

FAGUTVIKLING

Helseskadelig alkoholbruk gir komplekse utfordringer

Høyt forbruk av alkohol henger sammen med somatisk sykdom, psykisk helse og sosial status. En god allianse mellom sykepleieren og pasienten øker sjansen for at behandlingen fører til bedring.

Siv Skarstein

Førstemanuensis og prosjektleder for Psykisk helse og rus
Oslomet – storbyuniversitetet og Norsk Sykepleierforbund

Espen Gade Rolland

Leder
NSFs faggruppe innen psykisk helse og rus

Alkohol

Psykisk helse

Rusmiddel

Samhandling

Somatisk lidelse

Sykepleien 2021;109(83712):e-83712

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.83712](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83712)

Hovedbudskap

Høyt forbruk av alkohol øker risikoen for alvorlige helseskader som somatisk sykdom. Pasienter med helseskadelig alkoholbruk sliter ofte også med sosiale utfordringer, psykiske lidelser og traumer. Frafallet fra behandlingsoppleggene er betydelig, noe som medfører store kostnader, både menneskelige og økonomiske. Sykepleiere med spesialistkompetanse i psykisk helse og rus kan i samarbeid med pasienten og fastlegen planlegge og følge opp individuelt tilpasset behandling over tid.

Denne artikkelen setter søkelyset på sammenhengen mellom helseskadelig alkoholbruk, somatisk sykdom, psykisk helse og sosial status. Videre belyser vi noe av kompleksiteten og utfordringene som sykepleierne møter innen fagfeltet psykisk helse og rus.

Vi bruker begrepene «pasient», som inkluderer brukere, klienter, omsorgsmottakere og andre som mottar tjenester fra sykepleiere. «Helseskadelig alkoholbruk» anvendes som samlebegrep på skadelig alkoholbruk og avhengighetssyndrom relatert til alkohol.

Antallet døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern er betydelig redusert gjennom de siste 15 årene. Det betyr også at varigheten på oppholdene i somatiske sykehus og psykisk helsevern er betydelig redusert.

Endringene innebærer at mange sykepleiere utøver sykepleie innen kommunale helse- og omsorgstjenester til pasienter med skadelig alkoholbruk. Det er likevel slik at en helseskadelig alkoholbruk ofte blir avdekket i forbindelse med en innleggelse på sykehus.

Alkoholbruk kan gi sykdom og tidlig død

På verdensbasis lider rundt 70 millioner mennesker av konsekvenser som skyldes overdrevent alkoholkonsum. Dette tallet representerer 4–5 prosent av den globale sykdomsbyrden (1). Det er også slik at omtrent 4 prosent av alle dødsfall i verden er alkoholrelaterte, der 2 prosent av dødsfallene blant kvinner og 7 prosent blant menn kan knyttes til alkoholbruk. Alkoholbruk er altså en betydelig risikofaktor for tidlig død og sykdom (2).

I en studie med 18–65-åringere i Oslo rapporterte 23 prosent av befolkningen om helseskadelig alkoholbruk i løpet av livet, såkalt livstidsforekomst (3). En studie fra Sogn og Fjordane viste en livstidsforekomst på 9 prosent (4). Den årlige prevalensen i studiene var henholdsvis 10 prosent og 3 prosent.

En tvillingstudie publisert av Folkehelseinstituttet (FHI) viste en levetidsprevalens på 7 prosent (5). På bakgrunn av dette kan vi anslå at det er minst 300 000 personer med helseskadelig alkoholbruk i Norge.

FHI har også estimert at 8 prosent av norske barn har minst én forelder som tilfredsstillende diagnostiske kriteriene for en alkoholbrukslidelse, mens om lag 3 prosent av norske barn har en forelder med alvorlig grad av skadelig bruk.

Alkoholbruken øker

Det er dokumentert at en økning i totalforbruket av alkohol i befolkningen er forbundet med en økning av forbruket på alle nivåer. Det betyr at det er en nær sammenheng mellom totalkonsumet i befolkningen og andelen med et svært høyt alkoholkonsum.

