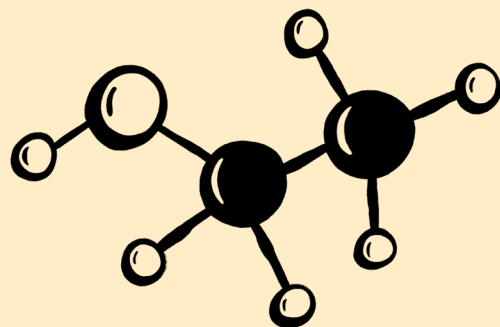


RED. Merete Taksdal
Somatisk helse og rus

Systematisk alkoholkartlegging i somatiske avdelinger



NASJONAL KOMPETANSETJENESTE
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)



Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Nasjonal kompetansetjeneste TSB er en kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten som gir kunnskapsstøtte til tjenesteytere, pasienter og brukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Vi har oversikt over organisering av, og innhold i, behandlingstilbudet i TSB nasjonalt. Vi bygger opp og formidler kunnskap og kompetanse.

Tjenestens overordnede mål er å bidra til at pasientene får tilgang til likeverdige og kunnskapsbaserte spesialisthelsetjenester.

Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og er organisert i sykehusets avdeling for rus- og avhengighetsbehandling.

Ansvarlig utgiver:

© Nasjonal kompetansetjeneste TSB

www.tsb.no

ISBN 978-82-999613-8-7 (Trykt, heftet)

ISBN 978-82-999613-9-4 (PDF)

Bidragstydere:

Merete Taksdal

Anette Mikalsen

Tommy Sjøfjell

Siv Skarstein

Guri Spilhaug

Tone Øiern

Design: Tank, Oslo

Trykk: Byråservice AS, Billingstad

Innhold

Somatisk helse og alkohol	4
Alkohol – vanlig, lovlig, og en helserisiko	4
Det er flere ruspasienter i somatikken enn i TSB!	6
Alkoholens betydning for folkehelsen	8
Alkoholbruk og sykdom	10
Forskning og metodeutvikling	12
Hvorfor kartlegge somatiske pasienters alkoholbruk?	12
AlcoTail skaper gode forutsetninger for varig endring	16
Forbedringer i alkoholkartlegging i medisinsk klinikk	18
Den strukturerte russamtalen med sosionom	20
Gode på delirprofylakse i akuttmodtaket	22
Verktøy	24
E-læringskurs somatisk helse og alkohol	24
Hva er en alkoholenhet (AE)	25
Hvordan spørre?	26
Kartlegge Audit-C	26
Informasjon til pasienter	27
Hva forteller alkoholmarkøren PETH?	28
Tips til epikrise og journal	29
Erfaringer	30
Lang erfaring med ruskonsulenter i medisinsk klinikk	30
Et fagtungt liaisonteam åpner dørene til TSB	34
Gjensidig nytte av tilsynsordning i pasientforløp alkohol	36
Internettbehandling for alkohol	38
Kliniske problemstillinger	40
Alkoholkartlegging på fastlegekontoret	40
Gravide og bruk av alkohol	42
«Vanlig drikking» hos eldre gir helserisiko	44
Myter om TSB	46
Noen frø trenger en vinter for å spire	48
Forkortelser	50

Alkohol – vanlig, lovlig, og en helserisiko



Alkohol er vårt vanligst brukte rusmiddel. Det er en lovlig vare, men er pålagt reklameforbud. Likevel blir vi stadig minnet om alkoholens, og da særlig vinens fortrinn gjennom vinspalter, invitasjon til vinsmaking og reklame for turer til vingårder i Europa. Vinglass i solnedgang finnes ofte i sosiale medier, som illustrasjon på ferie og fritid. Vin og spennende nye ølsorter er kultur, symboliserer god smak og er tegn på en trendy, internasjonal livsførsel.

Alkohol er den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår i Norge. Slik kommer det til å fortsette å være hvis vi ikke forteller om det

så folk forstår, eller ikke interesserer oss for å spørre pasientene våre om alkoholbruk når de kommer med et akutt eller kronisk helseproblem.

For vi spør ikke pasientene konkret om bruk av alkohol. Vi vil ikke at pasientene skal bli fornærmet og tro at vi mener de er alkoholikere. Alkohol er så privat. Det har vi ikke noe med. Er det frekt av meg å påstå at det er uforsvarlig helsehjelp når vi ikke spør om alkoholbruk? Inntil hver tredje pasient i somatiske avdelinger er innlagt på grunn av rusrelaterte problemer. Andelen pasienter som opplever at de blir spurt konkret om alkoholvaner, er likevel lav. Hvorfor er vi ikke på jakt etter sammenhenger og årsaker til sykdom?

Å ha god helse er viktig for folk, særlig etter som man blir eldre. Jeg pleier å si at «folk er ikke dumme». De lytter til god informasjon og omsetter i eget liv. Alkohol er rett og slett helse-skadelig. Det er ikke allmennkunnskap. Tvert imot så hører vi fremdeles at ett glass rødvin er så utmerket for dette og hint. Det er å lure folk. Vi må snakke sant om alkohol så folk kan ta kloke valg.

Mange vil synes det er ganske alvorlig å måtte henvises til spesialisthelsetjenesten for sin sykdom. Å innlegges for en akutt situasjon er dramatisk. Liggende i seng med effektive og travle hvitkledte rundt seg. Aldri er man så motivert for å lytte til råd og følge opp egen helse som da. Dette er en anledning – et momentum – en mulighet for å komme til med god og riktig helsehjelp. Går det an å si: Nå skal du høre – den sykdommen du har kan forverres av alkohol. Det kan hende at du kan oppnå en mer stabil helse hvis du bruker mindre alkohol. Dette heftet gir deg gode tips om hvordan du skal bringe temaet på banen. Her finner du mulige verktøy og strukturerte tilnærminger som erstatter klinisk skjønn. Det er profesjonelt å bruke systematiske metoder, da fanger du opp langt flere pasienter i risikogruppen for helseskadelig alkoholbruk. Ved bruk av Audit finner du 95 prosent, mot 1/3 hvis du bare bruker ditt kliniske skjønn. Det er god helsehjelp å avdekke årsak til sykdom og gi pasientene mulighet til å bedre egen helse.

Tematikken er ikke ny, Helse- og omsorgsdepartementet har flere ganger påpekt det i oppdragsbrev at pasienter i somatiske avdelinger skal spørres om alkoholbruk. Nasjonal kompetansetjeneste TSB drifter prosjektet «Somatisk helse og alkohol» med målsetting å implementere dette oppdraget. Det er med på å understøtte samhandling mellom somatiske avdelinger og avdeling for rus- og avhengighetsbehandling i alle helseforetak. Godt for alle parter.

Rusbehandling nytter nemlig, det er hjelp å få. Mange pasienter vil ha behov for behandling og oppfølging i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling for en kortere eller lengre periode.

Dette er et fagfelt med egne utrednings-, og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Norge er det eneste landet i verden med en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for leger. Vi har psykologspesialister og behandlere med sosialfaglig og sykepleierfaglig spesialkompetanse. Spesialisthelsetjenesten kan bli mer effektiv, sammen kan vi hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Det er viktig for den det gjelder – og for folkehelsen.

Fra Regjeringens alkoholstrategi 2021–2025:

«Alt helsepersonell kommer sannsynligvis i kontakt med pasienter med ruslidelser, uansett hvilket fagfelt de jobber innenfor. Det bør legges til rette for systematisk intern opplæring i rus og avhengighet. Helsepersonell trenger kompetanse i samtaleteknikker og i å benytte skåringskjemaer. Det bør finnes interne prosedyrer for å kartlegge pasientene systematisk, blant annet gjennom faglige ressurser i form av e-læringskurs, håndbøker og faktaark.»

Helse- og omsorgsdepartementet 2021

Guri Spilhaug, tidligere leder i Nasjonal kompetansetjeneste TSB

¹ Jf. Meld. St. 5 (2020–2021) Samfunnssikkerhet i en usikker verden, pkt. 8.3.2.

Det er flere ruspasienter i somatikken enn i TSB!

