkoholindtag påvirker immunsystemet. Både enkeltstående, periodevis og vedvarende stor alkoholindtagelse påvirker især det cellulære immunsystem, som udgør hovedparten af det akutte immunologiske beredskab. Både de hvide blodlegemers antal og deres infektionsbekæmpende funktion reduceres, blandt andet i form af lavt lymfocytantal, nedsat monocytfunktion, nedsat migration af neutrofile granulocytter, nedsat cytokinfrigørelse og nedsat fagocytose. Herudover har alkohol en stærk toksisk virkning på stamcellernes udvikling, som går helt i stå i knoglemarven. Det betyder, at der ikke dannes hvide blodlegemer til den løbende erstatning af de ødelagte. Ved alkoholisk leverskade påvirkes også evnen til at danne antistoffer. Der er risiko for, at vaccinationer ikke slår an, men må gentages efter en periode med afholdenhed.

**Klinisk skade:** Alvorlige infektioner, herunder bakterielle pneumonier, lungeabscesser, difteri, meningitis og tuberkulose. Hyppigst giver det defekte immunforsvar sig udslag i både lokaliserede og generelle betændelsestilstande efter operationer og ulykkestilfælde.

**Fordele ved ophør:** Efter 2 uger kan der måles en vis forbedring. Hvis man kun har drukket en enkelt aften, kan skaden være udbedret endnu hurtigere. Efter længerevarende alkoholforbrug kan der gå et par måneder, før immunforsvaret fungerer normalt.

### **Øget stressberedskab**

Der ses et øget stressberedskab ved forskellige fysiske og psykiske påvirkninger.

### **Stresshormonforstyrrelser**

**Stum skade:** Stort alkoholforbrug medfører øget produktion og fri-

gørelse af hormoner fra hypothalamus og hypofysen og cortisol fra binyrebarken. I abstinensfasen sker der yderligere aktivering med høje koncentrationer af cortisol, adrenalin og noradrenalin til følge.

**Klinisk skade:** Den generelt øgede koncentration af stresshormoner påvirker mange fysiologiske funktioner i negativ retning, herunder immunsystemet, søvnrytmen og blodtrykket.

**Fordele ved ophør:** Stressberedskabet normaliseres efter 1-4 uger.

### *Søvnforstyrrelser*

**Klinisk skade:** Søvnforstyrrelser med hyppig opvågning og dårlig kvalitet af søvnen. Patienterne er ofte trætte i løbet af dagen, men har alligevel vanskeligt ved at falde i søvn.

**Fordele ved ophør:** Søvnforstyrrelserne aftager, men kan hos nogle forstærkes yderligere inden for det første halve år. Det er vigtigt at informere patienterne om, at søvnforstyrrelserne er midlertidige og ikke et tegn på forværring, men derimod et forventet og forbigående symptom, der skyldes langvarig alkoholindtagelse.

### **Andre hormonforstyrrelser**

Alkohol påvirker også mange andre hormoner i kroppen.

### *Kønshormonforstyrrelser*

**Stum skade:** Et langvarigt stort alkoholforbrug ændrer kønshormonomsætningen.

**Klinisk skade:** Hos mænd ses ofte nedsat testosteronproduktion med nedsat skægvækst, tab af libido og potens og atrofi af testes til følge. Herudover medfører de øgede østrogenkoncentrationer gynækomasti, sparsom kønsbehåring og mere kvindelig fedtfordeling. Behandling med mandligt kønshormon er virkningsløst. Hos kvinder er menstruationsforstyrrelser som svag, kraftig, uregelmæssig eller ophørt menstruation almindelige, ligesom fertiliteten nedsættes.

**Fordele ved ophør:** Delvis bedring af symptomerne.

### *Pseudocushing*

**Stum skade:** Øget produktion af cortisol i binyrebarken på grund af alkohol.

**Klinisk skade:** Som ved Cushing syndrom kan patienter med pseudocushing udvikle et karakteristisk udseende med rundt ansigt (måneansigt), fedme centralt på kroppen og muskelatrofi; ligesom man hos disse patienter kan finde en øget produktion af binyrebarkhormon.

**Fordele ved ophør:** Symptomerne forsvinder efter dage til uger.

### **Osteoporose**

**Stum skade:** Snigende knogleskørhed, som formentlig skyldes en nedsat knogledannelse, mens den naturlige og kontinuerlige knogle-resorption er normal. Herudover er faktorer som tobaksrygning, dårlig ernæring og hormonforstyrrelser af anden årsag (calcitonin, parathyreoideahormon og kønshormoner) af betydning for udvikling af knogleskørhed. Faktorer som alle kan ses i forbindelse med et stort forbrug af alkohol.

**Klinisk skade:** Nedsat knogledensitet, sammenfald af ryghvirvlerne og frakturer af hofter og håndled.

**Fordele ved ophør:** Forandringerne i knoglemetabolismen normaliseres.

### **Neurologiske lidelser**

Der er knyttet en lang række neurologiske skader til et stort alkoholforbrug.

### **Forgiftning**

**Klinisk skade:** Hos patienter, der ikke har udviklet tolerans, ses moderate forgiftningssymptomer med kvalme, opkast og dødsghed ved en promille på 1,5. En promille på 2,5 giver svære symptomer som hyppigt ender med dyb søvn stigende til alkoholisk koma, hvor patienten har blussende ansigtskulør og risiko for hypotension (på grund af kardilatation), aspiration til lungerne og livstruende hæmning af respirationscentret. Stigende promille er forbundet med stigende dødsrisiko. Hos patienter, der har udviklet tolerans, kan de samme symptomer opstå ved højere promille. For begge grupper gælder, at der under svær beruselse kan forekomme blackouts, som er forbigående episoder med hukommelsessvigt. Det vil sige, personen har været vågen, men kan ikke huske, hvad han har foretaget sig. Omgivelserne har ikke nødvendigvis oplevet personen påfaldende i sin optræden. Om forgiftning hos børn og unge se kapitel 7 side 84.

**Fordele ved ophør:** Forebygger nye episoder med alkoholforgiftning. Ophør vil være af betydning for patienter, der er afhængige.

**Fordele ved reduktion:** Forebygge nye episoder med alkoholforgiftning hos patienter, der ikke har udviklet tolerans.

### **Abstinens**

Der henvises til beskrivelsen af abstinensstilstand i kapitel 8 side 98.

### **Intrakranielle sygdomme<sup>1)</sup>**

**Stum skade:** Et stort forbrug øger blodtrykket og dermed risikoen for hjerneblødning.

**Klinisk skade:** Hjerneblødning er hyppigere hos patienter med stort alkoholforbrug, og kan yderligere forværres af, at alkohol nedsætter blodets koagulationsevne. Dette gælder også kranietraumer med deraf følgende intrakranielle blødninger.

**Fordele ved ophør:** Blodets koagulationsevne og blodtrykket normaliseres efter 1-2 uger.

### **Polyneuropati**

**Stum skade:** Et stort alkoholforbrug påvirker både det autonome, sensoriske og det motoriske nervesystem. Årsagen er både en direkte alkoholpåvirkning og vitaminmangel især af B6 vitamin (Pyridoxin).

**Klinisk skade:** Neuropati fører til føleforstyrrelser især af fødder og ben. Påvirkning af det motoriske nervesystem fører videre til muskelatrofi, nedsat kraft især i underekstremiteterne og tendens til dropfod. Patienterne går dårligt og falder hyppigt. Påvirkning af det autonome nervesystem kan føre til synkebesvær, rytmeforstyrrelse af hjertet, seksuel dysfunktion i form af rejsningsproblemer og søvnapnoe. Ud over alkoholafholdenhed består behandlingen i B-vitaminer.

**Fordele ved ophør:** Selvom der går lang tid før bedringen sætter ind, er behandlingen effektiv især hos patienter, der i forvejen er i god almentilstand.

### **Demens**

**Stum skade:** Atrofi af storhjernens opstår efter langvarigt stort alkoholforbrug. Der er tale om svind af støttevævet og kun i ringere grad svind af nerveceller.

**Klinisk skade:** Snigende hukommelsesproblemer, koncentrationsbesvær og intellektuel reduktion. Herudover kan der være paranoide symptomer.

**Fordele ved ophør:** Tilstanden er delvis reversibel efter længere tid, men allerede efter 6-7 uger sker der en vis forbedring af hukommelse og koncentrationsevne.

### **Epilepsi**

**Stum skade:** Atrofi af storhjernens kan også medføre epilepsi.

**Klinisk skade:** Der kan ses alle typer og sværhedsgrader af epilepsianfald. Da både alkoholindtagelse og abstinensstilstand sænker krampe-

---

1) Et lille alkoholforbrug kan reducere risikoen for blodprop i hjernen, svarende til det som gælder for blodprop i hjertet, se kapitel 1 side 24.

tærsklen, kan epilepsianfaldene forekomme hyppigere, og derfor kan behandling være vanskelig at styre.

**Fordele ved ophør:** For nogle mindskes sværhedsgrad og antal af anfald, og behandlingen bliver lettere at styre efter afsluttet abstinensperiode.

### **Cerebellar degeneration**

**Stum skade:** Langvarigt stort alkoholforbrug kan føre til atrofi af lillehjernen.

**Klinisk skade:** Symptomerne er såkaldt ataktisk gang, det vil sige bredsporet, skrævende gang og ukoordinerede bevægelser, som kan minde om beruselse.

**Fordele ved ophør:** Symptomerne bedres efter længere tid.

### **Wernicke-Korsakoffs syndrom**

**Stum skade:** Syndromet skyldes tiaminmangel, som opstår både som følge af fejlnæring, og af at alkohol i sig selv nedsætter absorptionen af tiamin. Ved infusion af glukose forbruges yderligere tiamin, hvorfor det er vigtigt at give tiamin som injektion forud for glucoseinfusion, idet der ellers er risiko for forværring af tilstanden.

**Klinisk skade:** Symptomerne er lammelse af øjenmuskler, horisontal nystagmus, tremor, ataksi og hallucinationer eller egentlige psykotiske symptomer med indprentningssvækkelse og konfabulationer.

**Fordele ved ophør:** Tiamin forhindrer blivende neurologisk skade, mens de psykiske symptomer ikke altid forsvinder. Recidiv forhindres.

### **Kardiovaskulære lidelser**

Alkohol kan påvirke hjertet på flere måder.

#### **Kardiomyopati**

**Stum skade:** 6-7 genstande dagligt over flere år kan føre til påvirkning af hjertemusklens nedsat pumpefunktion til følge. Hos kvinder opstår skaderne ved lavere forbrug. Muskelcellerne svulmer op, og de små bestanddele, som opretholder cellens liv og produktion, går tabt. Kardiomyopati skyldes blandt andet produktion af frie radikaler, der påvirker muskelcellernes funktion, og en påvirkning af muskelcellernes receptorer, der regulerer den intracellulære funktion.

**Klinisk skade:** Der udvikles hjerteinsufficiens med symptomer i form af åndenød og ødemer.

**Fordele ved ophør:** Hjertefunktionen bedres helt eller delvist efter 1-3 måneder.

### **Arytmier**

**Stum skade:** Arytmier ses efter både enkeltstående, periodevis og vedvarende stor alkoholindtagelse. I forbindelse med alkoholintoksikation kan der opstå atrieflimmer og andre arytmier både hos langvarigt alkoholafhængige og hos patienter uden tidligere alkoholproblemer.

**Klinisk skade:** Pludselig død på grund af ventrikulære arytmier er set hos patienter med langvarigt stort alkoholforbrug. Efter en længerevarende stor alkoholindtagelse kan der opstå supraventrikulær takykardi. Det kaldes også "Holiday heart syndrome".

**Fordele ved ophør:** Efter 4 uger nedsættes risikoen for rytmeforstyrrelser i hjertet.

### **Hypertension**

**Stum skade:** Blodtrykket stiger ved et stort forbrug af alkohol, og hypertension hos mænd skyldes formentlig alkohol i ca. 10% af tilfældene. Det forhøjede blodtryk skyldes formentlig påvirkning af det sympatiske nervesystem og nedsat følsomhed af baroreceptorer. Det er beregnet, at hvis alkoholforbruget øges med 1 genstand om dagen, øges blodtrykket i gennemsnit 1 mm Hg. Forhøjet blodtryk kan også ses i den akutte abstinensfase efter alkoholophør. Forhøjet blodtryk vil være vanskeligt at behandle, hvis alkoholforbruget fortsætter.

**Klinisk skade:** Længere tids forhøjet blodtryk kan give symptomer. De lettere gener er hovedpine, svimmelhed og næseblod. De mere alvorlige omfatter hjerneblødning og nyreskade.

**Fordele ved reduktion:** Reduktion af blodtrykket.

### **Myopati**

Omtrent  $\frac{1}{3}$  af de patienter, der over længere tid har drukket for meget, har myopati.

### **Muskelskader**

**Stum skade:** Snigende muskelatrofi uden smerter, oftest symmetrisk lokaliseret i underekstremiteternes muskulatur.

**Klinisk skade:** De fleste har lettere grader af myopati i form af smerter i musklerne især i underekstremiteterne, ødem af musklerne og nedsat kraft i de afficerede muskler. Patienterne klager ofte over, at det er vanskeligt at gå på trapper eller rejse sig fra hugsiddende stilling. Efter akut alkoholintoksikation ses, omend sjældent, en akut myopati med nekrose af muskelceller (rhabdomyolyse) efterfulgt af myoglobinuri og nyresvigt.

**Fordele ved ophør:** Myopatiien forsvinder eller bedres betydeligt efter måneder.

### Mave- og tarmlidelser

Mange patienter, der har søgt behandling for deres alkoholproblemer, har sygdomme i mave- og tarmkanalen: 15% har gastritis, 10% mavesår og 2% bugspytkirtelbetændelse.<sup>2)</sup>

### Mundhulen og spytkirtlerne

**Stum skade:** Alkohol stimulerer spytksekretionen, og forstørrelse af ørespytkirtlerne kan ses hos patienter med stort alkoholforbrug.

**Klinisk skade:** Mundbetændelse og betændelse i tungen skyldes ofte en kombination af alkoholforbrug og rygning, hvilket formentlig også er årsag til, at risikoen for at få mundhulecancer er øget.

**Fordele ved ophør:** Der er ikke undersøgelser af effekten af afholdenhed.

### Øsofagus

**Stum skade:** Såvel kortvarigt som langvarigt alkoholforbrug nedsætter trykket i lukkemusklen mellem øsofagus og ventrikel. Dette kan medføre tilbageløb af mavesyre fra mavesækken op i spiserøret, hvilket giver vævsskader.

**Klinisk skade:** Overløb af mavesyren kan give det meget almindelige symptom halsbrand. Motiliteten i spiserøret ændres – hos nogen så udtalt, at det giver anledning til smerter, der minder om smerterne ved blodprop i hjertet (nøddeknækker-øsofagus). Langt den alvorligste lidelse er øsofagusvaricer som følge af cirrose med portal hypertension. Variceblødning er en af de hyppigste dødsårsager ved levercirrose.

**Fordele ved ophør:** Halsbrand svinder hurtigt, dog afhængig af skadernes sværhedsgrad. Afholdenhed har en afgørende betydning for prognosen ved øsofagusvaricer.

### Ventrikel

**Stum skade:** Alkohol stimulerer gastrin- og syresekretionen, hvorved der kan opstå irritation af slimhinden i mavesækken.<sup>3)</sup>

**Klinisk skade:** Enkeltstående, periodevis og vedvarende stor alkohol-

---

2) Der er ikke sammenhæng mellem alkoholforbrug og forekomsten af syrerelateret dyspepsi eller colon irritabile.

3) Alkohol medfører ikke mavesår, ligesom det ikke forsinket opheling af et tilstedeværende mavesår. *Helicobacter Pylori* antistoffer forekommer lige hyppigt hos patienter med og uden stort alkoholforbrug.

indtagelse kan udløse gastritis. Alkohol kan hæmme ventrikeltømmningen til tarmen, og kan føre til opkastninger, som kan være blodige på grund af samtidige læsioner i slimhinden (Mallory-Weiss læsioner).

**Fordele ved ophør:** Gastritis forsvinder hurtigt; ligesom Mallory-Weiss læsionerne heler op.

### **Tyndtarmen**

**Stum skade:** Det ses hyppigt, at episodisk og kronisk alkoholpåvirkning medfører en øget permeabilitet af tarmvæggen, reduktion af enzymaktiviteterne og bakteriel overvækst i tolvfingertarmen. Alkoholafhængige har derfor hyppigt nedsat absorption af fedtstoffer, proteiner, kulhydrater og vitaminer som tiamin, B12 og folinsyre. Langvarigt stort forbrug af alkohol er ofte ledsaget af underskud af vitamin A, zink, magnesium og calcium. Malabsorption kan også forekomme sekundært til samtidig alkoholisk lever- og pankreaslidelse med ændret tarmmotilitet eller nedsat vand- og saltabsorption i hele tyndtarmen.

**Klinisk skade:** Mange udvikler diaré.

**Fordele ved ophør:** Diaré svinder oftest efter få dage med sufficient ernæring.

### **Pankreas**

Antallet af akutte og kroniske pankreaslidelser er steget parallelt med det øgede alkoholforbrug. Før det første symptom på pankreatitis optræder, har et stort alkoholforbrug i gennemsnit været 10-15 år.

**Stum skade:** Det er kun sjældent, at der påvises en stum skade, men forhøjet koncentration af amylaser i blodet kan forekomme uden samtidige smerter.

**Klinisk skade:** Akut pankreatitis viser sig som voldsomme akutte mavesmerter, og der er forhøjede se-amylaser. Ved fortsat alkoholforbrug kan det udvikle sig til en kronisk recidiverende tilstand. Senere kan bugspytkirtlen få nedsat funktion, så anfaldene kan opstå uden nævneværdig stigning af amylaserne. Tilstanden kan kompliceres med nedsat produktion af enzymer (eksokrin funktion) med malabsorption til følge, udvikling af sukkersyge (manglende insulinproduktion), dannelse af smertefulde cyster og (sjældnere) fulminant pankreatitis, hvor bugspytkirtlen nedbryder sig selv, hvilket er en tilstand med høj dødelighed.

**Fordele ved ophør:** Antallet af akutte episoder bliver mindre hyppige, og deres sværhedsgrad reduceres. Ved kronisk pankreatitis, hvor bugspytkirtlens funktion er påvirket, vil ophør medføre, at effekten af

den medicinske behandling bedres, og at behandlingen bliver lettere at styre.

### **Leversygdomme**

Risikoen for leversygdom øges ved et forbrug på ca. 20 gram alkohol per dag. Ca. 30% af de patienter, der drikker for meget, har leverpåvirkning.

#### **Leverpåvirkning**

**Stum skade:** Påvirkede leverbiokemiske undersøgelser (GGT, ALAT, ASAT, basiske fosfataser, albumin og bilirubin) forekommer hos omtrent hver 8. voksne dansker. Det hyppigste fund ved undersøgelse af disse patienter er fedtlever. Leveren kan være forstørret.

**Fordele ved ophør:** Leverprøverne normaliseres typisk i løbet af nogle uger. Alkoholbetinget fedtlever er i de fleste tilfælde en godartet tilstand, som forsvinder helt; men i enkelte tilfælde progredierer den uafhængig af alkoholforbruget med fibrosedannelse i leveren. Dette sker især i de tilfælde, hvor der samtidig er en betændelsesreaktion i leveren.

#### **Alkoholisk hepatitis**

**Stum skade:** Alkoholisk hepatitis kan optræde uden symptomer.

**Klinisk skade:** Den kan også vise sig som svær leverdekomensation i tilslutning til en periode med et meget stort alkoholforbrug. I disse tilfælde er patienterne akut syge med feber, dårlig almentilstand, ofte ascites og forstørret lever. Biokemisk er der betydeligt påvirket leverfunktion. Levervævet er præget af cellenekroser, inflammation og fibrose, og der er risiko for udvikling af cirrose. Samlet set dør ca. 25% af patienterne af dette sygdomsforløb.

**Fordele ved ophør:** Prognosen bedres væsentligt; men hos nogle udvikles alligevel cirrose.

#### **Alkoholisk cirrose**

Hvis alkoholforbruget overstiger 50-60 gram alkohol per dag, er risikoen for at udvikle cirrose ca. 2% per år, og det er derfor kun mindretallet af patienter med stort alkoholforbrug, der udvikler symptomgivende leversygdom. Ved indtagelse af samme mængde alkohol har kvinder større risiko for at udvikle cirrose end mænd.

**Stum skade:** Alkoholisk cirrose kan i en periode optræde uden symptomer.

**Klinisk skade:** Cirrosen kan følges af komplikationer, der præger symptom-billedet. Det vil sige øsofagusvaricer, ascites, ødemer, gynækoma-

sti, muskel- og testesatrofi samt hudforandringer i form af spider nævi og erytem på håndfladerne. Herudover er patienterne ofte miseriesprægede og dårligt ernærede. 3-5% af patienterne udvikler primær levercancer i form af hepatocellulært karcinom. Dødeligheden af levercirrose er høj; de fleste dør på grund af blødende øsofagusvaricer og coma hepaticum. Således dør 50% inden for 2 år, hvis der er komplikationer, og inden for 4 år, hvis der ikke er.

**Fordele ved ophør:** Alkohol er den faktor, der har størst betydning for prognosen. Prognosen bedres betydeligt; selv hos patienter med fremskreden sygdom. Levetiden forlænges til i gennemsnit 6 år for dem, der har komplikationer, og 12 år for dem der ikke har. Behandling med henblik på alkoholophør er derfor altafgørende.

## Cancer

Der er en sammenhæng mellem alkoholforbrug og risikoen for at udvikle cancer. Patienter, der drikker for meget, har fordoblet risiko for at udvikle cancer. Et stort alkoholforbrug er ofte ledsaget af andre risikofaktorer som fx rygning, med deraf følgende risiko for også at udvikle rygerelaterede kræftformer.

**Stum skade:** Alkohol forårsager blandt andet vævsødelæggelse og virker carcinogent, specielt der hvor den virker direkte på slimhinden, det vil sige i den øvre del af mave- og tarmkanalen.

**Klinisk skade:** Cancer i mundhule, svælg, spiserør og øvre del af mavesækken er overrepræsenterede. Desuden er brystkræft, primær levercancer og kræft i bugspytkirtlen hyppigere, såvel som de kræftformer hvor også rygning er en væsentlig faktor: såsom lungekræft, cancer i strubehoved og blærekræft.

**Fordele ved ophør:** Prognosen for kræft i mund og svælg forbedres. Hvis der er behov for kirurgisk behandling, forbedres forløbet.

## Blodet

Både et enkeltstående, periodevist og vedvarende stort alkoholforbrug har en toksisk effekt på de bloddannende organer. Betydningen for leucocyterne er beskrevet i forbindelse med immunforsvaret.

### *Erythrocyter og trombocyter*

**Stum skade:** I knoglemarven ses ofte megaloblastære og sideroblastære forandringer. I blodcirkulationen findes de røde blodlegemer lettere deforme. Et langvarigt stort alkoholforbrug øger jernabsorptionen og fører til forhøjede jerndepoter (ferritin). Alkoholintoksika-

tion kan give forhøjet serum-jern, som i løbet af få dage kan ændres til lave værdier.

**Klinisk skade:** Anæmi, hyppigst megaloblastær anæmi, er almindeligt forekommende hos personer med stort alkoholforbrug og skyldes ofte folatmangel. Trombocytopeni kan også ses.

**Fordele ved ophør:** Selv om knoglemarven hurtigt aktiveres igen, kan der gå nogen tid, før de nydannede røde blodlegemer frigives til blodcirkulationen og byttes ud med de "alkohol-påvirkede" celler. Anderledes hurtigt går det med produktionen af blodplader, hvor en udtalt trombocytopeni i løbet af få dage kan afløses af trombocytose, som ligeledes hurtigt normaliseres.

### Alkoholisk psykose

**Klinisk skade:** Disse skader opstår efter langvarigt alkoholforbrug. En type psykose er alkoholhallucinoser, der er kendetegnet ved hørehallucinationer, typisk udsældende eller truende stemmer, uden at personen er bevidsthedspåvirket eller har dominerende kognitive skader. En anden type psykose er den alkoholiske paranoia (jalousiforrykthed), der primært ses hos mænd. Her kan der være tale om grove beskyldninger og affektreaktioner mod hustruen. I begge tilfælde bliver skaden ofte kronisk, men intensiteten kan variere.

**Fordele ved ophør:** Der er kun en delvis bedring ved afholdenhed, og ofte kan tilstanden ikke bedres ved behandling med vanlig antipsykotisk medicin.

### Føtalt alkoholsyndrom

Et stort alkoholforbrug under graviditeten medfører en øget risiko for fosterskader, se kapitel 7 side 79.

### Traumer og operationer

De mange stumme og kliniske organskader har væsentlig betydning i forbindelse med traumer og operationer, se mere om traumer i kapitel 7 side 92 og om operationer i kapitel 7 side 88.

### REFERENCER

- (1) 10th special report to the U.S. congress on alcohol and health. Bethesda: National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.
- (2) Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A et al. Klinisk psykiatri. 2. udgave. København: Munksgaard, 2000.

- (3) Macdonald I (ed). Health issues related to alcohol consumption. 2. ed. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1999.
- (4) Alcohol's effect on organ function. Alcohol Health Res World 1997; 21: 1-96.
- (5) Alcohol withdrawal. Alcohol Health Res World 1998; 22: 1-80.
- (6) Alcohol and hormones. Alcohol Health Res World 1998; 22: 150-228.
- (7) Warren KR, Foudin LL. Alcohol-related birth defects—the past, present, and future. Alcohol Res Health 2001; 25: 153-8.
- (8) Jensen TK, Hjollund NH, Henriksen TB et al. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. BMJ 1998; 317: 505-10.

# Psykosociale fordele og fordele for familien ved ændring

---

I DETTE KAPITEL præsenteres nogle bud på den positive indflydelse, det ofte har, på den enkeltes liv og livet i familien, når et alkoholproblem løses. Heri indgår betydningen for børns og de unges trivsel.

---

## PSYKOSOCIALE FORDELE

En ændring af alkoholforbruget har for langt de fleste en gavnlig indflydelse på både det psykiske velvære og sociale forhold. For nogle mennesker vil det være nok at reducere alkoholforbruget. Andre bør helt holde op med at drikke alkohol i en periode – måske resten af livet.

De fleste får det psykisk bedre, når de ændrer deres alkoholvaner, hvilket er vigtigt at informere patienterne om. En ændring af alkoholvaner gør, at personen ikke længere behøver at skamme sig over forbruget. Det at magte en livsstilsændring giver større selvtillid og øger selvværdet. De oprindelige personlighedstræk vender tilbage. Det er ikke længere nødvendigt at væve sig ind i et spind af fortielser og løgne, og langsomt kan tilliden til omgivelserne måske genopbygges. Personen kan som tidligere omgås andre mennesker, uden at de mange negative følelser og benægtelse dominerer kontakten. Irritabiliteten og aggressiviteten forsvinder, og pinlige situationer som følge af beruset adfærd undgås. Mange oplever, at angstsymptomerne aftager, og at humøret, koncentrationsevnen og hukommelsen bedres.

Når alkoholforbruget sættes ned eller ophører, oplever mange, at der bliver mere overskud til familie, samvær med andre, fritidsinteresser og arbejdslivet. På arbejdspladsen bliver det lettere at koncentrere sig om opgaverne. Det går bedre med at overholde tidsfrister, og kvaliteten af arbejdet bedres. For nogle betyder et ændret alkoholforbrug, at mødetider overholdes, og fraværet bliver mindre. Mulighederne for at bevare det hidtidige job kan øges; andre bedrer deres chancer for at få et nyt. En fordel for de fleste er, at økonomien bedres i forbindelse

med en ændring af alkoholforbruget. Det giver mulighed for, at pengene kan bruges på andre formål eller til afvikling af gæld.

Nogle skal opbygge en tilværelse efter en skilsmisse eller genoptage kontakten til børn eller andre familiemedlemmer. For andre skal en social isolation brydes. Det kan være svært at se de sociale konsekvenser, alkoholforbruget har medført, i øjnene; men mange erfarer alligevel, at det er muligt at ændre livssituationen. Det er ofte krævende at arbejde for at etablere nye sociale kontakter eller etablere en dagligdag med aktiviteter, som er meningsfulde for den enkelte; men mange bliver på længere sigt glade for det.

Mange patienter vil have gavn af støtte fra en socialrådgiver i denne proces, se kapitel 9. Denne hjælp kan de få på fx et alkoholambulatorium, se kapitel 14.

## **FORDELE FOR FAMILIEN**

Et alkoholproblem giver forskellige belastninger fra familie til familie. Derfor vil de fordele, der kan opnås ved at nedsætte eller stoppe forbruget også være forskellige.

### **Voksne**

Fordelene ved at få løst et alkoholproblem kan vise sig på mange områder af et pars indbyrdes relationer. Det kan handle om at få overskud til at være mere opmærksomme på hinanden, genoptage fælles aktiviteter, genopbygge nærheden i forholdet, og for nogle kan det seksuelle samliv bedres. Det kan også være at få genetableret en ligeværdig ansvarsfordeling af opgaverne i familien eller at bryde mønstre som konstante bebrejdelser af hinanden. På den måde kan der blive plads til igen at se og anerkende værdifulde sider hos hinanden.

Et par kan ofte få et godt udbytte af professionel hjælp til at arbejde med at bryde de uhensigtsmæssige mønstre, som det store alkoholforbrug har ført med sig.

### **Børn og unge**

Når det drejer sig om fordele for børn, kan det være trygheden ved at opleve mor eller far mere stabil, når han/hun sætter alkoholforbruget ned eller holder op med at drikke. I forhold til børn er en betydningsfuld fordel, at den voksne bliver mere nærværende. Der kan blive mere overskud til at være omsorgsfuld, lytte til og tale med børnene

om deres oplevelser og liv eller til at hjælpe med lektierne og lave fritidsaktiviteter sammen. Færre konflikter i familien betyder mere følelsesmæssig ro for børnene. Børnenes ensomhed kan brydes, når der ikke længere skal holdes på hemmeligheder. En anden væsentlig fordel for barnet eller den unge er, at den voksne påtager sig ansvaret for sit alkoholproblem ved at gøre noget aktivt ved det. Det betyder, at barnet eller den unge får mulighed for at slippe ansvaret for den voksne og familiens liv og dermed får frihed til at koncentrere sig om egne behov og leve sit eget liv. Disse fordele er alle væsentlige opvækstbetingelser for en sund udvikling for børnene og de unge. Her ved forebygges de langsigtede skader hos børnene og de unge. Skaderne er beskrevet kapitel 3, side 45.

I bogen "Når far eller mor drikker..." præsenteres interview med børn, om de belastninger forældrenes alkoholproblemer giver dem (1). Bogen giver et godt grundlag for at leve sig ind i de mange forskellige situationer og belastninger, det kan dreje sig om for børnene, og de fordele det har, at alkoholproblemet bliver løst. Bogen er således en god inspirationskilde forud for samtalen med forældre om ændring af et alkoholforbrug.

