

# Kartlegging av alkoholbruk og røyking hos pasienter innlagt i medisinsk avdeling

**BAKGRUNN** Målsettingen med studien var å undersøke forekomsten av risikofylt alkoholforbruk hos pasienter innlagt ved medisinske avdelinger og avdekke mulige forskjeller i hvordan røykevaner og alkoholbruk kartlegges og følges opp av helsepersonell.

**MATERIALE OG METODE** Studien ble gjennomført ved medisinske avdelinger ved Sørlandet sykehus høsten 2013. Av 998 suksessivt innlagte pasienter ble 536 inkludert i analysen. Et spørreskjema ble brukt for å kartlegge røyking og risikofylt alkoholforbruk og hvorvidt pasientene kunne huske å ha blitt spurt og fått råd om dette under innleggelsen.

**RESULTATER** 50 pasienter (9,3 %) oppfylte kriteriene for risikofylt alkoholforbruk. Færre var blitt spurt om alkoholvaner enn om røykevaner (44 % versus 62 %,  $p < 0,001$ ). En lavere andel av dem som hadde et risikofylt alkoholforbruk enn av røykerne var under innleggelsen blitt anbefalt å redusere forbruket og/eller slutte – 10 % versus 29 % ( $p = 0,009$ ).

**FORTOLKNING** Pasientene opplevde i mindre grad å bli spurt om alkoholbruk enn om røyking. De anga også at de i mindre grad fikk helsefremmende rådgivning knyttet til inntak av alkohol. Leger bør bli mer bevisst på å inkludere alkoholbruk i det vanlige anamneseopptaket.

Røyking og skadelig bruk av alkohol fører til et betydelig tap av friske leveår (1). Røyking har fått mye oppmerksomhet, og ved kontakt med helsevesenet er det en norm at det spørres systematisk etter tobakksforbruk, gjerne med påfølgende rådgivning om å redusere forbruket og/eller slutte (2).

Skadelig bruk av alkohol er regnet for å være en av de viktigste årsakene til dårlig helse og som den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår (3). Det årlige alkoholkonsumet i Norge er godt under gjennomsnittlig europeisk nivå (7,8 l versus 12,2 l ren alkohol årlig per person), men det øker (4, 5). I tillegg ser man en mer alkoholliberal holdning hos landets beslutningstakere.

Alkoholbruk bidrar til mer enn 60 forskjellige kjente sykdommer (4, 6). I tillegg kommer ulykker knyttet til bruken. Ved flere vanlige diagnoser hos pasienter ved medisinske avdelinger kan alkoholbruk være en medvirkende årsak til innleggelsen. På tross av dette beskrives det i en melding til Stortinget at det fortsatt er en utfordring å få de ansatte ved de ulike tjenestene til systematisk å spørre og samtale om bruk av rusmidler ved konsultasjoner og innleggelse (7). I meldingen legges det derfor vekt på, i tråd med faglige føringer (8), at det bør innføres systematiske tiltak for å oppdage skadelig bruk av alkohol og sørge for at funn blir fulgt opp med videre utredning, tilpasset rådgivning og eventuelt videre henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helseforetakene må nå rapportere og svare på om slike tiltak er implementert.

I denne studien har vi også ønsket å fange opp dem med risikofylt bruk av alkohol, det vil si mennesker som er i risikozonen for å

utvikle et skadelig forbruk (9). Slik alkoholbruk klassifiseres etter to kriterier – konsum over anbefalt ukentlig øvre grense eller ekstra høyt alkoholkonsum ved enkeltanledninger (binge drinking) (9).

I de nordiske land opererer man med en standardenhet alkohol (AE) tilsvarer 13 g ren alkohol. Selv om det ikke finnes offisielle norske retningslinjer, er et ukentlig forbruk på over 14 AE for menn og ni AE for kvinner regnet som risikofylt (9). Et ukentlig forbruk på over 21 AE for menn og 14 AE for kvinner benevnes som skadelig. De over 67 år bør følge anbefalte grenser for kvinner (10).

