

# RUS I SOMATIKKEN

PROSJEKTRAPPORT



***Kartlegging av alkoholbruk hos pasienter  
inneliggende på somatisk sengepost ved St. Olavs  
hospital HF***

**St. Olavs Hospital HF**  
Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin

Trondheim, april 2018  
Tonje Isabell Sandø – prosjektleder

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	1
Sammendrag .....	2
Innledning .....	3
Alkohol i et helseperspektiv .....	3
Tilsynstjeneste rus .....	3
Bakgrunn for prosjektet .....	4
Organisering .....	5
Finansiering .....	5
Prosjektbeskrivelse .....	5
Mål .....	5
Lokalisering .....	5
Informasjonssikkerhet .....	6
AUDIT .....	6
Gjennomføring .....	6
Resultater .....	7
AUDIT-score hos pasienter som drikker alkohol .....	9
Fordeling i sone 2 .....	11
Intervensjoner .....	12
Erfaringer .....	12
Holdninger til kartlegging av alkoholbruk .....	12
Den gode samtalen .....	12
Aldersforskjeller .....	13
Oppsummering og anbefaling .....	13
Litteratur .....	15
Vedlegg .....	16
Vedlegg 1: Tiltaksplan .....	16
Vedlegg 2: Informasjon til pasienter .....	16
Vedlegg 3: AUDIT .....	16

## Sammendrag

Målet med pilotprosjektet «rus i somatikken» er å kartlegge alkoholbruk hos inneliggende pasienter ved utvalgte somatiske sengeposter i medisinsk klinikk ved St. Olavs hospital HF, for å få en oversikt over hvor mange pasienter som har et alkoholkonsum som utgjør en potensiell helserisiko, og som kan være i behov av råd/veiledning, TSB eller andre aktuelle tiltak.

Prosjektet ble gjennomført på to medisinske sengeposter over 6 uker, og i denne perioden ble 201 pasienter i alderen 16 til 97 kartlagt ved bruk av AUDIT (Alcohol Use Identification Test).

20.9 % av alle pasienter som anga at de har drukket alkohol siste 12 måneder, hadde en score på AUDIT tilsvarende mønster med risikofylt eller skadelig drikking, eller mulig alkoholavhengighet.

Resultatet av AUDIT ble gjennomgått med pasienten umiddelbart. Det var på forhånd informert om at de som ønsket det, og hadde behov for det, kunne få videre hjelp i form av en utvidet samtale med behandler fra Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, før utskrivelse fra sengepost.

Alle pasienter som ble kartlagt, fikk gjennom samtalen også en psykoedukativ tilnærming til alkohol i et helseperspektiv. Formålet med denne tilnærmingen var, om mulig, å påvirke og/eller iverksette endringsprosesser hos pasienter med selvrapportert eller underrapportert risikofylt bruk av alkohol, for å forebygge framtidige helseplager og/eller forhindre forverring eller videre utvikling av rusrelatert lidelse, samt redusere risiko for nye sykehusinnleggelseser.

## Innledning

### Alkohol i et helseperspektiv

Alkohol er en medvirkende årsak til mer enn 60 somatiske sykdommer og er den vestlige verdens 3. største årsak til sykdom og tapte leveår (FHI, 2014). Ved somatiske avdelinger i norske sykehus er 15 til 20 prosent av alle innleggelse rusrelaterte (Helsedirektoratet, 2014).

*Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, i tillegg til andre sykdommer som leversvikt, betennelse i bukspyttkjertelen og lungesykdommer. Et langvarig og høyt alkoholforbruk øker også risikoen for avhengighet og psykiske lidelser. Det er også holdepunkter for at alkoholbruk allerede ved moderat forbruk, øker risikoen for atrieflimmer. I tillegg kommer alkoholrelatert vold og ulykker(Helsedirektoratet, 2017).*

Hovedtrekk i befolkningsundersøkelser viser at ca 80 % av voksne har drukket alkohol det siste året. Det er flere kvinner, og flere eldre, som drikker alkohol nå sammenlignet med tidligere. Menn drikker oftere og i snitt dobbelt så mye alkohol som kvinner, og eldre drikker oftere, men mindre enn yngre (FHI, 2018). Alkoholbruk blant nordmenn medfører store samfunnsøkonomiske kostnader, som behandling både i somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt sykefravær fra jobb og lav arbeidsdeltakelse, med påfølgende omfattende økonomiske trygdeytelser (FHI, 2018).

I tillegg har man hensynet til tredjepart. I en norsk studie publisert i 2016, er det funn som tilsier at 26 % av pasienter over 18 år ved et av Norges største akuttmottak var under påvirkning av alkohol ved tidspunkt for ankomst. Av voldsrelaterte traumer, var 75 % påvirket av alkohol ved tidspunkt for voldsepisode (Bakke et.al, 2016). Det anslås at minst 22 % av alle trafikkdødsfall og ca 30 % av omkomne bilførere i perioden 2005-2012 i Norge var påvirket av alkohol eller andre stoffer (FHI, 2014). Et annet anslag fra Folkehelseinstituttet viser at nesten hvert tiende barn i Norge har en forelder som har misbrukt alkohol det siste året, og helsepersonell har en lovpålagt plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

### Tilsynstjeneste rus

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital HF har hatt tilsynstjeneste rus for somatiske avdelinger siden 2014. Tilsynstjenesten er operativ på dagtid hverdager mellom 0800-1500, og kan kontaktes både elektronisk og pr telefon. På ubekvem tid kan klinikkens rusakutt-døgnavdeling kontaktes for råd, veiledning og bestilling av tilsyn, som gjennomføres første virkedag.

Fortløpende evalueringer siden oppstart 2014 viser at tilsynstjenesten har effekt i forhold til å tilby pasienter behandling i TSB. Pr november 2017 er det kartlagt at 70 % av pasientene kommer i behandling i TSB etter gjennomført tilsyn rus. Utføring av tilsyn forutsetter at helsepersonell på sengepost avdekker rusbruk og tar kontakt med tilsynstjenesten.

I tiltaksplan utarbeidet av Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, på oppfordring fra Hovedledelsen ved St.Olav i oktober 2017, vises det til at antall gjennomførte tilsyn ligger under det som kan forventes ut i fra antatt forekomst av rusrelaterte tilstander og antall innleggelse i somatikken ved St.Olav pr år (vedlegg 1).

Tilsynstjeneste rus beskrives slik:

**Målgrupper/hovedtilstander som er aktuelle for konsultasjonstjenester er**

- Helsepersonell som har kontakt med pasienter der det antas at helsesituasjonen påvirkes av bruk av rus- og/eller vanedannende legemidler og som trenger informasjon for å vurdere riktig helsehjelp videre.
- Pasienter som vurderes å ha et uavklart forhold til rus- og/eller vanedannende legemidler.
- Pasienter som vurderes å ha behov for raskt å etablere kontakt med tverrfaglig, spesialisert rusbehandling for å forhindre forverring av helse- og avhengighets-tilstand.

**Resultat av vurdering av henvendelser kan være**

- At pasienten tilbys tett poliklinisk behandling ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.
- At pasienten henvises til elektiv avrusning, og at frist for oppstart behandling settes med bakgrunn i de opplysninger henviser gir.
- At pasienten henvises til ordinær behandling i tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling).
- At pasienten vurderes å være i behov av helsehjelp i det kommunale tjenesteapparatet og ikke spesialisthelsetjenesten.
- At pasienten tilbys innleggelse i rusakuttavdeling ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.

