

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Sygeplejersken kan trænge ind til misbrugereren

DE RETTE TIL
AT TAGE DEN SVÆRE
ALKOHOLSAMTALE

SIDE 20

ALKOHOLAFHÆNGIGE
ER OVERALT

SIDE 24

EN ALKOHOLMYTE:
"RYGRAD SOM EN
REGNORM"

SIDE 32

ALKOHOLSKADER
KOSTER DYRT

SIDE 34

NY PRAKSIS

Ammevejledning.

Ny vejledning giver nybagte forældre fire råd om amning.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Colonkirurgi.

Patienter kan kraftigt forøge energi- og proteinbalancen på opvågningsafsnittet.

SIDE 42

FAGLIGT AJOUR

Tilbage til det basale.

Fundamentals of Care er en ny teoretisk forståelsesramme for sygepleje.

SIDE 52

PÅ SPIDSEN

Tættest på patienten?

Giver nye ord og begreber i uddannelsen overhovedet mening?

SIDE 75

Trialog

Trialogen bliver til som et interview mellem tre parter. På den ene side en førende ekspert inden for et fagligt område. På den anden side journalisten og en sygeplejerske, der arbejder inden for feltet. Journalisten og sygeplejersken interviewer i fællesskab forskeren med det mål at formidle den nyeste viden, som har relevans for den kliniske sygepleje.



Sygeplejersken kan trænge ind til misbrugeren

Omkring 147.000 danskere er afhængige af alkohol, og ud over personlige og familiemæssige problemer koster alkoholfafhængighed milliarder for kommunerne. Sygeplejersker har så meget goodwill som faggruppe, at de er de rette til at tage den svære samtale med patienten om at ændre adfærd, vurderer sundhedsforsker.



ANETTE SØGAARD NIELSEN

Cand.phil., ph.d., projektdirektør, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Syddansk Universitet. Har i årtier forsket i sundhedsprofessionelles møde med og behandling af mennesker med alkoholproblemer og har adskillige videnskabelige artikler og bogudgivelser bag sig (1).



CHRISTINA SOMMER
Journalist



CONNIE MØRCK

Sygeplejerske, stud.cur. Ansat som alkoholkonsulent/alkoholbehandler hos Fonden Novavi samt teamleder for Det Udgående Team i Region Hovedstaden. Har bl.a. skrevet kapitlet "Anerkendende samtale og motiverende samtaleteknikker anvendt i praksis" (2) og artiklen "Sygepleje og alkoholfafhængige patienter" (3).

Danskerne problematiske forhold til alkohol trækker jævnligt overskrifter i medierne. I begyndelsen af 2017 viste en ny rapport fra Sundhedsstyrelsen f.eks. (4), at borgere med et overforbrug af alkohol alene i 2014 kostede de danske kommuner 3,5 mia. kr. Milliarderne går bl.a. til medfinansiering af sundhedsvæsenet, overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp i hjemmet samt anbringelse og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge.

Udgiftsposterne vidner om, at alkoholproblemer medfører store økonomiske og

menneskelige omkostninger. Det anslås, at omkring 147.000 danskere er afhængige af alkohol. Af dem er kun 14.000 i professionel behandling, og i snit begynder behandlingsforløbet først efter 10-12 år med problemer. Rapporten konkluderer da også, at ikke blot kommunerne, men hele det danske sundhedsvæsen, heriblandt sygeplejersker, skal i gang langt tidligere med både forebyggelse og behandling.

Det bifalder en af Danmarks eksperter på området, Anette Søgaard Nielsen:

”Alle faggrupper møder de her borgere – pædagoger, socialrådgivere, lærere, læger og sygeplejersker. Men især sygeplejerskerne kan spille en nøglerolle. Befolkningen har generelt stor tillid til sygeplejersker – de har så meget goodwill som faggruppe. Folk stoler på, at sygeplejersker vil dem det godt, hvorimod de godt kan være lidt skeptiske over for f.eks. en socialrådgiver,” siger hun.

En tryk platform

For mange mennesker med alkoholproblemer kan en enkelt samtale eller to være nok til at bryde den negative spiral. Og her er sygeplejersker oplagte

samtalepartnere, især på hospitalerne, hvor op til hver fjerde patient har et alkoholproblem, som er direkte eller indirekte medvirkende til indlæggelsen, eller som kan påvirke prognosen (5).

”I takt med den øgede specialisering og lægernes fokus på den ene lidelse, patienten er indlagt for, må sygeplejerskerne tage teten. De besidder den sundhedsfaglige viden og tilbringer ofte mest tid hos patienterne, selvom jeg er opmærksom på, at tidspres kan være en faktor,” siger Anette Søgaard Nielsen og fortsætter:

”En kort indledende snak kan gøre en stor forskel, både for de patienter, der bare drikker lidt for meget, men også for dem med mere alvorlige problemer. Det handler om at skabe en tryk platform, som man sammen kan reflektere ud fra. Det er sygeplejersker trænet i og rigtig dygtige til.”

Mange barrierer

Trods faglig ekspertise og pligt til at informere har mange sygeplejersker svært ved at tale om emnet, uanset om patientens alkoholproblem er åbenlyst eller ej (5). Barrierer kan bl.a. være en misforstået respekt for patienternes privatliv eller sygeplejerskernes eget forhold til alkohol (5,6). Men også følelsen af at komme til kort i forhold til viden om bl.a. samtaleteknikker og usikkerhed om, hvilken behandling de kan henvise til, spiller ind (5).