Når det gjelder stort konsum ved en enkelt anledning, blir dette definert som  $\geq 5$  AE for menn og  $\geq 4$  AE for kvinner per drikkesituasjon (11). Dette er i hovedsak assosiert med alkoholrelaterte skader og ulykker, men jevnlig store enkeltkonsum gir også forhøyet risiko for en rekke sykdommer som kan debutere mange år etterpå (12). Det er ingen offisiell sikker lavrisikogrense for frekvens av stort konsum ved en enkelt anledning (9). En ny norsk studie viste høyere mortalitet hos begge kjønn og høyere kardiovaskulær mortalitet hos menn som konsumerer mye på én gang så sjelden som 1–4 ganger per måned (13).

Hensikten med denne studien var først å undersøke forekomsten av risikofylt alkoholbruk hos pasienter innlagt i medisinske avdelinger og fastslå faktorer som var assosiert med dette, dernest å finne ut om det var forskjeller i helsepersonells kartlegging av røyking og av alkoholbruk og om alkoholbrukere med et risikofylt forbruk fikk helsefremmende rådgivning i samme grad som røykere får.

**John-Kåre Vederhus**

*john-kare.vederhus@sshf.no*

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling  
Sørlandet sykehus, Kristiansand

**Ole Rysstad**

**Frode Gallefoss**

Medisinsk avdeling  
Sørlandet sykehus, Kristiansand

**Thomas Clausen**

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling  
Sørlandet sykehus, Kristiansand  
og  
Senter for rus- og avhengighetsforskning  
Universitetet i Oslo

**Øistein Kristensen**

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling  
Sørlandet sykehus, Kristiansand



Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

## HOVEDBUDSKAP

Hver tiende pasient innlagt i medisinsk sykehusavdeling hadde et risikofylt eller skadelig alkoholkonsum

Pasientene ble i større grad spurt om sine røykevaner enn om sin alkoholbruk

Kun 10 % av pasientene som hadde et risikofylt alkoholbruk oppga at de fikk anbefaling om å redusere eller slutte med alkohol i løpet av innleggelsen

Over 90 % av pasientene var positive til å bli spurt om røyke- og alkoholvaner under sykehusinnleggelsen

Spørsmål	0	1	2	3	4
1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2–4 ganger i måneden	2–3 ganger i uken	4 eller flere ganger i uken
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor mange alkoholenheter (ølflaske, vinglass, drinker, se forklaringsboks over) drikker du på en "typisk" drikkedag?	1–2	3–4	5–6	7–9	10 eller mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer på én gang?	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig eller nesten daglig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har en slektning, venn eller lege (eller annen helsearbeider) engstet seg over drikkingen din eller antydnet at du burde redusere?	Nei		Ja, men ikke siste år		Ja, i løpet av siste år
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Figur 1 Alcohol Use Disorder Identification Test -4 (AUDIT-4) med skåringsverdier

## Materiale og metode

Studien var et samarbeid mellom fire medisinske avdelinger og Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus. Datainnsamlingen varte fra 1. oktober til 20. desember 2013. Pasienter over 18 år, både akutt og elektivt innlagt ved de medisinske avdelingene i ukedagene, ble vurdert for inklusjon i studien. De som ble vurdert å være for syke til å klare å fylle ut spørreskjemaet, gjennomføre et intervju eller til å forstå informasjonen som ble gitt (eksempelvis på grunn av språkproblemer eller kognitiv svikt) ble ekskludert. I tillegg var noen ikke-inkluderbare av administrative årsaker (tidligere inkludert eller for kort opphold).