Dersom pasienten er ferdig utredet og behandlet for somatisk eller psykisk sykdom på det tidspunkt Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin blir kontaktet, kan pasienten tilbys samtale ved poliklinikken påfølgende virkedag. Dette avtales særskilt med konsultasjonstjenesten for å sikre tilstrekkelig utveksling av opplysninger.

Tabell 1

## Bakgrunn for prosjektet

I *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2017), vises det til at «den somatiske helsetjenesten bør ha kontinuerlig fokus på hvordan pasienter med rus- og avhengighetstilstander kan fanges opp og gis hjelp.» Norge har sluttet seg til NCD-målet til Verdens helseorganisasjon (WHO) om minst 10 prosent reduksjon av skadelig bruk av alkohol innen 2025 (Helsedirektoratet, 2017). Ved St. Olavs hospital HF er det årlig ca 57.500 innleggelser i somatikken (tall fra 2016), og det kan forventes en betraktelig økning i antall liggedøgn fram mot 2035 (St. Olavs hospital HF, 2017). Dersom det legges til grunn at 15-20 % av innleggelsene direkte eller indirekte kan skyldes bruk av alkohol eller andre rusmidler, vil omfanget av pasienter med rusrelaterte tilstander/lidelser være stort i dag, og kan forventes å øke i årene som kommer.

*Det bør derfor være et overordnet mål at alle pasienter innlagt i somatikken ved St. Olavs hospital HF blir kartlagt for bruk av alkohol/rusmidler ved innkomst, samt at alle pasienter med behov får tilbud om tilsyn rus, med formål å gi tilbud om TSB, eller annen adekvat oppfølging.*

Som ledd i å nå dette målet, ble det initiert et pilotprosjekt ved to utvalgte sengeposter ved medisinsk klinikk ved St. Olavs hospital. Prosjektet tok sikte på å kartlegge alkoholvaner hos inneliggende pasienter ved sengepostene, for å se om omfanget av risikofylt og skadelig bruk er tilsvarende det som kan antas ut i fra foreliggende forskning og tilstandsrapporter. Gitt forventet resultat, bør det drøftes videre hvorvidt det bør innføres en mer strukturert rutinemessig kartlegging av alkohol/rusbruk hos inneliggende pasienter i somatikken, jf. tiltaksplan.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 29.01.18-16.03.18, og danner grunnlaget for denne evalueringsrapporten.

### Organisering

Prosjektet, og videre tiltak, er forankret i klinikkledelsen ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin, samt i Hovedledelsen ved St. Olavs hospital HF, herunder klinikkledelse ved medisinsk klinikk. Prosjektgruppens deltakere har alle arbeidstid ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin:

Kristin Smedsrud, klinikkssjef, prosjekteier  
Unni Korshavn, avdelingsssjef døgnet  
Morten Møller Olsø, konst. avdelingsssjef poliklinikk  
George Mjønes, overlege/russpesialist  
Tonje Isabell Sandø, psykiatrisk sykepleier poliklinikk, prosjektleder

Prosjektgruppa har benyttet ressurser ved utvalgte sengeposter i medisinsk klinikk:

Heidi Haltland Strømmen, seksjonsleder avd. for lever- og fordøyelsessykdommer (MGAS).  
Randi Almås, seksjonsleder avd. for nyresykdommer og endokrinologi (MNYS).

I tillegg har det vært tett og godt samarbeid med sykepleiere, leger og andre ansatte ved MGAS og MNYS. Det ble også gitt informasjon om prosjektet til klinisk personal på sengepost via distribuert prosjektbeskrivelse og internundervisning i forkant av prosjektstart.

### Finansiering

Prosjektet er i sin helhet gjennomført med eksisterende midler/ressurser ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin.

## Prosjektbeskrivelse

### Mål

Kartlegge inneliggende pasienters bruk av alkohol over en gitt tidsperiode på to utvalgte somatiske (medisinske) avdelinger med AUDIT, for å få oversikt over hvor mange pasienter som har et alkoholkonsum som utgjør en potensiell helserisiko, og som kan være i behov av råd/veiledning, TSB eller andre tiltak.

### Lokalisering

Prosjektet ble lagt til to sengeposter ved medisinsk klinikk, St. Olavs hospital HF; avdeling for nyresykdommer og endokrinologi (MNYS), og avdeling for lever- og fordøyelsessykdommer (MGAS). Rundt 90 % av pasientene som legges inn på disse avdelingene er øyeblikkelig hjelp pasienter. Sengepostene har ca 150 (MNYS) og 115-130 (MGAS) innleggelsespr. måned, og begge avdelinger har gjennomsnittlig liggetid på 3,5 døgn.

Hypigste sykdomstilstander/utskrivningsdiagnoser ved MNYS er akutt og kronisk nyresvikt, utredning av nyresvikt, infeksjonstilstander som eksempelvis urinveisinfeksjoner og pneumonier, og ulike former for intoksikasjoner. Ved MGAS er det hyppig forekomst av inflammatoriske tarmsykdommer som ulcerøs kolitt og Morbus Crohn, leverchirroze, leversvikt og

gallevegssykdommer, i tillegg til kreftdiagnoser innen lever, tarm og galleveger. Også forekomst av pneumonier, influensa, nedsatt allmenntilstand og infeksjoner generelt.

### Informasjonssikkerhet

Det ble ikke samlet inn personidentifiserende opplysninger gjennom denne kartleggingen. Data ble registrert i skjema med grovkategoriserte variabler som kun *eksklusjonsårsak*, eller kun *kjønn*, *alder*, *AUDIT-score* og *tiltak*. Pasientene fikk løpenummer i skjema som ikke kan kobles til person i ettertid (ingen kode eller koblingsnøkkel). AUDIT ble ikke lagret. Alle pasienter fikk ved innkomst (lagt ut på pasientrom) og ved samtalens start utlevert skriftlig pasientinformasjon med kontaktinformasjon til prosjektleder (vedlegg 2). Pilotprosjekt «rus i somatikken» er å regne som et ikke meldepliktig kvalitetssikringsprosjekt, som ledd i å øke fokus på rus i somatikken, jf. nevnte tiltaksplan og i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

### AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Identification Test) er utviklet av WHO, og første manual ble ferdigstilt i 1989. AUDIT er et validert screeningsverktøy som identifiserer problemfylt bruk av alkohol siste 12 måneder (vedlegg 3). Skjemaet er basert på kriterier i DSM-IV og ICD-10 for rusmisbruk, skadelig bruk og avhengighet, og oppgir mengde og hyppighet samt konsekvenser ved bruk av alkohol. AUDIT er mest brukt i forhold til voksne, antall spørsmål er 10 og selve gjennomføringen tar 5-10 minutter. AUDIT har høy treffsikkerhet (av 100 vil AUDIT identifisere mellom 97 og 94). Kartleggingsskjemaet kan fylles ut av personen selv eller sammen med en fagperson (Babor et.al, 2001).

Under gjennomføringen av dette prosjektet ble AUDIT fylt ut elektronisk via hjemmesiden til *Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse* ([www.rop.no/snakkomrus](http://www.rop.no/snakkomrus)). Resultatet gis i form av en score mellom 0 og 40. Cut-off grense for det som kan være problemfylt bruk beskrives som > 8 poeng eller mer for menn og > 6 poeng eller mer for kvinner. Cut-off grense for eldre kan antas å være lavere. En totalscore på 6/8-13 poeng indikerer et mønster med risikofylt eller skadelig drikking, mens totalscore på mer enn 13 poeng kan indikere sannsynlighet for alkoholavhengighet.