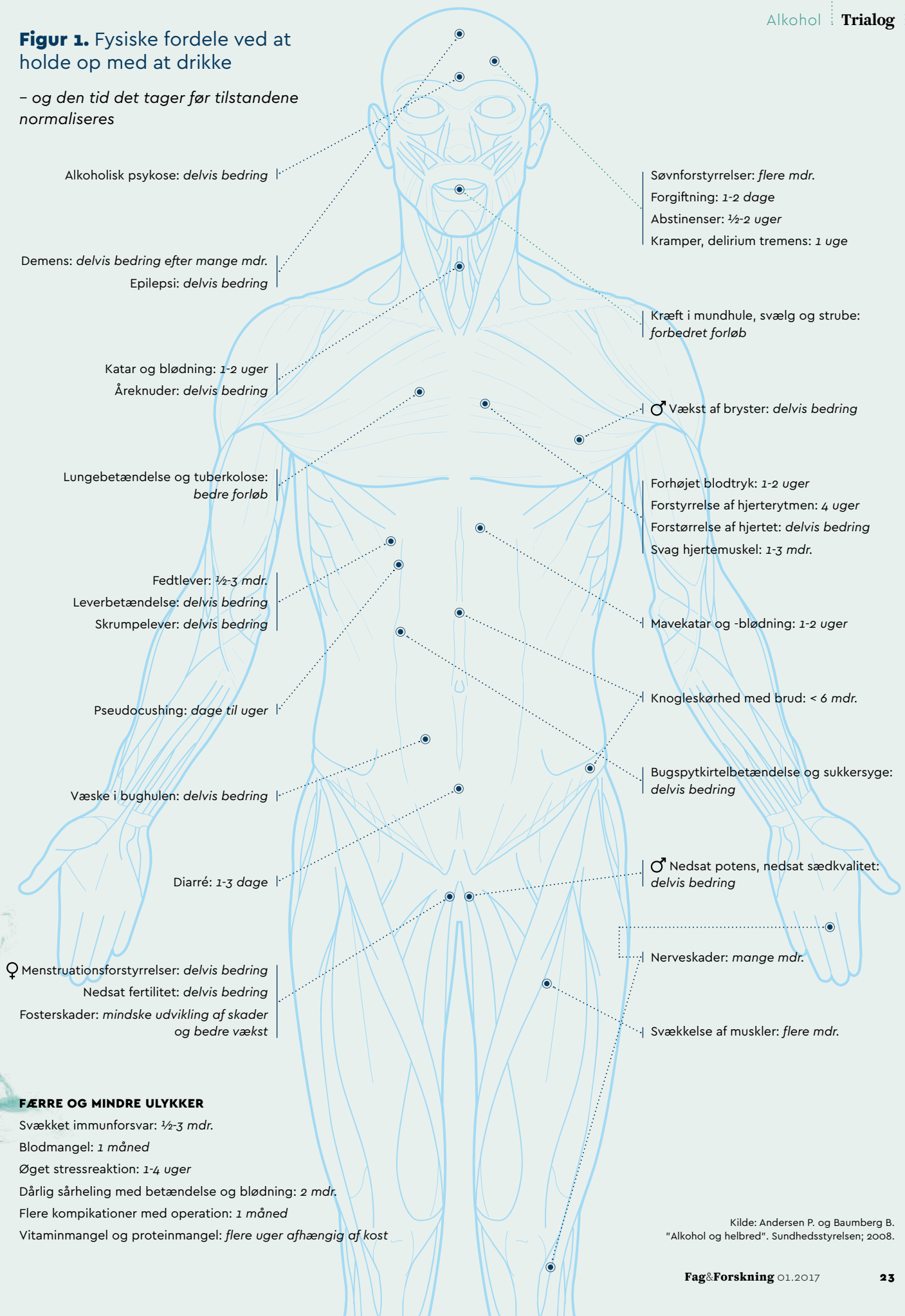
”Mange sygeplejersker har ingen problemer med at spørge ind til f.eks. kost og motion, selvom de måske ikke selv motionerer så meget. Men når det kommer til alkohol, er der stadig en del barrierer. Alkohol er så kulturelt accepteret, at det næsten er nemmere at sige, at man er veganer frem for at takke nej til et glas rødvin. Det er en skam,” synes Anette Søgaard Nielsen.

For mennesker, der er afhængige af alkohol, har stor fordel af at modtage den rette hjælp og behandling.

”Det er vigtigt at pointere, at når man stopper med alkohol, kan man blive de fleste alkoholskader kvit. I langt de fleste tilfælde restituerer kroppen sig selv inden for en overskuelig periode,” påpeger hun (se Figur 1). ●

Figur 1. Fysiske fordele ved at holde op med at drikke

– og den tid det tager før tilstandene normaliseres



Kilde: Andersen P. og Baumberg B. "Alkohol og helbred". Sundhedsstyrelsen; 2008.

Alle sygeplejersker møder dem

Mange sygeplejersker vil ofte støde på borgere med mere eller mindre åbenlyse alkoholproblemer. Patienterne vil gerne informeres om muligheder for hjælp, men sygeplejerskerne holder sig tit tilbage, bl.a. pga. personlige holdninger, berøringsangst og manglende redskaber.

Mellem 16 og 26 pct. af alle patienter på landets hospitaler har et overforbrug af alkohol, som er direkte eller indirekte skyld i, at de er endt på hospitalet (5). Men også sygeplejersker i lægekonsultationer, på plejecentre, i psykiatrien og hjemmeplejen vil jævnligt møde mennesker med alkoholproblemer i forskellig grad.

Ifølge Sundhedsloven og De Sygeplejeetiske Retningslinjer har sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle pligt til at tale med folk om evt. alkoholproblemer (se boksen ”Det siger loven”). Det sker dog til Anette Søgaard Niensens store ærgrelse langtfra systematisk mange steder:

”Alene ved at åbne for en dialog med patienten kan sygeplejersker være med til at skabe en forandring. De fleste mennesker, som har et stort alkoholforbrug, men også afhængighed, kan faktisk selv komme ud af det. Bare en kort samtale kan gøre meget og f.eks. få storforbrugere til at tænke over deres forbrug og ændre deres vaner, før de bliver afhængige. Men det kræver, at der er nogen på sidelinjen, som tager emnet op og inviterer til en samtale: ”Hov, her er måske et problem, skal vi ikke se, om vi kan vende det sammen?”