Tre forskningssykepleiere foretok datainnsamlingen. Etter at inntakssamtaler og anamnesopptak ved førstedsvisitt på avdelingen var gjennomført, ble det innhentet skriftlig samtykke fra pasientene. De fylte så ut spørreskjemaet som beskrevet under. De som ikke var i stand til å fylle ut skjemaet selv, fikk tilbud om å gjennomføre det som intervju.

Studien var godkjent av regional etisk komité (nr. 2013/1252).

### Spørreskjemaet

Deltakerne oppga demografiske data (alder, kjønn, bosituasjon, hovedinntekt og utdanning). Røyke- og alkoholvanene ble kartlagt med spørsmål om gjennomsnittlig antall sigaretter daglig og spørsmål om alkoholkonsum siste uke (antall AE). I tillegg ble

Alcohol Use Disorder Identification Test-4 (AUDIT-4) brukt, en kortversjon av AUDIT (14). AUDIT-4 skåres for det siste året og gir blant annet gjennomsnittstall for forbruk (fig 1). En skår på  $\geq 7$  for menn og  $\geq 5$  for kvinner ble brukt som grenseverdi for risikofylt bruk av alkohol (14).

Videre fikk pasientene holdningsspørsmål – «Under innleggelsen, hvilken holdning har du til å bli spurt om alkoholbruk?» og tilsvarende for røyking. Svar ble gitt på en sjupunkts ordinal skala, der ytterpunktene var «jeg er svært kritisk til det» (skår 1) og «det er helt OK å bli spurt om det» (skår 7). Avslutningsvis ble deltakerne spurt om de hadde fått spørsmål om røyking og alkoholbruk i løpet av innleggelsen (ja/nei/vet ikke – husker ikke). De ble også spurt om de under oppholdet hadde fått råd om å redusere/slutte med røyking/alkoholbruk (ja/nei/vet ikke – husker ikke).

Hoveddiagnosen for den aktuelle innleggelsen ble innhentet fra den enkelte deltakers journal.

### Definisjoner/koding

Risikofylt bruk av alkohol ble i denne studien definert som en AUDIT-4-skår over grenseverdien og/eller et ukentlig forbruk over anbefalt øvre grense – et konsum på  $> 14$  AE for menn og  $> 9$  AE for kvinner og for dem  $\geq 67$  år anses som risikofylt (9, 15).

I regresjonsanalysen (under) ble alder håndtert som kontinuerlig variabel. Utdan-

ning ble skåret på en fempunkts ordinal skala fra «ikke fullført grunnskole» til «fullført  $> 3$ -årig høyskole/universitet». Bosituasjon ble dikotomisert i om man bodde alene eller ikke. Hovedinntekt ble ikke tatt med i regresjonsanalysen, da vi på forhånd var klar over at en stor del av utvalget ville være  $\geq 67$  år og ikke yrkesaktive. Røyking ble tatt med for å få frem eventuell samvariasjon med alkoholproblematikk. Alle som svarte at de røykte  $\geq 1$  sigarett daglig, ble kodet som røykere.

### Statistikk

Forskjell i kartlegging av og rådgivning til røykere versus alkoholbrukere ble undersøkt med khikvadrattest. Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilke variabler som var assosiert med det å ha en risikofylt alkoholbruk. Etter bivariate analyser ble variabler med p-verdi  $< 0,20$  inkludert i en multivariat logistisk regresjonsanalyse med standard metode («enter»-metode) (16). Den endelige modellen presenterer variabler som var statistisk signifikante på 5 %-nivå. Data er analysert med IBM SPSS, versjon 21.0.

### Resultater

Et flytskjema viser inklusjonen av pasienter (fig 2). Totalt ble 536 pasienter (54%) inkludert i analysen. Det var ingen forskjell mellom de inkluderte og de ikke-inkluderte når det gjaldt kjønn, men de ikke-inkluderte var gjennomsnittlig tre år eldre (68 år). En beskrivelse av de inkluderte pasientene finnes i tabell 1.