I utregning av resultat av AUDIT, refereres det til sone 1 til 4. De forskjellige sonene indikerer ulike intervensjoner. Sone 1 (0-7) foreslår generell informasjon om alkoholbruk og helse. Sone 2 (8-15) indikerer behov for råd og veiledning knyttet til alkoholbruk. Sone 3 (16-19) indikerer behov for råd og veiledning, samt anbefaler utvidet samtale og oppfølging for tilstand. Sone 4 (20-40) indikerer behov for utredning og behandling for alkoholrelatert tilstand (Babor et.al, 2001). I den elektroniske versjonen av AUDIT korrigeres resultatet automatisk ut i fra kjønn, og sone 2 er i denne rapporten derfor kategorisert til score mellom 6-15.

### Gjennomføring

Pasienter innlagt ved MNYS og MGAS ble over en 6-ukers periode, i løpet av oppholdet forespurt om å bli kartlagt med AUDIT. All kartlegging ble gjennomført av prosjektleder, som er psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra klinisk arbeid innenfor TSB og psykisk helsevern. Kartleggingen ble gjennomført på dagtid, mandag til fredag. Det ble ikke innhentet noe informasjon om pasientene på forhånd, sykepleiere på sengepost ga kun informasjon om hvilke pasienter som var nyankomne i avdeling siste døgn. Det ble gitt informasjon om pasienter som av ulike årsaker skulle ekskluderes fra kartlegging. Eksklusjonsårsaker ble kun kategorisert i variablene *nedsatt allmenntilstand/ute av stand*, *kognitivt svekket* eller *annet*, som eksempelvis språkbarriere (ikke norsk eller engelsk). Antall pasienter som av ulike årsaker ikke ønsket å gjennomføre samtale og kartlegging ble også registrert,

kun med eksklusjonsårsak *motsetter seg samtale*. Pasienter som kom og dro på ubekvem tid (kveld, natt, helg) ble naturligvis ikke inkludert, men antallet er innhentet som del av resultat.

AUDIT ble gjennomført elektronisk under samtale med pasienten, og resultatet ble gjennomgått med pasienten umiddelbart. Definisjon av enheter alkohol ble også forklart underveis. Tiltak (intervensjon) ble valgt og registrert med følgende variabler; *ingen tiltak, tilsyn rus, råd og veiledning, ønsker ikke tiltak* eller *i behandling/under oppfølging*. Dersom det ble aktuelt med tilsyn rus i forlengelse av kartlegging, var pasientansvarlig sykepleier eller lege på avdeling ansvarlig for å henvise til tilsyn rus, gitt pasientens samtykke. Tilsyn rus ville bli utført av behandlere ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, jf. dagens praksis.

## Resultater

Kartleggingen foregikk over en periode på 6 uker. Ca 325 pasienter var innlagt på MGAS og MNYS i perioden. I alt 246 pasienter var til stede på sengepost på dagtid virkedag og ble rapportert nyinnlagt i prosjektperioden.

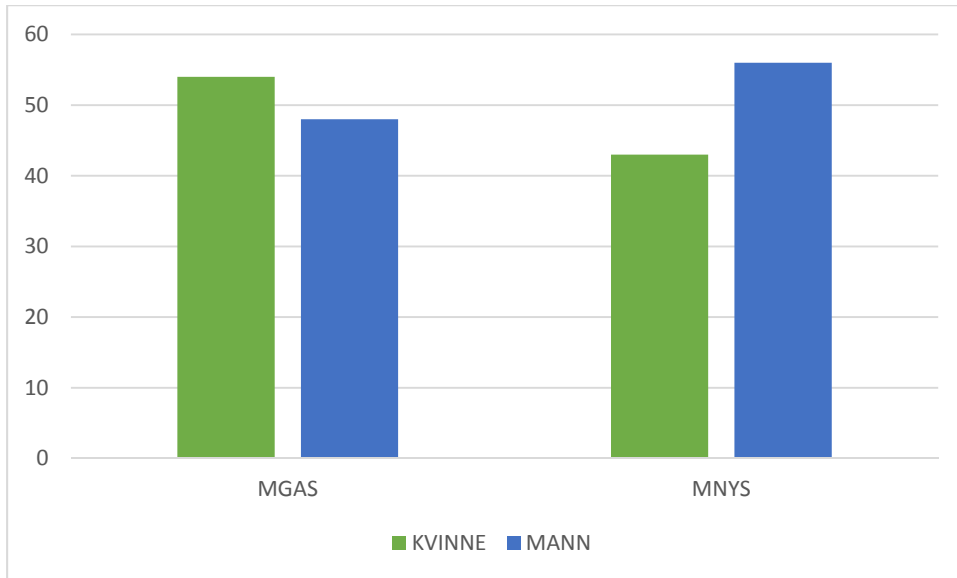
45 pasienter ble ekskludert:

ÅRSAK	ANTALL
Pasienter som motsatte seg samtale av ulike årsaker, og som ikke er nærmere kartlagt.	6
Pasienter som ikke var i stand til å bli forespurt på grunn av svært nedsatt allmenntilstand.	14
Pasienter som ble rapportert med kjent kognitiv svikt av en slik grad at kartlegging ikke var aktuelt.	15
Pasienter som ble ekskludert av andre årsaker (svært høy alder med hørselsproblemer (2), språkbarriere (6) eller nylig gjennomført tilsyn rus eller tilsyn psykiatri (2))	10

Tabell 2

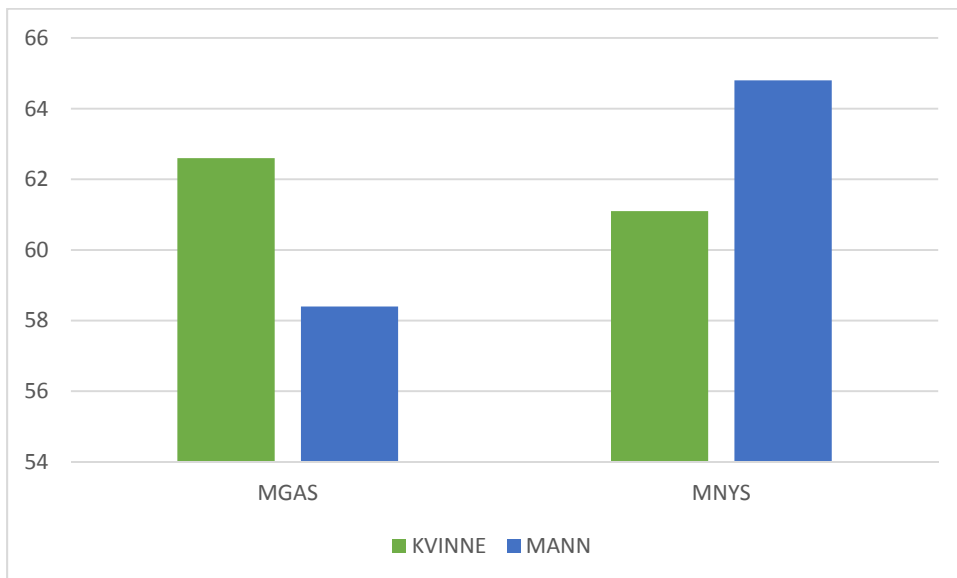


**Figur 1:** I alt 201 pasienter i alderen 16 til 97 ble kartlagt med bruk av AUDIT. Pasientene fordeler seg omtrent likt mellom avdelingene, mens det var overvekt av kvinner på MGAS og overvekt av menn på MNYS.