Følsomt område

Når sygeplejersker vægrer sig ved at komme ind på emnet, kan det bl.a. skyldes deres eget alkoholforbrug, som ifølge resultater fra den såkaldte sygeplejerskekohorte er højere end gennemsnittet (6). Det er svært og kan virke dobbeltmoralisk at rådgive andre professionelt om alkoholforbrug, hvis man selv regelmæssigt tager et glas rødvin eller to.

Også manglende viden i forhold til f.eks. livsstilssygdomme, samtaleredskaber, konsekvenser af for højt alkoholforbrug og behandlingstilbud spiller ind, viser en kvalitativ undersøgelse på somatiske afdelinger, som Anette Søgaard Nielsen har været med til at lave (5):

”Nogle undgår emnet af frygt for at træde patienten over tærne. De kan være bange for at fornærme patienten eller frygter, at de får åbnet op for et stort personligt traume, som de ikke mener, de har redskaber til at tale med patienten om. Men barndomstraumer er sjældent skyld i alkoholproblemer, og er det endelig problemet, er der hjælp at hente. Sygeplejerskerne skal ikke løse alle problemerne, men henvise videre, hvis det er nødvendigt.”

I undersøgelsen nævner sygeplejersker også barrierer som tidspres, flermåndsstuer og hensynet til patientens privatliv samt patienten selv i forhold til alder, sygdomsbillede og social baggrund:

”Sygeplejerskerne har faktisk ikke svært ved at tale om alkohol, hvis problemet er synligt, f.eks. hos den socialt udsatte. Nogle lader så alligevel være ud fra en formodning om, at det alligevel ikke nytter noget. Og de tager det slet ikke op, hvis lægen ikke gør. De unge og de ældre lader de også være i misforstået fred – de unge skal have lov til at være unge, og de ældre skal have lov til at nyde de sidste år, siger Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”Ser man meget pæn ud, f.eks. direktøren i 50’erne, føler sygeplejerskerne det ofte direkte anklagende, hvis

de spørger til alkoholforbrug, selvom lige præcis han kan have brug for vejledning. Sygeplejerskerne kan sagtens tale kost, røg og motion, men alkohol er og bliver et mere følsomt område.”

Screen alle

Fakta er dog, at patienterne faktisk gerne vil tale om deres alkoholforbrug og andre livsstilsfaktorer, som kan påvirke deres helbred negativt. Og mange patienter mener, at blot det at blive spurgt til livsstil kan styrke motivationen for at ændre en eller flere livsstilsvaner (7). Det viser de årlige patientundersøgelser på Odense Universitetshospital.

”Overordnet er flertallet meget tilfredse med behandlingen. Men kun 40-50 pct. af patienterne er tilfredse med den rådgivning, de får i forhold til, hvad de selv kan gøre for deres helbred og diagnose f.eks. i forhold til ændringer i livsstil,” siger Anette Søgaard Nielsen.

For at få enderne til at mødes mellem personalets pligt og evner til og patienternes ønsker om at tale om alkoholforbrug mener Anette Søgaard Nielsen, at også alkoholforbrug skal være en fast del af bl.a. hospitalers indlæggelsessamtaler:

”Alle patienter bør screenes ved indlæggelse, men det kræver så også, at der bliver ordentligt fulgt op på resultaterne og evt. problemer i en samtale. Et svensk studie viser, at hvis man konsekvent screener alle patienter for alkoholforbrug ved indlæggelse, og personalet ved, hvor man evt. skal henvise patienten videre til, så er sygeplejerskerne mere tilbøjelige til at tale med patienterne om emnet (8).”

Men også almen praksis, sundhedscentre og forvaltninger bør være mere opsøgende og systematiske i opsporing af borgere med alkoholproblemer, f.eks. ved helbredsundersøgelser i forbindelse med kørekort, livsforsikringer, forebyggelseskonsultationer, ved planlægning af graviditet eller henvisning til operation (7). Det kan være medvirkende til, at langt flere mennesker med alkoholproblemer søger hjælp tidligere end i dag, hvor der går mellem 10-12 år, før de kommer i behandling. ●

Læs også *Journal Club* side 40: "Sygeplejerskers usikkerhed influerer på alkoholsamtaler".

DET SIGER LOVEN

Ifølge Sundhedslovens § 16 har patienterne krav på information:

- "Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer og bivirkninger."
- "Informationerne skal være ekstra detaljerede, når der er risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger."

Og i De Sygeplejeetiske Retningslinjer står der bl.a.:

- "Sygeplejersken skal medvirke til, at patienten modtager og forstår den information, der er nødvendig for at træffe et valg. Information, der gives, skal være tilpasset den enkelte patients ønsker og behov samt patientens livssituation."

AUDIT SOM SCREENINGSTRUMENT

Der findes flere screeningsinstrumenter, men det mest udbredte for alkoholproblemer både til forskningsformål og til anvendelse i daglig klinisk praksis er the Alcohol Use Disorder Test (AUDIT).

AUDIT består af 10 spørgsmål fordelt på tre grupper af spørgsmål: 1) Risikabelt alkoholforbrug, 2) Skadeligt alkoholforbrug og 3) Alkoholafhængighed.

AUDIT er beregnet til selvudfyldelse og er oprindeligt udviklet af Verdenssundhedsorganisationen WHO til identifikation af alkoholproblemer i almen praksis, men er også udbredt på skadestuer og andre hospitalsafdelinger samt anvendt til identifikation af risikogrupper i store befolkningsundersøgelser.