Uansett hvor man jobber i norsk helsevesen, kommer man i kontakt med pasienter, pårørende og problemstillinger der alkoholbruk er relevant. Men TSB ser en forsvinnende liten andel av disse pasientene. «Bunnen av isfjellet» av pasienter med høyt alkoholforbruk befinner seg i somatiske avdelinger. Kanskje de selv ser på forbruket sitt som normalt, irrelevant for helsetilstanden, eller har ikke reflektert over det?

Spesialisthelsetjenesten skal ikke bare behandle, men drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Behandling i sykehus gir en gyllen mulighet til å oppdage og forebygge livsstilssykdommer. Pasienten kan få hjelp til å snu et uheldig mønster. En samtale om alkohol kan treffe godt når pasienten har blitt syk eller skadet, og vil unngå at det skjer igjen. «Tidlig intervensjon» betyr at vi faktisk må identifisere risikosituasjonene tidlig.

I helsevesenet gjøres det forskjellige grep for å bedre samhandlingen mellom TSB og somatikken. Overdoser og håndtering av akutte, alvorlige tilstander krever samhandling mellom prehospitale tjenester, akutt- og mottaksmedisin, og TSB. For rusrelaterte somatiske tilstander kan det være faglig diskusjon om hva som er primær- og sekundær-diagnose, og hvor i helsetjenesten pasienten hører hjemme akkurat nå. Noen sykehus har valgt å utvikle ruskompetansen i de somatiske avdelingene, andre har valgt å bruke personell fra TSB til å kartlegge pasienter i mottak og somatiske sengeposter. Noen har også trepartssamarbeid med psykisk helsevern. I et helsevesen som skriker etter fagfolk, og en eldrebølge på vei, kan vi forebygge sykdomsutvikling og dermed hindre at bølgen slår inn tyve år for tidlig blant storforbrukerne av alkohol.

TSB er fortsatt en ukjent lillebror i helseforetakene, og det er ikke allment kjent at Norge har en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Men temaet «somatisk helse og alkohol» blir stadig mer aktuelt, relevant og nødvendig. Erfaringene fra de forskjellige kliniske avdelingene som beskrives her, viser at faglig samhandling har gunstig effekt, både på de ansatte og pasientene. Dette merker vi i form av bedre jobbing på tvers av fagfelt, og ved at pasientene får tidligere tilgang til informasjon og hjelp ved helseskadelig alkoholbruk.

I dette heftet kan du lære av andres erfaringer og finne råd, inspirasjon og opplæringsmateriell.

Merete Taksdal, prosjektleder somatisk helse og rus i Nasjonal kompetansetjeneste TSB, og redaktør.



Alkoholens betydning for folkehelsen

– Det skal lite til for at intervensjoner på alkoholområdet er kostnadseffektive. Å ta dem mer i bruk vil bety mye for folkehelsen, sier Øyvind Giæver.

Øyvind Giæver er direktør i Helsedirektoratets Avdeling for levekår, som blant annet har ansvar for å gjennomføre den nasjonale alkoholstrategien (se ramme). Den plasserer alkohol høyt på dagsorden i folkehelsearbeidet.

– Alkohol og tobakk er på toppen av listen over enkeltfaktorer som påvirker sykdom, lidelse og død i den norske befolkningen. Derfor er det et sentralt mål å fremme større åpenhet om hvilken betydning alkoholvaner har for befolkningens helse, sier han.

Gjelder ikke bare noen få

– Mange mener nok at alkoholbruk som folkehelseproblem først og fremst gjelder en liten gruppe som har et for høyt alkoholforbruk, men det stemmer ikke, sier Øyvind Giæver. – Selv «normal» alkoholbruk kan medvirke til sykdom eller skade, og risikoen øker med totalforbruket i befolkningen. Hvilken rolle alkoholen spiller for helsen er gjerne ulikt for unge og eldre. – Ungdom utsetter seg oftere for skader, ulykker og andre uønskede hendelser under ruspåvirkning. Eldre tåler ofte alkohol dårlig på grunn av aldring og sykdomsoppbygging. Som på andre folkehelseområder er det også sosial ulikhet i alkoholhelse: De med flest økonomiske ressurser har gjerne et høyt forbruk, mens de ressurssvake drikker mer risikabelt. Det betyr for eksempel å drikke 6 alkoholenheter eller mer i samme drikkeepisode.

Virkemidler

Når det gjelder virkemiddelbruk, er fagfolk enige om at det å begrense tilgjengelighet av alkohol er mest effektivt. Det er politisk enighet om å fastholde den norske alkoholpolitikken, med for eksempel vinmonopolordningen, reklameforbudet, bevillingssystemet, alkoholavgiftene og aldersgrensene. Disse ordningene nyter også stor tillit i befolkningen, og en mer restriktiv politikk vil trolig fungere dårligere.

Et annet effektivt forebyggende virkemiddel er å fange opp mennesker som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, og som potensielt har alkoholrelaterte skader og sykdommer, og tilby dem effektive intervensjoner. På dette området viser Alkoholstrategien til at det er mye mer å hente hos helsetjenestene enn i dag. Ifølge Folkehelseinstituttet fanges bare 3 prosent av de som har et alkoholproblem opp i primærhelsetjenesten, og bare 7 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Dessverre er ikke rutiner for å fange opp pasienter med underliggende rusproblem, og henvise dem til riktig hjelp i TSB, godt nok innarbeidet. Dette til tross for at oppdragsdokumentene spesialisthelsetjenesten fikk for ti år siden, ga klare føringer om det, sier avdelingsdirektøren.

Utfordringer

- Hvorfor tar det så lang tid å implementere slike rutiner?
- 1. En utfordring kan være at skadelig alkoholbruk, eller avhengighet, kategoriseres som ikke-somatisk – altså ikke sees på som et anliggende for somatiske helsetjenester. Skillet mellom kroppslige og ikke-kroppslige lidelser og tilstander er en innarbeidet tenkemåte som hindrer oss i å angripe problemene tverrfaglig.
- 2. Et annet hinder er manglende kunnskap hos ansatte om alkoholens betydning for somatisk helse og at vi i for liten grad greier å kartlegge pasienter med rusproblemer.
- 3. En tredje utfordring er av strukturell karakter: Somatikken er preget av høyt tempo, høyt kostnadspress, og et oppstykket behandlingsforløp. Da er det utfordrende at gevinsten i regnskapet hentes ut i andre sektorer enn der innsatsen gjøres. I den enkelte virksomhet dukker ikke effekten opp annet enn som fravær av pasienter, mens for eksempel skader på tredjepart som barn og andre pårørende, blir synlig andre steder i samfunnsregnskapet.

– Men den aller største utfordringen er kanskje at vi har et umodent forhold til alkohol. Alkohol er ofte elefanten i rommet. Selv voksne menn begynner å fnise når temaet kommer på banen.

La oss investere i pukkkelkostnadene

Giæver mener vi har mye å vinne på å nå og påvirke alkoholbruken, særlig hos dem med et langvarig og høyt forbruk. – Fordi det gjelder så mange, skal det ikke mye til før intervensjoner er kostnadseffektive. Men gevinsten vises kanskje ikke i ditt regnskap eller tikker inn med én gang. Som for andre store omstillinger må vi først være villige til å investere i en innledende fase, i det vi kaller «pukkkelkostnader». Hvis tall og brukererfaringer kan synliggjøre hvor nyttig og besparende en slik innsats vil være, tror jeg villigheten til å investere i dem vil øke.

Nasjonal alkoholstrategi

Alkoholstrategi 2021–2025

– En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk

- Har som mål å redusere det totale alkoholkonsumet med 10 prosent innen 2025.
- Anerkjenner kunnskapen om at reduksjon i totalkonsumet reduserer omfanget av høykonsumenter, og sannsynligvis også omfanget av alkoholbrukslidelser.
- Bygger på at norsk alkoholpolitikk ligger fast, uten store endringer.
- Har som sentralt virkemiddel å forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter.



Alkoholbruk og sykdom

Alkohol er det rusmiddelet som flest personer i Norge bruker når de ruser seg. Det er lett tilgjengelig og sosialt akseptert. Ofte fører alkoholbruken til vedvarende helseproblemer før helsetjenestene blir oppmerksomme på det.

Personer som bruker illegale stoffer, diagnostiseres generelt sett ti år tidligere enn personer som får en alkoholrelatert diagnose.