I Norge har omsetningen av alkohol økt fra 3,6 liter ren alkohol per innbygger per år i 1970 til nærmere 7 liter i 2017. Folkehelseinstituttet antar at forekomsten av alkoholbrukslidelser har økt i perioden.

Kilde: [Folkehelseinstituttet](#)

Det finnes to typer helseskadelig alkoholbruk

Helseskadelig alkoholbruk deles i gruppene skadelig bruk og avhengighetssyndrom. *Skadelig bruk* har ført til påviselig psykisk eller fysisk helseskade over en periode.

Diagnosen *avhengighetssyndrom* krever at minst tre av de følgende seks kriteriene må være oppfylt det siste året: sterkt ønske om eller trang til å drikke, vanskeligheter med å kontrollere alkoholinntaket, abstinens ved stopp eller redusert alkoholbruk, utvikling av toleranse for alkohol, økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser og høyere prioritering av alkoholinntak enn andre viktige aktiviteter og forpliktelser. I tillegg kommer kriteriet om at bruken av alkohol fortsetter til tross for skadelige konsekvenser.

Av personer som blir diagnostisert med helseskadelig alkoholbruk, er to tredjedeler menn. Menn konsumerer mer alkohol enn kvinner. Imidlertid antas kvinner å ha større risiko for å utvikle somatisk sykdom som følge av høyt alkoholforbruk. Årsaken til det er kjønnsbaserte forskjeller i alkoholmetabolisme (6).

Nesten hver tredje innleggelse er rusrelatert

Det anslås at nær 31 prosent av alle innleggelsene i somatikken er rusrelaterte. En undersøkelse fra Storbritannia (7) viser at hver femte sykehuspasient drikker så mye alkohol at det kan være helseskadelig, og hver tiende er avhengig av alkohol. Det innebærer at pasienter burde kunne identifiseres og tilbys utredning og behandling for alkoholbruken, selv om de primært innlegges for somatisk sykdom eller skade (7).

Mange mennesker med helseskadelig alkoholbruk forsøker i det lengste å skjule disse problemene. Det kan handle om skamfølelse, frykt for å miste arbeidet, stigmatisering og negative reaksjoner fra et sosialt nettverk.

I et prosjekt fra 2009 ved Stavanger universitetssjukehus fant de at det var vanskelig å identifisere pasienter med alkoholrelaterte helseproblemer som ikke hadde kjente rusproblemer fra før. Gjennom systematisk kartlegging ble pasienter identifisert og henvist til en samtale der alkoholbruken, konsekvenser av denne og mulighet for hjelp ble tematisert. De aller fleste som gjennomførte samtalen, opplevde den som relevant og nyttig for sin helsetilstand (8).

Helseskadelig alkoholbruk kan gi somatisk sykdom

Helseskadelig alkoholbruk, psykisk lidelse og somatisk sykdom utgjør en stor belastning med komplekse utfordringer for enkeltpersoner, familier, helsevesenet, sykepleietjenesten og samfunnet.

Menn og kvinner med helseskadelig alkoholbruk har høyere risiko for et omfattende spekter av somatiske sykdommer, både som sykdomshendelser og dødsårsaker (9). Ulike kreftformer i tungen, munnhulen, svelget, spiserøret, luftrøret, lungene og leveren samt hjerneinfarkt, hjerte- og karsykdommer, diabetes og infeksjoner er assosiert med helseskadelig alkoholbruk (10).

Videre kan metabolske forstyrrelser som diabetes mellitus utløses av vedvarende alkoholbruk og forårsake flere sykdomstilstander med symptomer fra nyrer, lever, spiserør og mage-tarm-kanalen (9–11). Et vedvarende, hyppig alkoholforbruk kan også forårsake strukturell skade på hjernen og resten av nervesystemet, noe som kan resultere i ulike sykdommer fra nervesystemet.