### **Familien**

I familier, som har været i familiebehandling i relation til et alkoholproblem, kan både voksne og børn fortælle om andre fordele for dem som (2,3):

- ♦ lettelse ved ikke at skulle bruge energi på at fortie, holde på hemmeligheder eller lyve
- ♦ glæde ved at blive set, hørt, forstået og mødt af hinanden
- ♦ at genvinde respekt for hinanden
- ♦ at opleve fællesskab og være en normal familie
- ♦ lettelse ved at kunne tale sammen om episoder relateret til alkoholproblemet
- ♦ at få øget tillid til hinanden
- ♦ at følelser af skyld og skam lettes
- ♦ at psykosomatiske symptomer forsvinder
- ♦ større udadvendthed og dermed mere social kontakt til andre.

Som led i behandling for alkoholproblemet bør der tilbydes familiebehandling. Det kan være til stor hjælp også for børnene og de unge i familien.

## REFERENCER

- (1) Christensen E. Når far eller mor drikker... Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. Rapport 94: 2. København: Socialforskningsinstituttet, 1994.
- (2) Høy E, Mundt K. Familien i terapi når far eller mor drikker. Sygeplejersken 1999; 7: 26-31.
- (3) Trembacz B. Familier med alkoholmonstre: forståelse, respekt, forandring. København: Psykologisk Forlag A/S, 2002.

## Særlige patientgrupper

---

KAPITLET handler om særlige grupper for hvem, der bør tages specielle hensyn og ydes en særlig indsats i forbindelse med et for stort forbrug af alkohol:

- ♦ gravide og ammende
- ♦ børn og unge
- ♦ ældre
- ♦ operationspatienter
- ♦ patienter i skadestuen

For de forskellige grupper gennemgås problemets omfang, alkohols betydning for sundhed og sygdom, samt specielle overvejelser vedrørende rådgivning og indsats.

---

### GRAVIDE OG AMMENDE

Alkoholforbruget blandt gravide i Danmark er faldet de seneste år. I 1980'erne drak ca. 75% alkohol under graviditeten, mens det nu er ca. 45% (1,2,3). Omkring 55% undgår alkohol under graviditeten, ca. 7% rapporterede et forbrug på mere end to genstande om ugen, mens under én procent drak mere end én genstand om dagen. Det gennemsnitlige alkoholforbrug blandt gravide er under én genstand per uge. 28% af de gravide rapporterede, at de havde drukket fem genstande eller mere ved en lejlighed, såkaldt binge-drinking. Langt de fleste af disse binge-episoder fandt sted i perioden, før graviditeten var erkendt (1,1).

### Gravides hensyn til barnet

Kvinder nedsætter deres forbrug af alkohol, når de opdager, de er gravide. De væsentligste årsager til det er frygt for det ufødte barns helbred, og at kvinderne er blevet rådet til det af sundhedspersonale, medier og/eller venner (1,4,5,6,7). Som sundhedspersonale kan man ikke tage for givet, at den gravide er opmærksom på alkohol som en risikofaktor (1,8).

## Alkohol er farligt for barnet

- ❖ Under graviditeten kan et alkoholforbrug på én genstand om dagen eller mere påvirke fostret/barnet både på kort og lang sigt.

Dyreforsøg har peget på, at bringe-drinking er mere skadeligt, end hvis man fordeler den samme mængde alkohol over tid. Man ved endnu ikke, om dette også gør sig gældende for mennesker (9).

Det vides ikke, om der er forskellig effekt, afhængigt af om man primært drikker øl, vin eller spiritus under graviditeten; derfor er der ikke her skelnet mellem forskellige typer af alkohol.

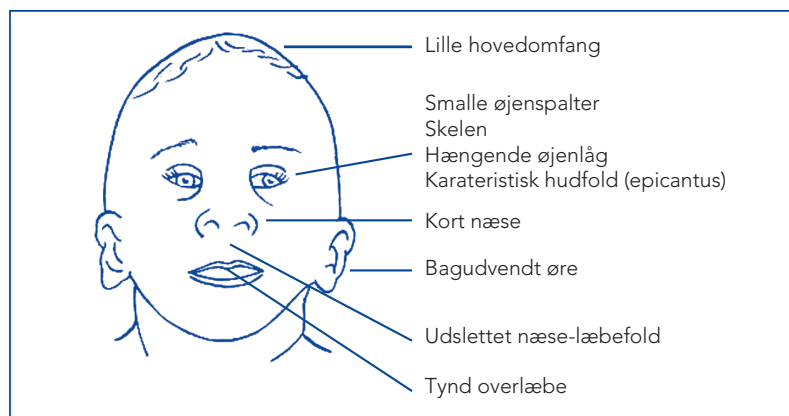
Et alkoholforbrug over én genstand om dagen under graviditeten øger risikoen for spontan abort, væksthæmning af fosteret med nedsat længde og hovedomfang, misdannelser og for tidlig løsning af moderkagen. Derudover øges risikoen for nedsat fødselsvægt hos barnet, for tidlig fødsel, dårlig almentilstand med nedsat Apgar-score, dødfødsler og behandlingskrævende abstinenser. Desuden øges risikoen for en række langtidsvirkninger hos barnet, såsom adfærdsmæssige og psykosociale problemer, hyperaktivitet, nedsat IQ, indlæringsvanskeligheder og i de sværeste tilfælde føtalt alkoholsyndrom (FAS) (9).

FAS omfatter:

- ♦ væksthæmning før og efter fødslen (vægt og/eller længde/højde)
- ♦ karakteristiske ansigtstræk, se figur 7.1.
- ♦ skader i centralnervesystemet (fx adfærdsforstyrrelser, retardering, hyperaktivitet, forsinket udvikling, dårlig finmotorik og dårlig koordinationsevne).

Der skal foreligge symptomer fra alle tre kategorier for at stille diagnosen FAS. I tilfælde hvor der ikke er symptomer fra alle tre kategorier tilstede, betegner man skaderne føtale alkoholeffekter (FAE). I de mildere tilfælde forudsætter diagnosen FAE kendskab til moderens alkoholforbrug under graviditeten. FAS ses ved langvarigt forbrug af mindst 7-8 genstande per dag under graviditeten (9). Diagnosen FAS blev først registreret i Danmark i 1994. Det anslås, at omkring 75-100 børn hvert år fødes med FAS.

**Figur 7.1**  
**Ansigtstræk hos børn med føtalt alkoholsyndrom**



Karakteristiske ansigtstræk hos børn født med føtalt alkoholsyndrom (10).

Koncentrationen af alkohol i modermælken svarer til koncentrationen i moderens blod, og det diende barn får ved amning overført små mængder alkohol. Hvorvidt alkohol i modermælken har indflydelse på barnets udvikling er ikke velundersøgt. Undersøgelser har vist, at alkoholindtag i ammeperioden kan ændre modermælkens lugt og nedsætte den mængde mælk, barnet indtager. Alkohol i modermælken kan muligvis påvirke barnets søvnmønster, hæmme barnets motoriske udvikling og svække immunsystemet (9). Der er således risiko for en toksisk påvirkning af barnets organsystem.

- ❖ Alkoholindtag i ammeperioden kan have skadelige konsekvenser for barnet.

### **Sundhedsstyrelsens retningslinier**

Alkohols dokumenterede skadelige virkning under graviditeten har medført, at gravide indtil starten af 1999 blev rådet til afholdenhed (1). I starten af 1999 ændrede Sundhedsstyrelsen sine retningslinier, idet der ikke eksisterer dokumentation for skadelige virkninger af alkohol ved et forbrug under 7 genstande om ugen (9).

- ❖ Sundhedsstyrelsens retningslinier til gravide er:
  - ♦ undgå så vidt muligt alkohol under graviditeten
  - ♦ hvis du drikker alkohol, så drik aldrig mere end 1 genstand i døgnet
  - ♦ drik ikke hver dag.

## Rådgivning og nedsættelse af alkoholforbrug

Det er vigtigt, at gravide kvinder modtager information om alkohols skadelige virkninger så tidligt i graviditeten som muligt. Alle gravide kvinder skal derfor ved første henvendelse til praktiserende læge have en samtale om alkoholforbrug. Ved første jordemoderkonsultation skal det sikres, at kvinden har modtaget informationen, og at hun ikke har ubesvarede spørgsmål. Et alkoholforbrugs betydning for fosteret/barnet under graviditeten og i ammeperioden bør indgå i samtalerne. Rådgivningen bør baseres på de oven for nævnte retningslinier fra Sundhedsstyrelsen. Efter fødslen bør kvinder, der ammer, rådes til at være tilbageholdende med alkohol. Vedrørende ordination af disulfiram (Antabus®) under graviditet og amning henvises til kapitel 8 side 101.

- ❖ Kvinder, der har haft et stort alkoholforbrug under en del af graviditeten, bør tilrådes at undgå alkohol i den resterende del af graviditeten.

Når barnet i livmoderen ikke længere udsættes for alkohol, forbedres dets vækstmuligheder meget (11). Både risikoen for, at der opstår nye skader, og for at allerede opståede skader videreudvikles hos barnet, bliver mindre allerede fra den dag, den gravide holder op med at drikke.

Gravide kvinder med et stort alkoholforbrug kan være svære at identificere. Ansvarer ligger i første omgang hos den praktiserende læge, der ofte er den sundhedsfaglige person, kvinden kontakter tidligt i graviditeten.

- ❖ Enhver sundhedsfaglig person, der bliver opmærksom på et for stort forbrug af alkohol hos en gravid, skal anbefale og støtte kvinden i umiddelbart at blive henvist til professionel hjælp.

Flere amter har – i forskelligt omfang – etableret et særligt behandlingstilbud til gravide med alkohol- og rusmiddelproblemer, baseret på et samarbejde mellem amtets behandlingscenter og fødeafdeling. Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital er et veletableret behandlingstilbud til gravide med alkoholproblemer. Her omfatter behandlingstilbuddet – ud over medicinsk behandling – graviditetsundersøgelser, fødselsforberedelse, samtaler med psykolog, hjælp til sociale problemer med videre.

## Sundhedspersonalets underretningspligt

Såfremt en gravid med et for stort forbrug af alkohol ikke ønsker at følge anbefalingen om professionel hjælp, har sundhedspersonalet i følge § 35 i lov om social service skærpet pligt til at underrette Socialforvaltningen på baggrund af den sundhedsmæssige risiko for det kommende barn.

I bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service/BEK nr. 1092 af 08/12/2000 beskrives underretningspligten og omstændigheder ved den således:

### Underretning om gravide med alvorlige misbrugsproblemer

**§ 3:** Følgende personer har pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke får kendskab til en gravid med alvorlige misbrugsproblemer, der må give formodning om, at der er behov for støtte:

1. Offentligt ansatte og andre med offentlige hverv, hvis opgaver retter sig mod gravide, misbrugere eller personer med sociale eller andre særlige problemer, og
2. andre personer, herunder læger, jordemødre og psykologer, der ikke er omfattet af nr. 1, men som for det offentlige udfører opgaver rettet mod gravide, misbrugere eller personer med sociale eller andre problemer.

**§ 4:** Underretningspligten efter § 3 foreligger, når der er formodning om, at en gravid har et så alvorligt misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, at det medfører behov for støtte på grund af sundhedsrisiko for det kommende barn.

*Stk. 2.* Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af den gravide samt gennem dialog i samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen.

Kommunerne har i disse tilfælde pligt til at yde gratis rådgivning til kvinden og hendes familie for at få løst alkoholproblemet.

## BØRN OG UNGE

### Unge danskere har europæisk rekord

At omgås alkohol er en læreproces, som for de fleste starter i den tidlige barndom, hvor der hos mange børn etableres en alkoholbevidsthed (12). Mange danske børn starter med at drikke alkohol i 12-14 års alderen. Drengene debuterer tidligere og drikker i det hele taget mere end pigerne. Børn med udenlandsk baggrund drikker sjældnere alkohol og debuterer senere end danske børn (13). En sammenligning af 15-16-årige i 30 europæiske lande har vist, at de unge i Danmark har det højeste forbrug af alkohol og den højeste hyppighed af fuldskab (14). Hvad angår andelen af unge, der har været fulde inden for den sidste måned, er tendensen, at andelen generelt er høj i de nordiske lande og lav i de sydeuropæiske lande. Danmark har den højeste andel på 64%, hvilket er ca. 20% mere end i Norge og Sverige. I Danmark har 42% af de unge været fulde i en alder af 13 år eller tidligere. Danmark er efterfulgt af England, hvor dette gør sig gældende for 38% af de unge. I Norge er andelen 17%, i Sverige 24% mens kun ca. 10% af de unge i de sydeuropæiske lande har været fulde i en alder af 13 år eller tidligere (14).

I Danmark er det især almindeligt at indtage alkohol i forbindelse med socialt samvær. Forældre er som oftest bekendt med, at deres børns drikker alkohol, men ikke altid med hvor meget. De unge drikker i weekenderne, men sjældent til daglig (13).

### Faktorer relateret til de unges drikkevaner

Både kammeratskaber og forhold til familien har betydning for de unges drikkevaner. Der synes at være en sammenhæng mellem drikkevaner og forældrekontakt, således at unge, der har fortrolig forældrekontakt, sjældnere drikker alkohol end unge uden fortrolig forældrekontakt. Unge, der har god kontakt til kammerater, drikker mere alkohol end unge uden god kammeratkontakt. Isolerede unge, det vil sige dem, der har ringe kontakt til både forældre og kammerater, drikker mindre alkohol end unge med god kontakt til forældre og kammerater (13). Dette kan skyldes, at de isolerede unge kun sjældent deltager i sociale aktiviteter med andre unge, hvor der indtages alkohol.

### Sundhed og trivsel

Alkohol kan have umiddelbare konsekvenser for børns og unges sundhed og trivsel. Mange unge fokuserer på, hvor meget de kan drikke, frem for hvor lidt der skal til for at opnå den ønskede virkning.

Derfor ser man hos de unge oftere alkoholforgiftninger, ulykker, vold, kriminalitet og sociale problemer i forhold til venner og forældre (15). Cirka 13% af dødsfaldene blandt mænd i alderen 15-29 år har alkohol som direkte eller indirekte årsag (16), især er alkohol medvirkende årsag i et betydeligt antal trafikulykker. Derudover kan et højt alkoholforbrug hos udsatte unge være begyndelsen til et liv i en kultur, hvor alkohol er en væsentlig del af fællesskabet med de kendte helbredsmæssige, sociale og psykiske følger (15), se kapitel 3, 5 og 6.

Unge med et stort alkoholforbrug har hyppigere dårligt selv vurderet helbred, ringe tilfredshed med livet og trives dårligere i skolen end andre unge (17).

### **Genstandsgrænser**

Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, på 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd, skal forstås som de øvre grænser for et ikke skadeligt forbrug. I teenageårene udvikler de unge sig meget både fysisk, psykisk og socialt. Dertil kommer, at børns og unges alkoholforbrugsmønstre ofte er forskelligt fra voksnes; de unge drikker ofte for rusens skyld – det vil sige store mængder på kort tid. Genstandsgrænserne gælder derfor ikke for unge (15).

- ❖ Det anbefales, at børn under 15 år slet ikke drikker alkohol, og at unge i alderen 15-20 år har en meget stille og forældre-guidet tilgang til alkohol, og at deres forbrug er væsentligt under genstandsgrænserne for voksne.

### **Forebyggelse af alkoholindtag**

Effekten af forebyggelsesprogrammer om rusmidler udført på skoler og rettet mod børn og unge varierer alt efter, hvor programmerne lægger deres fokus. Det ser ud til, at de forebyggelsesprogrammer, der har en bremsende effekt på alkoholforbruget, således at debutalderen bliver udskudt, og forbruget nedsættes for en periode, er programmer med fokus på social påvirkning, fx elevernes sociale relationer til hinanden. Derimod ser det ikke umiddelbart ud til, at de programmer, der arbejder med personlige værdier, holdninger og følelser, i sig selv har en effekt. Rent oplysende forebyggelsesprogrammer har heller ikke vist nogen effekt i forhold til alkoholforbruget (18).

### **Sygehusets forebyggende indsats ved akut alkoholforgiftning**

Ca. én ud af 1000 unge mellem 13-15 år har været til udpumpning inden for det seneste år. Ca. tre ud af 1000 unge mellem 16-21 år har i

samme periode været på skadestuen med en alkoholrelateret diagnose; af disse bliver ca. 2 ud af 5 indlagt. Størstedelen af disse unge kommer ind med akut alkoholforgiftning og bliver udpumpet (19). Selvom det på hospitalerne måske ikke opleves som hverdagskost, at unge kommer ind til udpumpning eller har været involveret i en ulykke på grund af beruselse, viser en spørgeskemaundersøgelse, at 10% af drengene mellem 16-20 år angiver, at de én gang har været på skadestuen på grund af problemer med alkohol, mens 4% har været på skadestuen to eller flere gange på grund af problemer med alkohol. Blandt pigerne ligger andelen på henholdsvis 8% og 1% (15).

For de fleste unge er udpumpning en skræmmende, ubehagelig og pinlig oplevelse – en oplevelse der kan tænkes at virke forebyggende i sig selv. Statistikker og erfaringer fra praksis viser også, at det er de færreste unge, der kommer til udpumpning flere gange (15).

Der mangler undersøgelser af, i hvilket omfang der skal rådgives om at nedsætte alkoholforbruget hos børn og unge, og hvordan struktur og indhold i så fald skal være. Det drejer sig om dem der kommer i kontakt med sygehusvæsenet på grund af alkoholforgiftning eller ulykker, som skyldes, at barnet/den unge har været påvirket af alkohol.

I henhold til § 8 i lov om patienters retsstilling, omhandlende mindreårige, bør det dog være fast praksis at tilkalde forældrene hurtigst muligt i den akutte fase, hvor et barn eller en ung er alkoholforgiftet.

#### **Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1. juli 1998:**

##### *Mindreårige*

**§ 8:** En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 7<sup>1)</sup> og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

*Stk. 2.* Såfremt sundhedspersonen efter individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

1) Se uddrag af § 7 i kapitel 4 side 49 (Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1. juli 1998).

Desuden bør der systematisk inden udskrivelsen gennemføres en samtale med barnet/den unge sammen med forældrene, når barnet/den unge er blevet ædru og kommet til hæfterne. Samtalen bør dreje sig om:

- ♦ barnets/den unges alkoholforbrug og -vaner
- ♦ forgiftningstilstanden, forebyggelse af ny forgiftning
- ♦ eventuelle bagvedliggende problemer hos barnet/den unge eller familien.

Opstår der formodning om, at det uhensigtsmæssige alkoholforbrug skyldes bagvedliggende problemer, bør barnet/den unge og familien henvises til professionel hjælp via Socialforvaltningen.

### Sundhedspersonalets underretningspligt

Vedrørende børn og unge, der har behov for særlig støtte, og sundhedspersonalets skærpede pligt til at underrette Socialforvaltningen henvises der til kapitel 13 side 154.

## ÆLDRE

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen år 2000 fra Statens Institut for Folkesundhed (20) viser, at alkoholforbruget er steget blandt danske ældre. Både for mænd og kvinder er der sket en dramatisk stigning – for nogle grupper en fordobling – i forhold til den tilsvarende undersøgelse i 1994. Dette er et tegn på, at der blandt ældrebefolkningen er en generel stigning i forbruget, ligesom et stigende antal ældre drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Således drikker hver 20. kvinde og hver 10. mand blandt de ældre over genstandsgrænserne, se tabel 7.1.

**Tabel 7.1**

### Forbrug af alkohol blandt ældre

		Indtaget alkohol seneste		>Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser
		Hverdag	Weekenddag	
67-80 år	Mænd	61%	77%	11%
	Kvinder	33%	54%	6%
> 80 år	Mænd	54%	67%	9%
	Kvinder	29%	40%	4%

Forbrug af alkohol på seneste hverdag og weekenddag, og den andel af befolkningen, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser fordelt på ældre danske mænd og kvinder (21).

## Genstandsgrænser

Der er endnu kun ganske få studier af sammenhængen mellem ældres alkoholforbrug og dødelighed; men de, der er, har bekræftet den J-formede sammenhæng og den lille hjertebeskyttende virkning (21). De kendte genstandsgrænser gælder også for de ældre.

I den ældre befolkning er der generelt flere, som lider af svimmelhed, faldtendens og osteoporose, hvilket alt sammen øger risikoen for frakturer. Desuden har ældrebefolkningen et stort forbrug af medicin, som alkohol kan interagere med. Et forbrug over genstandsgrænserne udgør derfor også en væsentlig helbredsrisiko for ældre.

## Anbefalinger

På baggrund af det stigende forbrug i ældrebefolkningen er der generelt ikke grund til at advokere for de positive virkninger af alkohol, men snarere for at også de ældre skal nedsætte forbruget.

## OPERATIONSPATIENTER

De sidste 20 års forskning har dokumenteret en klar sammenhæng mellem et stort forbrug af alkohol og komplikationer efter kirurgiske indgreb. Forekomsten af patienter, der drikker for meget, på kirurgiske afdelinger varierer fra 7-50%. Andelen er størst blandt mandlige patienter, patienter med traumer og på afdelinger, der behandler alkoholrelaterede sygdomme, som fx spiserørskræft (22).

Komplikationer efter operation har store personlige omkostninger for den enkelte patient, men de har også økonomiske konsekvenser for sygehusvæsnet og samfundet. Fx svarer den forlængede indlæggelsestid på grund af operationskomplikationer hos patienter, der drikker for meget, til en merudgift på over en milliard kroner om året (23).

## Konsekvenserne af at drikke for meget

Ved et alkoholforbrug:

- ♦ på 3-4 genstande dagligt udvikler patienterne en halv gang flere postoperative komplikationer
- ♦  $\geq 5$  genstande dagligt udvikler patienterne tre gange så hyppigt komplikationer (22).

Risikoen øges både efter små og store indgreb, hos mænd og kvinder, og efter akutte og planlagte operationer. Komplikationsraten er øget både umiddelbart efter operationen og på længere sigt.

Udviklingen af komplikationer er for alle patienter højst efter store kirurgiske indgreb; dette gælder også blandt patienter, der drikker for meget. Efter operation på spiserøret, indgreb på tyktarm eller endetarm, lungeoperation eller ved fjernelse af livmoderen, ses en tredobling af patienter med mindst én komplikation, hvis de drikker for meget. Dødeligheden er også øget efter de mere alvorlige indgreb. For de mindre kirurgiske indgreb, som fx operation for ankelbrud og prostatagener, udvikles der færre og mindre alvorlige komplikationer, men også her ses tre gange oftere problemer efter operationen blandt dem, der drikker for meget.

Komplikationerne betyder i flere tilfælde reoperation, forlænget indlæggelsestid, større plejebenhov, forlænget rekonvalescens og genoptræning (24).

### Typer af komplikationer

- ❖ Der er ikke forskel på de typer komplikationer, der udvikles blandt patienter med og uden et stort forbrug af alkohol; der er alene forskel på hyppigheden af dem.

Der er først og fremmest tale om infektioner, hjerte- og lungeproblemer samt blødningsepisoder.

En stor del af komplikationerne er relateret til operationssåret i form af total eller delvis ruptur, blodansamlinger og infektioner. Der er også problemer med ophelingen i de dybere vævsstrukturer, hvorfor der opstår en stærkt øget risiko for, at dybereliggende sammensyninger fx i tarmene brister (24).

### Årsager til komplikationer

De postoperative komplikationer forekommer også hos patienter, der ikke har synlige tegn på et stort forbrug i form af klassiske alkoholskader, såsom skrumpelever og bugspytkirtelbetændelse. Selvom alle årsager og mekanismer ikke er kortlagt hos patienter, der drikker for meget, er der påvist adskillige stumme alkoholskader i flere vigtige organsystemer allerede inden operationen, se kapitel 5. Det drejer sig først og fremmest om, at hjertets pumpefunktion er hæmmet, immunforsvaret er nedsat og stressreaktionen er øget. Alkohol påvirker mange andre funktioner i kroppen, hvoraf flere har direkte betydning for udvikling af komplikationer efter operation. Blandt andet påvirkes hæmostasen med forlænget blødningstid til følge, muskulaturen med nedsat muskelkraft og øget træthed til følge, nydannelsen af

knoglevæv med nedsat heling efter brud til følge og cellernes proteindannelse med nedsat vævsheling til følge.

Det kirurgiske traume er i sig selv en kraftig påvirkning af kroppens organfunktioner. Da patienter, der drikker for meget, ikke har den samme reservekapacitet som de fleste andre patienter, udvikler de flere komplikationer efter operationen (24). Desuden ryger mange af de patienter, der drikker for meget, og yderligere nogle er fejlnærede, hvilket hver for sig er risikofaktorer ved operation.

### **Effekt af præoperativ indsats**

Et klinisk randomiseret studie (25) har vist at:

- ♦ patienter, der drikker  $\geq 5$  genstande dagligt, og som holder op med at drikke alkohol 4 uger før operationen, kan halvere forekomsten af komplikationer
- ♦ det lykkedes for alle patienterne i interventionsgruppen at holde helt op med at drikke i de 4 uger inden operationen

Efter ophør med alkoholforbruget sås en forbedring af hjertefunktionen og immunforsvaret, selvom der ikke skete en fuldstændig normalisering inden operationen. Under selve operationen var stressreaktionen nedsat. Organforbedringerne svarede til de forbedringer, der er registreret i studier af ikke-kirurgiske patienter, som holdt op med at drikke (22).

En præoperativ intervention kan også, såfremt denne får betydning for alkoholforbruget på længere sigt, medføre færre alkoholrelaterede lidelser.

### **Præoperativ indsats**

Målet for en præoperativ indsats er (26):

- ♦ at patienter med et alkoholforbrug på 3-4 genstande dagligt nedsætter forbruget til under genstandsgrænserne i mindst 4 uger før operationen
- ♦ at patienter med et alkoholforbrug på  $> 4$  genstande dagligt holder op med at drikke i mindst 4 uger før operationen.

Nedenfor beskrives en præoperativ indsats for patienter. Indsatsens omfang afhænger af, hvorvidt målet er et nedsat forbrug eller afholdenhed. Der indledes med en samtale, hvor patienten og sundhedspersonalet, fx en kompetent kirurgisk sygeplejerske, forebyggelseskonsulent, personale i alkoholambulatorium eller egen læge, aftaler, hvordan målet nås.

Tilbudet omfatter:

- ♦ ugentlige opfølgningssamtaler
- ♦ behandling med B-vitaminer: tiamin og stærke B-combin dagligt, se kapitel 8 side 101
- ♦ medicinsk behandling, fx 10-40 mg klordiazepoxid dagligt ved risiko for lette abstinenssymptomer
- ♦ ved risiko for sværere abstinenssymptomer, se kapitel 8 side 99, kan behandlingen indledes samtidig med, at der bestilles tid til patienten samme dag i et alkoholambulatorium
- ♦ disulfirambehandling som er specielt relevant ved afhængighed. Disulfiram (Antabus®) doseres med 400 mg x 2 ugentligt, hvoraf den ene tablet indtages kontrolleret i begyndelsen af samtalen, og den anden tablet udleveres til patienten, som tager den derhjemme. Husk forinden at sikre, at alkoholpromillen er nul (ved udåndingstest med et alkometer). Disulfiram stoppes 1-2 uger før operationen for at undgå en meget sjældent forekommende interaktion med antibiotika (metronidazol), hvor der kan opstå konfusion. Dette skal ikke forveksles med den meget hyppigere forekommende disulfiramliggende virkning af metronidazol sammen med alkohol.

Det er vigtigt at indlede behandlingen ved første konsultation. Hermed signaleres betydningen af indsatsen for, at patienten kan opnå et godt behandlingsresultat. Undlades behandling øges risikoen for, at patienten gennemlever abstinensfasen ubehandlet, eller at patienten fortsætter med at drikke med øget risiko for operationskomplikationer til følge.

### **Patienternes reaktioner**

Baggrunden, for at de kirurgiske patienter tager så positivt imod tilbudet og holder op med at drikke, er at (22,27,28,29,30,31):

- ♦ de har fået et godt tilbud om støtte til at ophøre med alkoholforbruget
- ♦ der sjældent er udviklet afhængighed af alkohol
- ♦ der indledningsvis er tale om en relativ kort tidsperiode med afholdenhed
- ♦ fordelene i form af færre komplikationer er tydelig, og den opnås hurtigt
- ♦ patienterne gerne selv vil medvirke til, at det operative forløb både på kort og lang sigt bliver så godt som muligt.

Desuden nedsætter ca. hver 6. kirurgiske patient uopfordret alkoholforbruget op til en indlæggelse.

## Anbefalinger

Sundhedsstyrelsen har i 2001 udarbejdet retningslinier. Disse er samlet i publikationen "Rygning & alkohol og operation" (26), som er distribueret til alle kirurgiske speciallæger og kirurgiske afdelinger i landet. Der er også udarbejdet pjecer med information til patienterne. Pjecerne kan bruges, som de er eller som inspiration til at fremstille lokalt materiale. Anbefalingerne til patienterne er identiske med de, der er nævnt i afsnittet "Præoperativ indsats".

## SKADESTUEPATIENTER

Alkohol angives at være indblandet i op mod 50% af alle ulykker, men alle fører ikke nødvendigvis til henvendelse på skadestue (32,33). Der er i Danmark omtrent en million skadestuebesøg årligt, og skønsmæssigt hver tredje af de voksne patienter har et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. En undersøgelse i en københavnsk skadestue har vist, at halvdelen af de mandlige patienter og en fjerdedel af de kvindelige patienter havde et alkoholforbrug, der lå over genstandsgrænserne. 41% af de mandlige og 14% af de kvindelige patienter drak mindst fem genstande dagligt (34,35).

Patienter med et stort alkoholforbrug kan henvende sig på sygehuse-nes skadestuer med såvel skader som symptomer fra alkoholrelaterede sygdomme. Sidstnævnte kan fx være; mavesmerter på grund af bugspytkirtelbetændelse, blødning fra åreknuder i spiserøret og abstinens-kramper. I det følgende præsenteres de typer af skader, som patienter, der drikker for meget, henvender sig med. Hvad angår alkoholrelate-rede sygdomme henvises til kapitel 3 og 5.

### Typer af skader

Patienter, der drikker for meget, har et anderledes frakturmønster med øget risiko for flere samtidige brud. Desuden har de hyppigere et kompliceret forløb efter traumer og efter eventuel tilhørende operativ behandling. Patienter med akut alkoholforgiftning har også tit større og mere udbredte skader (36,37,38,39,40).

Mænd, der drikker for meget, pådrager sig oftest skader i forbindelse med slag og stød, ligesom fald er hyppige. Hos kvinderne ses derimod flere snitlæsioner og traumer på grund af ætsning. Kvinderne har ligeledes mange skader på hænder, håndled, arme og skuldre, hvilket kunne give formodning om afværgeskader som følge af vold, dog uden at dette er undersøgt nøjere i studiet (34,36).