Faren for sykdom og skade øker med forbruk og varighet, men noen personer er mer sårbare enn andre for både alkoholrelatert sykdom og avhengighet. Genetikk, andre helseproblemer, sosioøkonomiske forhold og evne til å ivareta egen helse spiller inn. Moderat til høyt forbruk i kombinasjon med psykisk uhelse og lav sosioøkonomisk status gir høy risiko for alvorlig somatisk sykdom. Men høyt alkoholinntak over tid medfører betydelig økt risiko for alvorlig sykdom hos oss alle.

Pasienter med helseskadelig alkoholbruk

Høyt alkoholinntak henger ofte sammen med depresjon, angst, kroppslige plager og smerte, og i mange tilfeller behandles tilstandene med medikamenter. Samlet sett medfører da alkoholinntak og medikamentbruk til en unormalt stor belastning på kroppens organer. Kartleggings- og behandlingssamtaler med pasienten må gi god informasjon om interaksjoner og risiko ved bruk av alkohol samtidig som man tar medisiner. Helsepersonell kan få viktig informasjon til nytte for pasienten ved å forstå kulturen og rituale som påvirker rusmiddelbruken, og det sosiale miljøet rundt pasienten. Dette er faktorer som er

viktige å kjenne til når man planlegger og iverksetter behandling og helsefremmende tiltak, og evaluerer nytten av intervensjoner.

Symptomene fra helseskadelig alkoholbruk utredes og behandles altfor ofte uten at den bakenforliggende alkoholbruken avdekkes. For eksempel behandles ofte høyt blodtrykk, diare, hudinfeksjon, bryst smerter, angst eller nedstemthet som enkeltstående sykdommer. Pasienten kan være tilfreds med at symptomene behandles uten at alkoholbruken belyses, da bruken kan være vond å innrømme og gi følelse av skyld og skam. Helsepersonell kvier seg av ulike årsaker for å ta opp alkoholbruk som en helseutfordring, og mange pasienter taper dermed muligheten for behandling og bedre helse.

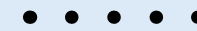
Somatisk sykdom og alkoholbruk

Sykdommene som følger av høyt alkoholforbruk, kan være fra enkeltstående hendelser som lar seg behandle og kroniske som kan lindres, til de som er komplekse og kan medføre død. Pasienter med alkoholdiagnoser har betydelig forhøyet risiko for en rekke ulike sykdommer som hjerte- og karlidelser, endokrine sykdommer, ernæringsmessige sykdommer, metabolske sykdommer, nevrologiske og hjerneorganiske sykdommer, kreft, infeksjoner og hudsykdommer. Over tid kan det utvikles et alvorlig,

kronisk og komplekst sykdomsbilde, med ressurskrevende og kostbar behandling som resultat. Et godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient om helsefremmende innsatser og behandling tidlig i sykdomsforløpet, kan derfor spare både den enkelte, pårørende og helsetjenestene for betydelige belastninger og kostnader.

Alkoholrelatert sykdom øker blant eldre

Befolkningen blir stadig eldre, samtidig som vi generelt drikker mer alkohol enn før. Dermed er det flere eldre som drikker alkohol, og særlig har andelen kvinner økt de siste ti årene. Jo eldre vi blir, jo mindre muskelmasse har vi å fordele alkoholen på, og forbrenningen reduseres. Vi er også mer utsatt for skader og sykdommer når vi blir eldre. Mange bruker da også smertestillende medisiner og/eller sovemedisiner, og effekten forsterkes med inntak av alkohol. Kombinasjon av medisiner og alkohol kan føre til svimmelhet, blodtrykksfall og økt risiko for fall og skade. For eldre innebærer slike hendelser, i langt større grad enn hos yngre, økt fare for tap av funksjoner, helse og liv.



SIV SKARSTEIN er førsteamanuensis ved videreutdanningene og masterprogrammet i psykisk helse ved OsloMet. I tillegg til å undervise og veilede studenter, forsker hun på ungdom, smerte og bruk av smertestillende medisiner, samt på somatisk helse og skadelig rusbruk. Siv har også lang erfaring som spesialsykepleier i klinisk arbeid med mennesker som sliter med komplekse og alvorlige lidelser, der somatisk sykdom og skade, psykiske vansker og vedvarende rusbruk gjør livet krevende.

KILDER

Skarstein, S., Lien, L., & Abebe, D. S. (2023). The burden of somatic diseases among people with alcohol and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111137.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.

<https://sykepleien.no/fag/2021/02/helseskadelig-alkoholbruk-gir-komplekse-utfordringer>

<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/grupper/eldre/?term=>



Ilja Hendel

Hvorfor kartlegge somatiske pasienters alkoholbruk?

Hvordan kan sykehuset avverge alkoholdelir hos pasienter som brått slutter å drikke alkohol i forbindelse med innleggelsen? En nasjonal forebyggende prosedyre mot alkoholdelir ved sykehusinnleggelser svarer på dette, og ble godkjent i 2020. Slik gikk det til.

Beregninger viser at åtte prosent av dem som innlegges på sykehus har et så høyt alkoholforbruk at de risikerer abstinenssymptomer, og i verste fall delirium tremens, i forbindelse med innleggelsen – en tilstand som potensielt er dødelig. Rune Tore Strøm, som da han startet arbeidet var overlege ved Rusakuttmottaket til Oslo universitetssykehus (OUS), har stått i spissen for å utvikle forebyggende rutiner i OUS. Han sier at tegn på delir kan forveksles med symptomer på andre tilstander, som febersykdom, angst eller psykisk uro.

Alkoholdelir/ delirium tremens.

Medisinsk betegnelse på en tilstand som kan utløses ved opphør av alkoholbruk. Kjennetegnes av aktivering av det autonome nervesystemet (skjelving, svetting, høy puls, kvalme, agitasjon og hjertebank). Kan vise seg fra 6 til 96 timer etter seneste alkoholinntak. Tilstanden er potensielt dødelig. Kan forebygges og behandles med best resultat hvis det blir håndtert raskt. Kilde: Prosedyre mot alkoholdelir, Helsebiblioteket

Fra skjønn til systematikk

Frem til 2016 stolte sykehusene på behandlernes kliniske skjønn til å identifisere pasienter som var i risikozonen. Mellom 2016 og 2020 samarbeidet Rune Tore Strøm med forskere og klinikere i somatiske avdelinger for å kartlegge pasienters alkoholbruk ved innkomst.

– Klare prosedyrer øker sjansen for å oppdage risikoen for alkoholdelir og gir alkoholbrukere i alle deler av sykehuset samme sjanse til å overleve, sier Rune Tore Strøm. Ved å identifisere risiko bedre kan vi sette i gang forebyggende tiltak.

Kostbar tid og tre utfordringer

I sykehusverdenen må alle nye metoder som tar ansattes tid, gjennom et trangt nåløy før de blir innført. Denne kvalitetssikringen skal vise hvor nødvendig prosedyren er.

– En utfordring var å dokumentere hvor stort omfang delirrisiko hadde. At abstinens eller delir medvirker til at en pasient trenger forlenget behandling, kommer nemlig ikke alltid frem i journalen. Det brukes ofte omskrivninger av typen «komplikasjon av sykdommen» som årsak til at behandlingstiden øker.



– En annen utfordring var for lavt kunnskapsnivå om abstinensbehandling. Hvorfor lete etter en tilstand man ikke kjenner behandling for? For få behandlere vet at det er mulig å iverksette miljøtiltak og behandle abstinensplagene med medikamenter for å forebygge delir.

– En tredje utfordring var å få helsepersonellet til rutinemessig å spørre om pasientens alkoholbruk ved innleggelse.

Tommel opp fra FHI

For å kvalitetssjekke prosedyren ble den meldt inn for såkalt minimetodevurdering hos Folkehelseinstituttet (FHI). Her vurderes det om metoden er virksam målt etter alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet.

Minimetodevurdering

Minimetodevurdering brukes av sykehusene når et fagmiljø ønsker å innføre en ny, kunnskapsbasert metode. Minimetodevurdering er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas på sykehusnivå. Kilde: FHI

FHI tok oppdraget og gjennomgikk i 2020 tilsammen 1500 kunnskapskilder om temaet. Minimetodevurdering av delirium tremens-forebygging og behandling i sykehus konkluderte med en klar effekt av prosedyren.