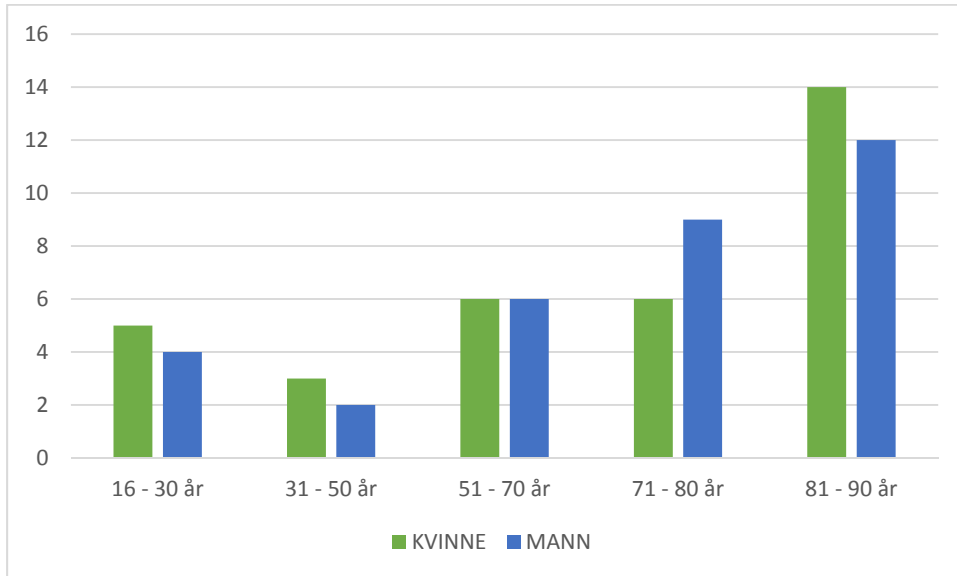
Figur 1

**Figur 2:** Gjennomsnittsalder for kvinner på begge avdelinger er omtrent lik, men snittalder for menn varierer fra 58,4 år på MGAS til 64,8 år på MNYS. Til sammen for begge avdelinger og kjønn er snittalder 61,9 år (figur 2).



Figur 2

**Figur 3:** 33,3 % av alle pasienter kartlagt med AUDIT oppga at de ikke hadde drukket alkohol de siste 12 måneder, hhv 34 kvinner og 33 menn. Aldersmessig var det pasienter i den eldste aldersgruppen (71 år og eldre) som hyppigst rapporterte at de ikke hadde drukket alkohol det siste året, hele 61,2 % i denne aldersgruppen scoret 0 på AUDIT. Figuren under viser fordeling av kjønn og aldersgruppering hos de som ikke drikker.

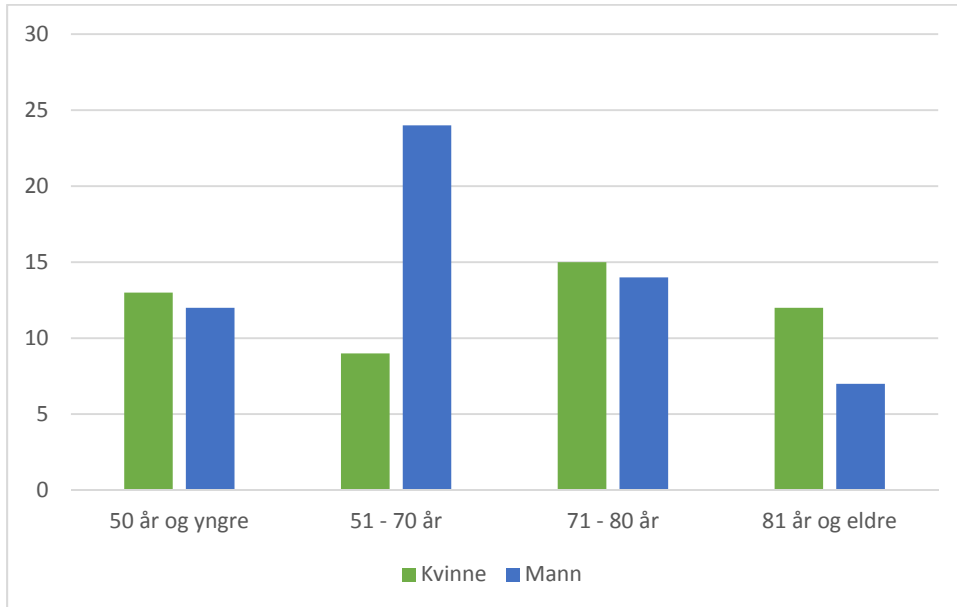


Figur 3

### AUDIT-score hos pasienter som drikker alkohol

Tar man bort andelen pasienter som angir at de ikke har drukket alkohol de siste 12 måneder, vil antallet som angir å drikke alkohol, og derav har en score på AUDIT på minimum 1, være 134, hhv 63 kvinner og 71 menn. Da AUDIT skjema ikke ble lagret i dette prosjektet, er det ikke sett nærmere på hvilke spørsmål i AUDIT som gir utslag for den enkelte pasient. Det kan likevel, ut i fra erfaring fra selve gjennomføringen, og resultatet i form av score, antas at de fleste pasienter scorer flest poeng i de områder som beskriver hyppighet og mengde (3 første spørsmål i AUDIT, se vedlegg 2).

**Figur 4:** 106 pasienter scorer i sone 1 og er ut i fra resultatet på AUDIT i det man kaller grønn sone, som indikerer et kontrollert forbruk av og forhold til alkohol. Fordeling kjønn er hhv 49 kvinner og 57 menn. Kvinnene er i alderen 18-89 år, hvor 55 % er i aldersgruppen 71 år og eldre, og hele 24,4 % er over 80 år. Menn er i alderen 22-92 år, men her er derimot 63 % i aldersgruppen 70 år og yngre, mens det kun er 12,3 % som er over 80 år.