(Kilde: 7)

DEN MOTIVERENDE SAMTALE, TAK!

Der findes en lang række bøger og litteratur om den motiverende samtale og det motiverende interview, som er nogle af de bedste teknikker i forhold til at få en god, tillidsfuld og ligeværdig dialog med en borger om følsomme emner som alkoholproblemer. Anette Søgaard Nielsen uddyber:

"Som minimum bør personalet have sat sig ind i, hvordan man åbner for samtalen og får skabt en god relation. Man skal tale pænt og møde patienterne ordentligt og ydmygt. Det er ikke raketvidenskab," siger Anette Søgaard Nielsen.

Motivation skabes, omdannes og ødelægges i relation med andre, som Margaretha Järvinen (9) har formuleret det?

"Lige præcis," siger Anette Søgaard Nielsen, som dog alligevel efterlyser flere guidelines og mere uddannelse i alkohol- og misbrugsproblemer til både sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. F.eks. et obligatorisk modul i afhængigheds- og misbrugsproblemer, som skulle tilbydes alle studerende på landets professionshøjskoler.

"Altså en indførelse i, hvordan man bredt taler mønstre og adfærdsåendringer uden at fornærme folk. Det burde også være et fast punkt i alle arbejdspladsers introprogrammer," foreslår hun.

Masser af muligheder for hjælp

De danske kommuner har ifølge Sundhedsloven ansvaret for forebyggelse og behandling af alkoholproblemer. Behandlingen er gratis og er omfattet af behandlingsgarantien. Alkoholteams og socialsygeplejersker er vigtige aktører i behandlingen.

Landets 98 kommuner har siden 2007 haft ansvaret for alkoholbehandlingen i Danmark. Patienter kan frit og anonymt henvende sig i et alkoholambulatorium, men skal visiteres til dag- og døgnbehandling af deres bopælskommune. Herefter kan patienterne frit vælge mellem de kommunalt ejede ambulante behandlingstilbud og de private alkoholambulatorier, hvis de er godkendt til at indgå i det kommunale behandlingstilbud.

Ifølge Anette Søgaard Nielsen er Danmark godt med i forhold til andre lande, vi normalt sammenligner os med:

”Kommunernes behandlingstilbud er generelt rigtig gode, og forskellene på tilbuddene bliver mindre og mindre. Det skyldes bl.a. den nationale grunduddannelse for alkoholbehandlere. Vi har et meget fleksibelt behandlingssystem, og kommunerne skal tilbyde gratis og anonym behandling senest 14 dage efter første henvendelse. Trives man ikke med det tilbud, ens hjemkommune har, kan man søge hen i en anden.”

I mange kommuner er der desuden etableret såkaldte alkoholteams, som kan hjælpe berørte borgere og familier både hjemme, på hospitalet og med at formidle kontakt til behandlingstilbud. Og i Region Hovedstaden har kommunerne f.eks. et rigtig godt samarbejde med regionens socialsygeplejersker især i forhold til at hjælpe de borgere og patienter, der er hårdest ramt.

”Det vigtige er, at sygeplejerskerne ved, hvem de kan henvise videre til og trække ind, hvis det viser sig, at en borger eller patient kæmper med et stort alkoholproblem,” siger Anette Søgaard Nielsen.

Sundhedsstyrelsen arbejder for at understøtte kvaliteten i kommunernes alkoholbehandling ved at støtte forskellige udviklingsprojekter, udarbejde rådgivningsmateriale, udbyde kurser til f.eks. alkoholbehandlere og føre register over den offentligt finansierede alkoholbehandling i det såkaldt Nationale Alkoholbehandlingsregister, NAB. Derudover udgiver Sundhedsstyrelsen forskellige pjecer og hjemmesider med råd om f.eks. gode alkoholvaner målrettet voksne, gravide, børn og unge.

Ifølge Anette Søgaard Nielsen giver hjemmesiden www.hope.dk et aktuelt og let forståeligt overblik over kommunernes alkoholbehandlingstilbud, hvorimod den offentlige portal www.tilbudsportalen.dk desværre er sværere at finde rundt på. ●





Glem ikke de pårørende

Et overforbrug af alkohol har også store konsekvenser for de pårørende.

Et højt alkoholforbrug rammer i høj grad også de pårørende; især børn er i særlig risiko. Omkring 122.000 danske børn (i alderen 0-18 år) vokser op i en familie med alkoholoverforbrug, og de har bl.a. større risiko for at udvikle depression, opmærksomhedsforstyrrelser og selvværdsproblemer end andre børn. Man ved også, at hvert tredje barn selv udvikler problemer med stoffer eller alkohol som voksne (10).

En anden dansk undersøgelse har påvist, at børn, der lever i familier med alkoholoverforbrug, har større risiko for at:

- blive anbragt uden for hjemmet (øget 3,6 gange)
- blive indlagt med omsorgssvigt/børnemishandling (øget 1,9 gange)
- opleve vold i hjemmet (øget 7,9 gange)
- opleve familieopløsning (øget 5,1 gange)
- blive indlagt med psykisk lidelse, for narkomani og selvmordsforsøg (øget) (11).

Familieorienteret behandling

En anden undersøgelse viser desuden, at 79 pct. af danskerne har kendt nogen med et for stort alkoholforbrug. Knap halvdelen af disse har oplevet negative konsekvenser deraf. For 55 pct. af respondenterne drejer det sig om et familiemedlem, og for 22 pct. er det et husstandsmedlem. Af dem har 22 pct. haft familiemæssige eller ægteskabelige problemer på grund af en tredje persons alkoholforbrug (11).