## Fordele ved intervention

Der er endnu ikke publiceret undersøgelser over effekten af alkoholintervention i en almindelig skadestue til forskel fra traumecentre. Der er dog international forskningsaktivitet på området, blandt andet i form af studier i Linköping og i Berlin (41, 42). Her integreres indsatsen i det samlede patientforløb. Ud over en detaljeret kortlægning af alkoholprofilen blandt skadestuepatienterne, bliver blandt andet effekten af skriftlig rådgivning afprøvet. De første erfaringer viser, at hovedparten af patienterne gerne vil indgå i studierne, og at der er et stort potentiale for en forebyggende indsats i skadestuen.

I forhold til intervention over for traumatiserede patienter med alkoholproblemer er der dokumenteret effekt af en sundhedsfaglig indsats. Tre ud af fire klinisk randomiserede studier har vist, at patienterne nedsatte deres alkoholforbrug efter forskellige former for intervention; fra kort intervention til mere intensiv rådgivning og opfølgning. Ud over at patienterne nedsatte deres alkoholforbrug, blev antallet af dem, der henvendte sig på grund af nye skader, halveret. I det fjerde studie blev to former for intervention undersøgt. Begge interventioner havde effekt, og patienterne i begge grupper nedsatte deres alkoholforbrug (36,43,44,45). Fordelene ved en forebyggende indsats har tillige vist sig ved, at patienterne havde færre komplicerede langvarige behandlingsforløb.

## Anbefalinger

De hidtidige undersøgelser blandt traumepatienter tyder på, at det også vil være muligt for skadestuepatienter, der drikker for meget, at nedsætte deres alkoholforbrug. Et nedsat forbrug kan få betydning for patienternes aktuelle skadesforløb, hvorvidt de atter henvender sig med nye skader og udviklingen af alkoholrelaterede sygdomme på længere sigt.

Skadestuen er derfor et oplagt sted for en sundhedsfaglig forebyggende indsats. Denne kunne fx bestå i en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol, se kapitel 4 og 12.

Sundhedspersonalets indsats i forhold til børn og unge, der indlægges i skadestuen med alkoholforgiftninger er beskrevet tidligere, se side 84.

Såfremt personalet i skadestuen bliver bekymret for børn, som er ladt alene, eller hvor forældrene på anden måde ikke er i stand til på forsvarlig vis at drage omsorg for dem fx på grund af alkoholpåvirket til-

stand, har personalet en skærpet underretningspligt over for Socialforvaltningen, se kapitel 9 side 106 og 13 side 154.

## REFERENCER

### Gravide og ammende

- (1) Andersen AN, Olsen J, Grønbaek MN. Har Sundhedsstyrelsens ændrede retningslinier om alkohol i graviditeten ændret gravide kvinders alkoholforbrug? *Ugeskr Læger* 2001; 163: 1561-5.
- (2) Olsen J, Frische G, Kirchheiner H et al. Alkoholvaner blandt gravide i Odense 1985-1986. *Ugeskr Læger* 1987; 149: 1420-2.
- (3) Rubin DH, Krasilnikoff PA, Leventhal JM et al. Cigarette smoking and alcohol consumption during pregnancy by Danish women and their spouses – a potential source of fetal morbidity. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988; 14: 405-17.
- (4) Kruse J, Le Fevre M, Zweig S. Changes in smoking and alcohol consumption during pregnancy: a population-based study in a rural area. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 627-32.
- (5) Sulaiman ND, Florey CD, Taylor DJ et al. Alcohol consumption in Dundee primigravidas and its effects on outcome of pregnancy. *Brit Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296: 1500-3.
- (6) Passaro KT, Little RE. Childbearing and Alcohol Use. In: Wilsnack RW, Wilsnack SC. *Gender and Alcohol*. New Brunswick, 1997.
- (7) Ihlen BM, Amundsen A, Sande HA et al. Changes in the use of intoxicants after onset of pregnancy. *Br J Addict* 1990; 85: 1627-31.
- (8) Olsen J, Frische G, Poulsen AO et al. Changing smoking, drinking, and eating behavior among pregnant women in Denmark. Evaluation of a health campaign in a local region. *Scand J Soc Med* 1989; 17: 277-80.
- (9) Kesmodel U. Alkohol og graviditet. *Ugeskr Læger* 1999; 161: 4989-94.
- (10) Merrick J (red). *Børn i alkohol- og stofmisbrugende familier*. København: Hans Reitzels Forlag, 1985.
- (11) Warren KR, Foudin LL. Alcohol-related birth defects—the past, present, and future. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 153-8.

### Børn og unge

- (12) Sabroe KE, Lindgaard H. Skolealder og alkohol: en undersøgelse af seks- til sekstenårige børn og unges liv med alkohol. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 1997.
- (13) Petersen T, Nielsen A, Paludan M et al. Børns Sundhed ved slutningen af skolealderen: en undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
- (14) The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN and Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2000.
- (15) Nielsen GA, Ringgaard L, Olsen SF et al. Unge livsstil og dagligdag 2002 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2002.
- (16) Bunde J. Den store dræber. *Alkoholpolitisk magasin* 2001; 2: 9.

- (17) Rasmussen M, Due P, Holstein BE. Skolebørnsundersøgelsen 1998: sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2000.
- (18) Sindballe AM. Unge og rusmidler – evidensbaseret forebyggelse i skolen? Master of Public Health, København Universitet, 2000.
- (19) Udtræk fra Det Grønne System på Slagelse Sygehus og Hvidovre Hospital. 2002.

#### **Ældre**

- (20) Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (21) Grønbæk M, Deis A, Becker U et al. Alcohol and mortality: is there a U-shaped relation in elderly people? *Age Ageing* 1998; 27: 739-44.

#### **Operationspatienter**

- (22) Tønnesen H, Kehlet H. Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *Br J Surg* 1999; 86: 869-84.
- (23) Sundhedsministeriet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999.
- (24) Tønnesen H. Alcohol abuse and postoperative morbidity. Disputats. Københavns Universitet: Lægeforeningens forlag, 2002.
- (25) Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ et al. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 318: 1311-6.
- (26) Sundhedsstyrelsen. Rygning & alkohol og operationer. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
- (27) Farges O, Saliba F, Farhamant H et al. Incidence of rejection and infection after liver transplantation as a function of the primary disease: possible influence of alcohol and polyclonal immunoglobulins. *Hepatology* 1996; 23: 240-8.
- (28) Bombardier CH, Ehde D, Kilmer J. Readiness to change alcohol drinking habits after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 592-6.
- (29) Bombardier CH, Rimmel CT. Alcohol use and readiness to change after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1110-5.
- (30) Gentilello LM, Duggan P, Drummond D et al. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *Am J Surg* 1988; 156: 558-61.
- (31) Tønnesen H, Carstensen M, Maina P. Is carbohydrate deficient transferrin a useful marker of harmful alcohol intake among surgical patients? *Eur J Surg* 1999; 165: 522-7.

#### **Skadestuepatienter**

- (32) Rutledge R, Messick J. The association of trauma death and alcohol use in a rural state. *J Trauma* 1992; 33: 737.
- (33) Herve C, Gaillard M, Roujas F et al. Alcoholism in polytrauma. *J Trauma* 1986; 26: 1123-6.
- (34) Jensen TH, Pedersen B, Crone KL et al. Skadestuepatienter og alkoholforbrug. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 5782-5.
- (35) Larsen LB, Larsen CF, Kain H et al. Hyppigheden af selvrapporeret alkoholpåvirkning hos tilskadekomne cyklister. *Ugeskr Læger* 1995; 157: 1038-40.

- (36) Antti-Poika I, Karaharju E, Roine R et al. Intervention of heavy drinking – a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol Alcohol* 1988; 23: 115-21.
- (37) Høidrup S, Grønbaek M, Gottschau A et al. Alcohol intake, beverage preference, and risk of hip fracture in men and women. Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 993-1001.
- (38) Jurkovich GJ, Rivara FP, Gurney JG et al. The effect of acute alcohol intoxication and chronic alcohol abuse on outcome from trauma. *JAMA* 1993; 270: 51-6.
- (39) Snell W. Chronic alcoholic and his fractures. *J Bone Joint Surg Am* 1971; 53A: 1655.
- (40) Tønnesen H, Pedersen A, Jensen MR et al. Ankle fractures and alcoholism. The influence of alcoholism on morbidity after malleolar fractures. *J Bone Joint Surg Br* 1991; 73: 511-3.
- (41) Barnett NP, Monti PM, Cherpitel C et al. Identification and brief treatment of alcohol problems with medical patients: an international perspective. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 262-70.
- (42) Neumann T, Neuner B, Weiss-Gerlach E et al. Readiness to change questionnaire and alcohol use disorders identification test in trauma patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 132A.
- (43) Blondell RD, Looney SW, Northington AP et al. Can recovering alcoholics help hospitalized patients with alcohol problems? *J Fam Pract* 2001; 50: 447.
- (44) Forsberg L, Ekman S, Halldin J et al. Brief interventions for risk consumption of alcohol at an emergency surgical ward. *Addict Behav* 2000; 25: 471-5.
- (45) Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230: 473-80.

# Afrusning og abstinensbehandling

---

I DETTE KAPITEL beskrives afrusnings- og abstinensfasen, og hvordan behandling gennemføres såvel ambulant som under indlæggelse.

---

I den akutte alkoholbehandling indgår såvel afrusning og abstinensbehandling som en vurdering af alkoholforbruget og planlægning af indsats i forhold til akutte problematikker af somatisk, psykiatrisk eller social karakter. Den akutte behandling bør følges op med en forebyggelsessamtale med tilbud om psykosocial behandling for alkoholproblemet, se kapitel 12 og 14. Vedrørende sociale problemer, henvises til kapitel 9.

Den akutte behandling kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse. Der skal være mulighed for at monitorere alkoholkoncentrationen med alkometer og for at udlevere abstinensmedicin.

## **AFRUSNING – OG DERFOR ABSTINENSBEHANDLE**

Afrusningen – det vil sige selve afgiftningen – er fasen, hvor alkoholpromillen i blodet falder. Under afrusningen er det nødvendigt at observere patienten for, om han udvikler abstinenssymptomer, i så fald skal symptomerne behandles for at undgå komplikationer som abstinenskramper og delirium tremens. Ubehandlet er delirium tremens livstruende, mens dødeligheden blandt behandlede patienter er ca. 1%. Når en patient gennemlever en abstinensfase uden at modtage tilstrækkelig behandling, øges risikoen for, at hans abstinenssymptomer i fremtiden gradvist forværres og udvikler sig til abstinenskramper og delirium tremens (1,2). Desuden vil en sufficient abstinensbehandling betyde, at patienten erfarer, at en afrusning kan gennemleves på tålelig vis. Han vil dermed være mere tilbøjelig til at søge hjælp ved et eventuelt fornyet behov for afrusning. Endelig er sufficient abstinens-

behandling vigtig for at sikre det bedst mulige behandlingsresultat i den efterfølgende rehabiliteringsperiode (3).

## **ABSTINENSTILSTANDE OG -BEHANDLING**

### **Ambivalens i abstinensfasen**

For patienter med alkoholafhængighed kan afrusningsfasen opleves som meget ubehagelig. Nogle ønsker selv at stoppe, andre føler sig presset. For nogle kan det være ønsket om at bevare forholdet til partner og børn, arbejde eller bolig, der får dem til at stoppe. For andre handler det om at undgå helbredsskader eller yderligere belastning af økonomien. For nogle siger kroppen fra over for alkoholen, og for atter andre bliver afrusning en realitet i forbindelse med akut indlæggelse.

Patienter i afrusningsfasen er ofte ambivalente, når det drejer sig om at stoppe med at drikke. De oplever ubehaget i form af abstinenser, og de ved af erfaring, at alkohol er “den bedste abstinensmedicin”. Det ædru livs problemer kan trænge sig på – ofte drejer det sig om konsekvenserne af at have drukket – og i takt med at promillen falder, letter rusen, som har hjulpet med at lægge afstand til realiteterne. Dette forstærker drikketangen. Over for alt dette står ønsket eller presset om at holde op. Tanker og følelser omkring en fremtid uden alkohol er også ofte stærkt modsatrettede. Mange patienter kan således beskrive en opslidende indre dialog. Patientens psykiske abstinenser kan vise sig som rastløshed, følelsesmæssig labilitet, irritabilitet og aggression, og patienten kan fra tid til anden udtrykke sig modsatrettet om, hvad han ønsker. Partner, børn eller andre familiemedlemmer, som er omkring patienten i fasen, hvor alkoholforbruget stoppes, kan opleve det meget opslidende. Afrusningsfasen stiller således krav om en empatisk, rummelig og fordomsfri tilgang fra personalet for at støtte patienten og familien i at gennemføre forløbet.

### **Fysiske abstinenser**

Ved ophør af et længerevarende stort alkoholforbrug kan der udvikles abstinenssymptomer af forskellig karakter. Abstinenserne opstår, når alkoholpromillen falder, og udvikler sig typisk i dagene efter alkoholophør. Symptomerne varer ofte en uges tid, men det er forskelligt fra patient til patient.

De fysiske abstinenser skyldes hyperaktivitet i den sympatiske del af det autonome nervesystem, hvorved der frigøres øgede mængder af

neurotransmitterne noradrenalin og dopamin. Overaktiviteten er højest den første dag efter ophør med alkohol. En del af symptomerne hænger sammen med det forhøjede noradrenaliniveau og varierer med koncentrationen af noradrenalin. Nogle symptomer er relateret til et overskud af dopamin, mens der er andre symptomer, hvor mekanismen stadig er ukendt, se tabel 8.1 (4,5).

**Tabel 8.1**

**Abstinenssymptomer relateret til signalstoffer**

Symptomer relaterede til		Andre symptomer
Noradrenalin	Dopamin	
Angst, forvirring og agitation Tremor, hyperrefleksi og kramper Svedtendens og hypertermi Takykardi, øget BT	Hallucination og psykose	Appetitløshed og træthed Kløe og paræstesier

Abstinenssymptomer opstår på baggrund af forskellige signalstoffer, fx noradrenalin og dopamin. For nogle symptomer er mekanismen ukendt.

Ved abstinensbehandling er det hensigtsmæssigt at behandle patienternes uspecifikke symptomer og subjektive ubehag, da det opleves som en yderst ubehagelig tilstand for patienten og ofte ledsages af drikketrang. Det væsentligste er dog at forhindre krampeanfald og delirium tremens, da disse tilstande kan medføre varige cerebrale skader eller død. Abstinenserne kan behandles med benzodiazepiner, som har effekt på både de meget alvorlige og de mindre alvorlige symptomer.

Abstinenssymptomer kan i enkelte tilfælde vare flere måneder, og kaldes da for postabstinens syndrom. Behandlingen er den samme som beskrevet nedenfor med benzodiazepiner.

**Behandling**

***Ambulant***

Ved behandling af abstinenssymptomer, der viser sig ved autonom hyperaktivitet, bør der behandles med benzodiazepiner (6). Ved valg af benzodiazepin præparat bør der vælges et stof med lavt misbrugspotentiale, hvilket indebærer valg af et stof med en forholdsvis lang optagelsestid. Endvidere bør der vælges præparater med lang halveringstid, da disse tilsyneladende er mest effektive til at forebygge abstinenskræmper. Ud fra ovennævnte bør man vælge klordiazepoxid. I

ambulant praksis, kan man med fordel vælge en fast dosisstrategi til patienterne. Behandlingen skal naturligvis individualiseres, men en typisk behandling vil være en startdosis på 50 mg klordiazepoxid 4 gange dagligt i de første 3 dage, hvorefter man aftrapper med 25 mg dagligt til 0 mg. Ved lette abstinenser anvendes 10-40 mg dagligt (7).

I forhold til fx barbiturater har benzodiazepiner et stort terapeutisk vindue, hvilket betyder, at der med hensyn til dosering er et langt spring fra underdosering (for ringe effekt) til overdosering (forgiftningsrisiko). Benzodiazepiner er derfor velegnede til ambulant behandling. Ved meget store doser er der risiko for respirationsdepression. Der er nu udviklet en antidot, flumazenil, som kan anvendes ved benzodiazepinforgiftning. Der gives initialt 2-3 ml af 0,1 mg/ml intravenøst under tæt observation for effekt. Virkningen indtræder efter få minutter, men varer ofte kortere tid end benzodiazepinet. Derfor må indgiften ofte gentages. Hvis effekten ikke indtræder hurtigt, skal man overveje andre årsager til respirationsdepression (8).

### *Indlæggelse*

Følgende patienter bør indlægges i en akut somatisk modtageafdeling. Patienter:

- ♦ med svære abstinenssymptomer som sved, tremor, takykardi eller feber
- ♦ hvor ambulant afrusning ikke er lykkedes (typisk forsøgt gentagne gange)
- ♦ med svær ebrietas: alkoholpromille på mere end 3
- ♦ med komplicerende sygdomme (fx hjertesygdomme, diabetes mellitus, kroniske leversygdomme).

Følgende patienter bør behandles på akut psykiatriske modtageafdelinger. Patienter:

- ♦ med samtidig psykiatrisk diagnose (dobbeltdiagnose fx skizofreni)
- ♦ med truende delirium tremens (syns- og/eller hørehallucinationer, bevidsthedsplumring, desorientering, angst, motorisk uro, feber, takykardi)
- ♦ som er selvmordstruende
- ♦ som er svært motorisk urolige
- ♦ som er aggressive.

Under indlæggelse bør behandlingen af abstinenssymptomer ske under monitorering af kliniske symptomer efter et standardiseret scoresystem, se bilag 3. Skemaet bruges blandt andet på H:S hospitalerne.

Behandlingens mål er, at abstinenssymptomerne fjernes, og at patienten falder til ro og sover. Dette skal helst nås inden for 12 timer, gerne før (9).

Behandlingen under indlæggelse vil også ofte være med benzodiazepiner, men i større doser, fx 100 mg indledningsvist og derefter efter scoresystem. Phenobarbital i store doser kan også bruges, specielt på psykiatriske afdelinger hvor man har stor erfaring med præparatet. Ofte vil man starte med 200 mg hver time til patienten sover. Phenobarbital har en øget bivirkningsprofil, et mindre terapeutisk vindue, og der findes ingen antidot.

### **Vitaminbehandling**

Vitaminer ordineres til alle patienterne som profylakse mod Wernicke-Korsakoff's syndrom. Indledningsvist gives 1 tablet tiamin 300 mg dagligt og B-combin Stærk, 1 tablet gange 3 dagligt i en måned. Ved denne behandling forebygges samtidig polyneuropati (8).

Desuden tilrådes patienten at drikke rigelig (alkoholfri) væske på grund af alkoholinduceret dehydrering. Hvis patienten er indlagt, gives ofte intravenøst væske, hvor glukose bør undgås. Hvis det er nødvendigt at infundere glucoseholdig væske, gives forinden 200-400 mg tiamin intravenøst.

### **Disulfirambehandling**

Aversiv behandling i form af disulfiram (Antabus®) har til formål at understøtte afholdenhed. Disulfiram har været et af de mest anvendte midler til behandling af alkoholafhængighed, specielt i de nordiske lande. Der findes imidlertid kun få undersøgelser, der dokumenterer et positivt resultat af denne behandling, og det gælder kun, hvis disulfirambehandlingen bliver overvåget (10). Behandlingen kan derfor ikke stå alene, men bør suppleres med psykosocial behandling efter den enkeltes og familiens behov, se kapitel 14. Disulfirambehandlingen kan øge antallet af alkoholfri dage i den første del af behandlingen og dermed bidrage til, at patienten er mere modtagelig for den psykosociale behandling. Det kan derfor anbefales, at man tilbyder patienterne disulfiram igennem de første 1-3 måneder af behandlingsforløbet.

Før behandlingen indledes bør formålet med disulfiram drøftes med patienten. Hvad er patientens erfaringer med disulfiram? har han nogensinde drukket på disulfiram og hvad kan disulfiram hjælpe ham

med? Det er vigtigt, at patienten er bevidst om, at ansvaret for at holde sig ædru er hans, og at disulfiram alene skal ses som et hjælpemiddel til at slippe for den indre dialog om at drikke eller lade være. Disulfiram kan på den måde frigøre energi, men kan hverken fjerne trang, lyst eller lejlighed til at drikke. Såfremt patienten har til hensigt at drikke, må der afstås fra denne behandling. Behandlingen bør administreres af professionelle eller patienten selv – ikke af pårørende (8).

Inden behandlingen startes, skal det sikres, at promillen er nul (ved udåndingstest med et alkometer). Patienten skal orienteres om, at der ved indtagelse af alkohol kan opstå en alkohol/antabus-reaktion, der viser sig ved rødme, hovedpine, takykardi, kvalme, opkastning, respirationsbesvær og blodtryksfald. Patienten skal også informeres om, at dette er en farlig belastningstilstand for kroppen og i værste fald kan medføre døden, og at en reaktion kan opstå op til 14 dage efter sidste dosis af disulfiram. Patienten skal også være opmærksom på at undgå føde-, drikke- og apotekvarer (fx cider, hostesaft og tonikum) og andet, der indeholder alkohol.

Kontraindikationer for disulfirambehandling er svær inkompenaseret hjertelidelse og manglende evne (fx demens) til at forstå behandlingens konsekvens. Graviditet og svær leverskade er relative kontraindikationer, hvor der samtidig skal ske en vurdering af risikoen ved, at patienten fortsætter med at drikke med føtale alkoholeffekter eller -syndrom, se kapitel 7 side 80, og øget ødelæggelse af levervævet til følge.

Den typiske behandling med disulfiram vil være 800 mg daglig i 2-3 dage og derefter 800-1600 mg ugentlig fordelt på 2 doser.

Bivirkningerne af disulfiram er træthed, diaré, dårlig ånde og svimmelhed. Det skyldes næppe disulfirambehandling alene, da det optræder ligeså hyppigt ved placebobehandling (11). Polyneuropati og beskadigelse af leverparenkym er sjældent, men kan forekomme ved langvarig behandling med store doser. Der tilrådes kontrol af leverprøver såsom ASAT eller ALAT ved opstart (se under kontraindikationer). Selvom levertallene udviser alkoholinduceret forhøjelse, kan behandling med disulfiram indledes, idet levertallene i så fald blot skal kontrolleres efter nogle måneder med henblik på normalisering under afholdenhed.

Mange lægemidler nedbrydes i leveren via det samme enzymesystem som disulfiram. Det medfører interaktion mellem disulfiram og andre lægemidler som warfarin, visse tricykliske antidepressiva, SSRI, fenytoin og adskillige benzodiazepiner. Derved bliver doseringen af de sidstnævnte lægemidler vanskelig. Virkningen af disulfiram forstærkes ved samtidig indtagelse af metronidazol (12).

### Afrusning – en sundhedsfaglig opgave

Det er en sundhedsfaglig opgave at observere og behandle patienter, der er forgiftede af alkohol og patienter med abstinenser. Disse mennesker skal have en anstændig observation og abstinensbehandling såvel som tilbud om opfølgning og behandling af alkoholproblemet.

### REFERENCER

- (1) Littleton J. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22: 13-24.
- (2) Erwin WE, Williams DB, Speir WA. Delirium tremens. *South Med J* 1998; 91: 425-32.
- (3) Swift RM. Pharmacological treatment of alcoholism: Clinical management. In: Miller NS (ed). *Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
- (4) Linnoila M, Mefford I, Nutt D et al. NIH conference. Alcohol withdrawal and noradrenergic function. *Ann Intern Med* 1987; 107: 875-89.
- (5) Smith AJ, Brent PJ, Henry DA et al. Plasma noradrenaline, platelet alpha-2-adrenoceptors, and functional scores during ethanol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res* 1990; 14: 497-502.
- (6) Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997; 278: 144-51.
- (7) Nielsen B, Jessen E, Petersen P. Akut behandling af ambulante alkoholmisbrugere. En klinisk vejledning. Fyns Amts Alkoholbehandlingscenter, 2003.
- (8) Lægeforeningens medicinfortegnelse 2002/2003. København: Lægeforeningens forlag, 2002.
- (9) Fælles instruks for behandling af abstinens (alkohol, medicin) og alkohol-intoksikation på Bispebjerg Hospital, 3-6-2002.
- (10) Behandling af alkohol- og narkotikaproblem – en evidensbaseret kunskapsammenstilling. SBU-rapport nr. 156. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2001.
- (11) Christensen JK, Ronsted P, Vaag UH. Side effects after disulfiram. Comparison of disulfiram and placebo in a double-blind multicentre study. *Acta psychiatr Scand* 1984; 69: 265-73.
- (12) Behandling af alkoholmisbrug. København: Institut for Rationel Farmakoterapi. Lægemiddelstyrelsen, oktober 2002.



## Indsats og rådgivning om sociale forhold

---

I KAPITLET gives en kort præsentation af de forskellige sociale problemer, patienter med et stort alkoholforbrug kan have, og hvordan personalet kan rådgive om disse forhold. Her indgår, hvordan der akut skal handles, hvis børn er ladt alene, eller forældrene på anden måde ikke er i stand til på forsvarlig vis at tage vare på dem.

---

### SOCIALE FORHOLD BØR AFDÆKKES

Undervejs i udviklingen af et alkoholproblem får mange patienter tiltagende sociale problemer. Erfaringer viser, at nogle patienter med begyndende sociale problemer kan være tilbøjelige til ikke at nævne dem, med mindre de bliver spurgt direkte. Dermed afskæres patienterne fra at modtage relevant støtte og rådgivning, før problemerne får alvorlige konsekvenser. Derfor er det vigtigt, at patienter, der drikker for meget, spørges ud om deres sociale forhold vedrørende børn, familie, arbejde, bolig, økonomi, eventuelle kriminelle forhold etc.

### RÅDGIVNING OM SOCIALE FORHOLD

Har en patient sociale problemer, bør en socialrådgiver inddrages så tidligt som muligt i patientens behandlingsforløb. Samtaler om sociale problemer kan være tidskrævende, problemstillingerne kan være komplekse, og rådgivning på området varetages mest kvalificeret af en socialrådgiver, der er uddannet til opgaven. I mange tilfælde vil det være hensigtsmæssigt at inddrage familie eller andre pårørende i rådgivningen om de sociale problemer.

Socialrådgiveren kan informere patienten om samfundets støttemuligheder både inden for aktiverings- og servicelov; områder som en del patienter ikke kender til. Serviceloven beskriver kommunernes ansvar i forhold til voksne med fysiske, psykiske eller særlige sociale problemer. Desuden indgår forebyggende foranstaltninger i forhold

til børn eller familierådgivning. Socialrådgiveren er desuden vant til at bygge bro mellem sygehuset og det omkringliggende samfund. Ud over den sociale sektor kan det dreje sig om samarbejde med Lænken, Blå Kors, forsorgshjem, amtskommunale institutioner, kriminalforsorg, skattemyndighed, banker, forsikringselskaber, varmemestre, beboerrådgivere og vigtige personer i patientens netværk.

På nogle sygehuse eller afdelinger er socialrådgiverbistand ikke tilgængelig, og de sociale opgaver må løses af sundhedspersonalet i et direkte samarbejde med patientens og familiens sagsbehandlere i Socialforvaltningen.

Ved akutte problemstillinger, der inddrager børn, skal alt sundhedspersonale kunne handle umiddelbart.

### **Akutte problemer omhandlende børn**

I situationer – hyppigst ved akut behandling eller indlæggelse – kan sundhedspersonalet blive opmærksom på børn, som er ladt alene, eller der på anden måde ikke bliver draget omsorg for på forsvarlig vis. I disse situationer har personalet skærpet pligt til at underrette de sociale myndigheder, se kapitel 13 side 154.

- ❖ Ved akutte problemstillinger vedrørende børn kan sundhedspersonalet på alle tider af døgnet få kontakt til kommunens sociale myndighed, som har et akut vagtberedskab.

I dagtimerne kontaktes socialforvaltningen direkte. Uden for almindelig arbejdstid oplyses telefonnummeret til socialudvalgets formand eller den fagperson i forvaltningen, som udvalget har overdraget opgaven. Man kan altid spørge vagthavende politi i det område, hvor patienten bor. I Københavns Kommune eksisterer et døgnåbent akut vagtberedskab “Den sociale døgnvagt”, som tager sig af disse problemer. Århus Kommune har “Socialvagten” som akut vagtberedskab fra kl. 16-24, og om natten kan telefonnummeret til vagten oplyses af politiet.

Sundhedspersonalets indsats i forbindelse med familiemæssige problemstillinger er omtalt i kapitel 3 side 42, 6 side 76, 7 side 79 og 13 side 151 .

### **Arbejde og beskæftigelse**

Problemer i relation til arbejde kan handle om trivsel, risiko for fyring eller arbejdsløshed. Nogle patienter er i forbindelse med en drikkepe-

riode udeblevet fra arbejde og kan have behov for støtte til at sygemelde sig for at undgå umiddelbar fyring. Rådgivning kan yderligere handle om, hvorvidt løsning af problemer i den eksisterende jobsituation, jobskift eller revalidering med henblik på en uddannelse kan være en realistisk vej videre. Patienten kan støttes til at etablere et møde på arbejdspladsen med en vejleder i arbejdsformidlingen eller hos en sagsbehandler i kommunen. Andre patienter har vanskeligheder ved at komme i beskæftigelse eller med at få etableret et meningsfuldt indhold i dagligdagen, når de holder op med at drikke. Aktiveringsloven giver her mulighed for delvis at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter en lang syge- eller arbejdsløshedsperiode. De fleste kommuner har forskellige typer af dagtilbud for førtids- og folkepensionister. I andre tilfælde er der mulighed for aktiviteter i private eller selvejende institutioner, som driver støttende humanitært arbejde.

### **Bolig**

Boligproblemer drejer sig ofte om en misligholdt eller manglende bolig, eller om risiko for at miste boligen af økonomiske grunde. Er patientens bolig i en forfatning, hvor der trænges til hovedrengøring, kan dette sættes i gang, mens patienten er indlagt. Er patienten boligløs kan løsningen være de botilbud, som mange kommuner har, eller i nødstilfælde en plads på pensionat eller forsorgshjem.

### **Økonomi**

Økonomiske problemer kan være i form af privat og offentlig gæld eller ubetalte regninger.

Patienten kan fx have brug for hjælp til at søge om at få udskudt betalinger. Dette kan være nødvendigt for at afbøde truende konsekvenser som fx lukning af vand eller varme. Rådgivning kan også handle om at få etableret realistiske afdragsordninger.

### **Kriminelle forhold**

Nogle patienter med alkoholproblemer har været eller er involveret i forskellige kriminelle forhold. Det kan fx dreje sig om promille- eller spirituskørsel, tyveri, salg af narkotiske stoffer eller vold. Patienterne kan stå foran afhøringer hos politiet, retsmøder, afvente dom eller afsoning af straf. En dom kan også bestå i bøde eller behandling med krav om fx kontrolleret disulfiramindtagelse eller anden forebyggende indsats.

Erfaringen viser, at disse psykisk belastende forhold ofte først kommer frem, når der spørges direkte til dem. Konsekvensen af, at disse forhold bliver fortiet, er, at der ikke tages højde for dem i de handleplaner, der på længere sigt aftales med patienten.