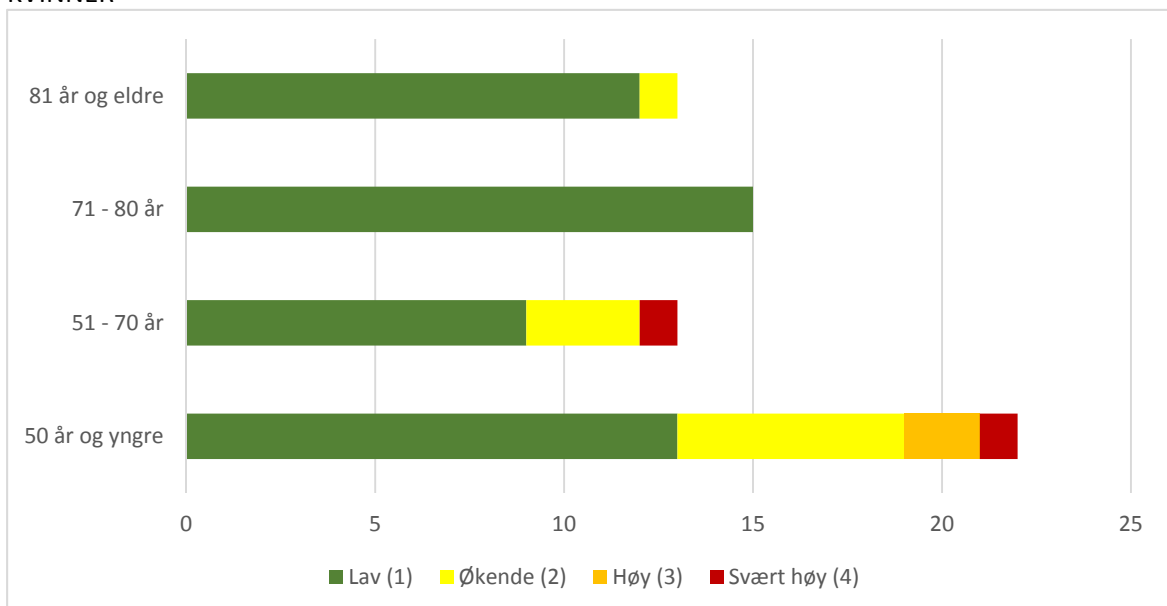


Figur 4

**Figur 5A og 5B** viser fordeling i sone 1-4, fordelt på kjønn og alder (n=134).

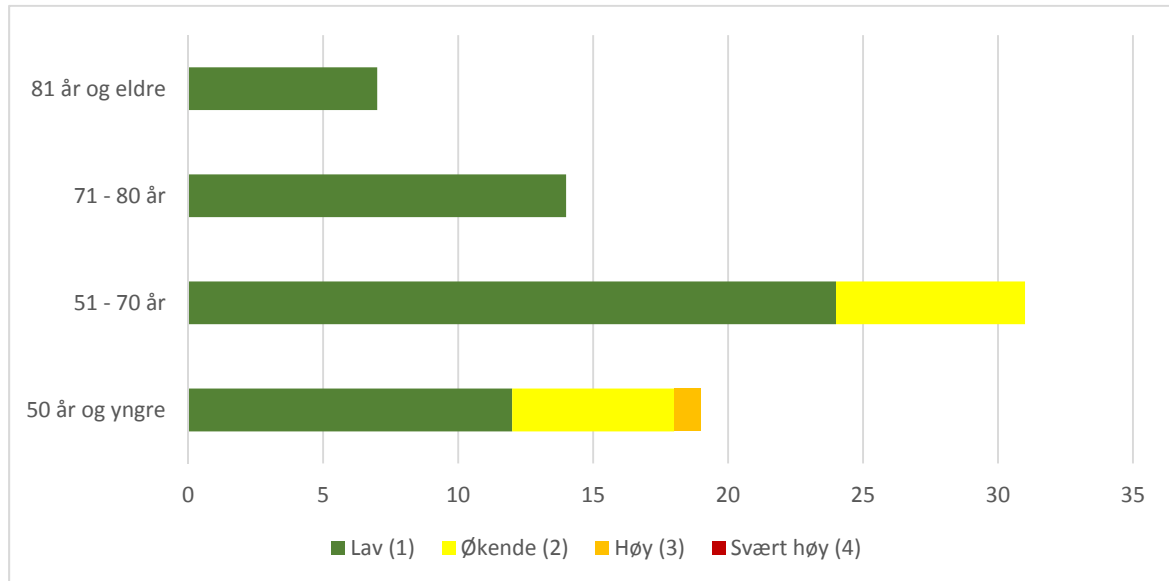
**Totalt 20,9 % (n=28) av alle pasientene som angir å drikke alkohol (n=134), scorer over cut off til grønn sone (sone 2, 3 og 4). Med ett unntak, er alle pasientene under 71 år.**

**KVINNER**



Figur 5A

MENN

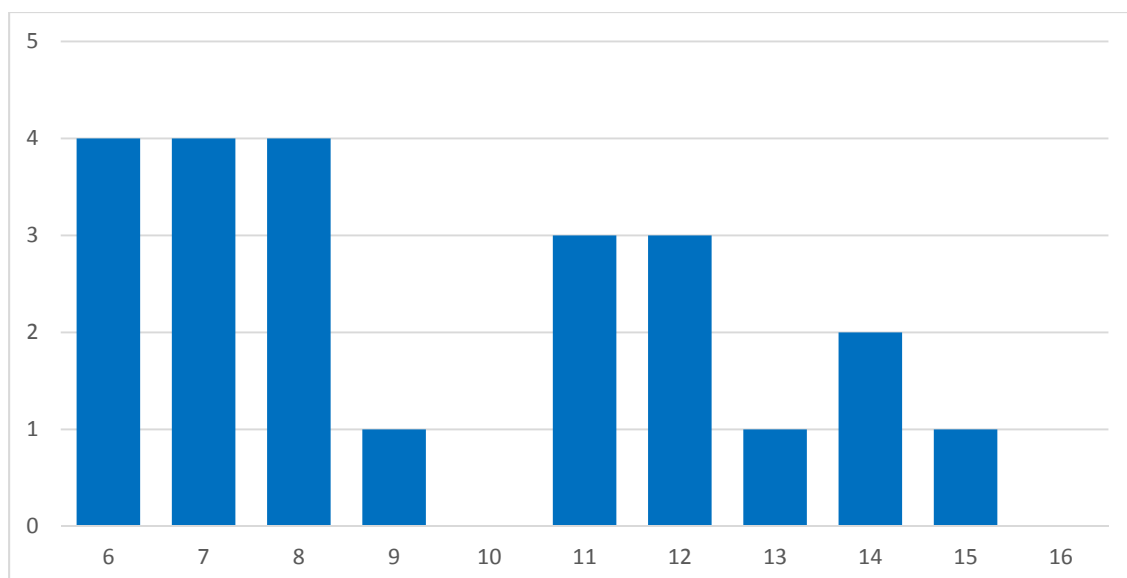


Figur 5B

I aldersgruppe 50 år og yngre er fordelingen blant kjønn i sone 2 helt lik, mens det er overvekt av kvinner i sone 3 og 4. I aldersgruppe 51-70 år er det over dobbelt så mange menn sammenlignet med kvinner i sone 2, mens det i aldersgruppe 70 år og eldre kun er en kvinne som rapporterer alkoholbruk tilsvarende sone 2.

Fordeling i sone 2

**Figur 6:** Sone 2 indikerer økende risiko for utvikling av alkoholproblemer, og majoriteten (82,1 %) av pasientene som scorer over cut-off til grønn sone, havner i sone 2. Da cut off er > 8 poeng eller mer for menn og > 6 poeng eller mer for kvinner, er det naturligvis kvinner som scorer 6 og 7. Hovedvekt av pasientene i sone 2 scorer mellom 8-12, og med unntak av en kvinne på 50 år (score 12) er dette alle menn i alderen 19-69 år. 17,4 % har en score tilsvarende mulig avhengighetstilstand (score 13-15). Av disse er det kartlagt at 3 er menn i alderen 25-66 år, samt en kvinne på 57 år.



Figur 6

## Intervensjoner

Intervensjon ble iverksatt ut i fra resultat på AUDIT. Pasientene som scoret 0 på AUDIT ble registrert med *ingen tiltak*, men fikk uansett en innføring i bakgrunn for prosjektet og alkohol i et helseperspektiv.

Det ble i løpet av kartleggingsperioden ikke behov for å henvise noen pasienter til tiltaket *tilsyn rus*. Dette da 3 av de 5 pasientene som scoret høyt på AUDIT (sone 3 og 4), informerte om at de allerede var i behandling i TSB for sin alkohollidelse. De to øvrige var unge pasienter som scoret hhv 17 og 16 på AUDIT, og som selv ikke var bekymret for sitt alkoholforbruk og dermed ikke så behov for utvidet kartlegging, og hvor prosjektleder heller ikke så det som aktuelt med tilsyn rus etter en helhetlig vurdering.