”De pårørende opdager som oftest alkoholproblemet som de allerførste. Og de pårørende lider under det. Det er derfor som sygeplejerske vigtigt at vide, at også pårørende kan søge hjælp og rådgivning i alkoholbehandlingerne i kommunerne. Både så de pårørende kan blive støttet i en situation, der også er svær for dem, og så de kan være med til at motivere den drikkende til at komme i behandling,” siger Anette Søgaard Nielsen.

I Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af alkoholafhængighed anbefaler man bl.a. også, at der bliver tilbudt kognitiv adfærdsterapeutisk familieorienteret alkoholbehandling til personer med alkoholafhængighed med en familie (12). ●

Alkoholproblemer rammer bredt

Mange voksne danskere drikker alkohol i begrænsede mængder og efterlever fint de officielle genstandsgrænser. Men omkring 860.000 voksne har et storforbrug, 620.000 et skadeligt forbrug, og omkring 147.000 er decideret afhængige.

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 (13) har 88,4 pct. af den voksne befolkning over 16 år drukket alkohol inden for det seneste år. Danskernes alkoholforbrug toppede i begyndelsen af 1980'erne med et årligt indtag på 12,8 liter ren alkohol pr. person mod 9,3 liter i 2015. Men selv her 30 år efter drikker danskerne stadig mere alkohol end befolkninger i mange andre europæiske lande, f.eks. Norge og Sverige (7).

Langt de fleste danskere formår at nyde alkohol i begrænsede mængder og uden stor risiko for helbred, da de formelt holder sig inden for Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. De blev indført i 1990 netop i erkendelse af, at forbruget var for højt, og senest revideret i 2010, hvor lavrisikogrænser bl.a. også blev indført (se boksen "Syv udmeldinger om alkohol").

"Genstandsgrænserne handler om at give befolkningen nogle rammer for et ikke-skadeligt forbrug – for kvinder højst 14 og for mænd 21 genstande på en uge og højst fem på en dag. Overskrider man disse anbefalinger, løber man en høj sundhedsmæssig risiko," fortæller Anette Søgaard Nielsen.

Kan vi gå ud fra, at borgerne kender genstandsgrænserne?

"Det er på ingen måde givet, og faktisk heller ikke personalet. Især ikke i forhold til, hvordan de skal vejlede ud fra grænserne. Det skyldes også, at

andre instanser løbende byder ind i debatten, f.eks. Kræftens Bekæmpelse, som for nylig udelukkende anbefaler folk at holde sig til lavrisikogrænserne. Men også forskning kan være med til at forvirre billedet, f.eks. undersøgelser, der slår fast, at lidt alkohol er sundt," siger Anette Søgaard Nielsen.

Privat sag

Med til at forplumre danskernes opfattelse af, hvad der er sundt og normalt, er også samfundets holdning til alkoholforbrug. Alkohol forbindes typisk med festlige og sociale stunder, og den enkeltes forbrug anses ofte som et privat anliggende.

"Vi er generelt meget liberale og forstående over for vores medmenneskers indtagelse af alkohol. Og lægfolk definerer oftest evt. problemstillinger ud fra en social kontekst. De opererer ikke med mængder. Kan folk drikke kontrolleret, på socialt acceptable tider, har de råd til det, og kan de stoppe, hvis de vil – så er vi som samfund o.k. med det. Men drikker man sig beruset i en forkert kontekst, eller har man ikke råd til det eller svært ved at stoppe, så reagerer omgivelserne ofte kraftigt. Det har ikke en tøddel med genstandsgrænser eller diagnoser at gøre. Det er mere et spørgsmål om, at vi siger fra, hvis vi får et socialt ubehag," påpeger Anette Søgaard Nielsen.

Problemer eller afhængig

Vejene ind i et problematisk forbrug af alkohol er mange (se artiklen "Rygrad som en regnorm er en myte"). Også graden af

problemer varierer, og her opererer man med tre overordnede definitioner af alkoholproblemer: 1) Storforbrug, dvs. forbrug over højrisikogrænsen, 2) Skadeligt forbrug, dvs. forbrug, der har medført fysisk eller mental helbredsskade samt 3) Afhængighed (14).

Afhængighed defineres igen ved hjælp af Verdenssundhedsorganisationen WHO's diagnosesystem ICD-10 (14). Ifølge WHO er man afhængig af alkohol, hvis mindst tre af de følgende seks symptomer har været til stede umiddelbart eller inden for de seneste 12 måneder: 1) Alkoholtrang, 2) Kontroltab, 3) Abstinenser, 4) Toleranceudvikling, 5) Alkohol dominerer prioritering og tidsforbrug og 6) Fortsat brug af alkohol trods erkendt skadevirkning.

I dag anslås det, at 860.000 voksne danskere har et storforbrug af alkohol, 620.000 har et skadeligt forbrug, mens ca. 147.000 er afhængige (14).

Alle kan få problemer

Den typiske patient med alkoholproblemer findes ikke, men sundhedsprofiler viser, at der er flest storforbrugere blandt unge mellem 16 og 24 år samt blandt de midaldrende mellem 55 og 74 år. Omvendt er antallet af storforbrugere lavere blandt de 25-54-årige og dem på 75+. Desuden udgør mænd størstedelen af storforbrugere, personer med et skadeligt forbrug og alkoholafhængige. Og relativt set har personer, som er arbejdsløse, oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med personer,

som er i arbejde. Endelig er enlige, personer uden børn og rygere oftere storforbrugere, har oftere et skadeligt alkoholforbrug og er oftere afhængige sammenlignet med gifte, personer med børn og ikkerygere (14).