### **Planlægning på længere sigt**

Flere af de problemer, som afdækkes, kan ikke umiddelbart løses i den tid, patienten er i behandling; men det kan have stor værdi for ham, at problemer tydeliggøres, og han forholder sig til dem. Patienten kan sammen med socialrådgiveren lægge en handlingsplan og begynde med at få bestilt tid hos sagsbehandler eller andre, få hjælp af pårørende til at finde papirer frem og så videre.

### **FORMELLE REGLER**

Det er en forudsætning, at samarbejdet mellem sygehus og forvaltning sker i samråd med patienten og gerne de eventuelle pårørende. Hertil kommer de formelle krav, som reguleres i lov om patienters retsstilling og i forvaltningsloven. Sidstnævnte lov regulerer samarbejdet mellem forskellige myndigheder, og her skal der tages højde for, at patienten skal give sit skriftlige samtykke i forhold til den situation eller de foranstaltninger, som samarbejdet skal gælde. Dette samtykke har gyldighed i højst et år.

- ❖ Underretningspligten vedrørende alkoholproblemer hos gravide og i børnefamilier samt anden myndigheds krav på undersøgelse eller kontrol, er undtaget disse love.

# Ændringsprocesser

---

I DETTE KAPITEL beskrives

- ♦ det psykologiske arbejde patienter gennemgår, når de sætter forbruget af alkohol ned eller holder op med at drikke
  - ♦ hvordan sundhedspersonalet kan støtte patientens kompetence og motivation til at ændre
  - ♦ elementer der er virksomme ved kort intervention.
- 

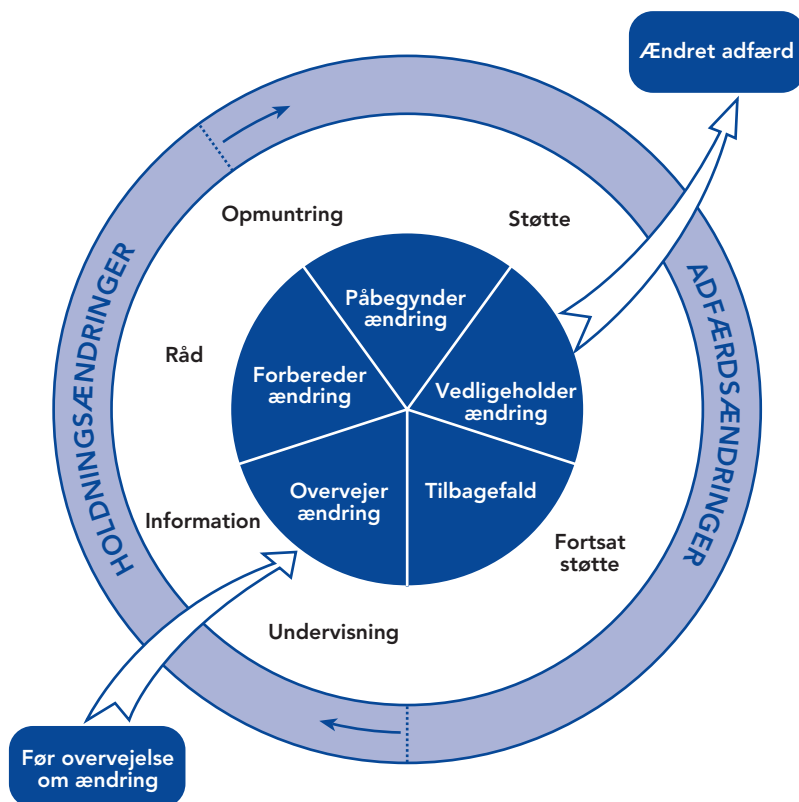
## TEORI OM ÆNDRINGSPROCESSER

For at kunne motivere en patient, må man forstå, hvad der står på spil, når adfærd og vaner skal ændres. Ændringer af adfærd og vaner er en proces, der kræver forståelse, hvis man som sundhedspersonale vil undgå følelsen af at løbe panden mod en mur. Med udgangspunkt i teorier om psykoterapi og adfærd og studier af mennesker, der på eget initiativ holdt op med at ryge, udviklede Prochaska og DiClemente i begyndelsen af 80'erne en teori om ændring af personlig adfærd. Teorien beskiver dels de stadier mennesker gennemgår, når de ændrer adfærd, og dels de psykologiske processer, de benytter sig af i ændringsforløbet. Modellen i figur 10.1 viser ændringsprocessens seks stadier med hver deres karakteristika: før-overvejesstadiet, overvejesstadiet, forberedelsesstadiet, påbegyndelsesstadiet, vedligeholdelsesstadiet og tilbagefaldsstadiet (1).

### Stadier i ændringsprocessen

Vejen til forandring af adfærd og vaner går gennem stadierne i en proces, som kan tage kortere eller længere tid. Studier af rygere har vist, at mange skulle igennem processen flere gange, før de permanent holdt op med at ryge (1). Det gælder formentlig ikke kun rygere, men også forandring af anden sundhedsadfærd (2). Ændring af alkoholvaner skal således forstås som en proces, sundhedspersonalet kan være med til at påvirke.

Figur 10.1  
Model for ændringsprocessen



Modellen viser stadierne i ændringsprocessen og de typer ændringer – fx holdningsændringer – der knytter sig til stadierne. Desuden vises den overordnede form for påvirkning som fx information, der understøtter ændringsprocessen. Efter Prochaska & DiClemente (1,2,3,4).

### Før-overvejeljesstadiet

Patienter, der slet ikke overvejer at ændre alkoholvaner, er “før-overvejere”. De trives med det alkoholforbrug, de har, og det er ikke vigtigt for dem at ændre det. Andre synes måske, at de drikker for meget, men det lader de sig ikke anfægte af. Forsøger man at overtale disse patienter til at skære ned, vil de afvise, at der er nogen grund til det. Andre “før-overvejere” har måske erkendt, at de drikker for meget, men har så lidt tro på, at de kan ændre deres alkoholvaner, at de slet ikke overvejer at forsøge. De har med andre ord opgivet tanken helt.

### ***Overvejel sesstadiet***

Patienter, der er knap så skråsikre, er i overvejel sesstadiet. De er ambivalente i forhold til deres alkoholforbrug. På den ene side vil de gerne reducere forbruget, på den anden side er de i tvivl om, hvorvidt de kan, hvis de forsøger. Måske drikker hele bekendtskabskredsen, og de er bange for at blive ensomme, måske er de bange for abstinenser, måske nyder de virkning eller smagen af alkohol så meget, at det et stykke hen af vejen opvejer de mindre gode sider af forbruget. Andre patienter på dette stadie kan være usikre på, hvorvidt de overhovedet drikker for meget. De overvejer det en gang imellem og er måske ikke i tvivl om, at de kan ændre deres forbrug, hvis de virkelig var overbeviste om, at deres forbrug er skadeligt. Forsøger man at overtale disse patienter, der enten er i tvivl om, de drikker for meget, eller om de kan nedsætte forbruget, vil de ofte svare: "Ja, det er rigtigt nok, hvad du siger, men..." hvorefter der følger en række argumenter mod, at det kan lade sig gøre eller overhovedet er nødvendigt.

### ***Forberedelsesstadiet***

Patienter, der er mere parate til at reducere alkoholforbruget, er på forberedelsesstadiet. De har truffet en beslutning om, at nu skal det være, og er i gang med at undersøge de muligheder, de har for at kunne gennemføre beslutningen. Disse patienter er lydhøre over for gode ideer til ting og handlinger, der kan gøre livet som afholdende eller med et mindre alkoholforbrug tåleligt. Patienter på forberedelsesstadiet har måske nok truffet en beslutning om, at alkoholvanerne skal ændres, men har endnu ikke truffet klare valg om, hvordan det skal ske. Forsøger man at presse én bestemt løsning eller metode ned over hovedet på disse patienter, kan det nemt få dem til at trække sig tilbage og eventuelt ændre deres beslutning.

### ***Påbegyndelsesstadiet***

Patienter, der netop har taget alkoholforbruget op til revision og har skåret drastisk ned, er på påbegyndelsesstadiet. De vil gerne støttes og bakkes op, de er måske allerede i behandling for alkoholproblemet, eller har på egen hånd sat forbruget ned. Måske søger disse patienter stadig efter gode råd til forskellige former for hjælpemidler, strategier eller støttemuligheder, de kan prøve eller supplere med.

### ***Vedligeholdelsesstadiet***

Patienter, der har været næsten afholdende en periode og ikke længere oplever, at dette er problematisk, er langsomt på vej ind i vedligehold-

delsesstadiet. De oplever ikke mere drikketrang og tænker kun sjældent på alkohol. Ændringen i alkoholvaner kræver således ikke mere så meget energi. Andre patienter på vedligeholdelsesstadiet tænker måske stadig meget på alkohol, oplever indimellem trang til at drikke og kæmper stadig med ikke at blive overvældet af denne trang. Nogle patienter på dette stadie drager nytte af såkaldte tilbagefaldsstrategier, det vil sige strategier, de kan benytte sig af, hvis de føler, der er risiko for, at de falder i og begynder at drikke igen.

### **Tilbagefaldsstadiet**

Patienter, der netop har fået et tilbagefald og efter en periode uden alkohol igen drikker for meget, er på tilbagefaldsstadiet. Dette stadie kan måske ikke direkte beskrives som identisk med det tidligere beskrevne “før-overvejesstadie”, men snarere som et sted mellem før-overvejes- og overvejesstadiet. Processen er startet forfra: Ikke helt, men næsten. For nogle patienter varer det kun kort tid, før de igen begynder at overveje ændringer; for andre kan det vare længere tid, alt efter hvor hurtigt alkoholforbruget vokser og skaber problemer for dem igen, og alt efter hvordan omgivelserne reagerer på det.

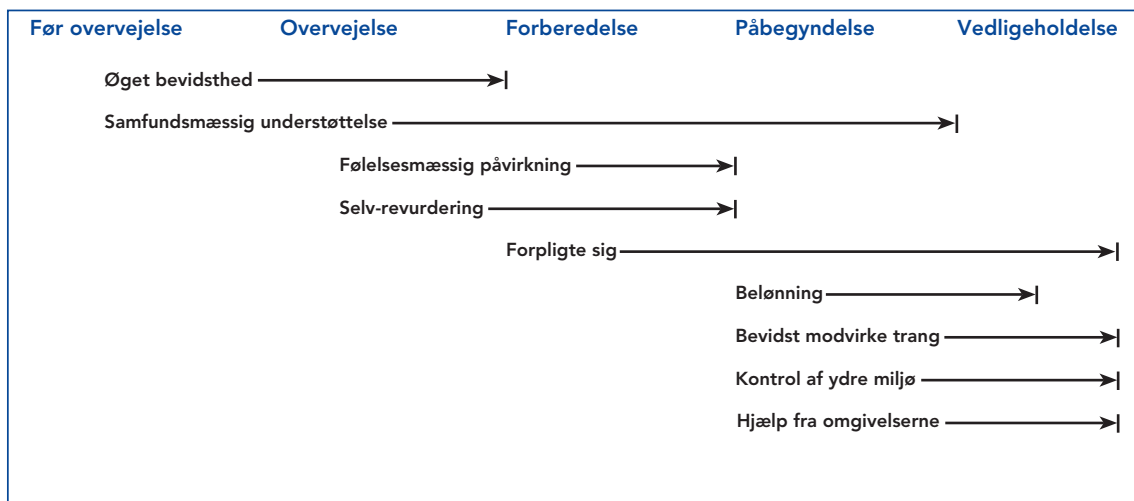
### **Processer i ændringsforløbet**

Når mennesker ændrer adfærd, benytter de sig af forskellige processer for at bevæge sig fra et stadie til det næste i ændringsprocessen, se figur 10.2.

- ❖ *Processer i ændringsforløb defineres som enhver aktivitet et menneske igangsætter som hjælp til at bearbejde egen tænkning, følelser eller adfærd (1,3).*

I de tidlige stadier benyttes følelses- og holdningsmæssige processer. I de senere stadier anvendes i højere grad handlingsorienterede processer (1,3,4). Jo flere kognitive og adfærdsmæssige processer, den enkelte benytter sig af i gennemførelsen af adfærdsændringen, jo større er sandsynligheden for, at ændringen fastholdes (4). I det følgende beskrives de enkelte processer.

**Figur 10.2**  
**Stadier og processer i et ændringsforløb**



Modellen viser de forskellige processer den enkelte patient benytter sig af i de forskellige stadier i ændringsprocessen (3).

Sundhedspersonalet kan medvirke til at katalysere patientens ændringsproces ved i forebyggelsessamtalen at understøtte processerne i det stadie, som den enkelte befinder sig i.

### **Øget bevidsthed**

*Processen hvor den, der drikker for meget, bliver bevidst om forholdet mellem sit forbrug af alkohol og konsekvenser for helbredet eller andre områder af livet. Patientens erfaringer vedrørende egen eller andres alkoholrelaterede sygdom kan føre til større bevidsthed. Øget viden om fordele for helbredet, familien eller sociale forhold samt muligheder for hjælp til ændring af alkoholforbruget kan også skabe øget bevidsthed.*

### **Samfundsmæssig understøttelse**

*Processen hvor den, der drikker for meget, bevidst eller ubevidst udnytter de samfundsmæssige alternativer til at drikke alkohol. Fx kan alkoholfrie miljøer på sygehus, arbejdspladser, sportsklubber eller andre steder støtte patienten til at drikke mindre eller helt at undlade at drikke. Patienten kan også ved sammenkomster benytte sig af, at der bliver serveret alkoholfri drikkevarer.*

### **Følelsesmæssig påvirkning**

*Processen hvor den, der drikker for meget, bliver følelsesmæssigt påvirket, og opmærksomheden dermed bliver vakt. Bekymring for, at patienten selv eller nære pårørende bliver alvorligt syge som følge af et stort alkoholforbrug, kan udløse en følelsesmæssige påvirkning, der bringer patienten videre i ændringsprocessen. En følelsesmæssig påvirkning kan også opstå efter episoder, hvor alkoholforbruget har fået konsekvenser for patienten eller for andre (fx pinlig optræden til en fest, en ulykke, brud på aftaler eller spirituskørsel).*

### **Selv-revurdering**

*Processen hvor den, der drikker for meget, tanke- og følelsesmæssigt re- vurderer fordele og ulemper ved både at fortsætte uændret med alkoholforbruget eller at reducere det eller holde op med at drikke. Processen hjælper patienten til at blive bevidst om konflikten mellem konsekvenserne af at drikke for meget alkohol og personlige ønsker om et godt helbred og et liv, hvor patienten trives med sig selv og familien.*

### **Forpligte sig**

*Processen hvor den, der drikker for meget, accepterer eget ansvar for at ændre alkoholforbruget og forpligter sig over for sig selv til at gennemføre det.*

### **Belønning**

*Processen hvor den, der drikker for meget, benytter belønning til at gennemføre og fastholde det ændrede alkoholforbrug. Belønning kan være i form af anerkendelse, gaver eller opsparing af penge og kan komme fra patienten selv og fra andre.*

### **Bevidst modvirke trang**

*Processen hvor den, der drikker for meget, benytter velegnede strategier til at håndtere situationer, hvor der opstår trang, lyst eller lejlighed til at genoptage det tidligere drikkemønster. Situationer med trang til at drikke tackler patienten på en alternativ måde fx ved at løbe en tur, læse en bog eller tale med én patienten har tillid til og som forstår, hvor svært det føles, når drikketrangen melder sig. Situationer med følelsesmæssigt pres som fx konflikt eller stress udløser drikketrang for mange patienter, og der skal arbejdes med at tackle dem på nye måder.*

### **Kontrol af ydre miljø**

*Processen hvor den, der drikker for meget, mindsker de påvirkninger i det*

ydre miljø, som fremkalder trang eller lyst til at drikke. Fx fjerner patienten alkohol fra hjemmet og prioriterer aktiviteter og samvær med andre, hvor alkohol spiller en mindre rolle.

### **Hjælp fra omgivelserne**

Processen hvor den, der drikker for meget, søger hjælp til at nedsætte forbruget eller holde op med at drikke fra familie, venner, kolleger, selvhjælpsgrupper eller professionel behandling. Anmodning om hjælp hos familie og venner i forbindelse med at ændre alkoholvaner kan være i form af, at patienten udtrykker behov for forståelse og støtte. Patienten kan også udtrykke ønsker til samværsform, herunder om og hvordan alkohol skal indgå.

## **FAKTORER AF BETYDNING FOR ÆNDRINGSPROCESSEN**

### **Vigtighed, kompetence og parathed**

Der er især to faktorer, der har betydning for, hvornår mennesker er parate til at træffe en beslutning om forandring. Den ene faktor er oplevelsen af, hvorvidt forandringen er *vigtig*; den anden oplevelsen af, hvorvidt forandringen er *mulig* (5,6,7).

Sundhedspersonalet bør undersøge, hvordan patienten forholder sig til disse faktorer. Hvis en ændring af alkoholvaner ikke forekommer patienten at være vigtig, vil det næppe have en effekt at tale med sundhedspersonalet om hjælp til at skære ned. Det samme gælder, hvis sundhedspersonale udelukkende fokuserer på, hvor vigtigt det er at skære ned på alkoholforbruget, hvis patienten ikke tror, det er muligt. I værste fald ender en sådan samtale med, at patienten fortrænger det, der bliver sagt, fordi al den viden om risikoen ved et stort alkoholforbrug er ubærlig, når det ikke er til at overskue, hvordan man holder op med at drikke.

I det første eksempel tvivler patienten ikke på sin kompetence, og derfor handler det om at forstærke patientens oplevelse af, at det kan være vigtigt at ændre alkoholvaner. I det andet eksempel er patienten klar over vigtigheden, hvorfor det handler om at forstærke patientens kompetence i forhold til ændringen. I praksis møder sundhedspersonalet ofte en kombination af de to faktorer.

Ud over vigtighed og kompetence er der en tredje faktor på spil i forbindelse med ændringsprocessen; nemlig parathed. Vigtighed og kompetence har betydning for parathed, men omvendt er det ikke altid

sådan, at patienten er parat til at ændre alkoholvaner, selvom han både synes, det er vigtigt, og tror han kan gennemføre det. Parathed hænger også sammen med forberedelsestid og timing.

### **Personalets rolle**

Ændringsprocessen beskriver, hvad der sker med mennesker på vej mod at ændre adfærd – fra ikke at have tænkt tanken, over overvejelse til beslutning, efterfølgende forberedelse, handling og fastholdelse, se figur 10.1. Hvis fokus vendes mod, hvordan sundhedspersonalet kan hjælpe patienterne i denne proces, er modellens anvendelighed slående: Patienter har forskellige behov, alt efter hvor parate de er til at ændre deres alkoholvaner, og alt efter i hvilket stadie i ændringsprocessen de befinder sig. Derfor har de også brug for forskellige former for hjælp. Modellen kan fungere som en guide til sundhedspersonalet: hvis en patient fx slet ikke har overvejet at ændre alkoholvaner, vil det formentlig ikke have nogen effekt at tale om, hvordan patienten kan gennemføre sådanne ændringer. Måske ville det endog skabe modstand hos patienten.

Som beskrevet ovenfor varierer patienternes behov. Sundhedspersonalet kan anvende modellen for ændringsprocesser som en hjælp til at målrette indsatsen i relation til den enkelte patient, se kapitel 12 (7).

## **MOTIVATION**

### **At tænke i proces-baner**

Der er desværre ofte en tendens til, at sundhedspersonale opfatter motivation som noget statisk. Hvis en patient slet ikke overvejer at ændre alkoholvaner, kommenterer sundhedspersonalet ofte slet ikke drikkeriet, for “patienten er jo ikke motiveret, så det nytter ikke noget”.

En undersøgelse af praktiserende lægers intervention i relation til rygning har imidlertid vist, at netop de patienter, som lægen til dagligt klassificerer som “umotiverede”, netop er de patienter, der er mest påvirkelige af en samtale om at ændre vaner (8). Selvom undersøgelsen drejede sig om rygning og almen praksis, er der ingen grund til at tro, at det samme ikke gør sig gældende for intervention i forhold til alkoholvaner, der foretages af sygehuspersonale.

Der er altså god grund til at tale livsstilsændringer med en patient. Formentlig holder patienten ikke op med at drikke, fordi sundhedspersonalet taler med ham om det en enkelt gang. Men eftersom for-

ændring af vaner ikke er en handling, men en proces, kan sundhedspersonalet puffe blidt til patienten og øge sandsynligheden for, at han kommer lidt videre i processen. Dette kan måske afkorte tiden på de første trin i forhold til, hvad han ellers ville have brugt.

En samtale kan være det, der bringer en patient, der drikker for meget, fra aldrig at have overvejet at skære ned til at spekulere over, om der er fordele ved at ændre alkoholvaner, og om det – på et eller andet tidspunkt – er en mulighed, han kunne vælge; fra før-overvejelsesstadiet til overvejelsesstadiet.

Fra overvejelsesstadiet kan der være langt til, at patienten træffer en beslutning på egen hånd, endog meget langt. Nogle patienter kan sidde længerevarende fast i overvejelsesstadiet. Det er ikke en rar position at være i, og her kan sundhedspersonalet på sygehuse hjælpe patienten med at øge paratheden til at træffe en beslutning.

### **Hjælp til at træffe en beslutning**

Spørgsmålet er ikke “hvordan kan det være, at denne patient ikke er motiveret?”, men snarere “hvad er denne patient motiveret for?” (2). Ved at fokusere på hvad patienten rent faktisk ønsker, vises konteksten for forandringerne. Sundhedspersonalet kender ikke de omkostninger og fordele, patienten oplever i sit liv, eller den relative vigtighed, patienten knytter til fx sit alkoholforbrug. Indimellem sker ændring af sundhedsadfærd ikke, før patienten oplever, at forandringer er relevante for at få eller beholde det, der er virkelig *vigtigt* for dem – fx et godt helbred, en velfungerende familie, arbejdet eller hvad der måtte være af værdier for den enkelte. At undersøge og forsøge at forstå patientens overvejelser er et vigtigt første skridt i retning mod forandring.

Når det gælder ændring af alkoholvaner er det også vigtigt at undersøge, hvad patienten oplever og forventer vil blive udfaldet af de forskellige muligheder: Hvad vil der ske, hvis alkoholvanerne ikke ændres? Hvad vil der ske, hvis de gør? Mennesker har forskellige forventninger, og disse forventninger kan have stor betydning for, hvorvidt der sker en ændring af vanerne eller ej.

### **Hvad er motivation?**

Sundhedspersonale vil ofte bedømme hvorvidt en patient er “motiveret” eller “umotiveret” ud fra en vifte af handlinger, fx at patienten:

- ♦ er enig/uenig med sundhedspersonalet

- ♦ accepterer/ikke acceptere sundhedspersonalets diagnose (fx at patienten drikker for meget)
- ♦ udtrykker/ikke udtrykker ønske om hjælp eller støtte til at ændre alkoholvaner
- ♦ virker ulykkelig over/upåvirket af sin nuværende situation
- ♦ følger/ikke følger sundhedspersonalets råd.

Med andre ord kaldes enighed med sundhedspersonalet “patientens selvindsigt”, mens uenighed klassificeres som “patientens modstand” (9). Pointen er, at patientens motivation ofte bedømmes ud fra, hvad han *siger*.

Imidlertid er den bedste prædikator for, om en patient i længden ændrer adfærd, hvorvidt han *handler, følger en plan eller på anden måde gør noget*. De, der fx tager en ordineret medicin, har større sandsynlighed for at blive helbredt end de, der ikke gør – også selvom “medicinen” er placebo (10). At følge anbefalinger er associeret med effekt.

Dette antyder en mere pragmatisk forståelse af begrebet motivation. Hvis et nøgleaspekt af motivation er compliance (hvorvidt man handler og følger anbefalingerne), kan motivation betragtes som en *sandsynlighed for en bestemt adfærd*. Dette er på mange måder et mere praktisk og optimistisk syn på motivation end at se det som et aspekt af personligheden eller et rent indre anliggende for patienten.

Med dette pragmatiske udgangspunkt kan motivation defineres som “sandsynligheden for, at patienten vil indgå i, fortsætte og forpligte sig på en ændring af en specifik adfærd”. Set fra dette synspunkt kan patienten meget vel være motiveret til at deltage i én form for behandling, men ikke i en anden; løse ét problem, men ikke et andet etc. Måske er “behandling af alkoholproblemer” uacceptabelt for ham, mens patienten samtidig er motiveret for at føre dagbog over, hvor meget han drikker og selv skære ned på de overflødige genstande.

Motivation er altså ikke noget der bor i patienten, men er bundet til en kontekst. Med denne definition af motivation flyttes vægten fra det passive adjektiv *motiveret* til det aktive verbum *motivere*: øge sandsynligheden for at patienten vil følge en anbefalet ændring af alkoholvaner.

## ELEMENTERNE I ÆNDRINGSFOKUSERET RÅDGIVNING

Tilbage står nu de praktiske spørgsmål, nemlig hvilke strategier sundhedspersonalet kan benytte med henblik på at øge patientens motivation i den korte intervention, som samtaler på et sygehus ofte er.

Der findes i dag en stor mængde forskningslitteratur om hvilke teknikker, der motiverer mennesker til at ændre adfærd og at søge behandling fx for et stort forbrug af alkohol (9). Her fokuseres især på elementerne (11):

- ♦ Tilbage melding om personlig risiko ved alkoholforbruget
- ♦ Empatisk holdning og stil
- ♦ Råd om forandring
- ♦ Ansvar for forandring ligger hos patienten
- ♦ Positive mestringsforventninger
- ♦ Individuelt tilpassede fremgangsmåder og mål.

### Tilbage melding om personlig risiko ved alkoholforbruget

Mennesker tager ikke nødvendigvis hensyn til de risici, de ved, er forbundet med at drikke for meget. Almen viden om risici påvirker kun sjældent alkoholvaner direkte. Hvis sundhedspersonalet derimod formår at gøre denne viden *relevant* for den enkelte patient, det vil sige, hvis man giver en tilbage melding om patientens *personlige* risici ved det aktuelle forbrug, øges sandsynligheden for en adfærdsændring. Effekten er vist i en undersøgelse, hvor der blev taget blodprøver af et stort antal mænd. Deltagere med forhøjede levertal, blev indkaldt til en kort samtale, da dette tydede på at mændene havde et alkoholforbrug, der var så stort, at det indebar en risiko for leverskader. Mændene fik en tydelig tilbage melding om denne risiko, og mange ændrede efterfølgende alkoholvaner. Effekten af den *personlige tilbage melding* kunne måles mange år efter (12).

### Empatisk holdning og stil

Inden for alkoholforskningen har det i mange år været kendt, at personalets holdning og samtalestil har betydning for udfaldet af en intervention. Rådgivende samtaler og livsstilssamtaler på sygehuse er ingen undtagelse. Tilbage meldinger, som omtalt ovenfor, kan gives på flere måder. Gives tilbage meldingerne i en konfronterende og belærende tone, er de kun i ringe grad virkningsfulde og kan endda virke direkte imod hensigten (13). Empati er derfor et centralt element i en samtale om at ændre alkoholvaner. Målet for intervention er, at patienten skal tage informationen til sig, gøre den gyldig og lade den få

betydning for den fremtidige adfærd (11). Information om risici ved ens livsstil kan give anledning til bekymringer og i det hele taget være svær at se i øjnene. Oplever patienten, at informationen gives på en fordømmende, afvisende eller manipulerende måde, vil han ofte enten lukke af for den eller benægte, at han overhovedet drikker for meget og derfor næppe ændre adfærd. Formår sundhedspersonalet derimod at være empatiske, udstråle imødekommenhed og tro på, at patienten er et ansvarligt, troværdigt og godt menneske, selvom han drikker mere end han burde, vil patienten i langt højere grad få tillid til, at han kan lytte til informationen og drøfte de muligheder, han har for eventuelt at ændre vaner, uden det går ud over hans personlige integritet.

### **Råd om forandring**

Et tredje element er, at patienten får et råd om at ændre alkoholvaner, når der er saglige grunde til det (11). Patienter forventer ofte at få et råd fra eksperter eller autoriteter, men igen har måden, rådet gives på, betydning. Råd, som formidles med empati i en fælles forståelse, kan have stor betydning for patienten. For at skabe en sådan fælles forståelse, er det ofte en god ide, at rådgiveren beder om lov til at give rådet. Har patienten givet sit samtykke, mindskes sandsynligheden for, at rådet skaber modstand (11). Direkte råd på tidspunkter, hvor patienten ikke er parat til at lytte, kan derimod øge sandsynligheden for, at rådgiveren møder modstand hos patienten.

### **Ansvaret for forandring ligger hos patienten**

Sundhedspersonalet kan give konkrete råd om ændring af alkoholvaner, men ansvaret for forandringen ligger hos patienten selv. Ligegyldigt i hvor høj grad sundhedspersonalet ønsker, at en patient holder op med at drikke eller skærer ned på sit forbrug, er ansvaret for at det sker, patientens eget. Ansvarliggørelsen skal ikke være moraliserende og antyde, at patienten er et dårligt menneske, hvis han ikke ændrer alkoholvaner. Der bør være tale om en respektfuld placering af ansvaret, hvor personalet gør patienten opmærksom på, at han selv må vurdere, hvilke konsekvenser, informationen skal have for ham, og på hvilken måde han vil gennemføre eventuelle ændringer.

### **Positive mestringsforventninger**

En forudsætning for at ændre alkoholvaner er, at patienten både ønsker ændringen og ser sig i stand til at gennemføre den. Han må med andre ord tro på sin egen evne til at gennemføre den. En sådan tro er

en forudsætning for, at patienten overhovedet forsøger at ændre sine alkoholvaner. En måde at styrke patientens mestringsforventninger kan være at hjælpe ham til at finde eksempler på succesfulde ændringer fra sit tidligere liv: Hvad har været hjælpsomt, når du har gennemført ændringer af den ene eller andet art? Hvordan har du før løst lignende problemer? En anden hjælp til at øge mestringsforventninger kan være at tilbyde muligheder eller metoder, som andre patienter med held har benyttet. Det skal selvfølgelig være muligheder og metoder, som patienten kan identificere sig med.

### **Individuelt tilpassede fremgangsmåder og mål**

Præcis som det er tilfældet for ændringer af andre former for sundhedsadfærd (kost, motion, rygning, seksualvaner etc.), er det let at blive dogmatisk, når det gælder ændring af alkoholvaner. Den almen-gyldige løsning på, hvordan et stort alkoholforbrug bør tackles, har gennem tiderne taget mange former. Når det gælder rådgivning og behandling, har man ikke kunnet påvise én enkelt måde, der er andre måder overlegne. På de fleste menneskelige problemer findes der ikke almengyldige løsninger. Hvad er så den rigtige løsning på et alkoholproblem? Det lader sig ikke besvare enkelt og kategorisk. Ligesom et stort alkoholforbrug kan udvikles på mange måder, er der også mange måder at komme ud af det på igen. Patienten kan drage nytte af, at der præsenteres flere alternative løsninger at vælge imellem. Hvis patienten kun præsenteres for én mulighed (fx at føre dagbog over forbruget, når det skal sættes ned), vil det let aktivere psykologisk modstand med risiko for, at han modsætter sig forslaget. Mennesker forpligter sig mere og investerer mere, hvis de arbejder med en løsningsmulighed, de selv har valgt, end hvis der er tale om en løsning, en rådgiver har pålagt dem (11). I relation til behandling kan der fx være tale om valg mellem individuel terapi eller gruppeterapi, og om den skal foregå i offentligt eller privat regi.