Somatiske sykdomstilstander som alkoholiske leverproblemer, hjerneskade og alkoholisk kardiomyopati er eksempler på sykdommer der kvinner har tidligere utbrudd og raskere progresjon enn menn (11–14). Alkoholbruk i svangerskapet medfører risiko for at barnet får føtalt alkoholsyndrom (15).

Sykepleiere i kommuner og alle avdelinger innen spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern må være forberedt på å utøve sykepleie til pasienter med helseskadelig alkoholbruk.

Vi vet at helseskadelig alkoholbruk henger sammen med generelt dårlig helse, mer kompleks klinisk utredning og behandling samt mer krevende styring og koordinering av helse- og omsorgstjenestene. I tillegg har den sammenheng med økt forbruk av helsetjenester og tilhørende høye kostnader.

FAKTA

Skader ved langvarig bruk av alkohol

Alkohol er det rusmiddelet som gir flest somatiske skadevirkninger ved langvarig høyt forbruk. Blant de viktigste skadevirkningene er følgende:

- Polynevropati, det vil si skade på nerver i armer og bein som kan føre til nummenhet, prikking og smerter samt dårlig kontroll over gangen.
- Skade på nervevev i hjernen som kan føre til Wernickes encefalopati eller Korsakoffs psykose, som i hovedsak skyldes mangel på vitamin B1 (tiamin).
- Betennelse i spiserøret og kreft i spiserøret, blødning fra spiserøret.
- Betennelse i magesekken.
- Leverskade: fettlever, eventuelt utvikling av alkoholisk hepatitt og skrumplever (cirrhose). I Norge er det omkring 200 dødsfall årlig som følge av leverskade.
- Betennelse og kreft i bukspyttkjertelen.
- Muskelskade, inkludert skade i hjertemuskel (kardiomyopati).
- Høyt blodtrykk. Overforbruk av alkohol er en av de viktigste kjente risikofaktorene for høyt blodtrykk.
- Hjerneslag. Høyt alkoholforbruk fører til høyere risiko for hjerneslag.
- Skader i forbindelse med ulykker og voldsutøvelse.

Kilde: [Helsedirektoratet](#)

Psykisk lidelse dobler risikoen for somatisk sykdom

Pasienter med helseskadelig alkoholbruk og psykisk sykdom har betydelig høyere risiko for også å få somatisk sykdom sammenliknet med pasienter uten psykisk lidelse. Forskning viser at ni av ti pasienter med rusbruksdiagnoser har en eller flere psykiske lidelser (17).

«Ni av ti pasienter med rusbruksdiagnoser har en eller flere psykiske lidelser.»

Intervensjoner som fremmer psykisk helse, kan bidra til at behovet for alkohol reduseres. Dermed minsker risikoen for å utvikle somatisk sykdom. Redusert alkoholforbruk kan på sin side bidra til at både den somatiske og den psykiske helsen bedres.

Sykepleieren kan i samarbeid med pasienten vurdere hvilke strategier som kan benyttes, og hvilke(t) mulige område(r), psykisk, fysisk eller sosialt, som bør prioriteres når tiltak skal utvikles og aktiviteter iverksettes.

Flere faktorer øker sjansen for somatisk sykdom

En norsk studie viser at helseskadelig alkoholbruk innebærer større sjanse for å utvikle somatisk sykdom. Kombinasjonen av å være sosialhjelpsmottaker, ha psykiske problemer og et helseskadelig alkoholforbruk øker sjansene betydelig for å få somatisk sykdom.

I Norge er mottakere av sosialhjelp på det laveste nivået i landets sosioøkonomiske hierarki, og deres livsmuligheter påvirkes av dårligere helse, mer smerte, flere og sammensatte sykdommer og høyere dødelighet (18).

Ofte vil en kombinasjon av et svakt sosialt nettverk og en vanskelig barndom og oppvekst ha ført til at mennesket også er bærer av traumatiske opplevelser og tap (19). Det å bygge en helende relasjon krever høy og sammensatt fagkunnskap, omsorg og vilje til samhandling. Respekt, tid og kontinuitet vil være forutsetninger for å tilrettelegge sykepleieinnsatsen.