### Alkoholbruk

211 deltakere (39 %) oppga at de ikke hadde brukt alkohol det siste året. 47 av pasientene (8,8 %) skåret over AUDIT-4-grensene for risikofylt alkoholbruk. 12 av disse oppga ifølge AUDIT-skjemaet at de inntok alkohol  $\geq 4$  ganger per uke, og 18 oppga minst én ukentlig drikkekule ( $\geq 6$  AE) det siste året.

Når det gjaldt spørsmålet om konsum siste uke før innleggelsen, var det 13 som var over grensen for et risikofylt forbruk. Sju av disse hadde et skadelig forbruk ( $> 21$  AE), alle menn. Tre av dem med et risikofylt forbruk siste uke ble ikke fanget opp av AUDIT-skåringen. Samlet sett var det derfor 50 pasienter (9,3 %) som hadde et risikofylt alkoholforbruk slik det er definert i denne studien. Av disse var 12  $\geq 67$  år.

Tre pasienter hadde fått spesifikke alkoholrelaterte diagnoser som hoveddiagnose ved denne innleggelsen (F10.1 Skadelig bruk av alkohol og K70.4 Alkoholisk leversvikt). Alle disse ble fanget opp av AUDIT-skåringen.

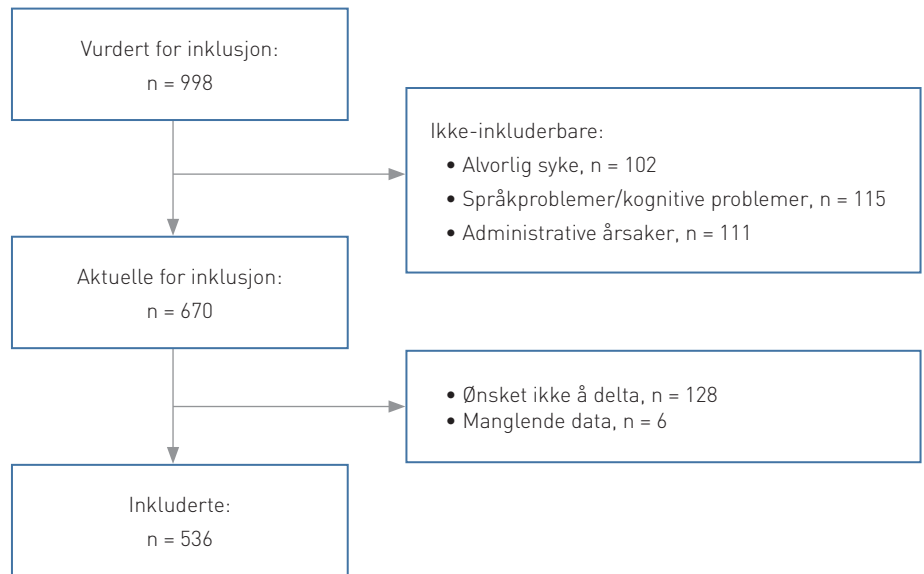
I en multivariat regresjonsanalyse var lavere alder, det å være mann og å bo alene signifikant assosiert med å ha et risikofylt alkoholforbruk (tab 2). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom røyking og risikoforbruk i denne studien. Det samme gjaldt risikofylt alkoholforbruk og utdanningsnivå.

### Kartlegging av rådgivning

108 pasienter (20 %) oppga at de røykte  $\geq 1$  sigarett daglig, 88 (16 %) røykte  $\geq 5$  sigaretter daglig. Totalt oppga 332 (62 %) at de var blitt spurt om røyking under oppholdet, mens 236 (44 %) kunne huske å ha fått spørsmål om alkoholbruk ( $\chi^2 = 34,5$ ;  $p < 0,001$ ). Av dem som var  $\geq 67$  år ble 42 % spurt om alkoholbruk, mens 58 % av dem som var  $< 67$  år ble spurt ( $\chi^2 = 11,7$ ;  $p < 0,001$ ).