### **REFERENCER**

- (1) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5.
- (2) Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2002.
- (3) Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon Books, 1994.
- (4) Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-35.

- (5) Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 191-203.
- (6) Rollnick S. Readiness, importance and confidence: critical conditions of change in treatment. In: Miller WR, Heather N (ed). *Treating Addictive Behaviours*. New York: Plenum, 1998.
- (7) Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behaviour change: a guide to practitioners*. Churchill Livingstone, 1999.
- (8) Butler C, Rollnick S, Cohen D et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 611-6.
- (9) Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. 1. ed. New York: Guilford Press, 1991.
- (10) Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. 3. ed. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1993.
- (11) Barth T, Børtveit T, Prescott P. *Endringsfokusetert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
- (12) Kristenson H. Detecting and intervening with alcoholics in primary health care settings (PHCS). In: Løberg T, Miller WR, Nathan P et al. (ed). *Addictive behaviours. Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989.
- (13) Miller WR, Sovereign RG. The check-up: A model for early intervention in addictive behaviours. In: Løberg T, Miller WR, Nathan P et al. (ed). *Addictive behaviours. Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989.

## At tale om alkoholvaner

---

I DETTE KAPITEL beskrives redskaber og spørgsmålstyper, som sundhedspersonalet kan benytte i dialogen med patienten om ændring af alkoholvaner. I dette indgår, hvordan personalet kan undgå faldgruber og dermed at aktivere modstand hos patienten.

---

En samtale om ændring af alkoholvaner er baseret på mødet mellem to eksperter. Sundhedspersonalet har, eller kan skaffe, fagspecifik viden om alkoholforbrugets konsekvenser for diverse lidelser, for helbredet og livet i almindelighed, om behandlingsformer og -tilbud og generelt om alkoholproblematik og ændringsprocesser. Patienten derimod har viden om eget alkoholforbrug, egen dagligdag, familie og liv, mulighederne inden for disse rammer, og derudover om erfaringer med ændringer af adfærd.

Samtalen stiller krav til sundhedspersonalet om:

- ♦ forståelse for patientens arbejde med en eventuel ændring af alkoholvanerne
- ♦ at udvise respekt og empati over for patienten
- ♦ kendskab til den professionelle samtale om ændring af vaner og livsstil.

Formålet med samtalen er at koordinere de to eksperters viden. Samtalen er det instrument, der hjælper med at undersøge patientens ønsker til fremtiden ved at kortlægge:

- ♦ hvordan patienten har det med sit alkoholforbrug
- ♦ hvilken viden patienten har om alkoholforbrugets betydning for hans sygdom, behandling og helbred
- ♦ hvilken erfaring patienten har fra forsøg på at skære ned på alkoholforbruget eller være helt afholdende, og om der foreligger et ønske om at ændre alkoholvaner for øjeblikket eller i fremtiden.

Med udgangspunkt i modellen om ændringsprocessen (se figur 10.1, side 110), følger herefter nogle konkrete forslag til, hvordan samtalen kan gribes an, så patienten understøttes i at træffe kvalificerede valg af

mål og metoder i forhold til at ændre alkoholvaner. Forslagene vil tage afsæt i de elementer, der bør være tilstede ved ændringsfokuseret rådgivning: Tilbage melding om personlig risiko ved alkoholforbruget, empatisk holdning og stil, råd om forandring, ansvaret for forandring ligger hos patienten, positive mestringsforventninger og individuelt tilpassede fremgangsmåder og mål (1), se kapitel 10 side 119.

### **Sådan tager man emnet op**

*“Her forleden sagde jeg til en patient, at han skulle gøre noget ved sit alkoholproblem. Han svarede bare surt, at han da ikke havde noget problem! Og det er jo typisk det, de, der drikker for meget, gør: de benægter bare alt. Det er håbløst at diskutere med dem.”*

Som sundhedspersonale kan man til tider opleve, at det er håbløst at drøfte alkoholvaner med en patient, men konfrontation er aldrig en god måde at tage alkohol op på. Det betyder ikke, at man ikke kan tale om alkohol med sine patienter. De fleste synes imidlertid, at det er ubehageligt at blive mødt med fordømmelse, og den umiddelbare reaktion vil derfor være en afvisning. Man kan i stedet spørge på mange andre måder, der ikke aktiverer modstand hos patienten (2), fx efter at have hørt på beskrivelsen af patientens symptomer:

*“Hvordan passer alkohol ind i det her?”*

*“Når man har det som du, kan man sørme godt have brug for noget at slappe af på. Hvad bruger du? Alkohol? Medicin? Lange traveture?”*

*“Nogle af de symptomer, du beskriver, kan indimellem hænge sammen med det, man drikker. Må jeg stille dig et par spørgsmål om alkohol?”*

*“Jeg kunne godt tænke mig at vide lidt mere om, hvordan din typiske dag ser ud. Fortæl mig om den og især, hvad du spiser og drikker, og på hvilke tidspunkter, du gør det.”*

### **Men patienten fortæller ikke, hvad han drikker...**

Det er en udbredt myte både i befolkningen og blandt sundhedspersonale, at de, der drikker for meget, altid vil benægte det. Der er imidlertid ikke belæg for denne myte. Benægtelse og underdrivelse – som gennem tiderne fejlagtigt er blevet anset for at være et særligt karakteristika blandt dem, der drikker for meget – skyldes derimod noget

helt alment, som de allerfleste mennesker kender fra sig selv. Det kan være svært at holde fast i, at man er et voksent, ansvarligt og bevidst menneske, hvis man har en adfærd, som man dybest set ikke burde have. Skammen kan gøre, at det er svært at stå ved en sådan adfærd, hvad enten det drejer sig som at spise for meget eller forkert, at ryge, at motionere for lidt eller ikke at give sig tid til sine børn. Det kræver stor tillid og en forventning om forståelse, at fortælle åbent om det. Dette gælder også patienten, der drikker for meget. Patienten er måske endog gennem længere tid blevet bebrejdet fra flere sider, at han ikke skærer ned på sit forbrug. Hvis han ikke føler, at han magter dette lige nu, eller hvis han reelt ikke tror på, at det er nødvendigt, så kan det være nærliggende at underdrive, når sundhedspersonalet spørger. Han orker måske ikke, har ikke lyst til eller kan ikke bære at blive mødt med, hvad han forventer, vil være flere bebrejdelser eller fordommelser.

Sundhedspersonalets attitude har indflydelse på, hvor meget patienten “benægter” eller “underdriver”. Det kan illustreres ved følgende to eksempler på, hvordan en samtale kan udvikle sig:

Eksempel 1:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvor meget vil du tro, at du drikker om dagen?”*

**Patienten:**

*“... øh, det ved jeg såmænd ikke rigtig ...”*

**Sundhedspersonalet (presser lidt, mens hun ser alvorligt på patienten):**

*“Jamen, hvad vil du tro? Drikker du 3 øl dagligt eller kommer du helt op på 10?”*

**Patienten (kigger lidt væk):**

*“... årh, det kan måske nok endda ikke helt gøre det. Jeg kommer nok lidt op over 10. Tolv, måske.” (Kigger op på sygeplejersken for at se hendes ansigtsudtryk)*

Eksempel 2:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvor meget vil du tro, at du drikker om dagen?”*

**Patienten:**

*"... øh, det ved jeg såmænd ikke rigtig ..."*

**Sundhedspersonalet (smiler venligt til patienten):**

*"Jamen, hvad vil du skyde på? Drikker du tre øl eller tre kasser øl dagligt?"*

**Patienten:**

*"Nej, nej, da. Jeg kan slet ikke drikke 3 kasser øl i løbet af en dag ... Jeg vil skyde på, at jeg drikker omkring 20-25 øl dagligt."*

Som sundhedspersonale skal man signalere, at man ikke kan rystes, og at man altid har hørt det, der er værre. Man skal have en accepterende og empatisk holdning og attitude. Hvis man vil komme med eksempler eller forslag, kan det således være hensigtsmæssigt at anvende meget "vide rammer", så man er sikker på, at patienten befinder sig *under* den øvre grænse for, hvad der foreslås. Det øger sandsynligheden for, at patienten føler sig tryk nok til at svare sandfærdigt. Med så vide rammer signaleres samtidig, at patienten ikke er *helt* så afvigende i sin adfærd, som han kan føle sig. I hvert fald ikke mere afvigende, end sundhedspersonalet har hørt det, der var langt værre. Derved signalerer man også, at der er håb forude.

**Sådan bygger man samtalen op – et eksempel**

Efter at have erfaret, at patienten drikker mere, end godt er, kan næste trin være at få en fornemmelse af, hvor vigtigt det er for patienten at ændre på alkoholvanerne – og i hvor høj grad, han tror, han kan, se kapitel 10 side 115. Denne fornemmelse kan man få ved at stille to spørgsmål (3), der danner en god grobund for samtalen.

Det ene handler om, hvor parat patienten er til at ændre adfærd:

**Sundhedspersonalet:**

*"På en skala fra et til ti, hvor ét svarer til, at det slet ikke er vigtigt, og ti svarer til, at det er meget vigtigt; hvor vigtigt er det da lige nu for dig at skære ned på/ophøre med dit alkoholforbrug?"*

Det andet handler om i hvor høj grad, patienten tror sig i stand til at ændre adfærd:

**Sundhedspersonalet:**

*"Hvis du nu valgte at forsøge på det, i hvor høj grad tror du så, at du faktisk er i stand til at skære ned på/ophøre med dit alkoholforbrug? Igen på en skala fra et til ti hvor ét svarer til, at du slet*

*ikke tror, at du kan, og ti svarer til, at du er fuldstændig overbevist om, at det kan du godt, hvilket tal vil du så give dig selv lige nu?"*

Efter disse spørgsmål kan sundhedspersonalet stille yderligere et par spørgsmål, som bør ligge inden for én af følgende to typologier, der begge lægger op til at øge patientens motivation for forandring (3). Den første type består i at spørge til, hvorfor patienten valgte så højt et tal, som han gjorde (ikke hvorfor han valgte lavt).

**Sundhedspersonalet:**

*"Hvad er grunden til, at du gav dig selv tallet 6 og ikke 1?"*

Spørgsmål af denne type leder naturligt til, at patienten formulerer grunde til forandring, fx:

**Patient:**

*"Jeg svarede 6, fordi mit helbred ikke kan holde til, at jeg fortsætter med at drikke så meget"*

eller hvis det handler om troen på, at man faktisk er i stand til at ændre adfærd, fx:

**Patient:**

*"Jeg svarede 6 og ikke 1, fordi jeg ved, at jeg ville kunne få støtte fra min kone, og det ville være en stor hjælp"*

Man lægger altså op til, at patienten kommer til at høre sig selv sige, at der er gode grunde til, at han bør lægge sine vaner om. Fra motivationspsykologien er det alment kendt, at man altid er mere tilbøjelig til at lade sig overbevise af det, man hører sig selv sige.

Den anden type spørgsmål, som naturligt kan følge de to åbnings-spørgsmål, er spørgsmål til patienten om, hvad der kræves for at vælge et højere tal.

**Sundhedspersonalet:**

*"Hvad skal der til, for at hæve vigtigheden af at ændre alkoholvaner fra 5 til 9?"*

Eller:

**Sundhedspersonalet:**

*"Hvad skal der til, for at din tro på, at du er i stand til at sænke dit forbrug, øges fra 3 til 8?"*

Eller atter et nyttigt spørgsmål i forhold til det senere samarbejde med patienten:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvad kan jeg gøre for at hjælpe dig med at komme fra 3 til 8”*

Disse spørgsmål giver hurtigt og effektivt sundhedspersonalet mulighed for at forstå både patientens oplevelse af, hvor vigtigt det er at ændre sit forbrug, og i hvor høj grad han oplever at være i stand til at gennemføre ændringen.

Sundhedspersonalet får indblik i patientens særlige situation og dermed mulighed for at tilbyde sin hjælp til netop det, patienten oplever at have brug for. Der er derudover erfaring for, at spørgsmålene i sig selv leder til eftertanke hos patienterne, som ofte aldrig før har tænkt over disse ting.

Det tager kun få minutter at stille disse spørgsmål. Når sundhedspersonalet har lyttet til patientens svar, kan hun foreslå, at de sammen undersøger patientens alkoholforbrug og eventuelle gener ved det, og hvilke muligheder for forandring, der passer til patienten og familien.

Ønsker patienten *ikke* at drøfte sit alkoholforbrug yderligere, og er han ikke interesseret i at vende tilbage for en mere uddybende snak, vil det være hensigtsmæssigt blot at råde ham til at skære ned. Der er empirisk belæg for, at et godt råd er bedre end ingenting, også selvom gode råd om livsstilsvaner ikke bliver fulgt i så høj grad, som man kunne ønske (3). Når det gælder mennersker med et stort forbrug af alkohol, har et godt råd om at skære ned på forbruget eller holde op med at drikke en effekt, både på lang og på kort sigt (4,5). Afsluttes interventionen over for patienten på dette tidspunkt, kan man fx sige:

**Sundhedspersonalet:**

*“Jeg kan høre, at du ikke synes, dit alkoholforbrug er af betydning. Jeg vil dog alligevel anbefale dig at skære ned på det. Det ville være en god ide både i forhold til dit helbred og formentlig også de problemer, du beskriver på arbejdet. Og som sagt, hvis du har lyst til at tale yderligere om det, er du velkommen til at kontakte mig.”*

**Patienten vil gerne tale videre**

Med udgangspunkt i elementerne præsenteret ovenfor, kan dagsordenen for den professionelle samtale se således ud (1,2,6):

### 1. **Begynd med at lytte til patienten**

Lad patienten fortælle om sine synspunkter på sit alkoholforbrug. Det er almindeligt, at mennesker er ambivalente, før de tager endelig stilling til forandring af adfærd, og i denne situation kan det være nyttigt at få lov til at undersøge denne ambivalens.

### 2. **Fortæl ikke patienten, at han har et problem. Lad patienten fortælle dig om det**

Som tidligere nævnt, går folk ofte i baglås, hvis nogen forsøger at fortælle dem, at de har et problem. I stedet for at fortælle patienten, at han har et problem, er en redegørelse af fordele og ulemper ved alkoholbruget således langt mere hensigtsmæssig, se figur 12.2 side 140 (3). Det kan give sundhedspersonalet en bedre forståelse for hvilken rolle, alkohol har i patientens liv.

### 3. **Giv personlig tilbagemelding**

Giv patienten ærlig information om, hvilken betydning, hans alkoholforbrug kan få for hans helbred og liv i almindelighed. Personlig tilbagemelding skal ikke gives som konfrontation, men derimod som saglig information, der kan give patienten mulighed for at undersøge om hans alkoholvaner stemmer overens med de planer og mål, han i øvrigt har med sit liv, eller om vanerne modarbejder disse.

### 4. **Tilbyd dine råd**

Tilbyd patienten dine råd, men bed om lov til det først. Spørg om patienten ønsker at høre dine forslag til, hvad der kan ændres.

### 5. **Argumenter ikke over for patienten**

Modstand hos patienten får ham ikke til at ændre alkoholvaner, og argumentation er en sikker måde at få ham til at gå i baglås (6,7). Hvis patienten begynder at komme med argumenter mod at ændre alkoholvaner, så prøv i stedet at reflektere over det:

*“Så på den ene side er du klar over, at du drikker for meget til, at det faktisk er sundt, og samtidig er du bange for, at du ikke er i stand til at skære ned på forbruget. Det er en vanskelig situation, det kan jeg godt se.”*

### 6. **Undersøg patientens planer for forandring**

Husk, at i stedet for at påpege, hvad patienten bør gøre, er det mere hensigtsmæssigt at spørge ham, hvad han vil gøre:

*“Hvad skal der ske nu? Det lyder som om, du har mange grunde til at ændre dine alkoholvaner. Hvad vil du gøre?”*

## 7. Undersøg, hvilke redskaber og muligheder, der er til rådighed

Hvis patienten ønsker at sænke sit alkoholforbrug, men føler sig rådvild i forhold til, hvordan han faktisk kan, så brain-storm sammen med ham over alle tænkelige og utænkelige forslag til handlemuligheder, som han derefter kan vælge mellem. Disse forslag kan fx være:

- ♦ at udskifte en del af alkoholindtagelsen med ikke-alkoholiske drikke (eventuelt alkoholfrie øl eller vin)
- ♦ at indføre alternative aktiviteter på de tidspunkter, hvor patienten oplever, at sandsynligheden for alkoholindtagelse normalt er stor
- ♦ dagligt at notere hvor mange genstande, der indtages, så det overvåges, at en beslutning om en maksimumindtagelse ikke overskrides
- ♦ at være afholdende i hverdagen og nøjes med at drikke alkohol i weekender
- ♦ konkrete ting man kan foretage sig sammen med familien
- ♦ deltagelse i selvhjælpsgrupper eller andre støtteforanstaltninger fx regelmæssig afrapportering til egen læge om hvordan det går
- ♦ diverse behandlingstilbud for mennesker der drikker for meget.

Det er kun patienten selv, der kan ændre sine alkoholvaner. Det er hans eget ansvar, og det er derfor også ham, der skal formulere måden, det skal gøres på.

### “**Ét er et søkort at forstå ...**”

Sundhedspersonalets teoretiske forståelse af at ændre alkoholvaner kan sammenlignes med et groft oversigtskort, der gør det muligt at få overblik over et landskab. Billedlig talt kan man sige, at patienten *er* landskabet (8), som personalet har bevæget sig ud i og hvor personalet forsøger at finde nye pejlemærker, som måske ikke direkte ses på kortet. Sagt på en anden måde er det en dårlig strategi at insistere på ikke at kunne se dette eller hint, fordi det ikke er markeret på kortet. I stedet må man udforske, hvordan det er muligt at komme videre. Er patienten fx meget fokuseret på at forsøge en strategi gående på at isolere sig fra sine venner i en periode, hvor patienten så vil være afholdende, kan sundhedspersonalet måske tænke, at det lyder som en vanskelig opgave. Hvordan finder man så som sundhedspersonale en vej videre?

### **Sundhedspersonalet:**

*"Hvordan tænker du, at isolation kan være en hjælp for dig?"*

eller:

*"Jeg kender ikke rigtig nogen, der har sat deres forbrug så drastisk ned helt på egen hånd. Kender du nogen, der har holdt op på den måde?"*

eller:

*"Prøv at fortæl mig lidt om, hvordan du forestiller dig, det vil gå?"*

*"Hvad kan ske i bedste fald? I værste fald?"*

*"Er der noget, jeg kan tilbyde, for at støtte her? Henvi-  
sing til egen læge, behandling, viden om støttetilbud eller andet?"*

Sundhedspersonalet allierer sig på denne måde med patientens håb og ønske om at ændre alkoholvaner og styrker patientens ønske om at udforske mulige løsninger. Næste skridt kan være at tale om, hvilke succeskriterier, patienten har for sit projekt – og måske tilbyde en opfølgningssamtale. Her kan erfaringerne undersøges, og der kan eventuelt drøftes andre muligheder for, hvad der kan hjælpe patienten. Når man arbejder med adfærdsændringer, er det centralt at understøtte det forhold, at patienten selv er ansvarlig og træffer egne valg om metoder for at nå sine mål. Sundhedspersonalet kan via sin fagspecifikke viden medvirke til, at patienten kvalificerer sine valg (8).

### **REFERENCER**

- (1) Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokuseret Rådgivning. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
- (2) Søgaard Nielsen A, Petersen P. Hvad stiller man op med en alkoholmisbruger? Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77: 1083-95.
- (3) Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change: a guide to practitioners. Churchill Livingstone, 1999.
- (4) Behandling af alkohol- og narkotikaproblem – en evidensbaseret kunskapsammenstilling. SBU-rapport nr. 156. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2001.
- (5) Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction 1993; 88: 315-35.
- (6) Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour. 1. ed. New York: Guilford Press, 1991.

- (7) Søgaard Nielsen A. Få din patient til at ændre livsstil: om motivationsskabende samtaleteknikker. *Månedsskr Prakt Lægeger* 1998; 76: 735-43.
- (8) Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM et al. Rygeophør på sygehus: fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, 2001.

# Samtalen om alkoholvaner i forhold til stadie i ændringsprocessen

---

I KAPITLET beskrives forebyggelsessamtalen med de patienter, der aktuelt drikker for meget, og samtaler med de patienter, der har ændret forbruget med henblik på at fastholde dette. Der gives forslag til spørgsmål og råd til samtalen.

Sidst i kapitlet præsenteres, hvordan en samtale med en patient kan gennemføres på baggrund af sundhedspersonalets formodning om et stort alkoholforbrug.

---

## Hvem skal deltage?

Samtalen om alkoholvaner bliver her præsenteret som en samtale mellem patient og sundhedspersonale. Da et alkoholproblem i en familie involverer alle i familien, vil det i mange tilfælde være hensigtsmæssigt, at et eller flere familiemedlemmer bliver inddraget fx partner eller voksne børn. Det kan ske ved selve samtalen eller eventuelt i en opfølgende samtale. Det vil variere fra familie til familie, hvem det vil være mest hensigtsmæssigt, der er til stede under samtalen. Sundhedspersonalet skal i denne sammenhæng være opmærksom på to forhold. For det første kan paratheden til at tale om et stort forbrug af alkohol i en familie være forskellig hos de enkelte familiemedlemmer. For det andet vil der i nogle familier være flere familiemedlemmer med et stort forbrug af alkohol. Det er således vigtigt, at sundhedspersonalet i samtalen om alkoholvaner spørger til brug af alkohol i familien.

## Børn i familien

Er der børn under 18 år i familien, skal sundhedspersonalet være opmærksom på deres pligt til at forholde sig til børnenes trivsel, se kapitel 3 og 6, og vurdere om der er behov for indsats, se kapitel 13.

## Patientens udgangspunkt

Udgangspunktet for samtalen om alkoholvaner er patientens viden, følelser, holdning og erfaringer. Det er af afgørende betydning, at sundhedspersonalet sætter realistiske mål for effekten af samtalen svarende til patientens stadie i ændringsprocessen, se kapitel 10 side 109 (1).

## FOREBYGGELSESSAMTALEN

Samtaler med patienter, der befinder sig i ét af de 3 første stadier: før-overvejelser-, overvejelser- og forberedelsesstadiet, betegnes *forebyggelsessamtaler om alkohol*.

- ❖ Forebyggelsessamtalen om alkohol defineres som en motiverende samtale, hvor formålet er at understøtte den enkelte patients ændringsproces i retning af at nedsætte forbruget eller ophøre med at drikke alkohol.

Forebyggelsessamtalen skal tage udgangspunkt i

- ♦ patientens viden om alkoholforbrugets betydning for sin sygdom, behandling, helbred, sociale og familiære forhold, herunder fordelene ved at ændre det
- ♦ patientens tanker, følelser og holdning til sit alkoholforbrug og til at ændre det
- ♦ patientens erfaringer med at nedsætte forbruget eller ophøre med at drikke alkohol.

## Før-overvejelserstadiet

- ❖ Har patienten ingen overvejelser om at nedsætte forbruget eller holde op med at drikke, er målet for forebyggelsessamtalen:
  - ♦ at øge patientens opmærksomhed på de helbredsmæssige og øvrige risici ved alkoholforbruget og fordelene ved at ændre det
  - ♦ at få patienten til blot at tænke på ændring som en mulighed.

Erfaringer viser, at langt de fleste patienter, når de føler sig respekteret, gerne vil tale om deres alkoholvaner, om deres tanker og følelser, herunder eventuelle bekymringer (2). Dette kræver, at sundhedspersonalet forholder sig åbent og fordomsfrit til patienten og hans alkoholforbrug og -vaner. For at undgå at patienten tror, at sundhedspersonalet har en skjult dagsorden om at få ham til at ændre sit alkoholforbrug, kan samtalen fx indledes med:

**Sundhedspersonalet:**

*"Jeg er helt klar over, at du ikke har planer om at nedsætte dit forbrug eller holde op med at drikke nu. Du skal vide, at jeg ikke er her for at overtale dig til at ændre dit forbrug, men jeg vil gerne tale med dig om dine vaner med alkohol."*

Tilbage melding om personlig risiko ved alkoholforbruget, se kapitel 10 side 119, kan medvirke til at øge patientens opmærksomhed. Nyttige indledende spørgsmål kan være: "Hvilke oplysninger har du om sammenhængen mellem din sygdom og alkohol?"

Her redegør patienten for, hvilke oplysninger han har.

**Sundhedspersonalet:**

*"Er der noget i den forbindelse, du gerne vil vide mere om?"*

Patienten har nu mulighed for at spørge uddybende. Er svaret nej, kan sundhedspersonalet som fagpersoner informere på baggrund af patientens viden:

**Sundhedspersonalet:**

*"Som sygeplejerske (eller anden faggruppe) er det vigtigt for mig at fortælle, at det vil have betydning for din operation/medicinering/sygdom, hvis du sætter dit alkoholforbrug ned/holder op med drikke..."*

Mange patienter bliver overraskede, når de bliver informeret om fordelene for deres sygdom eller behandlingsforløb, fx at risikoen for komplikationer i forbindelse med operation nedsættes væsentligt, hvis de sætter alkoholforbruget ned eller holder sig alkoholfri.

Sundhedspersonalet kan fortsætte med at afdække patientens tanker, følelser og holdning til forbruget ved at benytte åbne spørgsmål:

**Sundhedspersonalet:**

*"Hvilke tanker gør du dig om dit forbrug af alkohol?"*

*"Hvordan har du det med dit alkoholforbrug?"*

Undersøg videre *hvordan* patienten oplever alkoholforbrugets indflydelse på sit liv i øvrigt – herunder *hvordan* andre reagerer på det fx familiemedlemmer. Vær åben for de svar patienten kommer med, både når alkohol fx giver livskvalitet i form af hygge med andre eller som middel til at slappe af på, og når patienten fx skammer sig over situationer, han har bragt sig selv og familien i. Anerkend patientens følelser.

Da det personlige alkoholforbrug i almindelighed er tabueret i vores samfund, er det for nogle patienter et følsomt emne at berøre. Det kræver derfor tillid til sundhedspersonalet at tale om det. Som tidligere nævnt er sundhedspersonalets attitude over for patienten central i denne sammenhæng. Flere metoder til at sikre en konstruktiv dialog er præsenteret i kapitel 11. En anden vej til at opbygge patientens tillid er at anerkende patientens følelser, så han føler sig mødt og forstået. Følgende eksempler illustrerer dette ved at sætte ord på de følelser, som man iagttager hos patienten:

**Sundhedspersonalet:**

*"Du siger, at din kone har bebrejdet dig dit forbrug af alkohol. Hvordan har hun bebrejdet dig det?"*

**Patienten:**

*"Når jeg er kommet senere hjem fra arbejde om fredagen, har hun sagt, at hun ikke kan lide at jeg drikker fredagsvin med mine kollegaer. Og forrige fredag glemte jeg, at vi skulle i byen med nogle venner." Patienten ser trist ud, når han siger det.*

**Sundhedspersonalet:**

*"Det ser ud som om, det bekymrer dig."*

Et andet eksempel:

**Patienten:**

*"Min mor blander sig ofte i min måde at leve livet på. Hun har travlt med at arrangere aktiviteter, som vi skal lave sammen. Jeg har brug for at leve mit eget liv."*

**Sundhedspersonalet:**

*"Det lyder belastende for dig. Jeg ved, at nogle får lyst til at drikke alkohol, når de mærker irritation eller vrede. Er det sådan, det er for dig?"*

Forebyggelsessamtalen kan fortsættes med:

**Sundhedspersonalet:**

*"Har du nogensinde forsøgt at sætte dit alkoholforbrug ned eller holde en alkoholfri periode?"*

Bed patienten beskrive perioderne, og hvordan han havde det, og bed ham om at beskrive de situationer, hvor han atter trappede forbruget op eller begyndte at drikke igen. Undgå at spørge hvorfor han be-

gyndte. Det kan aktivere forklaringer og forsvar. Med udgangspunkt i patientens viden og erfaringer kan sundhedspersonalet herefter tilbyde:

- ♦ rådgivning om at sætte forbruget ned/holde op med at drikke alkohol, herunder abstinensbehandling
- ♦ information om mulighed for brug af disulfiram som hjælp til at holde sig alkoholfri
- ♦ information om mulighederne for behandling i offentligt som privat regi.

Såfremt patienten er interesseret i information, er det vigtigt, at stoppe op og spørge, hvad han tænker, i takt med at informationen gives. Hvilken mening giver det for ham? Hvad betyder det for ham? Hold gerne pauser hvor patienten får tid til at reflektere.

Et nyttigt redskab kan være skalaspørgsmålene, der afdækker, hvor vigtigt det er for patienten at ændre på sine alkoholvaner og i hvor høj grad, han tror, han kan, kapitel 11 side 126.

**Figur 12.1**

### Skalaspørgsmål

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at ændre ...?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(ikke så vigtigt)					(meget vigtigt)				
I hvor høj grad tror du, at du kan ændre ..., hvis du valgte at forsøge?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(ikke sikker)					(meget sikker)				

Skalaspørgsmål om hvorvidt ændring er vigtig, og hvorvidt ændring er mulig for patienten (3).

Patienten kan desuden *tilbydes* diverse relevante skriftlige materialer fx Sundhedsstyrelsens alkoholpjecer, information om behandlingstilbud etc. Her er det vigtig at huske på, at det skal præsenteres som tilbud, idet patienten som udgangspunkt ikke har et ønske om aktuelt at ændre sit alkoholforbrug. Nogle patienter har – med eller uden er-

faring fra tidligere forsøg – opgivet håbet om at ændre deres alkoholforbrug. For at så et kim til troen på, at det kan lykkes uden samtidig at underkende patientens oplevelse af, at det er håbløst, kan følgende udsagn benyttes:

**Sundhedspersonalet:**

*“Det lyder som om, at tanken om at sætte alkoholforbruget ned/holde op med at drikke er uoverskuelig for dig. Fortæl mig, hvad du forestiller dig ville blive vanskeligst.”*

Patienten kan her forholde sig mere konkret til sine barrierer. Det giver mulighed for at identificere mulige ressourcer og løsninger. Samtalen kan afsluttes med:

**Sundhedspersonalet:**

*“Jeg har mødt andre patienter, som har været i en tilsvarende vanskelig situation som dig, for hvem det er lykkedes at ændre deres alkoholforbrug. Og du skal vide, at vi herfra vil støtte dig så godt, vi kan, hvis du ønsker det.”*

Hos patienter, som overhovedet ikke kan forestille sig at ændre deres alkoholforbrug, kan tanker om ændring aktiveres ved spørgsmålet:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvis du forestiller dig, at du på et tidspunkt vil sætte dit forbrug af alkohol ned/holde op med at drikke, hvad kunne få dig til det?”*

Forebyggelsessamtalen kan afsluttes med at spørge patienten, om det vil være i orden, at sundhedspersonalet (helst samme person) ved en senere lejlighed vender tilbage til samtalen om alkoholvanerne. Således åbnes der mulighed for, at dialogen med patienten kan fortsættes under behandlingsforløbet.