Det er utfordrende å etablere en helende relasjon

På tross av at alkoholinntaket kan medføre økt risiko for somatiske sykdommer og psykiske problemer, er det ofte slik at den som har en helseskadelig rusbruk, ikke slutter med alkohol eller reduserer inntaket av alkohol.

Det anslås at færre enn 20 prosent av mennesker med helseskadelig alkoholbruk noen gang vil søke hjelp og få behandling for alkoholproblemer (20). Dette er utfordrende og til ettertanke da behandling reduserer de langsiktige helseskadelige konsekvensene av alkoholbruken.

Folk med helseskadelig rusbruk kan bære på traumatiske opplevelser, tap og mistillit. En god relasjon kan ta tid å bygges opp, noe som kan bety at behandlingsrelasjonen bør vare over tid. Når en behandling som ivaretok både somatisk og psykisk helse var lett tilgjengelig for pasienten, ble behandlingsresultatene bedre for menneskene som var diagnostisert med helseskadelig rusbruk (21).

Behandlingstilbudet må være individuelt tilpasset

Mange av menneskene med et helseskadelig alkoholforbruk blir diagnostisert første gang i akutteneheter på sykehus. Brorson og medarbeidere gikk gjennom forskning på intervensjoner som har til hensikt å bedre helsen til mennesker med helseskadelig alkoholbruk. Gjennomgangen viser at det er vanskelig å finne og iverksette behandlingsintervensjoner i somatiske sykehusavdelinger for pasienter som blir diagnostisert med helseskadelig alkoholmisbruk (22).

På de somatiske sykehusavdelingene er det faglige søkelyset som oftest primært rettet mot den akutte sykdommen eller skaden forårsaket av innleggelsen. Finansieringssystemet og innholdet i pakkeforløpene kan også bidra til at tilstander uten direkte sammenheng med innleggesdiagnose ikke utredes og behandles. Alkoholbruk kan derfor overses.

Noen klarer seg med poliklinisk oppfølging (22). For mange er imidlertid tilgjengelighet til behandling og et integrert behandlingsprogram som ivaretar somatisk og psykisk helse, komponenter som synes å gi bedre behandlingsresultater.

Et langvarig omsorgsperspektiv bør også kunne inngå som en del av behandlingen av pasienter med alvorlig og ofte vedvarende helseskadelig alkoholbruk og somatisk sykdom. Er psykisk lidelse en del av sykdomsbildet, må det legges til rette for at utredning og behandling på sykehus følges opp med et mer varig, sammensatt og tilpasset behandlings- og omsorgstilbud.

Tilbudet må inkludere individuelt tilpassede tiltak og innsatser rettet mot både somatisk sykdom og psykisk lidelse. En god relasjon og behovstilpasset hyppighet av kontakt mellom pasienten og hjelperen er identifisert som viktig for å få god effekt av behandling og oppfølging (23).

Systematisk kartlegging er en god start

Personer med helseskadelig alkoholbruk har betydelig høyere risiko for flere og sammensatte somatiske sykdommer. Særlig utsatte er de som i tillegg har psykisk lidelse. Ved at sykepleieren tidlig identifiserer og bistår ved somatiske helseproblemer, kan det danne et utgangspunkt for at vedkommende samhandler med pasienten om tilpassede, koordinerte innsatser og målrettet behandling.

«Det kan være vanskelig å snakke med pasienter om selve alkoholbruken før en god behandlingsrelasjon er etablert.»

Systematisk kartlegging på sykehus av pasienters forhold til helseskadelig alkoholbruk har vist seg å være en god start for et samarbeid om å redusere helseskader som følge av høy alkoholbruk (8). Imidlertid kan det være vanskelig å snakke med pasienter om selve alkoholbruken før en god behandlingsrelasjon er etablert.

Sykepleieren kan da forsøke å ta utgangspunkt i pasientens somatiske helseutfordringer. Sykepleieren viser dermed at det er viktig å samarbeide for å fremme pasientens helse. Det kan legge grunnlaget for felles positiv fokusering, der flere og ulike helsefremmende tiltak kan diskuteres.