”Men i princippet kan alle mennesker udvikle alkoholproblemer, og vi bør derfor tale med alle borgere og patienter om deres vaner. Så snart patienten er midaldrende, vil jeg dog være ekstra opmærksom, da man ved, de drikker mere end f.eks. folk i 30'erne og først i 40'erne, som ofte har små børn, familie og karriere at tage sig af,” siger Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”De veluddannede ældre er også en gruppe, der drikker mere og mere. Vi har i øjeblikket et studie kørende med 60-årige, og det tyder lidt overraskende på, at man også kan udvikle et alkoholproblem sent, f.eks. når ungerne er flyttet hjemmefra, økonomien er god og forkælelse ofte er ensbetydende med et glas rødvin eller øl. Og har man et højt alkoholforbrug, skal der heller ikke så meget til, før man bliver afhængig. Det kan komme listende stille og roligt, hvis man f.eks. bliver lidt trist eller mister sit job. Det behøver på ingen måde at skyldes et traume i barndommen,” siger Anette Søgaard Nielsen (15,16,17). ●

Rygrad som en regnorm er en myte

Nogle mennesker har større risiko for at udvikle alkoholafhængighed end andre. Den præcise forklaring kendes ikke, men både gener, psykiske tilstande, udbændthed og socialisering spiller ind.

Årsagen til et afhængighedsforhold af alkohol er multifaktoriel, dvs. et samspil af genetiske og miljømæssige faktorer. Forskning tyder dog på, at ca. 60 pct. af risikoen for at udvikle alkoholafhængighed skyldes genetiske faktorer. Derfor ser man ofte, at flere i samme familie bliver afhængige (18).

Noget tyder også på, at jo mere man drikker, og jo yngre man er, når man begynder, jo større er risikoen for at udvikle et skadeligt alkoholforbrug. Og jo mere eksponeret man er for alkohol, og jo mere accepteret og almindeligt det er at drikke alkohol i ens omgivelser, jo større sandsynlighed har man for at indtage skadelige mængder af alkohol (18).

I den forbindelse peger Anette Søgaard Nielsen bl.a. på, at Danmark har nogle kedelige rekorder, f.eks. europarekord i debutalder, ligesom vi er et af de lande i verden med færrest afholdsfolk:

Opfattelse af årsager

I en undersøgelse i 2011 blev danskerne spurgt ind til, hvilke årsager de mener kan ligge til grund for udvikling af alkoholafhængighed. Svarene fordelte sig således:

- Sociale problemer (88,8 pct.)
- Stoffer er afhængighedsskabende (81 pct.)
- Psykiske problemer (84,6 pct.)
- Omgangskreds, som bruger (78,7 pct.)
- Manglende selvkontrol (71,2 pct.)
- Arveligt/genetisk (46 pct.)
- Stor tilgængelighed (31,7 pct.)
- Prisbillighed (31,3 pct.)

Konklusionen er, at danskerne anser individbundne årsagsforklaringer (f.eks. manglende selvkontrol) som væsentlige forklaringer på overforbrug og kollektivt orienterede og statsligt foranstaltede tiltag (f.eks. regulering af pris og tilgængelighed) som mindre væsentlige faktorer.

(Kilde: 7)

”Vi er et af de få samfund, som har accepteret, at vild druk er en del af det at være ung, det ville man aldrig gøre i Sydeuropa. Og rammerne er meget vide i dag. Der er mange forskellige slags alkoholprodukter, og forældrene transporterer gladeligt børnene til og fra festerne.”

Samfundsskabt

Den kulturelle accept af alkohol dominerer også mere eller mindre ubevidst på Christiansborg, og det er problematisk, mener Anette Søgaard Nielsen:

”Jeg har aldrig mødt nogen, som har besluttet sig for at blive afhængige. Det er noget, der opstår over længere tid af forskellige årsager, og her mener jeg, at det er vigtigt, at vi som samfund ser i øjnene, at vi er med til at skabe nogle af de alkoholafhængige og ikke mindst begynder at gøre noget ved det.”

Hun stiller sig kritisk over for, at minimumsgrænsen for at købe alkohol er 15 år og ikke 18, eller helst 21, ligesom det stadig er tilladt at reklamere for alkohol:

”Der er mange ting, man kun skal indtage i begrænset omfang, f.eks. chokolade. Alkohol er og bliver farligt, og jeg er faktisk lidt fortørnet over, at folketingspolitikerne ikke har forbudt reklamer for alkohol ligesom for tobak. I Frankrig må man kun vise brandnavnet og ikke kæde det sammen med sociale ting, som f.eks. unge, der fester. Det er jo nærmest kutyme i danske reklamer.”

Alkohol ændrer hjernen

Endelig er det vigtigt at understrege, at alkoholafhængighed ikke skyldes

7

UDMELDINGER
OM ALKOHOL

”rygrad som en regnorm” (se også boksen ”Opfattelse af årsager”).

”Mange mennesker tror, at grunden til, at man bliver afhængig eller ikke kan stoppe igen, er manglende viljestyrke. Intet kunne være mere forkert, men holdningen er udbredt og kan påvirke sygeplejerskernes tilgang til alkoholafhængige uheldigt,” forklarer Anette Søgaard Nielsen.

Igennem de seneste 10-20 år er der blevet forsket mere i alkohol og andre stoffers påvirkning af hjernen (19). Kort fortalt påvirker alkohol biokemien i hjernen, og indtager man for meget alkohol i en længere periode, kan det medføre både biologiske og adfærdsmæssige forandringer. Alkoholafhængighed knytter sig især til signalstoffet dopamin og hjernens belønningssystem, som bl.a. styrer fødeindtagelse, seksuelle aktiviteter og sociale interaktioner og er af afgørende betydning for vores overlevelse. Alkoholens påvirkning af belønningssystemet kan på længere sigt skabe ubalance i hjernens signalstoffer, hvilket igen kan medføre abstinenser og mere eller mindre vedvarende afhængighed. De viljestyrede handlinger ”kapres”, og der kan man blive ude af stand til at kontrollere sit alkoholindtag. Og det tyder på, at nogle personers hjerner er anderledes følsomme over for alkohol end andres (20).