### **Overvejsesstadiet**

- ❖ Er patienten i overvejsesstadiet, er målet med forebyggelsessamtalen at støtte patienten til at blive bevidst om sine modsatrettede tanker, følelser og holdninger til alkoholforbruget og en mulig ændring af det; med andre ord *erkende sin ambivalens*.

Forebyggelsessamtalen med patienter i overvejsesstadiet kan indledes med spørgsmål til patientens viden, tanker, følelser, holdninger og erfaringer som beskrevet under før-overvejsesstadiet. Her kan behandleren *supplere patientens viden med vægt på fordelene ved at sætte*

*alkoholforbruget ned/holde op med at drikke i forhold til sygdom, behandling, helbred, sociale og familiære forhold.*

Herefter støttes patienten til at blive bevidst om sin ambivalens. Det kan gøres ved at lade patienten beskrive eller udfylde balanceskemaet, se figur 12.2 (4,5). Patienten skal, eventuelt i samarbejde med sundhedspersonalet, skrive alle de fordele og ulemper op, han kan komme i tanke om. Skemaet gennemgås med patienten fra fordele ved at fortsætte med nuværende forbrug af alkohol over ulemperne ved dette og videre til ulemperne ved at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke alkohol og afsluttes med fordelene ved dette. Såfremt patienten udtrykker sig i meget overordnede vendinger fx at ulemperne er, at det er dyrt, og der er risiko for at skade helbredet, bør han støttes til at konkretisere det, så det bliver mere nærværende. Det kan gøres via spørgsmål som: hvilken konsekvens har det for dig, at det er dyrt? og på hvilken måde tænker du det kan skade dit helbred? Ved gennemgang af ulemperne støttes patienten i at komme i kontakt med den følelsesmæssige betydning af ulemperne gennem spørgsmål som: hvad betyder det for dig:

- ♦ at du bruger 1200 kr. om måneden på alkohol – generer det dig?
- ♦ at dit alkoholforbrug kan skade dit hjerte, og din hukommelse bliver dårligere – bekymrer det dig?

Ved udfyldelsen af skemaet tegner billedet sig af patientens “balance i beslutningen”, det vil sige ambivalensen. I venstre kolonne fremstår patientens motiver for at fortsætte med alkoholforbruget, og i højre kolonne de motiver, han har for at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke.

Når patienter i overvejelsesstadiet udfylder balanceskemaet, bliver fordele og ulemper ved at fortsætte med eller ændre alkoholforbruget tydelige.

**Figur 12.2**  
**Balanceskema**

Fordele ved at fortsætte med nuværende forbrug af alkohol	Ulemper ved at fortsætte med nuværende forbrug af alkohol
Ulemper ved at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke alkohol	Fordele ved at sætte forbruget af alkohol ned/holde op med at drikke alkohol

Patienter i overvejelsesstadiet kan udfylde balanceskemaet så fordele og ulemper ved at fortsætte eller holde op med at drikke bliver tydelige (4).

Som beskrevet under før-overvejelsesstadiet, skal sundhedspersonalet på tilsvarende vis rådgive patienten om at sætte forbruget ned/holde op med at drikke alkohol, herunder om abstinensbehandling. Tillige skal patienten informeres om disulfiram og offentlige som private behandlingstilbud. Relevant informationsmateriale udleveres. Som i før-overvejelsesstadiet skal der i dialogen gives plads til patientens reaktion på informationen. Også i dette stadie er skalaspørgsmålene nyttige (figur 12.1), ligesom det er essentielt, at patienten føler sig forstået og imødekommet.

## Forberedelsesstadiet

- ❖ For patienten i forberedelsesstadiet er målet med forebyggelsessamtalen at hjælpe patienten til at planlægge og gennemføre en ændring af alkoholforbruget.

Forebyggelsessamtalen indledes med at afdække patientens erfaringer fra tidligere perioder med nedsat forbrug af eller uden alkohol. Opmærksomheden skal særligt rettes mod det, patienten gjorde, som var nyttigt for at gennemføre den tidligere ændring. Ved dette findes ressourcer hos patienten til den forestående ændring. Den amerikanske terapeut Steve De Shazer siger: "Hvis du har et problem, og hvis det, du gør for at løse problemet, virker, så gør noget mere af det. Hvis det, du gør, ikke virker, så find på noget andet" (6).

Patienter i dette stadie skal forberedes på de fysiske, psykiske, sociale og familiære reaktioner, der kan komme i forbindelse med ændring af alkoholforbruget. Sundhedspersonalet skal støtte patienten til at vælge egnede metoder til at håndtere at sætte alkoholforbruget ned<sup>1)</sup>/holde op med at drikke alkohol, se kapitel 10 side 121 og 11 side 130. Heri indgår oplysning om mulighed for medicinsk og psykosocial behandling. Patienten bør præsenteres for de lokale alternative behandlingsmuligheder, som han kan vælge imellem. Relevante pjecer bør udleveres. Henvisning bør umiddelbart gives til de patienter, der ønsker behandling.

For patienter, der bliver indlagt, vil det forekomme naturligt, at forbruget af alkohol ændres i relation til indlæggelsen. Ved ambulante forløb må sundhedspersonalet drøfte med patienten, hvornår det vil være hensigtsmæssigt i forhold til behandlingen og realistisk i forhold til patientens parathed. Sundhedspersonalet skal støtte patienten i at identificere situationer, hvor patienten kan få trang, lyst eller lejlighed til at trække alkoholforbruget op/begynde at drikke alkohol igen. Ud fra disse støttes patienten i at fastlægge strategier for at modstå dette. Nyttige spørgsmål til at afdække patientens forestillinger om at ændre forbruget af alkohol og planlægning af ændringsforløbet kan være:

### **Sundhedspersonalet:**

*"Hvilke forventninger har du til det at sætte dit alkoholforbrug ned/holde op med at drikke alkohol?"*

---

1) Sundhedsstyrelsens pjecer "Gode råd om at drikke mindre" fra serien "Fakta om alkohol" er et godt redskab til patienter, der vil nedsætte deres forbrug af alkohol.

*“Hvilke situationer, forestiller du dig, vil blive mest vanskelige for dig?”*

*“Hvad kan hjælpe dig til at klare disse situationer?”*

*“Hvad bekymrer dig mest omkring dit ændrede forbrug?”*

*“Hvad kan du selv gøre, og hvad kan andre gøre for at støtte dig i disse situationer?”*

## **SAMTALEN I HANDLESTADIERNE**

Samtaler med patienter, som befinder sig i ét af de 3 sidste stadier: påbegyndelses-, vedligeholdelses- og tilbagefaldsstadiet, betegnes *samtaler i handlestadierne*.

### **Påbegyndelsesstadiet**

- ❖ For patienten i påbegyndelsesstadiet er målet at hjælpe patienten med at håndtere konkrete problemstillinger i relation til ændringen af alkoholforbruget og at fastholde det.

Patienter i påbegyndelsesstadiet har behov for støtte og opmærksomhed fra sundhedspersonalet i forhold til deres arbejde med ændringen af alkoholforbruget. Sundhedspersonalet skal tale med patienten om hans følelser og erfaringer med at sætte alkoholforbruget ned/holde op med at drikke. Nyttige spørgsmål er:

#### **Sundhedspersonalet:**

*“Hvordan har du det?”*

*“Hvordan klarer du at holde alkoholforbruget nede/holde dig fri af alkohol?”*

Sundhedspersonalet skal være åben for patientens svar. For nogle patienter er det meget svært; for andre lettere end de troede. Det er vigtigt, at patienten føler sig imødekommet og forstået uanset, hvad han kommer frem med. Sundhedspersonalet kan anerkende patientens følelser og hans indsats ved udsagn som:

#### **Sundhedspersonalet:**

*“Det lyder til at være vældig hårdt arbejde for dig at holde alkoholforbruget nede/holde op med at drikke alkohol, og at du gør en stor indsats for, at det skal lykkes.”*

Sundhedspersonalet skal spørge til situationer med trang, lyst og lejlighed til at trappe alkoholforbruget op/begynde at drikke igen. Her kan der spørges direkte til situationer, som sundhedspersonalet kan

forestille sig, er vanskelige for patienten fx følelsesmæssige belastninger. Desuden skal patienten spørges om, hvorvidt de strategier, han har lagt, virker, eller om der er behov for hjælp til ændringer.

Ved udskrivelsen vender patienten tilbage til dagligdagen i eget hjem og et socialt liv – måske til et familieliv og måske til en arbejdsplads. For nogle patienter vil funktionsniveauet være ændret væsentligt på grund af sygdommen. Udskrivelsen vil kunne fremstå som vanskelig, og der vil derfor være behov for at arbejde med patientens tanker og planer i forhold til hans forbrug af alkohol, når han kommer hjem. Sundhedspersonalet må afsøge problemet ved at spørge patienten, hvilke overvejelser han har i forbindelse med udskrivelsen. Hvordan forestiller han sig, at han skal fungere i dagligdagen med et nedsat forbrug af alkohol/uden alkohol. Sundhedspersonalet kan sammen med patienten forberede udskrivelsen ved at gøre status over fortid, nutid og fremtid:

Fortid:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvilke ideer/metoder har du fundet nyttige i forbindelse med at ændre dit alkoholforbrug?”*

*“Oplever du nogle forskelle mellem før og efter, du satte alkoholforbruget ned/holdt op?”*

*“Hvad var dine vigtigste grunde til det?”*

Nutid:

**Sundhedspersonalet:**

*“Hvordan har det været indtil nu at ændre forbruget?”*

Fremtid:

Sundhedspersonalet kan støtte patienten i at fortsætte ændringen på forskellig vis ved:

- ♦ at undersøge hvilke situationer patienten forestiller sig vil blive vanskelige, og på baggrund af dem undersøge hvilke ideer og løsninger, der vil være mulige. Således støttes patienten til mentalt at foregribe de vanskelige situationer efter udskrivelsen og udvikle strategier til at håndtere dem
- ♦ sammen med patienten at undersøge, om det vil være en hjælp at involvere familiemedlemmer, venner eller kollegaer i patientens projekt og på hvilke måder

- ♦ at undersøge hvordan patienten vil anerkende og måske belønne, at han har ændret sit forbrug af alkohol og i givet fald hvornår, hvordan og med hvem?
- ♦ at foreslå en opfølgningssamtale i forbindelse med et ambulante besøg på sygehuset eller en telefonisk opfølgning på et givet tidspunkt
- ♦ at henvise patienten til offentlig eller privat behandling, se kapitel 14 og amtets hjemmeside om behandlingstilbud. Alternativt findes den landsdækkende telefoniske rådgivning "Alko-Linjen" tlf. 8033 0610.

### Vedligeholdelsesstadiet

- ❖ For patienten i vedligeholdelsesstadiet er målet at understøtte patienten i at fastholde ændringen i alkoholforbruget.

Som i påbegyndelsesstadiet skal sundhedspersonalet stille åbne spørgsmål til patienten om hans følelser og erfaringer med ændringen. Patienter skal spørges om hans håndtering af risikosituationer, og hvordan det går. I forhold til de vanskeligheder patienten måtte give udtryk for, er det vigtigt, at han hjælpes med at finde egne forslag til ændrede løsningsstrategier. Sundhedspersonalets anerkendelse af patientens indsats med at sætte forbruget af alkohol ned eller holde op med at drikke alkohol er for mange også velkomment i vedligeholdelsesstadiet. I dette stadie er der ofte blevet længere mellem venner og families anerkendelse, og det bliver let overset, at det fortsat kan være hårdt arbejde for patienten at fastholde ændringen.

Nogle patienter, der er kommet på afstand af deres grunde til at ændre alkoholforbruget, kan begynde at flirte med drømmen om fx at drikke mere eller kontrolleret. Sundhedspersonalet kan hjælpe disse patienter med at rette opmærksomheden mod omstændighederne, der fik patienterne til at ændre forbruget:

#### **Sundhedspersonalet:**

*"Hvad fik dig i sin tid til at vælge at sætte dit alkoholforbrug ned/holde op med at drikke alkohol?"*

For nogle hjælper det – på tankeplanet – at virkeliggøre drømmen om at drikke mere/drikke igen. Dette kan gøres via spørgsmålene:

#### **Sundhedspersonalet:**

*"Prøv at forestille dig, hvordan du vil have det, hvis du drak en øl/et glas vin/en gammel dansk. Hvad vil det give dig? Hvordan vil du have det lige bag efter? En time efter? Dagen efter?"*

Sundhedspersonalet kan spørge om patienten fortsat har kontakt til et eventuelt behandlingssted, hvordan den fungerer, og om der er behov for at intensivere eller genetablere kontakten.

### **Tilbagefaldsstadiet**

- ❖ For patienten i tilbagefaldsstadiet er målet med samtalen at:
  - ♦ fokusere på de erfaringer, patienten har opnået under ændringen af alkoholforbruget for at kunne anvende erfaringerne ved fornyet ændring
  - ♦ at støtte patienten i at afklare parathed til at genoptage ændringen.

Patienter i tilbagefaldsstadiet har først og fremmest behov for accept og forståelse. Sundhedspersonalet kan derfor indlede med at spørge, hvordan patienten har det, og vise ham, at han ikke afvises, fordi han har sat alkoholforbruget op eller er begyndt at drikke igen. Det er også centralt, at sundhedspersonalet anerkender patientens følelser, som ofte vil være præget af skyld eller skam. Det letter mange patienter at få at vide, at tilbagefald er forventelige i arbejdet med at ændre et alkoholforbrug, og at erfaringerne fra en periode med nedsat forbrug eller uden alkohol kan udnyttes ved fornyet ændring. Patienten kan opfordres til at beskrive situationen, hvor han vendte tilbage til det gamle alkoholforbrug:

#### **Sundhedspersonalet:**

*"Hvor var du, da du begyndte at drikke mere alkohol igen/drikke alkohol igen? Alene eller sammen med andre? Hvem? Hvordan havde du det? Hvad skete der? Hvad var der sket forinden? Hvad tænkte du?"*

Disse spørgsmål skærper opmærksomheden og kan danne udgangspunkt for aktuel eller senere samtale om, hvordan en sådan situation kan tackles anderledes en anden gang. Det er desuden vigtigt at spørge til hele forløbet, hvor forbruget har været ændret:

#### **Sundhedspersonalet:**

*"Fortæl, hvordan det er gået for dig, fra du satte dit alkoholforbrug ned/holdt op med at drikke alkohol til nu. Hvordan er perioden forløbet? Hvordan har du haft det? Hvordan har andre reageret over for dig? Hvad har de sagt til dig?"*

Mange patienter vil i samtalen fokusere på nederlaget ved ikke at kunne fastholde ændringen. Sundhedspersonalet kan medvirke til at

give patienten et andet billede af erfaringen ved at omformulere nederlag til succes:

**Sundhedspersonalet:**

*“Det lykkedes for dig at ændre dit forbrug over en periode på 14 dage/2 måneder. Det var den sværeste periode, du gennemlevede. Fortæl hvordan det lykkedes dig at gøre det.”*

Hermed anerkendes patientens succes, og fokus flyttes over på patientens erfaringer med sine ressourcer til at ændre. Nogle mennesker, der drikker for meget, vil være tilbøjelige til helt at kassere sig selv, fordi de ikke er lykkedes med ændringen. Sundhedspersonalet kan hjælpe med at korrigere denne opfattelse ved hjælp af en enkel tegning af stadierne i ændringsprocessen, og ved at fortælle patienten, at tilbagefald er forventeligt som led i processen.

Som afslutning på samtalen bør sundhedspersonalet spørge, hvilke tanker patienten gør sig om sit forhold til forbruget af alkohol nu. Hvilke overvejelser har patienten om at genoptage ændringen nu? og fremover? Med andre ord befinder patienten sig i før-overvejelser-, i overvejelser- eller i forberedelsesstadiet?

## **SAMTALEN VED FORMODNING OM ET STORT ALKOHOLFORBRUG**

Selv når den systematiske indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol benyttes til at identificere patienter, der drikker for meget, vil der være nogle patienter, der ikke identificeres, se kapitel 4 side 54. Sundhedspersonalet giver ofte udtryk for, at det kan være vanskeligt at tale med en patient om hans alkoholvaner, når patienten har oplyst, at han drikker under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser; men personalet samtidig har en formodning om, at patienten har et uhenigtsmæssigt eller større forbrug. Sundhedspersonalets opmærksomhed på patientens alkoholforbrug opstår på baggrund af observationer; det kan dreje sig om symptomer som smerter i maven, forhøjet blodtryk, forhøjede levertal eller sygdomme, der kan være alkoholrelateret fx type 2 diabetes. Det kan også dreje sig om observationer af patientens eller familiens adfærd, fx kan patienten lugte af alkohol eller børnene påtage sig voksenansvar og -roller, se kapitel 3 side 44.

## Sådan åbner man en dialog

I afsnittet "Sådan tager man emnet op?", kapitel 11 side 124, anvises flere måder til at åbne en dialog, som ikke aktiverer modstand hos patienten.

For nogle patienter opleves det pinagtigt at tale om og sætte tal på deres faktiske forbrug. Mærker man denne modstand, skal den respekteres. Det væsentligste er *ikke* at få det præcise forbrug frem, men i stedet at tale om et forbrugs betydning for sygdom, behandling, helbred, det sociale og familiære liv og om mulighederne for ændring.

Hos nogle patienter vil følgende tanke kunne opstå: personalet tror, jeg lyver om mit forbrug. For at komme en sådan tanke i møde kan man eksempelvis tale om forbruget på følgende måde:

### **Sundhedspersonalet:**

*"De smerter og føleforstyrrelser, du har i dine ben, når du går, kan hænge sammen med alkohol. Det kan være meget forskelligt fra person til person hvor lidt eller hvor meget alkohol, der skal til, før det påvirker kroppen. Nogle har en sart lever, andres svage punkt kan være maven, og for dig ser det ud som om, det kan være dit nervesystem i benene."*

Giv patienten tid til at tænke over udsagnet og dermed plads til at svare, hvis han ønsker det. Hvis patienten ikke siger noget, kan der fortsættes:

### **Sundhedspersonalet:**

*"Måske er du en af dem, der kun tåler ganske lidt alkohol. Giver det mening for dig?"*

Såfremt det lykkes at få en dialog med patienten, kan senere spørgsmål være:

### **Sundhedspersonalet:**

*"Er der nogen, der tidligere har talt med dig om alkohol og din sygdom?"*

*"Har du haft perioder, hvor du ikke har drukket alkohol?"*

Og i givet fald:

### **Sundhedspersonalet:**

*"Hvordan forløb disse perioder? Kunne du mærke bedring i dine ben?"*

Og om muligt videre:

**Sundhedspersonalet:**

*“Har du nogen sinde haft kontakt til din egen læge eller et ambulatorium i forbindelse med alkohol?”*

*“Hvad fik du ud af denne kontakt?”*

Med hensyn til indholdet af den videre samtale henvises til målene og forslagene til spørgsmål, som er præsenteret under de enkelte stadier i forebyggelsessamtalen om alkohol – specielt afsnittet “Før-overvejsesstadiet”, side 134.

Ud over de metoder til at opnå en konstruktiv dialog med en patient om alkohol, som er angivet i kapitel 10 og 11, suppleres her med et par områder, som man bør være opmærksom på i samtalen.

I dialogen om alkoholvaner og -forbrug kan der let ske det, at patienten modsiger fx sundhedsfaglig informationer om sammenhæng mellem et givet symptom eller sygdom og alkohols betydning. Undlad at forsøge at overbevise patienten, se kapitel 11 side 129. Her kan man i stedet konstatere, at patienten har én opfattelse af sammenhængen og sundhedspersonalet en anden. På den måde undgår sundhedspersonalet, at samtalen udvikler sig til en magtkamp om, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert.

Valget af ord er et andet område sundhedspersonalet skal være opmærksomme på. Traditionelt bruges ord som mistanke og anklage ofte i forbindelse med andres store forbrug af alkohol. Sådanne ord udløser per automatik et forsvar. Sundhedspersonalet kan med fordel i stedet benytte ord som bekymring og formodning. Det er sværere at afvise en person, der bekymrer sig om én og éns familie.

Hvis sundhedspersonalet forventer, at en samtale med en patient vil blive svær, kan det anbefales at være to om at forberede og gennemføre samtalen, fx en læge og en fra plejepersonalet. Sundhedspersonalet kan eventuelt aftale at fordele rollerne, så lægen fx giver personlig tilbagemelding til patienten om den sundhedsrisiko alkoholforbruget medfører, og sygeplejersken støtter patienten ved en empatisk holdning, se kapitel 10 side 119.

En samtale om alkoholvaner sætter ofte en tanke- eller følelsesmæssig proces i gang hos patienten, og måske opstår der nye spørgsmål eller tanker. Sundhedspersonalet på sin side vil ofte reflektere over samta-

lens forløb med supplerende tanker, spørgsmål og information. Det vil derfor i mange sammenhænge være hensigtsmæssigt at planlægge en opfølgende samtale.

#### REFERENCER

- (1) Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-35.
- (2) Mundt K, Kann A. Forebyggelsessamtaler om alkohol og tobak. *Sygeplejersken* 2000; 2: 34-40.
- (3) Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behaviour change: a guide to practitioners*. Churchill Livingstone, 1999.
- (4) Tulinius C, Reventlow S, Beich A. Den urokkelige ryger: hvordan den praktiserende læge hjælper sine patienter til at overveje deres rygevaner. *Månedsskr Prakt Lægegerm* 1999; 77: 843-51.
- (5) *Den motiverende samtale*. Dansk selskab for almen medicin, 1999.
- (6) Shazer SD, Insoo KB, Eve L et al. Korttidsterapi: målrettet udvikling af løsninger. *Fokus på familien* 1987; 15: 25-42.



# Hjælp til børn og unge i familier med alkoholproblemer

---

DETTE KAPITEL omhandler sundhedspersonalets muligheder, ansvar og forpligtelse til at vurdere og sikre at børn og unge får den hjælp, de har behov for. Den skærpede underretningspligt gældende for sundhedspersonalet gennemgås.

---

## Hjælpen kommer ofte sent

Det er en stor belastning for børn og unge at vokse op i en familie med et alkoholproblem, og det udgør en væsentlig trussel for barnets sundhed og trivsel. Erfaringer viser, at hjælpen til børnene ofte, om overhovedet, kommer på et meget sent tidspunkt (1,2). Fra mange sider peges da også på nødvendigheden af en tidlig, styrket og koordineret indsats over for børnene og deres familier (3).

## Barrierer

Der er imidlertid en række myter og dilemmaer, der forhindrer at børnene og deres familier får hjælp på et tidligt tidspunkt. Det kan fx være behandlerpessimisme (kommer der overhovedet noget ud af behandling) og forestillingen om at alkohol tilhører privatlivets fred (3).

## SÅDAN HJÆLPER MAN BØRN OG FAMILIE

Sundhedspersonale har en særlig mulighed for at medvirke til, at børn og unge i familier med et alkoholproblem får hjælp. Sundhedspersonalets rolle er først og fremmest at:

- ♦ identificere børnene/de unge
- ♦ spørge ind til børnene/de unges situation
- ♦ henvise til alkoholbehandling
- ♦ henvise børnene/de unge til hjælp, og underret om nødvendigt Socialforvaltningen.

## Identifikation

Hjælpen forudsætter først og fremmest, at børnene identificeres som børn i en familie med et alkoholproblem. Sundhedsvæsenet har mange kontakter til voksne med alkoholrelaterede problemer, og dette giver en særlig mulighed for at komme i kontakt med børnene. I mange tilfælde giver dette mulighed for at blive opmærksom på børnene på et tidspunkt, inden problemerne i familien har vokset sig store. Patienter, der drikker for meget, skal systematisk spørges, om der er børn/unge i familien. Er det tilfældet, er det væsentligt at spørge ind til, hvilke konsekvenser alkoholforbruget har for børnene.

Forældre med alkoholproblemer tror sjældent, at børnene har kendskab til det. Det er væsentligt, at sundhedspersonalet har viden om et alkoholforbrugs betydning for børn, og kan komme i dialog med forældrene.

Når børn har kontakt til sundhedsvæsenet (indlæggelse på børneafdeling, børnepsykiatrisk afdeling, somatisk voksenafdeling eller ved kontakt på skadestue) kan det have afgørende betydning, at personalet genkender de signaler og symptomer, der findes hos børn og unge i familier med et alkoholproblem. Herved kan børnene identificeres og få den hjælp, de har brug for. Der er ikke tale om specifikke tegn, men om et bredt spektrum af symptomer på mistrivsel. Nogle af de tegn, børn og unge i familier med alkoholproblemer typisk kan udvise ved kontakt til sygehuse, er:

- ♦ psykosomatiske problemer
- ♦ hyppige indlæggelser
- ♦ gentagne ulykkestilfælde
- ♦ selvmordsforsøg
- ♦ rusmiddelproblemer.

Børnenes symptomer er desuden beskrevet i kapitel 3 side 45.

## Spørg ind til børnenes og de unges situation

- ❖ Når det er konstateret, at der er børn eller unge i familien, skal der rutinemæssigt spørges ind til deres situation. Hvor bor barnet, har forælderen kontakt med barnet, hvordan forløber kontakten, hvordan klarer patienten sig som forælder, hvordan påvirker forældrens alkoholforbrug barnet (3).

Med henblik på at sikre kompetence til at varetage denne opgave kan det anbefales, at det enkelte sygehus etablerer et tværfagligt team bestående af særligt sagkyndige på børne- og alkoholområdet samt det sociale område.

### **Henvis til alkoholbehandling**

Hvis patienten ikke allerede er i alkoholbehandling, bør der arbejdes med at motivere ham for det, se kapitel 12 og 14.

### **Henvis børnene og de unge til hjælp, og underret om nødvendigt Socialforvaltningen**

Børn er altid belastet, når forældrene drikker for meget. Børn belastes i varierende grad, og der er behov for, at barnets forhold vurderes.

*Vurderer sundhedspersonalet, at der er tale om et mindre alkoholoverforbrug, og barnets situation tilsyneladende ikke er væsentligt påvirket*, kan man foreslå, at forældrene drøfter barnets forhold med den praktiserende læge eller relevante lokale børnekyndige, som fx børnerådgivningscenter eller alkoholbehandlingscenter med kundskab om børn. Er man i tvivl om hvilke lokale tilbud, der kan være relevante, kan man hente råd hos amtets alkoholkonsulent.

*Vurderer sundhedspersonalet, at barnet har behov for hjælp, kan der fx henvises til Socialforvaltningen. Er forældrerens omsorgsevne væsentligt påvirket, eller er der formodning om det, har personalet derimod pligt til at underrette Socialforvaltningen* (den skærpede underretningspligt i henhold til lov om social service, se nedenfor). Som vejledning til, hvornår barnets omsorgsforhold er væsentlige påvirkede, kan man fx anvende de handleanvisninger, som Fyns Amt i samarbejde med flere fynske kommuner har udarbejdet for sagsbehandlere, der har kontakt med omsorgssvigtede børn i familier med alkoholproblemer (4):

Hvis det vurderes, at barnets tilværelse i væsentlig grad er kendetegnet ved mangler i nedennævnte tre omsorgsforhold, skal Socialforvaltningen underrettes.

Grundlæggende omsorgsbehov:

- ♦ børn har brug for at vide, at forældre (eller andre nære omsorgspersoner) altid passer på dem (basal tryghed)
- ♦ børn har brug for et rimeligt forudsigeligt miljø
- ♦ forældre (eller andre nære omsorgspersoner) skal kunne udsætte opfyldelsen af egne behov, til barnets mest grundlæggende behov er opfyldt (mad, trøst, tøj, oplevelser, bad, bleskift, forældres opmærksomhed, interesse og lignende).

## LOV OM SOCIAL SERVICE

I henhold til lov om social service har enhver, der i forbindelse med sit erhverv får kendskab til eller formoder, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte, pligt til at underrette Socialforvaltningen (§ 35, den skærpede underretningspligt). Tilsvarende har kommunen i henhold til samme lov pligt til at undersøge de forhold, børn lever under, og tilbyde relevant hjælp (§ 32, 33, 37a, 38-40).

Intentionen med loven er, at underretningspligten skal medvirke til, at der tages fat om problemer hos børn og unge så tidligt som muligt for derved at forebygge mere alvorlige problemer hos dem senere i livet.

I bekendtgørelsen om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service/BEK nr. 1092 af 08/12/2000 beskrives underretningspligten og omstændigheder ved denne, se boksen på side 155.

## FORUDSÆTNINGER FOR RELEVANT HJÆLP

At yde en relevant hjælp forudsætter selvfølgelig en viden om børn i familier med alkoholproblemer og kendskab til de lokale henvisningsmuligheder (5). Udarbejdelse af vejledende retningslinier for personalet kan afklare den enkelte fagpersons rolle og ansvar i opgaven med at sikre, at børnene får hjælp (6,7). Opgaven kan varetages af et særligt sagkyndigt team som foreslået ovenfor.

## Underretning om børn og unge under 18 år

**§ 1:** Følgende personer har pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke bliver bekendt med forhold for et barn eller ung under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller en ung har behov for særlig støtte:

- 1) Offentligt ansatte og andre med offentligt hverv,
- 2) læger, der ikke er omfattet af nr. 1

**§ 2:** Underretningspligten efter § 1 foreligger, når

- 1) barnet eller den unge har vanskeligheder i forhold til de daglige omgivelser, skolen eller samfundet eller i øvrigt lever under utilfredsstillende forhold, eller
- 2) der er behov for støtte på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

*Stk. 2.* Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af forældrene og barnet eller den unge samt gennem dialog og samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen.

*Stk. 3.* Ved vurderingen af, om der skal foretages underretning, må det tages i betragtning, at kommunerne yder forældre med børn og unge eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung, gratis familieorienteret rådgivning efter lovens § 5 samt yder støtte, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte, jf. lovens § 40

## REFERENCER

- (1) Christensen E. Når far eller mor drikker... Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. Rapport 94: 2. København: Socialforskningsinstituttet, 1994.
- (2) De tavse vidner: børnefamilier med alkoholproblemer. Danmarks Radios TV, 06.05.1994.
- (3) Christensen E. Børn i familier med alkohol- eller stofproblemer. København: Sundhedsstyrelsen, 1992.
- (4) Fyns Amt og fynske kommuner. Modelprojekt børn i misbrugsfamilier. 2001.
- (5) Hansen FA (red). Barn som lever med foreldres rusmisbrug. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
- (6) Fischerman M. Børn i familier med alkoholproblemer. København: Socialdirektoratet og Københavns Universitet, 1996.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Folder – Til sundhedspersonale.



# Behandling

---

I KAPITLET gennemgås forskellige former for behandling, som tilbydes mennesker og familier med alkoholproblemer, organiseringen af behandlingstilbud i privat og offentligt regi, valg af behandling og målsætning for det fremtidige alkoholforbrug.