Pasienten kan også ha en grunnholdning som innebærer at det er mer sosialt akseptabelt og mindre stigmatiserende å ha en kroppslig sykdom, heller enn helseskadelig alkoholbruk.

Sykepleierne trenger spesialisering

Når vi vet at pasienter med helseskadelig alkoholbruk får somatiske sykdommer, og at de har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt, så har sykepleiere et særskilt ansvar. Tjenestene må ledes og organiseres slik at sykepleierne får brukt sine ressurser og sin kompetanse målrettet.

Det må også være et samarbeid mellom tjenestenivåer og tjenesteytere som underbygger kompetanseutvikling, koordinering av tjenester og samhandling mellom ulike faggrupper og tjenesteytere.

For å forebygge og oppdage symptomer på somatisk sykdom trenger sykepleiere innen fagområdet psykisk helse og rus en høy grad av spesialisering i psykisk helse og rus. Samtidig må de inneha kompetanse i generell sykepleie og behandling av somatiske sykdommer og skader (21).

Ved at sykepleiere identifiserer, observerer og systematisk kartlegger pasientens helse, kan de prioritere innsatsene og intervensjoner på bakgrunn av en bred faglig vurdering. En slik praktisk bruk av sykepleieprosessen fordrer høy sykepleiefaglig kunnskap, evne til ledelse og vilje til samarbeid med pasienter, pårørende og andre helseprofesjoner.

Samhandling med andre fagpersoner er nødvendig

Komplekse sykdomsbilder med flere alvorlige tilstander fører ofte til komplekse sammenhenger mellom ulike former for behandling, noe som fordrer at fagfolk med ulik kompetanse samarbeider. Medikamentene kan ha til hensikt å avhjelpe henholdsvis alkoholbruken, den psykisk lidelsen og/eller en eller flere somatiske sykdommer.

Men medikamentene kan samvirke og ha uforutsigbare effekter, noe som kan føre til uønskede reaksjoner og alvorlige konsekvenser. Sykepleieren trenger solid kunnskap om medikamentene og må være oppmerksom på og rapportere om både virkninger og bivirkninger til fastlegen (23). Sammen kan da pasienten, fastlegen og sykepleieren vurdere tiltak som bør iverksettes, vurdere effekten av disse og bli enige om eventuelle tilpasninger eller endringer.

Ernæringsfysiologer vil også kunne være sentrale samarbeidspartnere da metabolske forstyrrelser og sykdommer utgjør en betydelig helserisiko.

Helsehus der fastlegen, sykepleiere med spesialistkompetanse på psykisk helse og rus, fysioterapeuter og kliniske ernæringsfysiologer samarbeider med brukerne om å tilpasse egnede behandlingsmetoder, kan forebygge sykdom og vedvarende helsesvikt hos mennesker med helseskadelig alkoholbruk.

En god relasjon til pasienten må skapes

Helseskadelig alkoholbruk er som oftest et uttrykk for komplekse og sammensatte problemer. Folk er også ulike, slik at en behandlingsform ikke vil passe for alle. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er et fundament å bygge et videre samarbeid på om helsefremmende tiltak (23).

Sykepleiere skal vurdere behandlings- og omsorgstiltak i en kontekst som bygger på et godt, målrettet samarbeid med pasienten. Slik vil arbeidet med å finne frem til gjennomførbare og individuelt tilpassede tiltak kunne styrke pasientens opplevelse av egenverdi og tro på at tiltakene kan hjelpe. Med en god relasjon som fundament kan også ulike behandlingsmetoder identifiseres, besluttes, prøves ut, vurderes og evalueres.

«Når sykepleieren legger til rette for et respektfullt samarbeid med pasienten, er det i seg selv et viktig helsefremmende arbeid.»