På spørsmål om hva de syntes om å bli spurt om alkohol- og røykevaner, var det en like stor andel som svarte at det var helt OK å bli spurt om alkoholbruk (92 %) som andelen som syntes det var greit å bli spurt om røyking (93 %), det vil si at de svarte mest positivt på den ordinale holdningsskalaen. 2 % og 3 % var kritiske til å bli spurt om henholdsvis røyking og alkohol, det vil si at de skåret i nedre halvdel av skalaen.

Av de 50 som hadde et risikofylt alkoholforbruk, var det fem (10 %) som oppga at de under oppholdet var blitt anbefalt å redusere forbruket eller slutte å drikke. Når det gjaldt røykerne, var det 31 (29 %) som oppga at de var blitt anbefalt å slutte eller å røyke mindre. De som hadde et risikofylt alkoholforbruk oppga altså i mindre grad enn røykerne at de var blitt anbefalt å redusere og/eller slutte ( $\chi^2 = 6,8$ ;  $p = 0,009$ ).



**Figur 2** Flytskjema for inklusjon ved fire medisinske avdelinger ved Sørlandet Sykehus høsten 2013

### Diskusjon

En av ti pasienter oppga at de hadde et risikofylt alkoholforbruk. Mannlig kjønn, ung alder og det å bo alene var assosiert med dette. På tross av at en overveldende majoritet sa at det var helt i orden å bli spurt om alkohol- og røykevaner, var andelen som var blitt spurt om sine drikkevaner (44 %) lavere enn andelen som var blitt spurt røykevaner (62 %). Og en lavere andel av dem med et risikofylt alkoholforbruk enn av røykerne var blitt anbefalt å redusere forbruket og/eller slutte – 10 % versus 29 %.

Sammenliknet med en tysk studie av forekomst fra medisinske avdelinger, der 20 % hadde AUDIT-skår over anbefalt grenseverdi, så vi en lavere andel med risikofylt alkoholforbruk i vår studie (9,3 %) (17). I en kartlegging av sykehuspasienter på Vestlandet ble det påvist at 3,5 % hadde et skadelig forbruk av alkohol (18). Dette er høyere enn det vi fant (1,3 %).

Deltakerne i Vestlands-studien, som også inkluderte pasienter fra kirurgiske avdelinger, var i gjennomsnitt fem år yngre (60 år). En av årsakene til lavere forekomst i vår studie kan være den relativt høye gjennomsnittsalderen i vårt utvalg, siden andelen med risikofylt alkoholforbruk er lavere i eldre enn i yngre aldersgrupper (19). I vår studie ble det heller ikke inkludert pasienter som var innlagt i helger, og ikke pasienter som bare var innlagt i akuttmedisinet. Som ventet fant vi en større andel risikofylt forbruk hos menn og blant de yngre. Dette er kjent fra andre studier (18).

Andelen alkoholbrukere var tre ganger så stor som andelen røykere (61 % versus 20 %). Likevel indikerer funnene i denne studien at

**Tabell 1** Beskrivelse av inkluderte pasienter ved fire medisinske avdelinger ved Sørlandet sykehus høsten 2013 (N = 536, gjennomsnittsalder 65 år)

Variabel	Antall	(%)
Kjønn (andel kvinner)	230	(43)
Alder (år), andel $\geq 67$ år	276	(51)
Bosituasjon, bor alene (n = 524)	177	(34)
<b>Utdanning (n = 534)</b>		
Ikke fullført grunnskole	4	(1)
Fullført grunnskole	107	(20)
Fullført videregående/faglig yrkesutdanning	271	(51)
Fullført 3-årig høyskole	92	(17)
Fullført > 3-årig høyskole/universitet	60	(11)
<b>Hovedinntektskilde</b>		
Ordinær lønn/sykepenger	131	(25)
Sykepenger	11	(2)
Stønad fra Nav	14	(3)
Uføretrygd	86	(16)
Alderstrygd	273	(51)
Annet	21	(4)