De aller fleste pasientene av de som havnet i sone 2 ble vurdert til ikke å være i behov av tilsyn rus eller behandling i TSB, men fikk en utvidet samtale (*råd og veiledning*) med bevisstgjøring rundt alkoholbruk og helse, og en oppfordring om å se dette i sammenheng med egen helsetilstand, livssituasjon og resultat på AUDIT. Ingen av de pasientene som hadde score som kunne indikere mer enn overforbruk (score over 13), ga uttrykk for å ønske utvidet kartlegging utover den samtalen som ble foretatt, og det ble av prosjektleder heller ikke vurdert til å være nødvendig etter en helhetlig vurdering.

## Erfaringer

Erfaringer er basert på prosjektleders gjennomføring av prosjektet, og vil derfor være subjektive observasjoner og betraktninger basert på klinisk erfaring og kompetanse.

### Holdninger til kartlegging av alkoholbruk

Majoriteten av pasientene var positive til at alkoholbruk ble tematisert under oppholdet på sengepost, og dette gjenspeiler seg i resultatet hvor kun 6 av 245 pasienter direkte motsatte seg samtale. Flere ga uttrykk for å ønske mer kunnskap om hvordan alkohol kan påvirke helse, særlig i kombinasjon med somatiske og psykiske lidelser, og bruk av medisiner. Enkelte ga eksempelvis uttrykk for at de ikke var klar over potensiell risiko for økte helseplager ved bruk av alkohol i kombinasjon med ulike legemidler, og hadde heller ikke i særlig grad fått informasjon fra lege om dette. Flere hadde også pårørende til stede under samtalen, hvor også pårørende ga god tilbakemelding på at temaet ble tatt opp. Enkelte pasienter samarbeidet om AUDIT, men svarte kort på spørsmål og åpnet ikke for videre samtale etter fullført kartlegging. Det kan, ut i fra kliniske observasjoner under samtale og tolkning av enkelte pasienters svar, foreligge mistanke om underrapportering av alkoholforbruk, og herunder en mulig falsk lav score på AUDIT. Grunnet prosjektets omfang og mål, som ikke innebar noe viten om pasienten på forhånd eller direkte involvering i pasientbehandling, var det ikke rom for nærmere utforsking av slike antakelser. På generelt grunnlag, gjennom hele prosjektperioden, ble derfor sykepleiere på sengepost oppfordret til å tematisere alkoholbruk med pasienter ved foreliggende mistanke om overforbruk eller skadelig bruk, da satt i sammenheng med sykdomsbilde, anamnese og andre kliniske parameter, uavhengig av prosjektet. Sengepostene ble også oppfordret til å bestille tilsyn rus uavhengig av prosjektet.

### Den gode samtalen

Det ble på bakgrunn av pasientens mottakelse av prosjektleder, og reaksjon på resultat av kartleggingen, i de fleste tilfeller gjennomført en samtale i forlengelsen av AUDIT. Samtalen bar preg av en åpen, uformell setting, med delvis psykoedukativ tilnærming, og varte i alt fra 10 til 45 minutter, alt etter pasientens uttrykte behov. Noen pasienter responderte med å fortelle

uoppfordret om egne tidligere alkohol og/eller rusproblemer. Flere viste til at de hadde et sykdomsbilde i dag som ikke er forenlig med inntak av alkohol (eksempelvis nyre/leversvikt, transplantasjon eller dialysepasienter), men at resultatet på AUDIT hadde vært annerledes, hadde de blitt spurt for flere år tilbake. Enkelte fortalte også om problemer med alkoholbruk og/eller rusbruk i nære relasjoner, og fikk i forlengelse av det, informasjon om og brosjyrer til pårørendetilbudet til læring- og mestringssentret (LMS) ved Kompetansesenter Rus (KoRus-Midt), som er en del av Klinikk for rus og avhengighetsmedisin.

### Aldersforskjeller

Snittalderen på begge avdelingene var høy, og flere av de eldste pasientene, gjerne de over 80 år, delte uoppfordret sin livshistorie, og hvordan de opplevde alkoholkulturen under sin oppvekst. Gjennomgående for flere av disse pasientene var at flere hadde adoptert sin foreldregenerasjons alkoholvaner, og deretter også praktisert måteholdenhet gjennom sitt liv. Mange viste til at de kun drikker den «ene drammen på julaften.» Flere fortalte også at de ikke drikker alkohol, da de blir «beinløse» og svimmel, og viste av den grunn evne til å ta gode valg for sin helse. Alle pasienter over 60 år fikk også utdelt brosjyre om hvordan alkohol kan påvirke helse, laget av KoRus-Midt.

Pasientene i den aller yngste aldersgruppen ble stort sett opplevd som troverdige i sine svar på AUDIT. De som scoret over cut-off til grønn sone, ble dog opplevd som ettertenksomme i forhold til eget alkoholbruk, og ga uttrykk for å bli overrasket over hvor «lite» som skal til for å havne i en sone som kan tilsi økende risiko for å utvikle alkoholrelaterte problemer. Flere beskrev å være i en fase av livet hvor sosiale sammenkomster med venner i form av ferier, byturer og fester, ofte innebærer inntak av alkohol, uten at de selv var bekymret av den grunn. Det ble i lys av dette tematisert viktigheten av å tenke gjennom eget forhold til alkohol, også i denne fasen av livet. Dette som ledd i å forebygge utvikling av alkoholproblemer i forlengelse av sosiale vaner tidlig i voksenlivet.

### Oppsummering og anbefaling

Andelen pasienter som gjennom dette prosjektet oppgir å ha drukket alkohol i løpet av det siste året (66,6 %), ligger noe under antatt nasjonal forekomst på ca 80 %. Dette kan forklares ut i fra høy snittalder på avdelingene, samt at dette er pasienter innlagt i somatisk sykehus, flere med kroniske lidelser uforenlig med alkoholbruk. Antallet som oppgir å drikke alkohol, samt fordeling alder og kjønn, gjør at resultatet likevel vurderes til å være representativt for populasjonen. Prosjektets funn tilsier at nær 21 % av pasientene som drikker, har et resultat på AUDIT som kan tilsi et problemfylt bruk av alkohol, noe som igjen kan tenkes å sammenfalle med tall som viser at 15-20 % av innleggelses i norske sykehus direkte eller indirekte er rusrelaterte.

***Omfanget av pasienter med risikofylt eller skadelig bruk av alkohol kan derfor se ut til å være tilsvarende det som ble antatt før prosjektstart.***

I tillegg viser resultatet at nær alle som har et alkoholforbruk som kan være forenlig med risikofylt eller skadelig bruk, eller indikasjon på avhengighetslidelse, er pasienter som i dag er 70 år eller yngre, og som vil være en del av den aldrende befolkningen de neste 10-20 årene. Dersom disse pasientene tar med seg dagens alkoholvaner inn i alderdommen, vil de kunne være i risiko for ulike alkoholrelaterte helseplager, som med stor sannsynlighet vil kunne medføre sykehusinnleggelses.