– Studiene både fra Norge og internasjonalt bekrefter at pasienter med høy alkoholbruk som legges inn på sykehus er mye sykere enn pasientene uten denne tilleggssrisikoen. Det er vanskeligere å behandle og følge opp disse pasientene, uten samtidig å adressere alkoholbruken deres, sier Strøm.

Etisk godkjenning

Forskningsgruppen bestemte seg for å legge saken fram for sykehusets kliniske etikk-komiteé (KEK, se ramme). – Men i stedet for å spørre komiteen om det er etisk forsvarlig å spørre pasienter om alkoholvaner, spurte vi «er det etisk forsvarlig å ikke spørre om deres alkoholvaner?». Svaret var nei. Å ikke spørre pasienter kan lede til feiltolkning av sykdomsbildet. Etikerne i KEK var samstemte på at alkoholkartlegging er et legitimt redskap for å redusere feiltolkning og med det, feilbehandling.



Kliniske etikk-komiteer (KEK)

Helsepersonell er ofte i situasjoner der de må foreta etiske vurderinger. Alle helseforetak, samt noen kommuner, har en klinisk etikk-komiteé (KEK) som kan bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer før og/eller etter at beslutninger tas. KEK skal bidra til økt bevissthet og kompetanse om verdspørsmål i helsetjenesten, og kan på forespørsel gi råd.

For hele sykehuset

I mars 2020 ble prosedyren formelt godkjent av Oslo universitetssykehus som en «nivå 1-prosedyre», det vil si at den er gjeldende for hele sykehuset. «Delirium tremens (alkoholdelir) – forebygging og behandling» er også gjort tilgjengelig nasjonalt via Helsebiblioteket.

Ifølge prosedyren skal AUDIT-C brukes som en del av innkomstsamtalen for å identifisere risikokonsum av alkohol. Er resultatet positivt, skal et flytdiagram for videre oppfølging følges. Ved utskrivning bør pasienter som ikke tilfredsstiller diagnosekravene til «skadelig bruk» eller «avhengighet», men som likevel har et høyt forbruk relatert til tilstanden sin, gis informasjon slik at de blir klar over at forbruket representerer en helserisiko over tid. Pasienter som er behandlet medikamentelt mot delir, skal skrives ut med en alkoholrelatert diagnose, som bidiagnose til sykdommen de ble innlagt for.

AUDIT-C

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) har ti spørsmål. AUDIT-C er et utvalg på tre spørsmål fra denne testen, som egner seg til en kortfattet kartlegging ved innkomst til en somatisk eller psykiatrisk akuttavdeling – der mye annet også skal kartlegges.

– Alle pasienter som er i fare for alkoholdelir har enten et risikofylt forbruk eller er avhengig av alkohol. Pasienter som har et kjent alkoholrelatert problem skal skrives ut med tilbud om oppfølging, understreker Rune Tore Strøm.

Overlegen understreker også at TSB tilbyr godt dokumentert behandling. – At rusbehandling har gode resultater kan av og til være underkommunisert blant somatisk personell.



RUNE TORE STRØM har arbeidet med innføring av delirprosedyren i Oslo universitetssykehus. Han er nylig pensjonert fra å være utdanningsansvarlig i rus- og avhengighetsmedisin, leder i spesialitetskomiteen for rus- og avhengighetsmedisin og nestleder i Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)



Se delirprosedyren på OUS sine sider

AlcoTail skaper gode forutsetninger for varig endring

AlcoTail (Alcohol Tailored Intervention) startet opp i september 2021 ved Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og St. Olavs hospital. Studien er finansiert av Forskningsrådet, og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Hovedmålet for studien er å undersøke implementeringen og effekten av tiltak for å redusere alkohol- og legemiddelbruk blant pasienter innlagt på medisinske avdelinger. Tiltakene er nedfelt i to nye prosedyrer, der pasienter med potensielt skadelig forbruk av alkohol og vanedannende legemidler blir tilbudt informasjon, samtaler og behandling.

Med både kontroll- og intervensjonsgruppe fra før og etter at de nye prosedyrene ble implementert, kan AlcoTail evaluere effekten av tiltakene prosedyrene anbefaler. Til nå omfattes ca. 3000 deltakere i studien, og 1000 til er planlagt for 2024.

Forankring og godt samarbeid

Oppstarten av AlcoTail-studien sammenfalt med innføringen av delirprosedyren på Nivå 1. Det gav god ledelsesforankring, og gode premisser for samarbeid med alle medisinske avdelinger på OUS. Et helhetlig system med tilgjengelige verktøy for å screene pasientene og følge dem opp, innen sykehuset, ble etablert. I tillegg kom det på plass råd for oppfølging etter utskrivelse. En intern «bro» mellom medisinsk klinikk og TSB ble opprettet for å sikre

pasientflyten. Det er viktig med formaliserte løsninger på interne henvisninger og rettighetsvurderinger, fordi pasienter som har vært inneliggende i flere dager på sykehuset, ikke nødvendigvis betraktes som «akutt TSB». Gjennom arbeidet har det blitt et godt trepartssamarbeid mellom klinikk på laboratoriemedisin, medisinsk klinikk og avdeling for rus og avhengighet (ARA).

Viktig lærdom

Når det er funn beskrevet i en prosedyre, må det være klart for klinikeren hva som skal skje videre. Alle sykehus som skal forbedre sine kartleggingsrutiner, må ha dette på plass. Hovedbudskapet til helsepersonell må være at dette ikke er ekstraarbeid, men en integrert tematikk for å forstå pasientens situasjon helhetlig – og ikke minst at dette er i pasientens egen interesse. Når helsepersonell skal lære om pasienters alkoholbruk, forestiller de seg gjerne en typisk tungt alkoholavhengig pasient. Men da glemmer vi pasientene som er i faresonen, de som lever helt «vanlige» liv, og hvor ingenting synes utenpå.

Tydelige holdninger

Stig Tore Bogstrand, seniorforsker, og prosjektarbeider Anna Armika Tussilago Nyman ved seksjon for rusmiddelforskning i OUS, har tydelig beskjed.

Stig Tore: Når man har inne en 35 år gammel mann som er syk og som samtidig drikker litt over det vi definerer som skadelig, har vi en gyllen mulighet til å bruke sykehusoppholdet til andre helsefremmende tiltak. Det er mange synspunkter på alkohol, men helsevesenet bør ha en klar negativ holdning til alkoholbruk. Pasienten må få relevant helseinformasjon, som det er mulig å følge opp. Det er allerede en sosial ulikhet i helse, og alkohol forsterker ulikheter når det kommer i tillegg til annen helseproblematikk.

Armika: Ja, man må i hvert fall ikke få fortalt av helsepersonell at alkohol er sunt! At det angivelig er bra for søvnen, eller for hjertet. Vi har vært rundt på alle avdelingene, og selv om det er forskjeller mellom dem, er det gjennomgående mange pasienter som har høyt forbruk av alkohol og samtidig bruk av vanedannende legemidler. Jeg opplever at det er en økende interesse blant ansatte for tematikken – og når den er genuin, er det motiverende.

Endring tar tid

Stig Tore og Armika er tilfreds med fremdriften i prosjektet.

Armika: Det tar tid å endre kulturen på en arbeidsplass. Høy turnover av personell og hektiske arbeidsforhold er sykehusenes karakter, og gir utfordringer når man skal drive implementeringsarbeid. Men dette må man bare forholde seg til, og jobbe kontinuerlig for å få på plass gode systemer og arenaer for god opplæring. Det har blitt økende etterspørsel etter kurs, så sånn sett er det en god utvikling, for vi har mye å tilby.

Stig Tore: Alkoholbruk, legemidler og somatisk helse er på dagsorden på en annen måte enn før. Det er god støtte fra ledelsen, og det legges ned stor innsats i sykehusene. Selv om vi har måttet koordinere underveis, er vi fornøyd med hvordan forskningsprosjektet er gjennomført så langt. Vi får etter hvert interessante funn å dele!