Det å jobbe sammen med pasienten for å komme frem til realistiske mål er et samspill som fordrer en respektfull tilnærming, innsikt og forståelse. Ofte vil pasienten gjerne legge listen høyt for å vise vilje til å redusere alkoholbruken og for å få positive tilbakemeldinger fra sykepleieren (24).

Når sykepleieren legger til rette for et respektfullt samarbeid med pasienten, er det i seg selv et viktig helsefremmende arbeid. Det er også viktig å justere målene slik at pasienten faktisk opplever mestring.

Pasientens følelse av mestring kan bidra til høyere motivasjon for endring, som igjen kan styrke individets selvfølelse, og som igjen er viktig for den psykiske helsen. Hvis den psykiske helsen bedres, kan pasienten lettere ta kontroll over alkoholinntaket, noe som igjen kan redusere risikoen for somatiske sykdommer.

Noen trenger langtids- og vedlikeholdsbehandling

Internasjonal forskning viser at rundt regnet halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før det var planlagt (21, 22). Avbrutt behandling har betydelige negative konsekvenser for pasientene med en helseskadelig alkoholbruk.

Frafall fra behandling gir større risiko for tilbakefall, juridiske og økonomiske vanskeligheter, dårlig helse og i verste fall økt alkoholbruk. En av de mest konsistente faktorene for et gunstig resultat på tvers av all rusbehandling er å fullføre behandlingen (23, 25, 26).

En god allianse mellom sykepleieren og pasienten øker sannsynligheten for at behandlingen skal føre til bedring. Det betyr at hvis sykepleierne kan støtte og hjelpe pasienter med å redusere eller avslutte den skadelige alkoholbruken, vil det gi bedre livskvalitet for pasienten og de nærmeste, og være positivt for samfunnet generelt.

I et slikt perspektiv kan det være hensiktsmessig å vurdere en reduksjon av helseskadelig rusbruk som langtids- og/eller vedlikeholdsbehandling.

«Rundt regnet halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før det var planlagt.»

Pasienter med helseskadelig alkoholbruk, somatisk sykdom og psykisk lidelse trenger sykepleiere som iakttar og observerer det kroppslige uttrykket, som omfatter alt fra kroppsoverflaten, sår, svette, hudfarge, aktivitetsnivå med mer samt endringer i kroppslige bevegelser, ganglag, blikk, lyder og stillinger.

Alle disse faktorene kan være tegn eller symptomer på hvordan helsetilstanden er. Det er også viktig at sykepleierne har fått kunnskap og trening som setter dem i stand til å oppfatte, vurdere, forstå og handle i henhold til pasientens behov (26, 27).

Når sykepleiere med kompetanse i psykisk helse og rusbehandling har et langtidsperspektiv på behandling, kan de støtte og veilede, være tett på pasienten i utfordrende faser og ha en mer perifer rolle i perioder når pasienten selv mestrer hverdagen. I tett samarbeid med pasienten og fastlegen kan sykepleierne observere og behandle pasientens helseutfordringer relatert til somatisk helse, psykisk helse og rusbruk.

Sykepleierens holdninger preger relasjonen

Sykepleier-pasient-interaksjon er et sentralt element i utøvelsen av sykepleie (28). Vi sykepleiere må kontinuerlig utfordre og bearbeide våre egne tanker, følelser og atferd slik at vi utøver sykepleien respektfullt, og derved ivaretar verdigheten til den hjelpetrequende. En kritisk selvrefleksjon er en viktig forutsetning for læring og utvikling (28).

I en travel hverdag kan vi bli en forlengelse av samfunnets stigmatiserende holdninger til mennesker med helseskadelig alkoholbruk. Kunnskap, refleksjon, faglige diskusjoner, kunnskapspåfyll, veiledning og mentoring er tiltak som kan motvirke slike holdninger, og forebygge følelsen av avmakt og redusere risikoen for å bli utbrent.

Da kan vi dele følelsen og den ofte tunge børen det er å bli en del av lidelsen til våre medmennesker, i et støttende, kollegialt fellesskap.