Dette pilotprosjektet viser derfor både resultatmessig og erfaringsmessig at det er viktig med fokus på alkohol under opphold på somatisk sykehus. Det er langt i fra slik at alle pasienter med overforbruk av alkohol, har en tilstand eller avhengighetslidelse som medfører behov for behandling i TSB. Ei heller trenger alkoholkonsum som gir helseplager, være høyere enn det som ansees som normalt i befolkningen. Forskning viser at det finnes flere pasienter som forholdsvis enkelt kan endre sine alkoholvaner, forutsetningen er at de blir gjort oppmerksomme på at alkohol er relevant. Likevel vet vi at det i helsetjenesten ofte kun selve helseproblemet som gis oppmerksomhet, mens årsaken (alkohol) forblir uoppdaget og ubehandlet (Næss og Nesvåg, 2017). Kartlegging av alkohol, og eventuelle annen rusbruk, bør av den grunn implementeres som en del av standard innkomst på somatisk sengepost, og settes i sammenheng med og følges opp som del av pasientens tilstand og lidelse forøvrig. Dette som ledd i å avdekke bruk som kan være skadelig for pasientens helse, og for å forebygge framtidige helseplager og/eller forhindre forverring eller videre utvikling av rusrelatert lidelse, samt redusere risiko for nye sykehusinnleggelseser.

«Vi må gjøre det til noe helt normalt å spørre om alkohol» skriver Torgeir Gilje Lid (2017) i sin kronikk om eldre og alkoholbruk. Lid viser til at det er viktig å tenke på alkohol ved mange ulike helseproblemer, men at mange klinikere kvier seg for å spørre i frykt for å såre eller støte pasienten i fra seg, eller fordi de kanskje har fordommer om hvordan alkoholproblemer kan arte seg. Lid anbefaler at klinikere benytter såkalt *pragmatisk case finding*, som innebærer å snakke om alkohol med pasienter ut i fra at det kan være relevant *akkurat for denne pasienten*, og ikke kun som en generell kartlegging. Det sentrale er uansett, i følge Lid, at klinikere faktisk spør om alkohol, og jo oftere en gjør det, jo bedre blir man til å spørre på en åpen, ikke-fordømmende måte. Dette kan igjen føre til en god samtale med pasienten, og dersom pasienten opplever at dette blir snakket om på en god måte, så vil pasienten i større grad tenke videre om eget forhold til alkohol selv.

Selv om helsepersonell bruker et standardisert kartleggingsverktøy (som eksempelvis AUDIT eller AUDIT-C, kortversjon med de tre første spørsmål i AUDIT), så vil altså selve samtalen rundt alkohol i et helseperspektiv være tilsvarende viktig. Det er forståelse for at helsepersonell uten spesifikk erfaring kan føle seg usikker på hvordan tematisere alkohol/rusbruk, og hvordan forholde seg til pasienten og videre tiltak, dersom det avdekkes problemfylt/skadelig bruk eller mulig avhengighetstilstand. St.Olavs hospital HF har en tilsynstjeneste rus som er tilgjengelig for alle somatiske avdelinger, og som ved lav terskel kan kontaktes for både råd, veiledning og gjennomføring av tilsyn, og som av den grunn skal fungere som støtte for klinikere i somatikken i slike tilfeller.

**Det er prosjektgruppas anbefaling og oppfordring at St.Olavs hospital HF må opprettholde allerede etablerte strukturer for samarbeid med Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin og tilsynstjeneste rus, samt initiere og ledelsesforankre økt fokus på alkohol/rus og implementere systematisk kartlegging av alkohol/rus, med eksempelvis AUDIT-C, som del av innkomst ved alle somatiske avdelinger ved sykehuset.**

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin vil på sin side fortsette sitt arbeid med å gjøre rusklinikken og tilsynstjeneste rus bedre kjent for avdelinger ved St. Olavs hospital HF, samt fortsette med kompetansehevende tiltak i form av fagdager, internundervisning i «snakk om rus», opplæring i bruk av kartleggingsverktøy, tilsynsrunder, råd/veiledning og annet.

## Litteratur

AUDIT. Hentet fra <https://rop.no/kartleggingsverktøey/>

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. and Monteiro, M.G, (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. WHO. Second Edition. Hentet fra <https://rop.no/snakkomrus/rammeverk/formdata/AUDIT/pdf/AUDIT-Manual.pdf>

Bakke, E., Bogstrand, S.T., Normann, P.T., Ekeberg, Ø. and Bachs, L. (2016). *Influence of alcohol and other substances of abuse at the time of injury among patients in a Norwegian emergency department*. BMC Emergency Medicine, 16:20. doi: <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-016-0085-2>

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014 – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Helsedirektoratet (2014). Nøkkeltall for helsesektoren 2013. *Alkoholrelaterte hoveddiagnoser ved innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/605/Nokkeltall-for-helsesektoren-2013.pdf>

Helsedirektoratet (2017). *Nøkkeltall for helsesektoren 2016. Befolkningens helsetilstand og levevaner. Alkoholkonsum*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1430/Nokkeltall-for-helsesektoren-2016-IS-2712.pdf>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>

Lid, T. G. (2017). *Helt normalt å spørre om alkohol*. Demens og alderspsykiatri 21 (3). Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/helt-normalt-%C3%A5-sp%C3%B8rre-om-alkohol/>

Næss, O. og Nesvåg, S. (2017). *Vurdering av helsetjenester for eldre med alkoholrelaterte problemer: Hva virker og hva kan bli bedre?* Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 34, 91-96. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1455072516682635>

St. Olavs hospital HF (2018). *Utviklingsplan 2019- 2035*. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmtter/Utviklingsplan%20vedtatt%2022.02.2018.pdf>



## **Vedlegg**

**Vedlegg 1: Tiltaksplan**

**Vedlegg 2: Informasjon til pasienter**

**Vedlegg 3: AUDIT**

## Notat

Til: Hovedledelsen

Att.:

Vår referanse  
**17/9322-1/ROGER**  
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv  
**301**

Dato  
**04.10.2017**

# Tiltaksplan for å sikre at innlagte pasienters rusvaner blir kartlagt og behandlingsbehov blir avdekket

## Bakgrunn

Alkohol er en medvirkende årsak til mer enn 60 somatiske sykdommer og er den vestlige verdens 3. største årsak til sykdom og tapte leveår<sup>(1)</sup>. Ved somatiske avdelinger i norske sykehus er 15 til 20 prosent av alle innleggelser rusrelaterte<sup>(2)</sup>.

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har hatt tilsynstjeneste rus for somatikk og psykisk helsevern siden 2014. Siden oppstart er det gjennomført om lag 160 bestilte tilsyn og i all hovedsak i somatikken.

Fra uke 10/2017 ble det i tillegg innført tiltak med daglige visittrunder på følgende somatiske avdelinger; observasjonsposten, avdeling for lever- og fordøyelsessykdommer, nyreavdelingen og infeksjonsavdelingen. Fra samme tidspunkt ble det etablert ordning hvor også sykepleiere fikk tilgang til elektroniske tilsynsbestillinger i DocuLive (før den tid kun åpent for leger). Dette i tillegg til bestilling via døgnåpen telefon.

Erfaringer fra første halvår med daglig visitt på nevnte avdelinger viser at 6 «nye» pasienter er identifisert.

***I samme periode ble det utført 21 tilsyn på bestilling, og oppsummert takket 20 av 27 (75 %) pasienter ja til behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).***

Dette viser at tiltak med tilsyn i somatikken har effekt i forhold til å få pasienter i rett behandling, men utføring av tilsyn forutsetter at helsepersonell på sengepost avdekker rusbruk og informerer behandlere fra Rusklinikken ved visittgang, eller bestiller tilsyn elektronisk/via telefon.