AlcoTail

I prosjektet AlcoTail vil vi innføre fire standardiserte spørsmål som kartlegger alkoholbruk, og blodprøver som måler alkoholbruk og bruk av vanedannende medisiner, hos pasienter som legges inn på medisinske sykehusavdelinger. Vi vil først følge pasienter som får vanlig oppfølging. Deretter vil vi innføre en ny standardisert informasjons- og henvisningspraksis, basert på svarene på de standardiserte spørsmålene. Pasientenes alkoholbruk angis med grønt (lavt), gult (risikofyllt) og rødt (skadelig). Pasienter i gul og rød kategori henvises etter et standardisert opplegg til oppfølging i eksisterende helsetilbud, hovedsakelig primærhelsetjenesten. Vi vil gjøre oppfølgende undersøkelser for å undersøke mulige endringer i bruk av alkohol, legemidler og helsetjenester blant annet ved å sammenligne pasienter fikk vanlig oppfølging med dem som fikk ny standardisert oppfølging. På denne måten vil vi evaluere effekten av de nye standardiserte tiltakene, både for pasientene og for helsevesenet. Kilde: Implementation of tailored interventions to treat harmful alcohol and drug use in Norwegian hospitals and municipality services (AlcoTail) – Prosjektbanken (forskningsradet.no)



Forbedringer i alkoholkartlegging i medisinsk klinikk

I Oslo Universitetssykehus (OUS) begynner man å bli vant til å se Sasa Katadzic snakke om hvor viktig det er å kartlegge somatiske pasienters rusmiddelbruk.

Han fremstår i bloggoppslag, holder interne kurs, underviser og fikk hovedoppslag på intranettet i pasientsikkerhetsuken høsten 2023. Sasa er spesialrådgiver for pasientsikkerhet, pasientforløp og kvaliteten i staben på Medisinsk klinikk, og har engasjert seg i flere faglige roller siden 2019. Forutgående prosjekter i samarbeid mellom Avdeling for rus og avhengighet og Nasjonal kompetansetjeneste TSB viser også at problemstillingen ikke er ny i somatikken, men nå skal systematisk ruskartlegging bli en selvsagt rutine.

For Sasa er det en positiv erfaring å jobbe internt i medisinsk klinikk der tiltakene skal gjennomføres, for han er godt kjent i det kliniske miljøet og er «deres mann». Dette gjelder også når medisinsk klinikk nå gjennomfører forskningsimplementering gjennom AlcoTail.

Betydelig innsats

Det er lagt ned betydelig innsats, både formelt gjennom å etablere samhandling, e-håndboks-dokumenter og prosedyrer, og direkte gjennom undervisning, veiledning og samtaler for å belyse alkoholbruk som medvirkende faktor i pasientenes helseproblemer.

Helsepersonellet er stort sett enige i problembeskrivelsen, og alle er positive. Men det betyr ikke at det blir konsistent oppfølging av prosedyrer av den grunn.

At prosedyren for å forebygge alkoholdelir er en Nivå1-prosedyre, er viktig for å få tematikken på dagsordenen. Det innebærer at den gjelder for hele sykehuset, skal være kjent for alle, og være et gjennomgående tema som er relevant overalt. Prosedyrens utforming gjør også at den dekker kartleggingsfasen, oppfølging etter funn, råd om medikamenter og miljøtiltak, samt henvisning og dokumentasjon ved behov. Den beskriver også tiltak for dem som skårer «gult» i kartleggingen, altså ikke har et forbruk som i seg selv tilfredsstiller en rusrelatert diagnose, men som er relevant for det pasienten behandles for i somatikken.

Spesielt ansvar for opplæring

Det er solid forankring i ledergruppen i de ni kliniske avdelingene, og hos ledere for kontor- og støttefunksjoner. Alle har fått beskjed om å prioritere opplæring.

På klinisk nivå er det to ressurspersoner i hver avdeling – en lege og en sykepleier – som skal bidra

til å holde temaet på dagsorden. Tiltakene vurderes etter en stund. Alle ressurspersonene samles til statusmøter for å utveksle erfaringer og justere kurs. Det kan være noe variasjon i hvordan oppfølgingen arter seg fra avdeling til avdeling.

Nye metoder tar tid

Erfaringsmessig tar det lang tid å ta i bruk nye metoder i helsetjenesten, men hvis vi ser på siste års endringer, har det likevel skjedd store forbedringer. Audit-C, vår valgte kartleggingsmetode, er mer i bruk. Blodprøven PEth begynner å bli kjent og rekvirert. Det brukes benzodiazepiner hos pasienter når vi skal forebygge alkoholdelir, og Ciwa-skåring er mer utbredt i det kliniske arbeidet. Fagsykepleierne er involvert, og det er tilgjengelig opplæringsmateriell og e-læringskurs.

Det har nok blitt en bredere forståelse av pasientene vi bør sette søkelys på, i tillegg til de «typiske» storforbrukere. Tilfeller som en eldre pasient med funksjonssvikt, kanskje historikk med svimmelhet og fall, vil nå få varselklokkene hos helsepersonell til å blinke.

Tilpasset undervisning

Vi sikrer jevnlig og tilpasset undervisning på den enkelte avdeling. Det er ikke nødvendigvis slik at vi bruker faste undervisningsdager, men heller morgenmøter, fagutvikling eller 10–15 minutters tidspunkter mellom vaktskifter, der begge skift er til stede i overlapping. Leger underviser leger, sykepleiere underviser sykepleiere, i tillegg til felles fagsamlinger.

Gjør vi for mye eller for lite, og hvor kan det glippe?

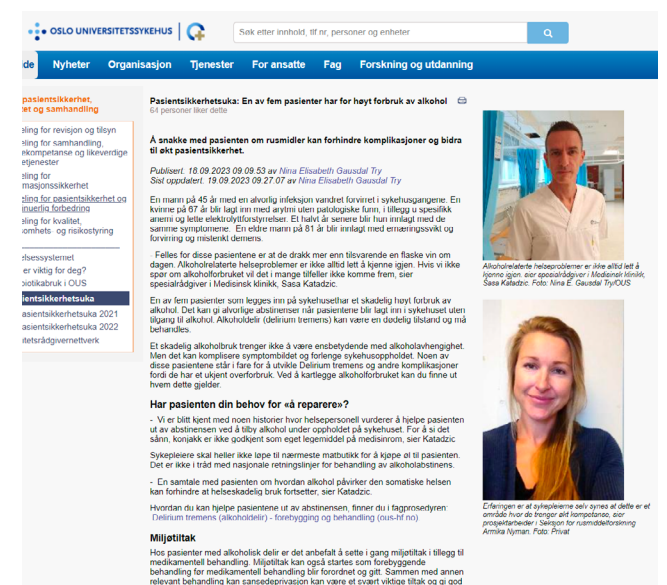
Man kan alltid spørre seg om skillene og ansvarsfordelingen mellom de forskjellige enhetene i sykehuset fungerer optimalt for pasientene. Gjør vi i medisinsk klinikk for mye eller for lite? Burde vi overlate ting til andre? Hva er pasientens gevinst med samtalen om rusmidler på sykehuset? Skulle fastlegen heller ta tak i det? Det at helsepersonell også drikker for mye – skaper det blindsoner i arbeidet? Hva gjør vi med de pasientene som har rusmiddelbruk som diagnose og trenger oppfølging?

OBS-posten på Ullevål er de som oftest er i direkte kontakt med TSB for overføring til rusakutten. Dette er også beskrevet i Nivå-1-prosedyren om forebygging av alkoholdelir, og Sasa har ikke hørt noe om problemer i denne flyten. Men i oppfølging av pasienter som

kanskje ble skåret inn med en lavt positiv Audit-C, vil det kunne glippe videre i forløpet slik at temaet ikke kommer opp igjen, for eksempel i utskrivnings-samtalen. Legen vil si at «nå har vi sanert pneumonien din», men vi vet ikke om alkoholbruk blir tatt opp videre.

Brosjyren «Alkoholbruk og helse» med informasjon, anbefalinger og råd er ikke så mye i daglig bruk som vi tenkte, men den finnes tilgjengelig på alle avdelinger. Det er positive tilbakemeldinger på innholdet av den.

Fra medisinsk klinikk jobbes det også med samhandling inn mot Oslo kommune, helsehus og fastleger. Det er nok å gjøre for alle på dette feltet! I og med at disse pasientene har oversykkelighet, har de gjerne behov for hjelp på kommunalt nivå også.