**Tabell 2** Sammenheng mellom demografiske faktorer og risikofylt alkoholbruk ved fire medisinske avdelinger ved Sørlandet sykehus høsten 2013 (N = 536). Logistisk regresjon

Variabler	Bivariate analyser OR (95 % KI)	P-verdi	Multivariat analyse <sup>1</sup> OR (95 % KI)	P-verdi
Kjønn (mann)	1,67 (0,90–3,11)	0,105	3,08 (1,45–6,55)	0,003
Alder <sup>2</sup>	0,95 (0,94–0,97)	< 0,001	0,96 (0,94–0,98)	< 0,001
Bosituasjon (alene)	2,06 (1,11–3,83)	0,023	2,60 (1,33–5,08)	0,005
Utdanning <sup>3</sup>	0,97 (0,70–1,34)	0,859	–	
Røyking (ja)	2,00 (1,06–3,78)	0,033	–	

<sup>1</sup> Variabler med p-verdi < 0,2 ble inkludert i en multivariat analyse. Den endelige modellen presenterer variabler som var statistisk signifikante (p < 0,05)

<sup>2</sup> Alder er inkludert som en kontinuerlig variabel

<sup>3</sup> Utdanning er inkludert som en 5-punkts ordinal variabel

kartlegging av alkoholbruk skjer i mindre grad enn kartlegging av røyking. Med tanke på at bruk av alkohol kan være direkte relatert til innleggelsesårsaken og kan ha implikasjoner for prognoseutvikling og generell helse, skulle det være desto større grunn til å være nøye med å kartlegge alkoholbruk.

Man kan tenke seg flere grunner til at spørsmål om alkohol ikke blir stilt – eksempelvis at helsepersonell kan oppleve det som mer følsomt å spørre om alkoholbruk enn om røyking. Vi så også at pasienter over 67 år i mindre grad enn de yngre ble spurt om drikkevaner. Man kan spekulere på om helsepersonell tenker at pasienter over en viss alder ikke kan ha et problematisk forbruk av alkohol og lar være å undersøke. Funnene viser at én av fire av dem med risikofylt alkoholbruk var ≥ 67 år. Man kan derfor ikke basere journal- og anamneseopptak på slike slutninger, man må faktisk spørre pasienten.

I HUNT-studiene fant man at andelen eldre (> 60 år) som hadde et problematisk forbruk av alkohol, økte fra HUNT2 (1995–97) til HUNT3 (2006–08). Andelen blant eldre i aldersgruppen 70–79 år var økt fra under 0,5 % i HUNT2 til 4,5 % i HUNT3 og blant dem i aldersgruppen 60–69 år fra 4,5 % til 7,3 % (20). Det er anslått en 50 % økning i antallet eldre frem til 2030, noe som gjør at antall eldre med et problematisk forbruk av alkohol vil øke selv om man bare fremskriver estimatene basert på HUNT3-funnene (20).

De som hadde en risikofylt alkoholbruk, fikk i mindre grad enn røykerne rådgivning. Liknende funn er gjort av andre. I en studie blant gynekologer ble det påvist en svært høy rådgivningsrate til røykere (79 %), mens rådgivningsraten for dem med et risikofylt forbruk av alkohol bare var på 36 % (21). De mest aktuelle hindringene ble angitt å være at legene hadde for dårlig tid og at de i mindre grad var opplært til å gi råd om alkoholbruk, dermed mestret de det dårligere enn

det å gi råd om røyking (21). De hadde også mindre tro på at det nyttet å gi råd om alkoholbruk.