---

Behandlingstilbud til mennesker med alkoholproblemer har gennem mange år haft et dårligt omdømme. I store dele af samfundet var det opfattelsen, at behandling ikke virkede. Tidligere havde behandling da også relativt begrænset effekt (1). Dette har imidlertid ændret sig meget. I dag regner man med, at 40-70% af dem, der søger behandling, har god effekt af den. Dette svarer til effekten for flere andre af de store folkesygdomme, der kræver omlægning af livsstilsvaner fx astma, forhøjet blodtryk og diabetes (2). Et dansk forskningsprojekt på området har vist, at op mod 75% af dem, der påbegynder psykosocial behandling i offentligt regi, enten er afholdende eller drikker under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser ét år efter behandlingsstart (3). De patienter, der ikke første gang opnår et optimalt resultat af behandlingen, oplever som oftest en relativ bedring i form af et nedsat forbrug af alkohol. Måske skal de gennem flere behandlingstilbud, før der er tale om et tilfredsstillende resultat. Som nævnt er ændring af alkoholvaner en proces, og for nogle kræver denne proces flere forsøg på ændring, end den gør for andre. Fuldstændigt som når det lykkes for nogle mennesker at holde op med at ryge ved første forsøg, mens andre skal forsøge flere gange.

## PSYKOSOCIALE BEHANDLINGSFORMER

Der eksisterer en vifte af forskellige behandlingsformer, og praksis er forskellig på området. Inden for de fleste behandlingstilbud i den offentlige sektor betragtes det at drikke for meget som multifaktoriel betinget. Det vil sige, at man ikke på forhånd antager, at der er tale om en arvelig sygdom, et socialt, miljømæssigt eller psykisk problem. I

stedet arbejder man ud fra, at der kan være utallige grunde til, at problemet er opstået, og at det formentlig er forskelligt fra patient til patient. Behandlingen vil ofte være fokuseret på alkoholproblemet og mindre på underliggende problematikker eller medvirkende faktorer. Den vil som oftest bestå af en eller flere af nedenstående behandlingsformer. Der findes behandlingsformer ud over de neden for nævnte fx gestaltterapi, transaktionsanalyse eller andre.

### **Motiverende samtaler**

Motiverende samtaler bevæger sig af samme linie som i samtalen om alkoholvaner, se kapitel 11. I de motiverende samtaler undersøges patientens holdninger og syn på brugen af alkohol og muligheder for ændringer. Især øges patientens bevidsthed om de områder, hvor alkoholen spænder ben for de ting, han overordnet set vil med sit liv. Fokus ligger på selve *beslutningen* om at ændre alkoholvanerne, og man arbejder med at forpligte patienten på denne beslutning. I nogle tilfælde vil man tilbyde motiverende samtaler forud for anden behandling. I lettere tilfælde kan de motiverende samtaler i sig selv være tilstrækkelige.

### **Kognitiv adfærdsterapi**

Kognitiv adfærdsterapi beskæftiger sig med de tanker og følelser, patienten gør sig i forskellige situationer, og hvordan disse relaterer sig til patientens handlinger, det vil sige brug af alkohol. Behandlingen stræber mod at gøre patienten bevidst om, at det er muligt at handle anderledes, end han plejer i de forskellige situationer. Man vil således fokusere på de situationer, hvor patienten oplever drikketrang, og sammen med patienten opstille alternative måder at opfatte situationen på og dermed alternative måder at handle på end lige netop at drikke alkohol. Kognitiv adfærdsterapi omfatter ofte en vis mængde hjemmearbejde og træning mellem sessionerne.

### **Familieterapi**

I familieterapi inddrages partneren og måske flere familiemedlemmer fx børnene i behandlingen. Tankegangen bag familieterapi er, at man i familien har skabt mønstre og forventninger til hinanden, som spiller sammen med patientens måde at drikke på. Ved at påvirke familiedynamikken og gøre ændringer af patientens alkoholvaner til at fælles projekt, søger man dels at genskabe tilliden mellem familiemedlemmerne og dels at mindske brugen af alkohol. Familieterapi omfatter ofte en vis mængde hjemmearbejde og træning mellem sessionerne.

## Kontraktbehandling

Kontraktbehandling er en relativt højt struktureret behandling. Det udmønter sig i, at man som patient udarbejder en aftale med behandleren om, hvad der skal arbejdes med i behandlingsforløbet, hvad målet skal være, og hvilke forventninger behandler og patient har til hinanden undervejs. Udformningen af kontrakten sker på grundlag af forhandling mellem patient og behandler og medvirker til, at det bliver tydeligt for begge parter, hvad der skal tages fat på først og i hvor lang tid, dette skal foregå.

## Social støtte

Behandlingen kan også være af generel støttende karakter, det vil sige, at man får kontakt til en behandler, som kan rådgive, støtte og formidle kontakt til andre hjælpeinstanser alt efter behov. Der kan være tale om løsningsfokuseret rådgivning og støtte, der tager udgangspunkt i patientens ressourcer og muligheder og forsøger at understøtte disse. Ofte tager de støttende samtaler udgangspunkt i modellen om ændringsprocessen, se figur 10.1 side 110.

## 12-trinsmodellen (Minnesotabehandling)

Inden for 12-trinsmodellen forstås et stort forbrug af alkohol som en sygdom på linie med fx allergi, og målet for behandling er varig afholdenhed. Familien inddrages som regel i behandlingen, og der lægges op til, at patienter løbende deltager i møder i Anonyme Alkoholikere (AA), og voksne familiemedlemmer deltager i møder i pårørendegruppen Al-Anon. Ofte har behandlerne selv et alkoholproblem bag sig, hvilket, sammen med en uddannelse som alkolog, giver behandleren de fornødne erfaringer at trække på i behandlingen.

## SUPPLERENDE FARMAKOLOGISK BEHANDLING

På baggrund af den viden, der i dag foreligger om de neurobiologiske ændringer, der sker i hjernen, når den påvirkes af alkohol (4), se kapitel 2 side 30, indgår den farmakologiske behandling i stigende grad som et supplement til den længerevarende psykosociale behandling.

## Påvirkning af drikkestrangen

Der er undersøgt flere former for lægemidler, som nedsætter trangen til alkohol, såkaldte anticraving-midler. Der er imidlertid kun evidens for, at acamprosat og naltrexon giver positive resultater (5). Den bedste effekt opnås ved at kombinere acamprosat med disulfiram (6).

Naltrexon øger andelen af alkoholfrie perioder i forhold til placebo. Det kræver imidlertid, at der samtidig gives en velstruktureret psykosocial behandling som fx kognitiv adfærdsterapi. Naltrexon er en opioid-antagonist, hvilket gør det kontraindiceret at bruge morfinpræparater. Derved bliver det vanskeligt at sikre smertedækning hos blandt andet operationspatienter. Der efterlyses studier, hvor effekten af naltrexon og acamprosat sammenlignes med disulfiram.

### **Psykiatrisk co-morbiditet**

Psykiske lidelser er hyppigt forekommende blandt mennesker, der drikker for meget (3), især i form af depressioner, angsttilstande og personlighedsforstyrrelser. Når man skal vurdere, om en patient har en psykisk lidelse, er det væsentligt at være opmærksom på, at patienter i abstinensfasen ofte er præget af angst og depressioner induceret af alkoholforbruget. Over 42% af en patientgruppe havde udtalte depressive symptomer i den første uge af abstinensfasen. Efter 2 ugers afholdenhed var der imidlertid kun 14% og efter 4 uger kun 5%, der havde depressive symptomer (7). Vurderingen af, om der er indikation for en farmakologisk behandling af psykiatrisk co-morbiditet, bør derfor tidligst ske efter 14 dages afholdenhed.

Behandlingen af angst- og depressionstilstande hos patienter, der drikker for meget, er undersøgt i flere studier. En farmakologisk behandling med antidepressiva i form af SSRI-præparater har effekt på de depressive symptomer, men det påvirker ikke patientens drikketrang. Lignende resultater ses ved behandling af angsttilstande med buspiron (5).

## **ORGANISERING AF BEHANDLING**

### **Offentlige og private behandlingstilbud**

Behandling for et stort alkoholforbrug varetages af amterne og sker i henhold til sygehuslovens § 16. I henhold til loven skal behandling på amtets institutioner kunne gives anonymt, hvis patienten ønsker det. Den amtslige behandling er gratis. Behandlingstilbudene kan variere meget fra amt til amt. De enkelte amters behandlingstilbud fremgår af deres hjemmesider. På [www.alkoholviden.dk](http://www.alkoholviden.dk) kan de forskellige behandlingstilbud også ses. I de fleste amter er det ligeledes muligt for pårørende at henvende sig med henblik på råd, vejledning og støtte.

I alle amter er der tilbud om ambulant behandling eller rådgivning. Behandlingen vil ofte blive givet af sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer og/eller læger, eventuelt socialpædagoger eller folk med anden social- eller sundhedsfaglig basisuddannelse. Den ambulante behandling kan bestå af forskellige former for individuelle behandlingsmæssige forløb (se ovenfor), af støttende samtaler og/eller af gruppeforløb, der enten kan have undervisende eller behandlende karakter.

Nogle amter tilbyder dagbehandling, det vil sige behandling, hvor patienten i en periode møder alle hverdage. De fleste amter har desuden mulighed for at henvise til døgnbehandling, det vil sige, at behandlingen kan foregå under en indlæggelse af 6-12 ugers varighed. De fleste amter vil henvise til private døgninstitutioner. Behandlingen er gratis også selvom behandlingen forgår i et andet amt end hjemamtet. De fleste kan imidlertid behandles effektivt ambulant, og der er ikke belæg for at antage, at det generelt er nødvendigt med indlæggelse for at sikre bedre effekt af behandlingen (5).

### **Behandling hos egen læge**

Mange med et stort forbrug af alkohol kan få støtte hos egen læge. Den praktiserende læge kan i mange tilfælde tilbyde samtaler, opfølgning og eventuelt disulfirambehandling til de patienter, der ikke har behov for mere intensiv behandling. Den praktiserende læge spiller ligeledes en stor rolle, når det gælder tidlig opsporing af alkoholproblemer, som i mange tilfælde kan afhjælpes, inden de udvikler sig.

### **Private tilbud, patientforeninger og selvhjælpsgrupper**

Der findes adskillige private behandlingstilbud, som omfatter både ambulant samt dag- og døgnbehandling fx Lænken, Blå Kors og KFUM. I tilknytning til behandlingen er der ofte oprettet patientforeninger, kontaktsteder og selvhjælpsgrupper. Her finder mange patienter støtte til at skabe nye netværk til erstatning for et drikkende netværk, som de måske vælger at forlade.

Flere af de private tilbud fx Minnesotabehandlingen koster penge, og det bør man være opmærksom på, når man introducerer disse til patienten. Behandlingen kan finansieres enten af patienten selv, arbejdspladsen eller hjemkommunen. Nogle amtslige behandlingsinstitutioner kan henvise til dag- eller døgnbehandling efter Minnesotamodelen.

## Pensionater og forsorgshjem

Der har i de senere år været meget fokus på hjemløse og andre særligt udsatte og belastede med et stort forbrug af alkohol. Det er også rigtigt, at disse ikke har mange muligheder for støtte og/eller behandling og rehabilitering. I de fleste amter findes dog et antal forsorgshjem og beskyttede pensionater, hvor patienten kan henvende sig uden henvisning. Der vil ofte være tale om en mindre egenbetaling (kost og logi), men nogle institutioner har mulighed for at udskyde betalingen.

## Valg af behandlingstilbud

Valget af tilbud bør foregå i tæt samarbejde med patienten.

- ❖ Patienter med skadeligt forbrug vil ofte kunne nedsætte deres alkoholforbrug på egen hånd eller ved hjælp af et minimum af støtte fra egen læge, sundhedspersonalet på sygehuse, en offentlig rådgivnings- eller behandlingsinstitution eller lignende.
- ❖ Patienter, der har udviklet afhængighed af alkohol, vil som oftest kunne profitere af behandling. Som udgangspunkt er det en god strategi at vælge mindste middels princip (8), og de fleste vil kunne profitere af ambulans behandling (3,5).

Patienter, der er hjemløse, uden netværk, har et svært alkoholproblem og eventuelt en psykisk lidelse, kan sjældent umiddelbart indgå i eller profitere af ambulans behandling. Døgnbehandling eller ophold på pensionater eller forsorgshjem er her en mulighed (3).

## Tilknytning til behandling under indlæggelse

Når man taler med indlagte patienter om eventuel behandling for alkoholproblemet, er det en god ide at drøfte det tidligt i forløbet. Hvis man først nævner muligheden for behandling i forbindelse med udskrivelsen og kun giver en anbefaling, er det ikke så sandsynligt, at anbefalingen følges. Det er mere sandsynligt, at patienten opsøger alkoholbehandling, hvis man løbende under indlæggelsen taler med patienten om, hvad der skal ske efter udskrivelsen. Hvis patienten er enig i, at en egentlig behandling for alkoholproblemet vil være en hjælp, bør der træffes konkrete aftaler. Aftalen med patienten kan gå ud på at sende en henvisning til behandlingsstedet; at ringe og aftale tid, så patienten har et konkret tidspunkt, han skal møde på behandlingsstedet; at informere egen læge om henvisningen etc. I nogle situationer kan patienten måske nå at gennemføre den første samtale på behandlings-

stedet før udskrivelsen, eventuelt med deltagelse af en sundhedsfaglig person fra afdelingen.

### MÅLSÆTNING FOR ALKOHOLFØRBRUGET VED BEHANDLING

Målene for det fremtidige forbrug af alkohol i forbindelse med behandlingen vil være forskellige for de enkelte patienter og vil ofte være genstand for forhandling.

Et alkoholforbrug under de anbefalede genstandsgrænser som behandlingsmål kan anbefales for patienter (9), der:

- ♦ endnu i perioder er i stand til at kontrollere deres alkoholforbrug
- ♦ har et socialt netværk, hvor der drikkes moderat
- ♦ ikke har symptomer på afhængighed
- ♦ ikke er i stand til at holde sig afholdende, og der samtidig ikke er forekomst af fysiske skader eller delirium tremens. Hos disse patienter kan det anbefales som kompromis.

Afholdenhed kan derimod anbefales ved (9):

- ♦ fysiske skader af alkoholforbruget fx leverdysfunktion, pankreatitis
- ♦ kognitive skader fx demens
- ♦ psykiatrisk co-morbiditet
- ♦ delirium tremens
- ♦ gentagne forsøg på at opnå et moderat alkoholforbrug, men uden succes
- ♦ et socialt netværk der kun består af bekendte, som drikker
- ♦ en partner der klart foretrækker dette
- ♦ afhængighed.

Enkelte patienter har underliggende problematikker fx incest, der har haft betydning for udviklingen af alkoholproblemet. For disse patienter vil fokus for behandlingen i første omgang være alkoholproblemet og handle om at få skabt stabilitet i dagligdagen. Efterfølgende kan det vurderes, hvorvidt den enkelte patient kan profitere af supplerende terapeutisk behandling i relation til den underliggende problemstilling. I givet fald skal patienten henvises.

### REFERENCER

- (1) Skinhøj KT, Frølund L, Kiehn S. Behandling for alkoholmisbrug ved danske alkoholambulatorier. Rapport 88: 5. Socialforskningsinstituttet, 1988.
- (2) O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347: 237-40.

- (3) Nielsen B, Nielsen AS. Odensemodellen: Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrug. Fyns Amt, 2001.
- (4) Rosenberg R, Hemmingsen RP. Neurobiologisk misbrugsforskning. Ugeskr Læger 1998; 160: 153-6.
- (5) Behandling af alkohol- og narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapssammenstilling. SBU-rapport nr. 156. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2001.
- (6) Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update software.
- (7) Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. J Stud Alcohol 1988; 49: 412-7.
- (8) Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 573-9.
- (9) Jarvis TJ, Tebbutt J, Mattick RP. Treatment approaches for alcohol and drug dependence. An Introductory guide. West Sussex: Wiley, 1995.

# Samarbejde med primær sundhedstjeneste

---

KAPITLET omhandler primær og sekundær sundhedstjenestes ansvar for samt redskaber til at sikre sammenhæng i det enkelte patientforløb.

---

Der er ikke publiceret systematiserede undersøgelser omhandlende samarbejdet mellem primær og sekundær sundhedstjeneste i forbindelse med patienter og familier med alkoholproblemer.

## SAMARBEJDE ER VIGTIGT

Når en patient overgår fra et regi til et andet, er der risiko for, at den viden, der foreligger om patienten, ikke videregives; hvilket kan få alvorlige konsekvenser. Derfor er det vigtigt, at alle parter, det vil sige den praktiserende læge, hjemmeplejen og sygehuspersonalet, er indstillet på at afdække og formidle de oplysninger, der er af betydning for den sundhedsfaglige indsats. Et manglende samarbejde kan for patienten medføre dårligere behandling, manglende tilbud om forebyggende indsats eller afbrydelse af et behandlingsforløb.

- ❖ For at sikre kvalitet og kontinuitet i en patients samlede behandlings-, pleje- og forebyggelsesforløb skal relevante oplysninger – herunder oplysninger om alkohol – formidles mellem primær og sekundær sundhedstjeneste.

## SÅDAN KAN SAMARBEJDET FOREGÅ

Samarbejdet mellem de to sektorer kan foregå på et hvilket som helst tidspunkt fra patienten henvises fra primær sundhedstjeneste til sygehuset, fx i et forambulant forløb, under indlæggelse eller i et efterfølgende ambulant forløb. Det er vigtigt at vurdere, hvornår det er relevant for den enkelte patient. De fleste steder foregår samarbejdet skriftligt, eventuelt suppleret med telefonisk kontakt, hvis der er be-

hov for hurtig formidling. Samarbejdet kan suppleres med et fællesmøde, hvor patienten og eventuelle familiemedlemmer kan deltage.

Den skriftlige formidling foregår ved overgang til sygehus i form af en henvisning (eller svangerskabsjournal) og hjemmeplejerapport. Ved overgang til primær sundhedstjeneste benyttes det lægelige udskrivningsbrev (epikrise) og sygeplejerapport eller en samlet rapport fra gruppen af tværfagligt personale på sygehuset. Standardiserede skemaer, således også henvisningssedler med oplysninger om patientens alkoholforbrug, kan med fordel benyttes. På denne måde sikres en rutinemæssig formidling af oplysningerne.

## **INDHOLD**

Indholdet i den skriftlig formidling bør dække oplysninger, som er relevante for patientens pleje-, behandlings- og forebyggelsesforløb. Det er oplysninger om patientens forbrug af alkohol, undersøgelsesresultater, behandlingstiltag og -erfaringer og viden om patientens sociale situation herunder familie, arbejde, ressourcer og problemstillinger. Desuden bør information om tiltag fra fx hjemmepleje og socialforvaltning indgå.

I relation til en alkoholproblematik skal der her nævnes nogle områder, som henholdsvis den praktiserende læge og personalet på sygehuset skal være opmærksomme på.

### **Henvisning af gravide og patienter til operation**

Ved henvisning af gravide til svangrekonsultation og henvisning af patienter, der muligvis skal opereres, bør den praktiserende læge indlede indsatsen med at motivere og støtte til nedsættelse af eller ophør med et stort forbrug af alkohol. For de gravide handler det om at forebygge fosterskader, se kapitel 7 side 79, og for patienter, som henvises til eventuel operation, handler det om at reducere risikoen for operationskomplikationer, se kapitel 7 side 88. Indsatsen formidles telefonisk, skriftligt eller ved møde.

### **Ved udskrivning fra sygehus eller afslutning af ambulante forløb**

Epikrisen til egen læge og sygeplejerapporten til hjemmeplejen bør indeholde oplysninger om sygehusets tiltag i relation til et stort forbrug af alkohol. Heri indgår den systematiske indsats med forebyggelsessamtalen om alkohol, givne sundhedsråd, forventet opfølgning hos egen læge, praktiserende speciallæge, alkoholbehandling, tiltag

vedrørende børn, unge og familien som helhed, hjælpeforanstaltninger og bistand vedrørende sociale problemer.

## FÆLLESMØDE

I forhold til enkelte patienter og familier med et alkoholproblem vil den skriftlige formidling ikke være tilstrækkelig. Patienten og familien kan opnå god støtte ved et fælles møde med deltagelse af patienten, relevante familiemedlemmer, praktiserende læge, hjemmehjælper og hjemmesygeplejerske, sagsbehandler fra Socialforvaltningen, eventuelt personale fra en alkoholbehandlingsinstitution og repræsentanter for afdelingens tværfaglige personalegruppe. I hver enkelt situation må det vurderes, hvem der vil være relevante deltagere, og parterne bør indbydes i god tid af hensyn til deres planlægning. Mødet kan foregå på sygehuset, i patientens hjem, hos den praktiserende læge eller i Socialforvaltningen.

Formålet med mødet kan være forskelligt. Det kan fx dreje sig om:

- ♦ at få belyst hvordan en patient kan fungere i sit fremtidige daglige liv, hvilke ressourcer der er hos patienten og i netværket, og hvilke behov der er for hjælpeforanstaltninger
- ♦ at få drøftet behov for hjælp til børn, unge og andre familiemedlemmer
- ♦ at drøfte muligheder for/indgå aftaler om alkoholbehandling for en patient og eventuelt familien
- ♦ at fastlægge en målsætning og handleplan
- ♦ at samordne indsatsen
- ♦ at tydeliggøre aftaler og ansvaret for dem.

Afdelingens personale skal på forhånd tage stilling til, hvad formålet med mødet er.

På baggrund af dette kan personalet forberede mødet ved at formulere konkrete spørgsmål, der ønskes besvaret, områder, der ønskes belyst, eller løsninger, der skal findes. Ved at udsende en skriftlig indbydelse til alle deltagere med formål og dagsorden signalerer sundhedspersonalet seriøsitet i forhold til patienten, familien og deres situation. Efter mødet bør afdelingens personale udarbejde et konkluderende notat, som sendes til alle deltagere, så aftaler og ansvar for opgaver er tydelig for alle.

## VANDREJOURNAL

I forbindelse med en samordnet indsats mellem primær og sekundær sundhedstjeneste er det ideelt at have en fælles journal, som er i patientens varetægt – en vandrejournale. Patienten ses på skift af fx egen læge, hjemmeplejen, alkoholambulatorium, sygehus eller praktiserende speciallæge. De involverede behandlere kan på den måde kommunikere korte notater vedrørende patientens behandlingsforløb.

## GRAVIDE OG BØRN OG UNGE FRA FAMILIER MED ET ALKOHOLPROBLEM

Kontinuitet i indsatsen er af afgørende betydning for at støtte familier med et alkoholproblem. Vedrørende de særlige opmærksomhedspunkter og muligheder for indsats, der gør sig gældende for gravide, der drikker for meget, henvises til kapitel 7 side 79 og for børn og unge, som vokser op i en familie med et alkoholproblem henvises til kapitel 3 side 44 og kapitel 13.

# Organisatoriske faktorer ved implementering af den forebyggende indsats

---

I DETTE KAPITEL præsenteres organisatoriske faktorer, der understøtter implementeringen af den systematiske indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol på sygehus.

---

Der er flere organisatoriske faktorer, der har betydning for, om det sundhedsfaglige personale forholder sig til patienter, der drikker for meget. Ved implementering af en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol skal der på det organisatoriske plan tages højde for følgende faktorer med henblik på at understøtte processen:

- ♦ ledelsesmæssig opbakning
- ♦ alkoholpolitik for patienter, pårørende og personale
- ♦ uddannelse af sundhedspersonalet
- ♦ struktur og materiale til at sikre systematik og kvalitet i indsatsen
- ♦ henvisningsmulighed til alkoholrådgivning og -behandling
- ♦ lokale organisatoriske forhold
- ♦ led i ny løn
- ♦ DRG
- ♦ standarder.

Gennemgangen af de organisatoriske faktorer baserer sig på erfaringerne fra implementeringen af en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol på Bispebjerg Hospital.

## LEDELSESMÆSSIG OPBAKNING

Sygehusledelsen skal sikre, at en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol indgår i målsætningen for sygehuset. Indsatsen bør prioriteres på linie med øvrige sundhedsfaglige ydelser, og ledelsen må sikre ressourcer til implementering af opgaven, herunder

til uddannelse af det sundhedsfaglige personale (se nedenfor). Sygehusledelsen kan lade indsatsen indgå i kontraktforhandlingerne med de enkelte centre og afdelinger.

### **ALKOHOLPOLITIK PÅ SYGEHUSET**

En alkoholpolitik på sygehuset understøtter en sundhedsfremmende og forebyggende indsats på alkoholområdet. Dette gælder både som led i sygehusets samlede indsats over for patienter og pårørende og som led i den personalepolitiske indsats over for de ansatte på sygehuset (1,2,3).

- ❖ En alkoholpolitik bør omfatte patienter, pårørende og personale, og den bør indeholde retningslinier for indtagelse af alkohol og tilbud om hjælp til dem, der drikker for meget.

Ved en kortlægning af forebyggelsespolitikker på landets sygehuse har 50 af 76 sygehuse rapporteret, at de har en alkoholpolitik. Disse politikker er overvejende rettet mod personalet, men på 17 af de 50 sygehuse var der ingen restriktioner over for personalet med hensyn til alkoholindtagelse (4). Der eksisterer således et behov for at udbygge sygehusenes alkoholpolitikker.

### **Konsekvenser af ikke at have en alkoholpolitik**

Det kan have forskellige konsekvenser, at et sygehus ikke har en alkoholpolitik, der dækker dels patienter og pårørende og dels personalet.

#### ***Patienter og pårørende***

Konsekvenserne af ikke at have en politik, der omhandler patienter og pårørende, er blandt andet, at patienter, der drikker for meget, ofte ikke modtager relevante forebyggende tilbud, at patienters alkoholforbrug modvirker behandlingen, eller at patienter udviser ringe compliance. Drikker patienter eller pårørende i afdelingen, kan medpatienter, som arbejder på at ændre deres alkoholforbrug, opleve øget lyst eller trang til alkohol. Påvirkede patienter og pårørende kan desuden skabe utryghed i afdelingen.

#### ***Personale***

Konsekvenserne af ikke at have en alkoholpolitik for personalet kan være, at personalet ikke er fortrolige med, hvordan de skal agere ved formodning om, at en kollega er påvirket. Det kan fx føre til fejlbehandling af patienter eller arbejdsulykker. Personale, som lugter af al-

kohol eller optræder påvirket, skaber utryghed hos patienter, pårørende og kollegaer. Ydermere udhuler det troværdigheden af den sundhedsprofessionelle indsats på alkoholområdet. For personalet selv kan konsekvensen af manglende begrænsninger for at indtage af alkohol være, at nogle i arbejdstiden udvikler et vanemæssigt stort forbrug af alkohol.

### **Formål**

Formålet med en alkoholpolitik er at:

- ♦ yde en sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for patienter, pårørende og personale
- ♦ understøtte behandlingen af patienter
- ♦ støtte de, der ønsker at nedsætte eller ophøre med et stort forbrug af alkohol
- ♦ støtte familier med et alkoholproblem
- ♦ øge kvaliteten af personalets sundhedsfaglige ydelser
- ♦ sikre tryghed og trivsel for patienter, pårørende og personale
- ♦ sikre et bedre arbejdsmiljø for personalet.

### **Retningslinier for indtagelse af alkohol**

#### ***Patienter og pårørende***

For mange patienter er det nødvendigt at ændre alkoholvaner ved sygdom og behandling for at opnå det bedst mulige forløb og prognose. At ændre drikkevaner kræver en aktiv indsats, og derfor tilbyder sygehusene støtte på forskellige måder. En alkoholpolitik skal understøtte denne indsats og bør derfor omfatte alkoholfri miljøer, hvor patienter kan færdes uden at blive konfronteret med andre patienters, pårørendes eller personales alkoholindtagelse. Erfaringer fra somatiske og psykiatriske afdelinger med alkoholfrit miljø viser, at det kan gennemføres uden problemer. Patienter, der ikke har problemer med alkohol, udtrykker ikke vanskelighed ved at undvære alkohol i den relativt korte tid, de er indlagt på sygehus.

På baggrund af dette og den relativt store forekomst af patienter, der drikker for meget, vil et alkoholfrit miljø på sygehus på samme måde som et røgfrit miljø (5) være et klart signal om, at sygehuset tager forebyggelse på alkoholområdet alvorligt.

#### ***Personale***

En undersøgelse i 1997 af personalets holdninger til en fremtidig alkoholpolitik på Bispebjerg Hospital viste, at 62% af medarbejderne fandt følgende formulering dækkende: "Den overordnede holdning

er, at alkohol ikke drikkes på hospitalet undtaget ved særlige lejligheder i tilslutning til arbejdstids ophør”. Yderligere mente 88%, at patienter og pårørende mister tilliden til hospitalspersonalet, hvis ansatte lugter af alkohol. Der var således en udbredt holdning hos sygehuspersonalet om, at arbejde og alkohol ikke hører sammen. Samarbejdsudvalget besluttede da at revidere alkoholpolitikken svarende til dette, og at salget af lyse øl i kantinerne skulle ophøre.

### **Indsats med tilbud om hjælp**

Indsatsen over for patienter og pårørende er beskrevet tidligere, og fokus i det følgende er personalet.

### **Indsats i forhold til sundhedspersonale**

Åbenhed i organisationen er af stor betydning for at sikre, at personale med et begyndende alkoholproblem får hjælp. En medarbejder skal trygt kunne henvende sig til fx sin arbejdsleder eller tillidsrepræsentant uden at frygte for umiddelbar afskedigelse. Det er også væsentligt, at alle medarbejdere i organisationen er bevidst om, at de har et menneskeligt, kollegialt og arbejdsmæssigt ansvar for at være opmærksomme på, om en kollega er på vej ud i et alkoholproblem.

Alkoholpolitikken for personalet skal derfor indeholde tydelige retningslinier for, hvordan problematikken omkring en kollega, der drikker for meget eller fremtræder påvirket på arbejde, takles af det øvrige personale. Tillige bør sygehuset indarbejde klare retningslinier for indberetning af det autoriserede sundhedspersonale til embedslægerne ved et formodet eller påvist alkohol- eller rusmiddelproblem. To nye studier peger på betydningen af tidlig indberetning, skærpede vilkår, herunder behandling i forbindelse med tilsynet fra embedslægeinstitutionen. Der er også behov for forbedrede behandlingstilbud for bedre at hjælpe sundhedspersonale til at løse deres alkohol- eller rusmiddelproblem (6,7).

Det kan anbefales, at der uddannes netværkspersoner på sygehuset fx arbejdsledere, tillidsrepræsentanter eller andre særligt valgte medarbejdere til at varetage opgaven med at gennemføre samtaler med kollegaer med et begyndende alkohol- og rusmiddelproblem.