Referanser

1. Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2017;135(1):4–16.
2. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015–35.
3. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(7):1091–8.
4. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(9):713–9.
5. Folkehelseinstituttet. Ruslidelser i Norge. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> (nedlastet 25.02.2021).
6. Agabio R, Pisanu C, Luigi Gessa G, Franconi F. Sex differences in alcohol use disorder. *Current Medicinal Chemistry*. 2017;24(24):2661–70.
7. Roberts E, Morse R, Epstein S, Hotopf M, Leon D, Drummond C. The prevalence of wholly attributable alcohol conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*. 2019;114(10):1726–37. DOI: [10.1111/add.14642](https://doi.org/10.1111/add.14642)
8. Lid TG, Tvedt H, Idsøe BN, Hustvedt IB, Nesvåg S. Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien Forskning*. 2020;15(80932):(e-80932). DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.80932](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80932)
9. Thygesen LC, Mikkelsen P, Andersen TV, Tønnesen H, Juel K, Becker U, et al. Cancer incidence among patients with alcohol use disorders – long-term follow-up. *Alcohol and Alcoholism*. 2009;44(4):387–91.
10. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(3):211–9.
11. Sutherland GT, Sheedy D, Kril JJ. Neuropathology of alcoholism. *Handb Clin Neurol*. 2014;125:603–15.

12. Alfonso-Loeches S, Pascual M, Guerri C. Gender differences in alcohol-induced neurotoxicity and brain damage. *Toxicology*. 2013;311(1–2):27–34.
13. Fernández-Solà J, Nicolás-Arfelis JM. Gender differences in alcoholic cardiomyopathy. *The Journal of Gender-Specific Medicine: JGSM*. 2002;5(1):41.
14. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(3):e290–9.
15. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(4):437–45.
16. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. 6.8.2 Skader ved langvarig bruk av alkohol. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.8-utredning-av-somatikk/6.8.2-skader-alkohol> (nedlastet 24.02.2021).
17. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*. 2003;38(1):54–9.
18. Løyland B, Hermansen Å, Dahl E, Wahl AK. Differences in income trajectories according to psychological distress and pain: a longitudinal study among Norwegian social assistance recipients. *Scand J Public Health*. Jul. 2020. DOI: [10.1177/1403494820939812](https://doi.org/10.1177/1403494820939812)
19. Hingray C, Cohn A, Martini H, Donné C, El-Hage W, Schwan R, et al. Impact of trauma on addiction and psychopathology profile in alcohol-dependent women. *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2018;2(2):101–7.
20. Oleski J, Mota N, Cox BJ, Sareen J. Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatric Services*. 2010;61(12):1223–31.
21. Boniface S, Malet-Lambert I, Coleman R, Deluca P, Donoghue K, Drummond C, et al. The effect of brief interventions for alcohol among people with comorbid mental health conditions: a systematic review of randomized trials and narrative synthesis. *Alcohol and Alcoholism*. 2017;53(3):282–93.
22. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(8):1010–24.

23. Simioni N, Cottencin O, Rolland B. Interventions for increasing subsequent alcohol treatment utilisation among patients with alcohol use disorders from somatic inpatient settings: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*. 2015;50(4):420–9.
24. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;135:9–21.
25. Rehm J, Shield K, Gmel G, Rehm M, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(2):89–97.
26. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten. *Sykepleien*. 2019;107(74841):e-74841. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.74841](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74841)
27. Fause Å, Lyngved K, Rolland EG, Bremnes O. Tverrfaglige masterutdanning i psykisk helse og rus. Rapport. Oslo: NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/fJm9IYgWq77IGEuTtes6kUxhfsW0jCjw3KiqNBMPU2kkmC6NI1.pdf> (nedlastet 17.02.2021).
28. Shattell M. Nurse – patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(6):714–22.



MANGE SKJULER PROBLEMENE: Nesten 31 prosent av alle innleggelsene i somatikken er rusrelaterte. Pasienter bør kunne utredes for alkoholbruk selv om de primært legges inn for somatisk sykdom eller skade. *Illustrasjon: Science Photo Library / NTB*