Det kan stilles spørsmål ved om man i en hektisk hverdag i en somatisk sykehusavdeling kan makte å gi råd og sette inn tiltak overfor pasientenes alkoholbruk. Sykdomsbildet knyttet til alkohol er unektelig mer komplekst enn sykdomsbildet ved røyking, og det har vist seg vanskelig å implementere rådgivningstiltak som en del av standard praksis (22, 23).

Effekten av korte rådgivningstiltak i sykehusavdelinger er imidlertid dokumentert (8). Alvorlig sykdom og innleggelse i sykehus kan ses som et «mulighetens vindu» for å motivere til endring, spesielt hvis det kan vises til helsemessige konsekvenser av alkoholbruken (8). En forutsetning, som også er en underliggende premisse for denne artikkelen, er at man i kartleggingen bør være minst like opptatt av pasientenes alkoholbruk som av deres røyking. Når slik kartlegging beskrives i en epikrise, blir det også enklere for fastlegen å følge opp tematikken i ettertid (24).

#### Metodiske vurderinger

Studiens styrke er det store materialet. Andelen som ikke ble inkludert, var imidlertid høy (46 %). De fleste av disse pasientene var definert som ikke-inkluderbare av administrative årsaker eller fordi de ble vurdert til å være for syke til å svare på spørsmål. 13 % ønsket ikke å delta, og vi kan derfor ikke utelukke seleksjonsskjevhet. Spesielt blant dem som ikke ønsket å svare kan man tenke seg at det kan være en større andel med et risikofylt forbruk. Dersom helgepasientene og de som bare var innlagt i akuttmottaket var blitt inkludert, kan man ikke utelukke at forekomsten av risikofylt alkoholbruk ville blitt høyere.

Treffsikkerheten for å identifisere risikofylt alkoholforbruk er avhengig av at det brukes anerkjente verktøy. Den brukte kortversjonen av AUDIT er validert (14) og ble

vurdert å passe godt til formålet med studien. AUDIT-4 fanger opp gjennomsnittsforbruket det siste året, og vi mente det var viktig å supplere dette med spørsmål om det faktiske forbruket siste uke før innkomst. Vi kan ikke utelukke at de som ble fanget opp ved hjelp av dette spørsmålet, men ikke av AUDIT, ble oppdaget nettopp på grunn av forbruket den gjeldende uken. Spørsmålet om nylig forbruk er her-og-nå-orientert og lettere å gjenkalle mer presist fra hukommelsen. Vi mener det kan være en alternativ innfallsvinkel til rådgivning, jevnfør nevnte grenser for risikofylt og skadelig forbruk, og spørsmål om faktisk forbruk siste uke kan derfor være et supplement til AUDIT.

En annen sak er om man kan stole på selvrapportert alkoholforbruk. Anslag på underreportering i spørreskjemaundersøkelser kan være på opptil 50 % sammenholdt med biologiske markører (25). Det finnes imidlertid ingen reliable markører på et relativt lavfrekvent forbruk (26). Man må derfor ta utgangspunkt i de foreliggende selvrapporterte data og ha i bakhodet at det kan være minimumstall som kom frem (18).

Pasientene ble spurt om de kunne huske å ha fått spørsmål om røyking og alkoholbruk. Svaret viser ikke nødvendigvis om de faktisk ble spurt – forbehold om pasientenes hukommelse må tas. Det er imidlertid liten grunn til å anta at pasientene i større grad skulle ha glemt om de ble spurt om alkohol enn om røyking, så man må kunne legge til grunn at sammenlikningen er holdbar.

#### Konklusjon

Studien viser at antydningen i Melding til Stortinget nr. 30 om at alkoholbruk i for liten grad blir systematisk kartlagt i somatiske avdelinger, kan være berettiget (7). Et naturlig tiltak kan være å øke bevisstheten og fornye den gode rutinen med å innlemme alkohol- og nikotinspørsmålene i det ordinære anamneseopptaket.