Til sammenligning mottok ruskonsulentordningen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS, Helse Stavanger, opptaksområde omtrent tilsvarende St. Olavs hospital) i 2016 ca 700 henvisninger, hvorav alkohol relateres til 82 % av henvisningene (*Årsrapport, Alkoholintervensjon i sykehus 2016*). De fleste henvisningene kom fra mottaks- og observasjonsenheten ved SUS (MOBA, 74,3 %), men også ortopedisk kirurgi (7,2 %) og gastroenterologi (4,3 %) henviser et større antall pasienter. Ved SUS er det helsepersonell (lege eller sykepleier) ved de ulike avdelinger som identifiserer

alkoholrelaterte helseproblemer og henviser skriftlig til ruskonsulentordningen for tilsyn. Det presiseres at dette ikke omhandler henvisninger til akutt avrusning/abstinensbehandling, da regionen har andre tiltak for denne målgruppen. Målet med «*Alkoholintervensjon i sykehus*» ved SUS er å identifisere pasienter med risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol eller andre rusmidler, for å iverksette tiltak som bedrer behandlingskvaliteten og forebygger nye lidelser/skader, og/eller unngår forverring og forhindrer videre utvikling av et rusproblem.

I nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet<sup>(3)</sup> står det at «den somatiske helsetjenesten bør ha kontinuerlig fokus på hvordan pasienter med rus- og avhengighetstilstander kan fanges opp og gis hjelp.» Rusklinikken har hittil i 2017 gjennomført 65 tilsyn hos pasienter inneliggende ved sengeposter i somatikken. Når det gjelder henvisninger til innleggelser ved rusakutt det siste året, er 30 % henvist fra somatikken (91 pasienter). I tillegg kommer de pasienter som primært henvises rusakutt fra legevakt/fastlege og som er sluset via akuttmottaket for somatisk avklaring, jf. rusakuttforløpet. Når det legges til grunn at 15-20 % av innleggelser i somatikken direkte eller indirekte kan skyldes rusrelaterte lidelser<sup>(2)</sup>, samt at det ved St. Olav er ca 57.500 innleggelser i somatikken hvert år (2016), er det utvilsomt en del pasienter som man med dagens praksis ikke «fanger opp.»

For å sikre fremragende behandling for pasienter innlagt i sykehuset, bør en sentral målsetting være å etablere systemer som sikrer at alle pasienter med rusrelaterte lidelser innlagt i somatikken identifiseres og får tilbud om nettopp fremragende behandling for sin tilstand.

#### **Mål:**

1. Alle pasienter innlagt i somatikken skal bli kartlagt for rus ved innkomst.
2. Alle pasienter med behov skal få tilbud om tilsyn rus.
3. Alle pasienter med behov skal få tilbud om TSB, eller annen adekvat oppfølging for sin rusrelaterte tilstand.

#### **Forslag til tiltak:**

##### **1 Pilotprosjekt**

Rusklinikken iverksetter et pilotprosjekt i samarbeid med aktuell avdeling (eksempelvis lever- og fordøyelsessykdommer), hvor personell fra Rusklinikken kartlegger alle inneliggende pasienter på sengetun i et definert tidsrom med Audit C (4). I forlengelse av kartlegging vil alle aktuelle pasienter få tilbud om samtale for å vurdere eventuelle hjelpebehov i TSB (eller andre tiltak).

AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT og brukes for å identifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk og avhengighet. Kartleggingen inneholder 3 spørsmål og brukes til å kartlegge hyppighet og mengde alkoholkonsum. Det er grunn til å anta at en slik systematisk kartlegging av alle innlagte vil identifisere langt flere pasienter med et risikokonsum av alkohol enn hva som fanges opp av helsepersonell i dag. Gitt dette resultatet, besluttes innført kartlegging med AUDIT-C rutinemessig for alle pasienter innlagt i den avdelingen der Rusklinikken har bistått i kartlegging av alle pasienter (eksempelvis lever- og fordøyelsessykdommer).

Tiltaket evalueres etter 3-6 mnd. Gitt positiv effekt (langt flere med risikofylt alkoholbruk blir avdekket og får tilbud om behandling) innføres tiltaket i de tre øvrige avdelinger hvor Rusklinikken i dag gjennomfører daglig oppsøkende tilsynstjeneste.

Rusklinikken får et definert ansvar for opplæring og implementering.

**2 Melding ved intoksikasjon**

Det innføres som rutine at Rusklinikken får melding i alle saker hvor pasienter blir innlagt med intoksikasjon med alkohol eller andre rusmidler, slik at pasienten får tilbud om samtale fra personell ved Rusklinikken. (jf tidlig intervensjon).

**3 Kompetansehevende tiltak – kurs, fagsamlinger**

Kontinuere kompetansehevende tiltak i regi av rusklinikken. (deltakelse i fagsamlinger i klinikkene, «Snakk om rus-kurs» med mer).

**4 Kompetanseplan i kompetanseportalen**

Rusklinikken utvikler kompetanseplan i Kompetanseportalen, hvor et minimum av kompetansekrav (e-læring, rutiner med mer.) blir gjeldende for helsepersonell ved St. Olavs hospital.

**Kilder:**

1. Folkehelse rapporten 2014 – *Helsetilstanden i Norge*.
2. Helse direktoratet, Nøkkeltall for helse sektoren 2013. *Alkoholrelaterte hoveddiagnoser ved innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus*.
3. Helse direktoratet – *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2017*.
4. Audit C. Finnes på; <https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit-c>

## INFORMASJON TIL DEG SOM ER PASIENT PÅ AVDELING FOR LEVER- OG FORDØYELSESSYKDOMMER

**St.Olavs hospital gjennomfører i uke 5-11 en kartlegging av alkoholforbruk hos alle pasienter på denne avdelingen.**

I løpet av ditt opphold på avdelingen, vil en sykepleier spørre deg om ditt forhold til alkohol ved bruk av spørreskjemaet AUDIT, som består av 10 spørsmål. Selve undersøkelsen tar ca 10 minutter. Resultatet av undersøkelsen vil bli gjennomgått med deg umiddelbart, og dersom du har behov, vil du få tilbud om videre kartlegging og hjelp dersom du ønsker det.

Det vil ikke bli samlet inn personidentifiserende opplysninger gjennom denne undersøkelsen.

*Alkohol er i følge Verdens helseorganisasjon (WHO) en medvirkende årsak til mer enn 60 somatiske sykdommer og er den vestlige verdens 3. største årsak til sykdom og tapte leveår. Ved somatiske avdelinger i norske sykehus kan 15 til 20 prosent av alle innleggelser relateres til bruk av rus eller alkohol. St.Olav ønsker at alle inneliggende pasienter med alkoholrelaterte tilstander/lidelser skal få tilbud om råd, veiledning og/eller behandling for sin tilstand.*

KONTAKTINFO:  
**Tonje Isabell Sandø**  
psykiatrisk sykepleier: 73 86 28 30/58



**ST. OLAVS HOSPITAL**  
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

# AUDIT

## Alcohol Use Disorder Identification Test

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Audit. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization, 2001.

Mann Kvinne

Alder:

Dato:

<b>1</b> Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2</b> Hvor mange alkoholenheter tar du på en 'typisk' drikkedag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3</b> Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4</b> Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5</b> Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6</b> Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga drikking?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9</b> Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?	Nei		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<b>10</b> Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?	Nei		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>