FAKSIMILEN fra pasientsikkerhetsuka 2023 i OUS viser til at en av fem pasienter har et skadelig høyt alkoholforbruk. Å snakke med pasienten om rusmidler kan forhindre komplikasjoner og bidra til økt pasientsikkerhet.

Den strukturerte russamtalen med sosionom

Marit Vold Heddan, seksjonsleder og klinisk sosionom på medisinsk klinikk i Oslo Universitetssykehus (OUS), er engasjert når hun beskriver arbeidet med å kartlegge pasienters bruk av alkohol, andre rusmidler og vanedannende legemidler.

Det kliniske personellet er travle, og sosionomene har mulighet til å avlaste leger og sykepleiere med samtaler om rus, som er relevant i sammenhengen med sykdommen de er innlagt for.

Hvorfor og hvordan bruke oss?

Sosionomer er rustet til å snakke om temaer andre synes er vanskelig. Men vi må være synlige i retningslinjer og prosedyrer slik at rollen vår blir formalisert – slik at vi kan bistå leger og sykepleiere i større utstrekning.

Vårt hovedverktøy er strukturerte samtaler. I 2022 kom det en Nivå1-retningslinje i OUS for «Sosionomens psykososiale kartlegging og vurdering av voksne pasienter». Vi koordinerer ressurser fra hjelpeapparatet etter pasientens behov. Vi ønsker å vise at vi tar rus og avhengighet på alvor, og hvis pasienten selv vil ha en endring, kan vi bidra til å sette i gang en god prosess.

Vi prioriterer de pasientene som er i risikozonen og kan ha nytte av samtale med oss. Vi jobber kun etter henvisninger, fra sengeposter og poliklinikker. Vi kan gjennomføre samtaler samme dag, eller dagen etter. Noen ganger snakker vi med samme pasient to dager på rad. Vi er ingen akuttjeneste, men vi må jo gjøre det mens pasienten er her.

Vi kan også snakke med pårørende. Pårørendes ønsker og behov kan være forskjellige fra pasientens. Dette må vi ta opp med pasienten. Hvis det er barn som er pårørende gjør vi relevant kartlegging, men definerer ikke tiltakene. Dette er det eventuelt barnevernet som må følge opp.

Endringsmotivasjon er ferskvare

Flere pasienter får en aha-opplevelse når de skjønner at deres alkoholbruk påvirker familien i mye større grad enn de har trodd. Dette kan gjelde ektefelle, partner, barn med flere. Barn fanger opp mye mer enn man tror, men det ligger vel i avhengighetens vesen å bagatellisere.

Mange har også fått seg en tankevekker ved at de befinner seg på sykehus. For noen er det nok med en støttesamtale. Andre trenger en mestringsplan som skisserer målsetting, hvordan man kan nå dit, og hvilke ressurser som trengs. Vi hjelper også med henvisninger. Vi må smi mens jernet er varmt, og bruke det mulighetsvinduet som finnes.

Pasienter kan trenge en time raskt. En pasient som blir innkalt til en poliklinisk samtale mange uker etterpå, kan føle at samtalen har mistet relevans. Eller orker ikke. Eller har begynt å drikke så mye at de ikke lenger er mottakelige.



Merete Taksdal

Informasjon til kolleger

Vi utgir jevnlig et informasjonsskriv på sykehuset, kalt «Sosionomen informerer». Den siste utgaven handlet om alkohol, og skisserer aktuelle problemstillinger og hvordan sosionomene kan bidra. Vi tror at oppslag som henger på forskjellige steder, kan nå bredt ut til kolleger.

Gjennom implementering av AlcoTail-studien er det utarbeidet plakater som henger rundt i sykehuset. Vi informerer jevnlig på internundervisning på sengeposter, for det er høy turnover av personell, inkludert LIS-leger. Vi har hatt kurs i måleverktøy, der AUDIT inngår som ett av dem. Strukturert kartlegging blir vi stadig bedre på. I fjor deltok vi i undervisning på en fagdag om alkohol og vanedannende legemidler for hele OUS. Vi jobber også med å få tema alkohol inn i andre sammenhenger, for eksempel har vi fått det inn i psykoedukasjon i mestringskursene for KOLS.

Vi har også en brosjyre vi kan benytte i samtale med pasienter. De har mye å huske på, så det hjelper å få med seg noe skriftlig hjem. Mange beskjeder forsvinner. Kanskje spesielt det man ikke har lyst til å høre.

Mange av våre kliniske avdelinger kan mye om rus. I medisinsk klinikk er det rundt 1200 ansatte, og åtte sosionomer.

Kan brukes mer

Vi kan brukes mer, konkluderer Marit. Men ting tar tid, og det er forskjellig kultur i somatikk, psykisk helsevern og TSB. Noen ganger synes vi at det bakenforliggende rusproblemet er alvorlig, men vi får ikke pasienten videre. Det kan også være begrensninger i hva slags somatisk oppfølging man kan gi i TSB.

Folk lever lenger, og det gjør også de som har rusproblemer. Det blir mer multisykkelighet og komplekse tilstander. Noen ganger blir det kunstige skiller mellom fagområdene. Vi blir ofte involvert i alvorlige tilfeller, der pasienten faller mellom flere stoler. Utfordringen er hvordan vi kan løse sammensatte og komplekse tilstander sammen. Det er dette vi må finne ut av nå og fremover!

Læringspunkter

For å lykkes med en systematisk tilnærming til kartlegging og oppfølging av funn må man ha dedikerte personer. Det må være flere enn en!

Ideelt sett ville det gått bra hvis man fulgte oppskriften, men man må se på implementeringen, sikre opplæring og oppfølging – og ha en realistisk tidshorisont.

Gode på delirprofylakse i akuttmottaket

Maria Seferowicz, seksjonsoverlege i akuttmottaket, Lovisenberg Diakonale Sykehus, er ansvarlig for sykehusets implementering av AlcoTail. Hun er en forkjemper for at somatiske avdelinger skal ta et helhetlig ansvar for pasientenes sammensatte problemer. Og da selvsagt også når den somatiske tilstanden forverres av rusmiddelbruk.

Dersom vi skal fange opp rusproblemer på grunn av alkohol tidligere, må vi bli flinkere. Dr. Seferowicz beskriver sitt eget «Eureka-øyeblikk» da hun leste seg opp på hva som gjøres på dette feltet internasjonalt, om «brief intervention», og folkehelsebetydningen av forebyggende medisin. – Det er mye som publiseres nå om sammenhengen mellom alkoholbruk og helse, og vi i Norge må henge oss på bølgen.

For legestanden er det et nøkkelement at man forstår hvorfor man skal gjøre en endring. Det læres lite i medisinstudiet om forebygging, og for lite om rus. Implikasjonen av alkoholbruk på helsen totalt sett er noe som krever kunnskap. Leger jobber best når de har et eierskap til det de skal gjøre, og at det er relevant for pasientene de har ansvar for. Noen av sengepostene jobber veldig bra, og har mange relevante pasienter for en intervensjon om alkoholbruk, blant annet gastromedisin og infeksjonsposten. Vi bør også fokusere mer på hjertemedisin og geriatri.

Pasienten har tenkt over forbruket sitt

– I samtaler rundt alkohol er det endel pasienter som sier: «Jeg har kontroll, altså ...». Eller «Jeg klarer å slutte hvis jeg vil». Når de allerede har slike formuleringer klar, er det jo en indikasjon på at de faktisk har vurdert forbruket sitt til å ligge i ytterkanten.

På Lovisenberg er det stort antall pasienter med alvorlige psykiatriske tilstander. Men de fleste med høyt alkoholforbruk representerer ikke tung psykiatri, det er normalbefolkningen som gjenspeiles i sengene. Det er så mye som skal sjekkes totalt sett, at det kan ikke være for mye «smårusk» som skal følges opp rutinemessig. Vi har som mål å etablere Audit-C som screeningverktøy, og bruke det sammen med blodprøvene som vi allerede tar. Hvis det er grunnlag, følger vi opp med samtale og brosjyre, og kontroll. Men pasientene som har kognitiv svekkelse, er sterkt ruspåvirket, de som må rett på intensiv, og de som ikke kan norsk, der blir ikke kartlegging gjort tidlig.