*En stor takk til forskningssykepleierne Kirsti Kalleberg, Liv Kari Johnson og Lisa Vassmo Andersen samt enhetssykepleierne ved Medisinsk avdeling for hjelp med den praktiske gjennomføringen av studien.*

#### John-Kåre Vederhus (f. 1960)

er ph.d. og forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### Ole Rysstad (f. 1958)

er spesialist i indremedisin og i lungesykdommer og avdelingsoverlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>



**Frode Gallefoss (f. 1956)**

er dr.med. og spesialist i indremedisin og i lungesykdommer. Han er forskningssjef ved Sørlandet sykehus (tidligere overlege ved Medisinsk avdeling) og professor ved Universitetet i Bergen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Thomas Clausen (f. 1972)**

er professor dr.med. ved Universitetet i Oslo og forskningsveileder ved Sørlandet sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Øistein Kristensen (f. 1945)**

er spesialist i psykiatri, overlege og seniorforsker. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Litteratur**

- World Health Organization. Global health risks – mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève: WHO, 2011.
- Gallefoss F. Av-og-til-røyking – en helsetrusse! Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 132.
- World Health Organization. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol. Genève: WHO, 2010.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Genève: WHO, 2011.
- World Health Organization. Norway – Recorded adult (15+) alcohol consumption. Genève: WHO, 2011. [www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/nor.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/nor.pdf) (3.7.2013).
- Rehm J, Room R, Graham K et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003; 98: 1209–28.
- Meld. St. 30 (2011–2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. [www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/](http://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/) (26.5.2015).
- McQueen J, Howe TE, Allan L et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 8: CD005191.
- Skjøtskift S. Alkohol som medvirkende faktor i noen vanlige kliniske situasjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 185–7.
- Crome I, Dar K, Janikiewicz S et al. Our invisible addict: First Report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Psychiatrists, 2011.
- Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychol Bull* 2009; 135: 142–56.
- Rossow I, Bogstrand ST, Ekeberg Ø et al. Associations between heavy episodic drinking and alcohol related injuries: a case control study. *BMC Public Health* 2013; 13: 1076.
- Graff-Iversen S, Jansen MD, Hoff DA et al. Divergent associations of drinking frequency and binge consumption of alcohol with mortality within the same cohort. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 350–7.
- Gual A, Segura L, Contel M et al. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 591–6.
- Williams EC, Palfai T, Cheng DM et al. Physical health and drinking among medical inpatients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34: 1257–65.
- Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall/CRC, 1991.
- Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister SE et al. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2008; 93: 233–43.
- Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B et al. Health and the need for health promotion in hospital patients. *Eur J Public Health* 2011; 21: 744–9.
- Krokstad S, Knudtsen MS. Folkehelse i endring – helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Levanger: HUNT, 2011.
- Støver M, Bratberg G, Nordfjærn T et al. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Levanger: HUNT, 2012.
- Demmert A, Grothues JM, Rumpf HJ. Attitudes towards brief interventions to reduce smoking and problem drinking behaviour in gynaecological practice. *Public Health* 2011; 125: 182–6.
- Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol* 2011; 46: 52–60.
- Nordqvist C, Wilhelm E, Lindqvist K et al. Can screening and simple written advice reduce excessive alcohol consumption among emergency care patients? *Alcohol Alcohol* 2005; 40: 401–8.
- Lid TG, Oppedal K, Pedersen B et al. Alcohol-related hospital admissions: missed opportunities for follow up? A focus group study about general practitioners' experiences. *Scand J Public Health* 2012; 40: 531–6.
- Bruusgaard D, Rutle O, Aasland OG. Alkoholproblemer i almenpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1431–5.
- Savage DG, Ogundipe A, Allen RH et al. Etiology and diagnostic evaluation of macrocytosis. *Am J Med Sci* 2000; 319: 343–52.

Mottatt 27.6. 2014, første revisjon innsendt 17.2. 2014, godkjent 27.5. 2015. Redaktør: Hanne Støre Valeur.