Den psykiske afhængighed er en snigende tilstand karakteriseret ved en trang til at fortsætte alkoholindtagelsen for at opnå velvære eller undgå ubehag.

”De ved simpelthen ikke, hvor de skal gøre af sig selv, hvis de ikke kan drikke,” forklarer Anette Søgaard Nielsen og tilføjer:

”Det er vigtigt, at sygeplejersker og andre fagpersoner har øje for, at en alkoholproblematik ikke er noget, man kommer sig over fra fredag til mandag. Genindlæggelser er naturlige og forventelige, alligevel skal man arbejde omsorgsfuldt og tålmodigt med patienten.” ●

Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred

Drik ikke alkohol for din sundheds skyld

Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et maksimalt forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd

Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis du drikker mere end 14/21 om ugen

Stop før fem genstande ved samme lejlighed

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

Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Alkoholskader er dyrt for både helbred og omgivelser

Alkohol er i sin rene form et organisk opløsningsmiddel, som øger risikoen for en lang række fysiske, psykiske og sociale skader. Jo større forbrug, jo større risiko.

Fra tømmermænd til skrumpeliver, knoglebrud og depression. Selv om alkohol ofte forbindes med nydelse og glade stunder, er det i bund og grund et opløsningsmiddel, som påvirker både krop, psyke og omgivelser på kort og lang sigt (Figur 2 "Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug" side 36).

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark, og hvert år dør omkring 3.000 danskere pga. alkohol som primær eller medvirkende årsag (21). Som tidligere beskrevet er alkohol et afhængighedsskabende stof, der påvirker næsten alle kroppens organer. Det er årsag til omkring 60 sygdomme og tilstande, herunder skader, sinds- og adfærdsmæssige lidelser, mave-tarm-lidelser, kræftsygdomme, lungesygdomme, muskel- og skeletsygdomme m.fl. (21). Og risikoen for skader og sygdom vokser i langt de fleste tilfælde proportionelt med mængden af alkohol, man indtager – jo større forbrug, jo større risiko for skader og sygdom.

Intenst og kort alkoholforbrug kan medføre såkaldt akutte virkninger og konsekvenser, som ofte varer kort tid, f.eks. tømmermænd. Alkoholforbrug over længere tid kan derimod medføre kroniske virkninger og konsekvenser, dvs. sygdomme og lidelser, der udvikler sig til kroniske lidelser over længere tid som f.eks. skrumpeliver og forskellige kræftsygdomme (19).

Restitution mulig

Der er individuelle forskelle på, hvordan kroppen nedbryder og skades af alkohol. Hvor et alkohol-

forbrug kan være uskadeligt for nogle, kan det omvendt være skadeligt for andre.

"Uanset hvor lidt alkohol, man drikker, løber man en helbredsmæssig risiko. I lægekredse er der dog konsensus om, at ganske lidt alkohol, højst et glas om dagen, reducerer risikoen for hjertesygdomme. Men er man f.eks. disponeret for leversygdomme eller kræft, kan selv et lille forbrug øge risikoen. Der er ingen eksakte sandheder. Det er det, der gør det så kompliceret," fremhæver Anette Søgaard Nielsen.

Foruden de skader og sygdomme, alkohol kan påføre den person, som drikker, kan et menneskes alkoholforbrug også have konsekvenser for omgivelserne, lige fra at spolere naboernes nattesøvn til de mere alvorlige som ødelagt parforhold, omsorgssvigt af børn, ulykker, kriminalitet, vold og drab.

Uanset om der er tale om akutte eller kroniske konsekvenser eller sygdomme, viser forskningen dog, at der selv for alkoholafhængige er fordele ved at nedsætte eller stoppe forbruget (se figur 2 side 36: "Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbud").