Noen ting går veldig bra

Vi er gode på delirprofylakse. Vi har mange pasienter, og har sett hvor ille det kan bli. Vi er nok mer liberale med benzodiazepiner enn mange andre. Vår prosedyre for å forebygge delir er god, og vi har praktisert Ciwa-skåring i minst fem år. Det er en nedadgående trend i pasienter som må til intensiv med alkohol-delir, det er mitt klare inntrykk, selv om jeg ikke har absolutte tall.

Vi har noen ting som går veldig bra, og andre der det butter litt imot. For eksempel pasienter på «vippen» som bør få registrert en forhøyet Audit-C som del av

journal. Det blir fort «enda en ting å tenke på», og som kan få lav prioritet. De fleste tenker nok intuitivt på «sliten alkoholiker», men da er det blitt sent i forløpet. Nå er det så få som røyker at det «ledige» kartleggingsrommet kan brukes på alkohol!

Alle verktøyene ble servert, men oppfølging krever hauke-overvåkning

Vi har fått alle verktøyene servert gjennom prosedyrebeskrivelse og læremidler i AlcoTail! Derfor hadde jeg vel egentlig trodd at det skulle være lettere å få ting i flyt. Men én ting er hva som skjer i akuttmottaket, en annen er at oppfølgingen på post omfatter ca. 50 postleger. Alt krever hauke-overvåkning, og én person er ikke nok!

Det kan komme etiske dilemmaer i kommunikasjonen vår til pasienten og deres pårørende. Hvis det er mistanke om hjerneslag, og det viser seg å være høy promille – når kan vi formidle dette til en engstelig nærstående? Eller tilsvarende etter trafikkulykker og skader. Hva kan vi si for å berolige pårørende? Kanskje pasienten ikke er i stand til å gi samtykke der og da.

Det er viktig å opprettholde opplæring og fokus. Det er som trening i andre sammenhenger. Etter hvert blir det ikke noe ekstra å huske på, det er bare en selvsagt rutine.

Brief intervention/kort alkoholintervensjon

Brief intervention er dokumentert som effektiv og tilstrekkelig behandling for pasienter med risikokonsum og skadelig bruk av alkohol.

Denne intervensjonen kan bestå av en nøktern og ikke-fordømmende gjennomgang av kliniske funn og laboratorieresultater. Sykdomsrisiko og prognose bør relateres til alkoholoverforbruk og helsegevinst ved å redusere forbruk.

Man bør spørre pasienten om egen bekymring og om vedkommende har strategier for hvordan alkoholforbruket kan reduseres. Det foreligger en rekke review-artikler på bruk av AUDIT, sammen med en enkel gjennomgang av sykdomsrisiko og pasientens sykdom, som viser god effekt av brief intervention med reduksjon av alkoholforbruk etter seks måneder og i endel artikler etter ett år.



E-læringskurs somatisk helse og alkohol

Pasienter i somatiske avdelinger kan ha et forbruk av alkohol i et omfang som kan ha betydning for den aktuelle tilstanden de skal behandles for. Kurset «Somatisk helse og alkohol» skal gi kjennskap til nyttige verktøy og metoder for å snakke med pasienter om alkohol, samt å ta konsekvenser av kartleggingen i form av samtaler med pasienter, og observasjoner og medikamentelle tiltak for å forebygge og behandle abstinens og delir. Primærmålgruppen for kurset er klinisk personell ved somatiske avdelinger på sykehus, men kursets innhold kan være nyttig for andre målgrupper slik som fastleger og annet helsepersonell.

Kurset består av 6 kapitler og en ressursbank. Kurset kan tas i enkeltdeler, men skal man ta hele kurset, bør man beregne 30-45 minutter.

Se kurset på OUS



Møt pasientene

Ola, 64

Siste halvår har jeg hatt ryggproblemer og kraftige smerter. Jeg venter på operasjon, men dessverre har jeg begynt å drikke mye både for å få sove og for å lindre smerter. Ekteskapet skranter, og jeg er nedfor. Legen min har gitt meg smertestillende, men jeg skulle ønske vi kunne snakke om alkoholen også. Jeg føler at jeg mister kontrollen.

Randi, 24

Jeg har vært i festmiljø og begynte å drikke masse allerede i ungdomsskolen. Jeg drakk i perioder en helflaske sprit daglig før jeg var 20. En dag krabbet jeg rundt hjemme da en venn kom, og han ringte legevakta. Jeg var gul i huden, og leveren var skadet. Heldigvis ble det en inngangsport for å få nødvendig hjelp til rus- og avhengighetsbehandling.

Svein, 39

Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har ligget til overvåkning av hjertet etter å ha svimt av, uten at det var noe feil med hjertet mitt! For mye alkohol sammen med blodtrykksmedisiner viste seg å være medvirkende. Hvorfor kunne ikke legen ha snakket med meg om alkohol da jeg fikk medisinene?

Roar, 75

Jeg var så nervøs før operasjonen min, at jeg drakk en halv flaske vodka natten før for å sove. Jeg hadde sluttet med blodfortynnende midler før operasjonen, og overholdt faste etter midnatt, men ingen hadde spesifikt informert meg om ikke å drikke alkohol.

Tommy Sjøfjell, 51

Jeg føler at jeg tapte syv år av mitt liv med gjentatte innleggelser med skader og sykdom, og ofte med høy promille. Jeg har fått god behandling. Men ingen helsepersonell sa noe til meg om at alkoholen i seg selv var et problem. Det var til og med noen som spøkte med det, ved å si at jeg var kommet på julebordsrommet!

Hanne, 43

Da jeg kom under kreftbehandling, fikk jeg vite at alkoholforbruket mitt gjennom mange år hadde vært for høyt, og kanskje redusert immunforsvaret mitt og medvirket til at jeg fikk kreft. Jeg trodde ikke det var skadelig å drikke et par glass vin til kvelds daglig, og kjente ikke til hvordan alkohol bryter ned helsa over tid!

Hva er en alkoholenhet?

En alkoholenhet tilsvarer:

Ca. 12 gram ren alkohol

Definisjon av en alkoholenhet i Norge (og resten av Norden)



Et glass vin
ca. 12,5 cl



En øl
ca. 0,33 l



Et lite glass sprit
ca. 4 cl

Seks alkoholenheter tilsvarer ca:



Fire halvlitere øl eller cider

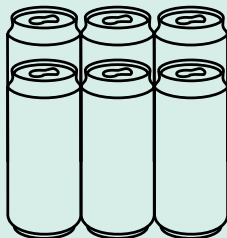


Fire store glass vin



Seks små shots

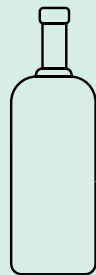
Hvor mange enheter alkohol?



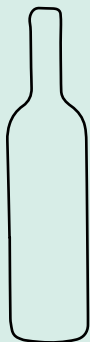
En 6-pack halvlitere med pils*
*3 liter, 4,5 % alkohol
= 9 enheter



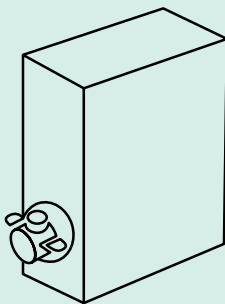
To juleøl*
*33 cl, 7 % alkohol
= 3 enheter



En helflaske sprit*
*70 cl, 40 % alkohol
= 18 enheter



En flaske vin*
*75 cl, 12 % alkohol
= 6 enheter



En kartong vin*
*3 liter, 12 % alkohol
= 24 enheter

Hvordan spørre?

Det burde vært ukomplisert å spørre om alkohol på lik linje med andre relevante opplysninger i utredningen, men for mange oppleves det likevel ubekvent. Det hjelper å ha en åpen og respektfull tilnærming,

og understreke at vi ikke er ute etter å moralisere, men å få best mulig grunnlag for å gi god behandling. Knytt gjerne samtalen til pasientens aktuelle situasjon.

Eksempel på innledninger

Det kan være mange årsaker til dine symptomer, og en av dem er alkohol. Hvordan stiller det seg når det gjelder deg?