### **Hjælp til at implementere alkoholpolitik på sygehus**

I de fleste af landets amter er der en APPA-konsulent (Alkohol Politik På Arbejdspladsen), se [www.appa.dk](http://www.appa.dk), som kan hjælpe med at udforme og implementere en alkoholpolitik for personale på arbejds-

pladsen. Desuden kan Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital, se [www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk](http://www.KliniskEnhedforSygdomsForebyggelse.dk), støtte landets sygehuse med at udarbejde og implementere en alkohol- og rusmiddelpolitik over for patienter, pårørende og personale. I dette kan indgå uddannelse af personalet til den sundhedsfaglige indsats over for patienter og pårørende og et 2-dages kursus til uddannelse af netværkspersoner til indsats over for en kollega med et alkohol- eller rusmiddelproblem.

## UDDANNELSE AF SUNDHEDSPERSONALET

Alkoholområdet er tabubelagt, og det at drikke for meget betragtes af mange som noget meget privat. Erfaringer med implementering af en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol på Bispebjerg Hospital har vist, at patienterne som oftest er positive over for samtaler om deres alkoholvaner, men at personalet finder det vanskeligt at tale med patienterne om det (8,9).

I personalegruppen kan der være forskellige holdninger til, hvorvidt og hvordan personalet skal yde indsats over for patienter og familier med et alkoholproblem. Personalet kan tolke signaler og udsagn fra patienterne forskelligt, og nogle kan være tilbøjelige til at bagatellisere et problems omfang. Andre har måske den holdning, at det slet ikke nytter at tale med patienterne, og andre igen holder sig tilbage af frygt for, at patienterne reagerer med vrede eller benægter forbrugets størrelse og konsekvenser. Personalets barrierer for samtale kan også være affødt af personlige forhold fx et uafklaret forhold til eget alkoholforbrug eller erfaringer med et alkoholproblem fx i familien. Personlige erfaringer medfører for nogle, at de bliver ressourcefulde i forhold til at se og forholde sig til alkoholproblemer hos patienter og deres familier. For andre kan det betyde, at de afviser problemet eller ikke magter at forholde sig til det.

### Personalets handlekompetence

I forbindelse med implementering af en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol er en væsentlig forudsætning, at personalet uddannes til opgaven. Hermed kan flere af ovenstående barrierer imødegås. Personalets behov for at styrke deres kompetence drejer sig om:

- ♦ for lægegruppen at få kendskab til den seneste evidensbaserede viden om alkohols betydning for sygdom, behandling og prognose, herunder helbreds- og behandlingsfordele ved et ændret forbrug
- ♦ for plejepersonalet at få udviklet deres kompetence til at tale med patienter om deres alkoholvaner og at kunne rådgive om ændring.

Da der i de sundhedsfaglige grund- og efteruddannelser i øjeblikket ikke indgår obligatorisk undervisning om sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter inden for alkoholområdet, er der et stort behov for at personalet bliver uddannet til indsatsen.

På Bispebjerg Hospital er der i forbindelse med en systematisk indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol, udviklet et uddannelsesprogram for sundhedspersonalet. Undervisningen omfatter blandt andet baggrund, evidens og metode for en indsats på området. Tillige undervises det sundhedspersonale, der skal gennemføre forebyggelsessamtalen om alkohol i teorier om ændringsprocesser og træning i samtalen. For at støtte kompetenceudviklingen suppleres undervisningen med løbende vejledning i at gennemføre samtalerne.

Det har vist sig hensigtsmæssigt, at undervisningen foregår for den samlede tværfaglige personalegruppe og afdelingsvis, for at opnå en fælles opfattelse af betydningen og kendskab til indholdet af indsatsen. Af hensyn til implementeringen har det vist sig betydningsfuldt, at der er udpeget nøglepersoner til at gennemføre forebyggelsessamtalerne med patienterne. Nøglepersonerne er ofte sygeplejersker med særlig motivation for indsatsen samt med kompetence inden for det specifikke speciale.

## **STRUKTUR OG MATERIALER**

Arbejdstilrettelæggelsen i afdelingen må tilpasses, så der afsættes tid til indsatsen, og personalet automatisk mindes om opgaven. Kliniske retningslinier med tilhørende journalskemaer og pjecer medvirker til at sikre systematik og ensartethed i indsatsen. Journalskemaerne kan tillige sikre dokumentation og anvendes til kvalitetssikring til brug ved audits.

## MULIGHED FOR HENVISNING TIL ALKOHLRÅDGIVNING OG -BEHANDLING

Det er afgørende for troværdigheden af indsatsen, at personalet er fortroligt med henvisningsmuligheder og -procedurer. På hvert sygehus må de realistiske muligheder for alkoholrådgivning og -behandlingstilbud, både i og uden for amtet, forefindes med beskrivelse. Pjeccer, som omhandler disse tilbud, bør være tilgængelige, så de kan udleveres til patienterne og deres familier.

## LOKALE ORGANISATORISKE FORHOLD

Lokalt kan flere faktorer medvirke til at understøtte processen med at implementere indsatsen på den enkelte afdeling (10):

- ♦ ledelsesmæssig opbakning til motivering, uddannelse og kvalitetsudvikling
- ♦ lokal tilpasning af kliniske retningslinier og redskaber til egen klinisk hverdag
- ♦ ressourcer til uddannelse
- ♦ tværfaglig indsats fra læge- og plejepersonale
- ♦ lokal tværfaglig implementeringsgruppe med ledelse og medarbejdere til at opfange og handle på behov og problemer i processen
- ♦ integrering af uddannelse til indsatsen i introduktionen af nyanstattede læger og plejepersonale.

## LED I NY LØN

Honorering af det sundhedsfaglige personale for indsatsen i form af ny løn er en mulighed. For at indgå som led i ny løn skal indsatsen prioriteres lokalt. Desuden skal der foreligge beskrivelse af funktioner og tilhørende kompetencer for det sundhedspersonale, der skal implementere indsatsen.

## DRG

En tiltagende del af sygehusenes økonomi er baseret på DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper), hvilket er et nyere afregningssystem, som bruges internationalt, og som har afløst den gamle faste senge-dagspris. Det vil være relevant at indarbejde forebyggelsesydelserne i dette system, så der vil blive et økonomisk incitament for afdelingerne til at prioritere forebyggelse på linie med behandlingsområdet.

Da der ikke tidligere har været mulighed og tradition for at registrere forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, har Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse taget initiativ til et udviklingsarbejde under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Udviklingen sker i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, klinikere og andre relevante partnere. Arbejdet består i at beskrive forslag til en kodesystematik. Efter en afprøvning skal koderne udgøre grundlaget for Sundhedsstyrelsens videre arbejde med at koble DRG-takster til indsatsen.

## STANDARDE FOR FOREBYGGELSE

Integration af forebyggelse i sygehusenes kvalitetsarbejde og løbende audit af indsatsen fremmer implementeringen. Til brug for sygehusenes kvalitetsarbejde inden for forebyggelse er en arbejdsgruppe under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark ved at udvikle standarder for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering på sygehus. Et tilsvarende arbejde udføres under WHO. Arbejdet blev indledt i 2002, og foreløbige standarder på området afprøves i 2003.

Standarderne følger de internationale retningslinier ISQUA (International Society for Quality in Health Care), så de uden videre kan indgå i både nationale og internationale standarder for sundhedsvæsenets indsats. Standarderne indskrives i "den danske kvalitetsmodel", som planlægges anvendt ved den landsdækkende akkreditering i 2006. Der beskrives standarder for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering med udgangspunkt i patientforløb.

Standarderne i Danmark fastslår, at sygehuset skal have en fastlagt politik på området. Politikken skal indeholde retningslinier for:

- ♦ hvordan den enkelte patients behov for en forebyggende eller rehabiliterende indsats kortlægges
- ♦ hvordan den sundhedsfaglige information gives
- ♦ krav om at sygehuset skal have tilbud, som imødekommer patientens behov
- ♦ hvordan opfølgning og evaluering skal foregå
- ♦ hvordan tværsektorielt samarbejde og sikring af personalets kompetencer skal finde sted.

## REFERENCER

- (1) Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet, 1999.

- (2) Status 2001 for folkesundhedsarbejdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (3) Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
- (4) Træden UI, Zwisler ADO, Møller L et al. Forebyggelse på danske sygehuse – en kortlægning. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.
- (5) Røgfrit Sygehus – definition og strategi for implementering. København: Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Udgivelse nr. 3, 2001.
- (6) Zierau F. Misbrugende sundhedspersonale. Ugeskr Læger 2002; 164: 5501-5.
- (7) Hansen ET, Fouchard JR, Hoffmeyer JH et al. Læger og sygeplejersker under tilsyn. Ugeskr Læger 2002; 164: 5505-9.
- (8) Kann A, Mundt K. Personalet bør intervenere. Sygeplejersken 1997; 42: 44-7.
- (9) Mundt K, Kann A. Forebyggelsessamtaler om alkohol og tobak. Sygeplejersken 2000; 2: 34-40.
- (10) Forebyggelse på hospitalet. Statusrapport 1994-1997. Bispebjerg Hospital som modelhospital for det forebyggende sundhedsarbejde. Bispebjerg Hospital, 1998.



# Anbefalinger

---

I DETTE KAPITEL præsenteres anbefalinger for det sundhedsfaglige personale i den kliniske afdeling for:

- ♦ den systematiske indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol
  - ♦ indsats i forhold til børn og unge i familier med alkoholproblemer.
- 

Det er den systematiske indsats med forebyggelsessamtaler om alkohol og sundhedspersonalets ansvar for at forholde sig til børn og unge i familier med alkoholproblemer, der danner grundlag for anbefalingerne.

Den enkelte sygehus- og/eller afdelingsledelse bør fordele ansvar og kompetencer med udgangspunkt i de lokale forhold. Opgaverne bør løses i et tværfagligt samarbejde, så patienterne tydeligt oplever samtalen om alkohol og hjælp til at nedsætte eller ophøre med forbruget som en integreret del af behandlingen forankret i den enkeltes problem med helbredet.

De følgende anbefalinger gælder både for læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

## **Personalets opgaver over for alle ambulante og indlagte patienter:**

1. Giv kort information:
  - a. om alkohols betydning for sygdom, behandling og prognose
  - b. om helbreds- og behandlingsfordele ved at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget.
2. Spørg patienten om hans alkoholforbrug og -vaner. Som minimum skal enhver patient placeres i en af følgende grupper:
  - a. et alkoholforbrug  $\leq$  genstandsgrænserne – anbefal fortsat forbrug under genstandsgrænserne, og afslut interventionen. Har sundhedspersonalet viden om, at patienten har ændret et tidligere stort forbrug af alkohol og nu befinder sig i påbegyndelsesstadiet eller vedligeholdelsesstadiet gennemføres en “samtale i handlestadierne”

b. et alkoholforbrug > genstandsgrænserne – se nedenfor.

### **Følgende anbefalinger gælder alle patienter, der drikker over genstandsgrænserne:**

3. Giv patienten personlig tilbagemelding om risici ved det aktuelle alkoholforbrug og fordele ved at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget. Relatér risici og fordele til sygdom, behandling og prognose. Benyt fx figurerne “Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug” og “Fysiske fordele ved at holde op med at drikke, og den tid det tager før tilstandene normaliseres”.
4. Anbefal patienten at ophøre med eller nedsætte alkoholforbruget til under genstandsgrænserne. Anbefal:
  - ♦ **at særlige patientgrupper** ophører med at drikke alkohol. Herunder fx børn under 15 år, patienter der skal opereres, og som drikker > 4 genstande dagligt, patienter med fysiske alkoholskader fx leverdysfunktion og pankreatitis, kognitive skader, afhængighed, abstinenskrampe eller delirium tremens.
  - ♦ **at sårbare patientgrupper** nedsætter alkoholforbruget en del under de anbefalede genstandsgrænser. Herunder fx gravide, ammende og unge.
  - ♦ **at øvrige patientgrupper** – som ikke er omfattet af de ovenfor nævnte grupper – nedsætter forbruget til de anbefalede genstandsgrænser. Herunder fx patienter der skal opereres, og som drikker 3-4 genstande dagligt og andre patienter med et skadeligt forbrug af alkohol.
5. Vurder patienten for abstinenssymptomer og behov for akut behandling ved alkoholspecialist. Ved behov; ordiner og følg abstinensbehandling for patienter som:
  - ♦ umiddelbart holder op med at drikke alkohol
  - ♦ midlertidigt holder op med at drikke for at understøtte behandlingen
  - ♦ af andre grunde stopper med at drikke fx på grund af faste, intensiv behandling og et alkoholfrit miljø.
6. Spørg patienten om hans overvejelser om at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget. Inddel herved i:
  - ♦ før-overvejelsesstadiet – ingen aktuelle planer om ændring
  - ♦ overvejelsesstadiet – ambivalent
  - ♦ forberedelsesstadiet – ønsker aktuelt at ændre.
7. Gennemfør en forebyggelsessamtale om alkohol med udgangspunkt i patientens viden, følelser, holdning og erfaringer.

**A: patienter som ikke har aktuelle planer om at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget**

- ♦ giv *personlig* tilbagemelding om alkoholforbrugets og en ændrings betydning for den aktuelle sygdom, behandling, sundhed og livet i almindelighed
- ♦ hjælp patienten med at forholde sig til fordele og ulemper ved uændret forbrug
- ♦ tilbyd at orientere om muligheder for støtte til ændring af alkoholforbruget i form af abstinens- og psykosocial behandling
- ♦ tilbyd relevant informationsmateriale.

**B: patienter som overvejer at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget**

- ♦ giv *personlig* tilbagemelding om betydningen af at ændre alkoholforbruget for den aktuelle sygdom, behandling, sundhed og livet i almindelighed
- ♦ hjælp patienten til at afklare ambivalens. Anvend fx "Balance-skema"
- ♦ orienter om muligheder for støtte til ændring af alkoholforbruget i form af abstinens- og psykosocial behandling
- ♦ tilbyd relevant informationsmateriale.

**C: patienter som aktuelt ønsker at nedsætte eller ophøre med alkoholforbruget**

- ♦ giv *personlig* tilbagemelding om fysiske abstinenser og psykosociale reaktioner ved ændring af alkoholforbruget
- ♦ informer om de forskellige muligheder for støtte til ændring af alkoholforbruget i form af abstinens- og psykosocial behandling
- ♦ undersøg sammen med patienten egnede metoder til ændring
- ♦ tilbyd patienten valg mellem relevante behandlingstilbud
- ♦ henvis patienten, hvis han ønsker behandling
- ♦ støt patienten i at ændre alkoholforbruget, hvis han ikke ønsker henvisning
- ♦ tilbyd relevant informationsmateriale.

8. Dokumenter aktiviteterne under punkt 1-7 systematisk i patientjournalen.
9. Vidergiv information om indsatsen inklusiv den fremtidige behandlingsplan til den primære sundhedstjeneste.
10. Spørg patienten om han har børn under 18 år
  - a. spørg til børnenes og de unges situation

- b. vurder det enkelte barns/den enkelte unges situation og tag stilling:
- ♦ er barnets/den unges situation ikke væsentligt påvirket så anbefal, at forældrene drøfter barnets forhold med den praktiserende læge, børnerådgivningscenter eller alkoholbehandlingscenter
  - ♦ har barnet/den unge brug for hjælp så henvis til fx Socialforvaltningen, børnerådgivningscenter eller børnepsykiatrisk afdeling. Vurder forældrenes omsorgsevne. Er den væsentligt påvirket, eller er der formodning om det, så underret Socialforvaltningen jævnfør den skærpede underretningspligt i lov om social service.
- c. vidergiv information om indsatsen inklusiv den fremtidige behandlingsplan til den primære sundhedstjeneste og Socialforvaltningen, under hensyntagen til lov om patienters retsstilling og forvaltningsloven.

# Identifikation af patienter der drikker for meget

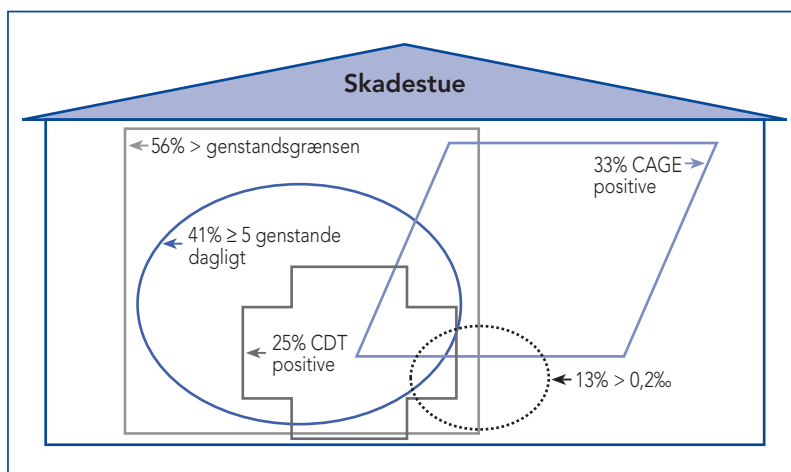
Nedenstående figur bygger på en undersøgelse af mandlige patienter i en københavnsk skadestue (1).

I undersøgelsen blev der anvendt forskellige metoder til at identificere patienternes alkoholforbrug. Som vist i figuren var der dårlig overensstemmelse mellem de forskellige metoder.

Undersøgelsen viste, at den største gruppe patienter blev identificeret ved blot at spørge til deres daglige forbrug af alkohol.

**Figur 1**

**Forekomst af mandlige patienter med overforbrug af alkohol i en skadestue**



Patienter der drikker for meget, identificeret ved forskellige metoder i en københavnsk skadestue (1). Kasserne er placeret således at overlap illustrerer den andel af patienter, der blev identificeret ved forskellige metoder; fx svarede ca. 30% med en positiv CAGE test, at de drak over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, mens ca. 50% med en alkoholpromille over 0,2 svarede at de drak over genstandsgrænserne.

**Metoder til identifikation:**

Genstandsgrænsen (56%): Forbrug over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Baseret på patientens eget udsagn.

5 genstande dagligt (41%): Forbrug på mindst 5 genstande dagligt. Baseret på patientens eget udsagn.

CAGE (33%): Spørgeskema der fokuserer på alkoholafhængighed. Testen bliver ikke nødvendigvis positiv ved et stort alkoholforbrug, hvis der ikke samtidig er afhængighed. Omvendt kan testen være positiv længe efter, at patienten er holdt om med at drikke, se bilag 2.

CDT (25%): Carbohydrate deficient transferrin dannes i varierende grad ved alkoholforbrug på mindst 5 genstande dagligt i mindst 2 uger. CDT kan måles i blodet som alkoholmarkør med svingende pålidelighed.

%-måling (13%): Alkoholpromille over 0,2. Målt på blodprøve.

## REFERENCE

- (1) Jensen TH, Pedersen B, Crone KL et al. Skadestuepatienter og alkoholforbrug. Ugeskr Læger 2000; 162: 5782-5.

## Andre metoder til identifikation af alkoholproblemer

Selv om det enkleste er at spørge patienten direkte om alkoholforbruget, er der gennem tiderne udviklet flere spørgeskemaer på området.

Der findes forskellige spørgeskemametoder til at afdække alkoholproblemer, her vises tre eksempler: CAGE, Brief MAST og AUDIT. De to første omfatter ikke forbrugets størrelse.

Generelt set har anvendelsen af spørgeskemaerne både fordele og ulemper, som kort skitseres.

### *Fordele*

- ♦ giver en fast struktur for anamnesen, som kan gøre det lettere at tage fat på et tabubelagt emne

### *Ulemper*

- ♦ skemaets tekniske anvendelighed fx validitet og generaliserbarhed
- ♦ tolkningsproblemer. Et falsk positivt svar (patienten har ikke noget alkoholproblem, men testen er positiv). Et falsk negativt svar (patienten har et alkoholproblem, men testen er negativ).

Samlet kan man sige, at såfremt man benytter validerede gennemprøvede skemaer, vil det største kliniske problem være tolkningen af de forskellige testresultater. Især er det falsk negative svar et problem (patienten underdriver eventuelt sit forbrug), da patientens reelle alkoholproblem kan få alvorlige konsekvenser for sygdomsforløbet.

### **CAGE**

CAGE er en metode, der består af 4 spørgsmål, som fokuserer på afhængighed (1). Spørgsmålene i CAGE kan ses som supplement til de anamnesticke oplysninger.

Have you ever felt you ought to **C**ut down on your drinking?

*Har De nogensinde følt, at De burde drikke mindre?*

Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?

*Er De nogensinde blevet ked af det eller fornærmet over kritik af Deres alkoholforbrug?*

Have you ever felt bad or **G**uilty about your drinking?

*Har De nogensinde haft dårlig samvittighed over Deres alkoholforbrug?*

Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (**E**ye-opener)

*Har De nogensinde drukket alkohol om morgenen for at komme i gang?*

Testen er positiv hvis patienten svarer ja til 2 eller flere spørgsmål.

## BRIEF MAST

Brief MAST er en kort udgave af Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) på 25 spørgsmål. Den korte udgave har følgende 10 spørgsmål hvor flere symptomer på afhængighed indgår (2).

- 
- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>1. Føler du, at dit alkoholforbrug er normalt ?</b> |                                  |
| ja   | <input type="checkbox"/> 0 point |
| nej  | <input type="checkbox"/> 2 point |
- 
- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>2. Føler dine venner eller familie, at dit alkoholforbrug er normalt ?</b> |                                  |
| ja  | <input type="checkbox"/> 0 point |
| nej   | <input type="checkbox"/> 2 point |
- 
- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>3. Har du nogensinde opsøgt et alkoholambulatorium eller lignende på grund af dit alkoholforbrug?</b> |                                  |
| ja   | <input type="checkbox"/> 5 point |
| nej  | <input type="checkbox"/> 0 point |
- 
- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>4. Har du nogensinde mistet venner, kæreste eller ægtefælle på grund af dit alkoholforbrug?</b> |                                  |
| ja   | <input type="checkbox"/> 2 point |
| nej  | <input type="checkbox"/> 0 point |
- 
- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>5. Har du nogensinde svigtet dine pligter, din familie eller dit arbejde i to eller flere dage i træk, fordi du drak alkohol?</b> |                                  |
| ja   | <input type="checkbox"/> 2 point |
| nej  | <input type="checkbox"/> 0 point |
- 
- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>6. Har du nogensinde haft svære rystelser, hørt stemmer eller set syner, som forsvandt efter alkoholindtagelse?</b> |                                  |
| ja   | <input type="checkbox"/> 2 point |
| nej  | <input type="checkbox"/> 0 point |
-

<b>7. Har du nogensinde søgt hjælp hos nogen på grund af dit alkoholforbrug?</b>	
ja	<input type="checkbox"/> 5 point
nej	<input type="checkbox"/> 0 point
<b>8. Har du nogensinde været i kontakt med et hospital på grund af dit alkoholforbrug?</b>	
ja	<input type="checkbox"/> 5 point
nej	<input type="checkbox"/> 0 point
<b>9. Er du nogensinde blevet standset for spirituskørsel eller for at have kørt efter at have drukket alkohol?</b>	
ja	<input type="checkbox"/> 2 point
nej	<input type="checkbox"/> 0 point
<b>10. Har du nogensinde haft problemer på dit arbejde på grund af alkohol?</b>	
ja	<input type="checkbox"/> 2 point
nej	<input type="checkbox"/> 0 point

Testen er positiv ved en score på 6 point eller derover.

## AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) består af følgende 10 spørgsmål, og kan give en ide om hvorvidt en patient har et alkoholproblem (3,4). Spørgsmål 1-2 omhandler patientens erfaringer med øl, vin og spiritus gennem livet indtil nu. Spørgsmål 3-7 omhandler patientens erfaringer inden for det sidste år og spørgsmål 8-10 omhandler patientens drikkevaner i den seneste tid.

<b>1. Har andre nogensinde været bekymrede over dine drikkevaner eller foreslået dig at skære ned?</b>	
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/> 0 point
Ja, men ikke det seneste år	<input type="checkbox"/> 2 point
Ja, inden for det sidste år	<input type="checkbox"/> 4 point
<b>2. Har du nogensinde været skyld i ulykker, hvor du selv eller andre kom til skade, fordi du havde drukket?</b>	
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/> 0 point
Ja, men ikke det seneste år	<input type="checkbox"/> 2 point
Ja, inden for det sidste år	<input type="checkbox"/> 4 point
<b>3. Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse, efter at du havde drukket?</b>	
Nej	<input type="checkbox"/> 0 point
Ja, men ikke hver måned	<input type="checkbox"/> 1 point
Ja, månedligt	<input type="checkbox"/> 2 point
Ja, ugentligt	<input type="checkbox"/> 3 point
Ja, næsten hver dag eller dagligt	<input type="checkbox"/> 4 point

- 
- 4. Har du oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?**
- Nej  0 point
- Ja, men ikke hver måned  1 point
- Ja, månedligt  2 point
- Ja, ugentligt  3 point
- Ja, næsten hver dag eller dagligt  4 point
- 
- 5. Har du oplevet, at du ikke kunne gøre det, der normalt forventes at dig, fordi du havde drukket?**
- Nej  0 point
- Ja, men ikke hver måned  1 point
- Ja, månedligt  2 point
- Ja, ugentligt  3 point
- Ja, næsten hver dag eller dagligt  4 point
- 
- 6. Har du måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?**
- Nej  0 point
- Ja, men ikke hver måned  1 point
- Ja, månedligt  2 point
- Ja, ugentligt  3 point
- Ja, næsten hver dag eller dagligt  4 point
- 
- 7. Har du oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?**
- Nej  0 point
- Ja, men ikke hver måned  1 point
- Ja, månedligt  2 point
- Ja, ugentligt  3 point
- Ja, næsten hver dag eller dagligt  4 point
- 
- 8. Hvor ofte drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus?**
- Aldrig  0 point
- Højest 1 gang om måneden  1 point
- 2-4 gange om måneden  2 point
- 2-3 gange om ugen  3 point
- 4 gang om ugen eller oftere  4 point
- 
- 9. Hvor mange genstande drikker du så almindeligvis i løbet af en dag?**
- 1-2  0 point
- 3-4  1 point
- 5-6  2 point
- 7-9  3 point
- 10 eller flere  4 point
- 
- 10. Hvor tit drikker du seks genstande eller flere i løbet af en dag?**
- Aldrig  0 point
- Højest 1 gang om måneden  1 point
- 2-4 gange om måneden  2 point
- 2-3 gange om ugen  3 point
- 4 gang om ugen eller oftere  4 point
-

Testen tolkes på følgende måde:

- 0-7 point: Tilsyneladende ingen problemer med alkohol
- 8-12 point: Formodentlig ikke de store problemer med alkohol, men der kan alligevel være noget at vinde ved at sætte forbruget ned
- >12 point: Alkoholvanerne trænger temmelig sikkert til at bliver ændret. Prøv at se på testen igen. Hvis der er svaret bekræftende på spørgsmål 4, 5 eller 6, kan noget tyde på, at patienten er ved at blive afhængig af alkohol – eller allerede er blevet det. Under alle omstændigheder vil det være godt at gøre noget ved alkoholforbruget – nu.

#### REFERENCER

- (1) Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-7.
- (2) Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. Am J Psychiatry 1972; 129: 342-5.
- (3) Fakta om alkohol – gode råd om at drikke lidt mindre. 2002. Sundhedsstyrelsen. <http://www.drikerjegfor meget.dk/test.slrp>
- (4) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction 1993; 88: 791-804.



# Observations- og scorings- skema ved alkoholabstinens

Bispebjerg Hospital

**Observations- og scoringskema ved alkoholabstinens (vers. 2)**

LILLE PATIENT-LABEL

**OBSERVATIONER**

Dato															
Klokken															
Puls															
Temperatur															
Blodtryk															
Respirationsfrekvens/SAT	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vågen/sover															

**SCORING**

1. Sved (0-2)															
2. Tremor (0-2)															
3. Motorisk aktivitet (0-2)															
4. Puls (0-2)															

De følgende items skal altid rates,  
men kan kun indgå, hvis score  
er mindst 2 på item 1-4 (tilsammen).

5. Temperatur (0-4)															
6. Hallucinationer (0-4)															
7. Bevidsthedsplumring (0-4)															

**SUM AF SCORING**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**MEDICIN**

Risolid givet (mg)															
Kumuleret Risolidosis (mg)															
Anden abstinens-medicin (dosis)															
Thiamin givet (mg)															
B-combin givet (dosis)															
Signatur															

Ved et score  $\geq 2$  behandles med risolid. Initialdosis er 50-100 mg. Ved points i item 5-7 skal lægen altid orienteres. Patienten scores hver time, så længe der er abstinenssymptomer. Derefter tager lægen stilling til det videre observationsbehov.

Den sovende patient scores med puls og sved, og respirationsfrekvensen observeres.

NB: i.v. Thiamin og B-combin skal gives hurtigt og altid inden evt. opstart af glucose-infusion.

Kontrolhyppighed (ved vågen patient): \_\_\_\_\_

Lægens underskrift \_\_\_\_\_

**Der skal scores mindst 2 points på item 1-4 før points på item 5-8 kan indgå i abstinensscoren.**

**Ved points i 5-8 skal lægen altid orienteres.**

**1. SVED:**

- 0: Ingen sved
- ½: Huden er varm og fugtig
- 1: Lokaliseret svedperler (ansigt, thorax ect.)
- 1½: Hele kroppen er fugtig, lokaliseret synlig sved
- 2: Maximal sved (drivvåd, klæder og sengetøj våde)

**2. TREMOR:**

- 0: Ingen tremor
- ½: Tremor under bevægelse
- 1: Let hviletremor af de øvre ekstremiteter
- 1½: Kraftig tremor af ekstremiteterne
- 2: Kraftig tremor af hele kroppen

**3. MOTORISK AKTIVITET:**

- 0: Rolid, normale bevægelser
- ½: Let motorisk uro
- 1: Konstante bevægelser/eller konstant anspændt
- 1½: Konstante bevægelser, går rastløs omkring
- 2: Maximal uro, er nød til at fixeres

**4. PULSEN:**

- 0: Under 90
- ½: 90 – 100
- 1: 101 – 110
- 1½: 111 – 120
- 2: Over 120

**5. TEMPERATUR (i grader celsius)**

- 0: under 37,3
- 1: 37,4-37,6
- 2: 37,7-38,0
- 3: 38,1-38,4
- 4: over 38,4

**6. HALLUCINATIONER:**

- 0: Ingen hallucinationer
- 1: Periodiske, ustrukturerede illusionære oplevelser
- 2: Periodiske strukturerede hallucinationer
- 3: Mere konstante hallucinationer
- 4: Konstant hallucineret

**7. BEVIDSTHEDSPLUMRING:**

- 0: Fuldt orienteret
- 1: Fuldt orienteret i personlige data, usikker i tid/sted
- 2: Orienteret i personlige data, men ikke i tid/sted
- 3: Usikkert orienteret i personlige data
- 4: Totalt desorienteret

**8. BEVIDSTHEDSINTENSITETEN:**

- 0: Vågen, helt relevant og naturlig reaktion på kontakt
- 1: Let sløv, men reagerer relevant på kontakt
- 2: Sovende, men vækkes let.
- 3: Sover og kan kun vækkes med besvær
- 4: Sover, kan ikke vækkes

**REFERENCE**

Psykiatisk afdeling E. H:S Bispebjerg Hospital, 2003.