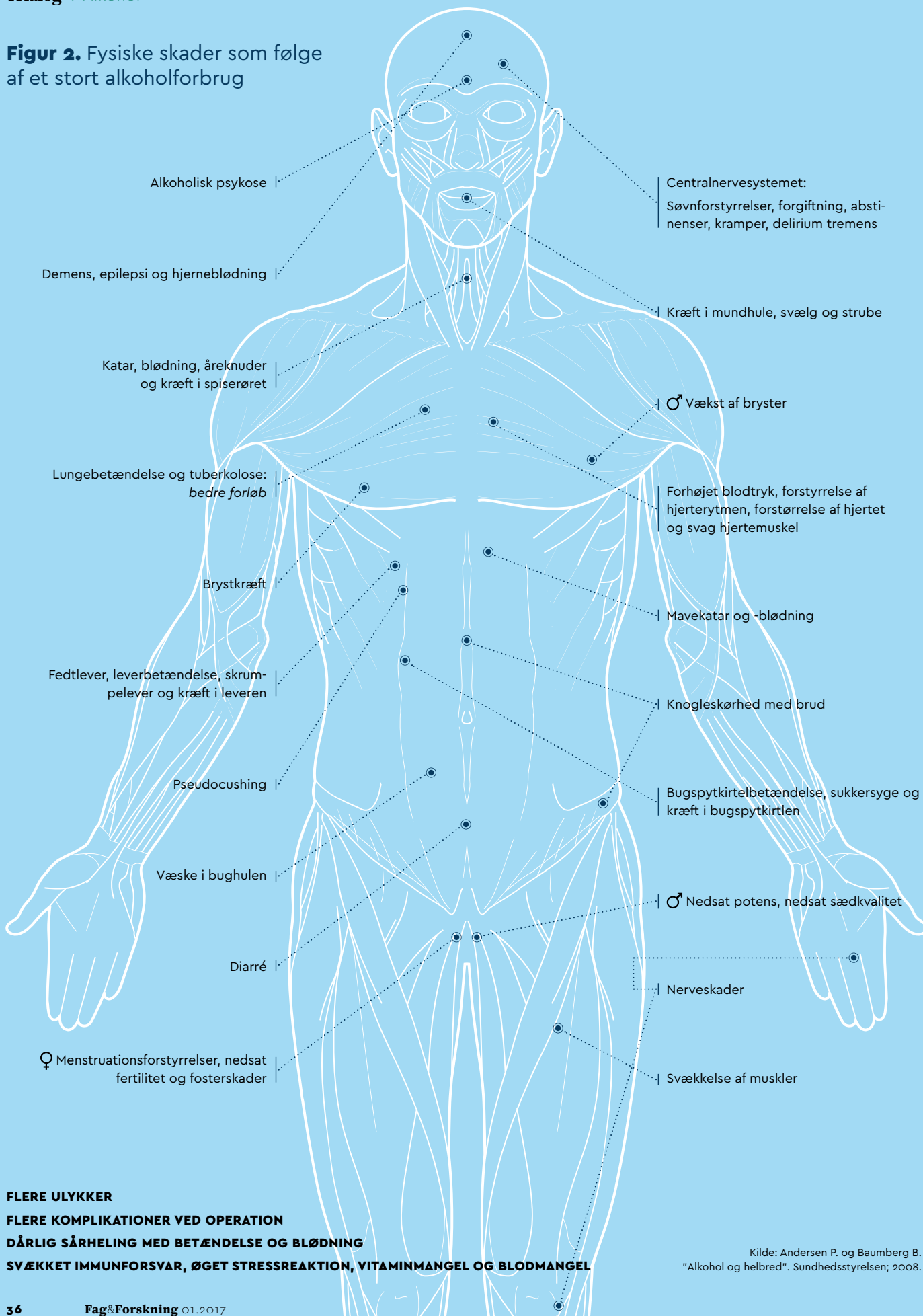
"Det er vigtigt at understrege, at når man stopper med at drikke, er der rigtig meget, der ændrer sig til det bedre inden for en overskuelig periode. Kroppen kan restituere sig fra langt de fleste alkoholskader, f.eks. depression eller for højt blodtryk, hvor kroppen ofte stabiliserer sig igen inden for 6-8 uger. Den psykologiske afhængighed kan have lidt længere perspektiver i forhold til restitution, og mange vil nok bære den med sig resten af livet som en af de få permanente skader," siger Anette Søgaard Nielsen. ●



Referencer

1. For publikationsliste søg "Anette Søgaard Nielsen" på <http://findresearcher.sdu.dk/portal/> under emnet "Find en forsker". 2. Brünés N, Elholm BS, Kappel N (red.). *Mennesker med alkoholproblemer. Baggrund, belastning, behandling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd; 2015. 3. Mørck C. Sygepleje og afhængige patienter. *Klinisk Sygepleje* 2006;(4):41-9. 4. Sundhedsstyrelsen, KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning 2016. *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3 - en registerbaseret analyse af kommunernes meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger*. 5. Hellum R, Bjerregaard L, Nielsen AS. Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. *Nordic studies on alcohol and drugs* 2016;(33):415-36. 6. Friis K, Ekholm O, Hundrup YA. Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci* 2005;(19):361-7. 7. Becker U, Tolstrup JS (red.). *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling*. København: Munksgaard; 2016. 8. Geirsson M, Bendtsen P, Spak F (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 388-93. doi:10.1093/alcalc/agh185 9. Järvinen M. *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg*. Forlaget Socpol, Holte; 1998. 10. Lindgaard H. *Familier med alkoholproblemer og deres børn - en sammenfatning*. Arbejdsnotat. TUBA Danmark. 2008. 11. *Alkoholstatistik 2015. Nationale data*. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015. 12. *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. Sundhedsstyrelsen; 2015. 13. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2013*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2014. 14. Hvidtfeldt UA, Hansen ABG, Grønæk M, Tolstrup JS. *Alkoholforbrug i Danmark: Kvantificering og karakteristisk af storforbrugere og afhængige*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2008:1-33. 15. Emiliussen J, Nielsen K, Nielsen AS. Why do some older adults start drinking excessively late in life? - results from an Interpretative Phenomenological Accepted, Study Journal: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017. 16. Andersen K, Bogenschutz MP, Bühringer G, Behrendt S, Bilberg R, Braun B, Ekstrøm CT, Forchimes A, Lizarraga C, Moyers TB, Nielsen AS. Outpatient treatment of Alcohol Use Disorders among subjects 60+ years. Design of a randomized controlled trial conducted in three countries (Elderly-study). *BMC Psychiatry* (2015) 15:280 DOI 10.1186/s12888-015-0672-x. 17. Emiliussen J. *Hvorfor begynder nogle at drikke sent i livet?* *Magasinet RUS*, 2017;1:18-9. 18. Pedersen MU. *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Aarhus Universitetsforlag; 2005. 19. *Sundhedsstyrelsen 2008. Alkohol og helbred*. 20. Volkow N, Koob GF, McLellan AT. *Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction*. *New England Journal of Medicine* 2016;374:363-71. 21. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2016.

Figur 2. Fysiske skader som følge af et stort alkoholforbrug



FLERE ULYKKER

FLERE KOMPLIKATIONER VED OPERATION

DÅRLIG SÅRHELING MED BETÆNDELSE OG BLØDNING

SVÆKKET IMMUNFORSVAR, ØGET STRESSREAKTION, VITAMINMANGEL OG BLODMANGEL

Kilde: Andersen P. og Baumberg B. "Alkohol og helbred". Sundhedsstyrelsen; 2008.