Du har forstyrrelser i saltbalansen, og høye leververdier, noe som kan ha sammenheng med alkoholbruk. Tenker du at det kan være relevant?

Vi kartlegger alle våre pasienter for livsstilsfaktorer som kan påvirke helsetilstanden, og neste spørsmål dreier seg om alkoholbruk.

Jeg går ut fra at du noen ganger drikker alkohol, kan du beskrive hvor ofte du drikker?

Kartlegge Audit-C

«Hurtig» screeningtest med tre av de ti spørsmålene i AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Testen inngår i journalopptak/inntaksprosedyre, og

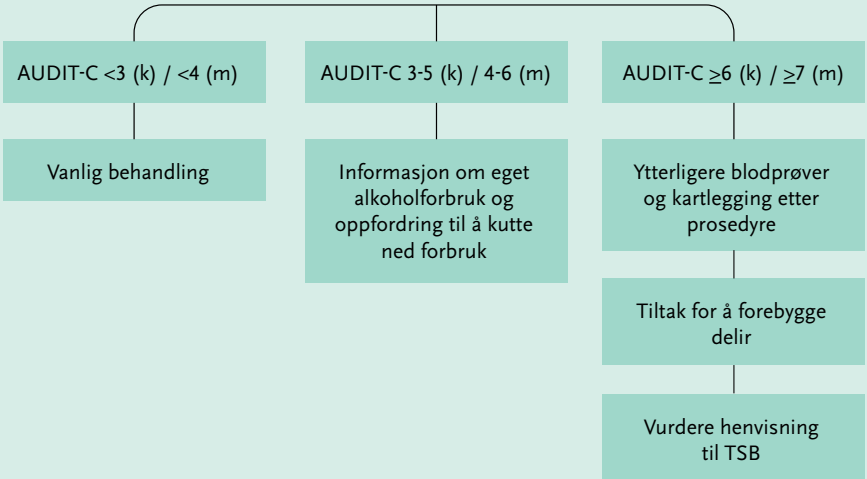
består av tre enkle spørsmål som graderes fra 1 til 4. Poengene summeres. Skåring under 3 for kvinner, og under 4 for menn, medfører ingen videre kartlegging.

Poeng	0	1	2	3	4	Antall poeng
1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	1 gang i mnd.	2-3 ganger i mnd.	2-3 ganger pr. uke	4 ganger eller mer pr. uke	
2. Hvor mye drikker du pr. episode?	1-2 AE	3-4 AE	5-6 AE	7-9 AE	>10 AE	
3. Hvor ofte drikker du 6 enheter eller mer?	Aldri	1 gang i mnd.	2-4 ganger i mnd.	2-3 ganger pr. uke	4 eller mer pr. uke	
Total poengsum						

Konsekvenser av Audit-C

Ut fra svarene i Audit-C vurderer klinikerer om det bør iverksettes ytterligere tiltak. For pasienter over 65 år anbefales det å legge skåringsnivå som for kvinner.

Oversikten i flytskjemaet gir en indikasjon på elementer som bør tas i betraktning ved forskjellige skåringsnivåer. Detaljer finner du i fagprosedyren for å forebygge alkoholdelir (se s 15).

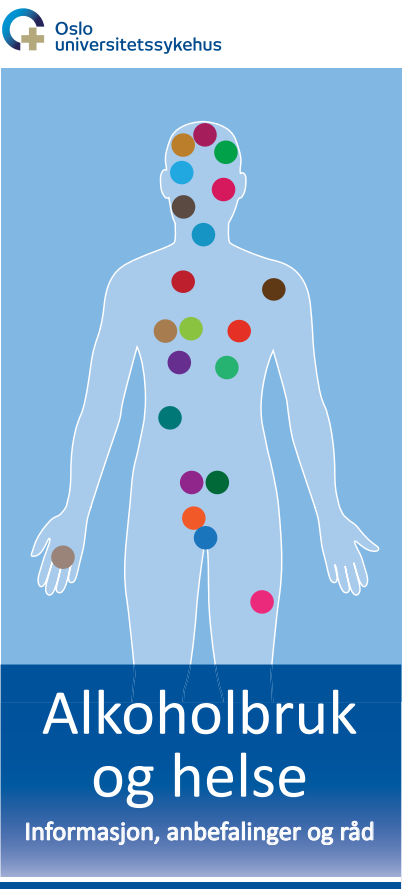


Informasjon til pasienter

- Pasienter trenger relevant informasjon om alkohol relatert til deres helse, og spesifikt til aktuell sykdom og situasjon.
- Bruker pasienten legemidler der alkohol kan forsterke eller svekke effekten? Skal du gi beroligende medisiner, smertestillende og sovemedisiner? Gjør spesielt oppmerksom på denne sammenhengen.
- Høyt alkoholkonsum over tid er ikke ensbetydende med alkoholavhengighet.
- For pasienten er det potensielt stor helsegevinst ved å redusere alkoholforbruket både på kort og lang sikt.
- Råd for å redusere alkoholforbruket er beskrevet i brosjyre som kan deles ut.
- Det finnes god hjelp, både gjennom helsevesen og brukerorganisasjoner.



Se brosjyren på OUS sine sider



Oslo universitetssykehus

Alkoholbruk og helse

Informasjon, anbefalinger og råd



Råd for å redusere alkoholforbruket:

Ikke drikk alkohol for å slukke tørsten.

Unngå å drikke deg beruset.

Spis, så du ikke drikker på tom mage.

Begrens alkoholinntaket ved å drikke vann ved siden av, og bytte til drikkevarer med lavere alkoholinhold.

Tenk over situasjoner der du er sårbar for å drikke mye, og unngå dem.

Ikke belønn deg eller trøst deg med alkohol.

Ha «hvite dager» eller uker der du ikke drikker alkohol.

Hva forteller alkoholmarkøren PEth?

Alkohol (etanol) fjernes relativt raskt fra kroppen, og kan sjelden påvises særlig lenger enn 12 timer etter inntak. Hvis en ønsker å påvise alkoholinntak som ligger lenger tilbake i tid, eller finne ut hvor mye alkohol en person har konsumert over et lengre tidsrom, er det nødvendig å måle alkoholmarkører. Fosfatidyletanol (PEth) er en sensitiv og spesifikk markør for alkoholbruk over tid. PEth dannes blant annet i cellemembraner i røde blodceller og måles derfor i fullblod. PEth har langt påvisningsvindu, og gir en indikasjon på det totale alkoholinntaket i flere uker (2–4) før prøvetaking.

Konsentrasjoner

Konsentrasjoner under 0,03 $\mu\text{mol/L}$ regnes som forenlige med avhold fra alkohol, eller bare lavt/sporadisk inntak.

Konsentrasjoner mellom 0,03 og 0,30 $\mu\text{mol/L}$ regnes som forenlig med moderat og ikke nødvendigvis skadelig alkoholforbruk, men den angitte grenseverdien er ikke absolutt. I medisinske sammenhenger der det er viktig å ha en sensitiv test som kan oppdage helseskadelig alkoholkonsum, kan verdier over 0,1 $\mu\text{mol/L}$ gi grunn til å gjennomføre en detaljert alkoholanamnese, eventuelt tettere oppfølging av pasienter under behandling eller kontroll.

Konsentrasjoner over 0,30 $\mu\text{mol/L}$ representerer vanligvis mer omfattende, regelmessig og skadelig alkoholforbruk.

Studier viser at det er sammenheng mellom mengde alkoholinntak og PEth-konsentrasjoner, men det er likevel ikke mulig å fastslå eksakt inntaksmengde eller inntaksmønster basert på en gitt PEth-konsentrasjon. PEth-analyse bør derfor ses i sammenheng med annen informasjon om prøvegiverens alkoholvaner. PEth kan ikke brukes til å skille mellom ulike inntaksmønstre, f.eks. jevnt moderat inntak eller sjeldnere, store inntak. Det er ikke mulig å gi et eksakt anslag på alkoholforbruk i antall alkoholenheter ut fra en PEth-verdi.

Indikasjon

Medisinsk indikasjon: utredning av mulig overforbruk av alkohol, eller som ledd i utredning av sykdommer og tilstander som kan være sekundære til overforbruk av alkohol.

Kontrollformål

Kontroll og dokumentasjon på at prøvegiveren holder seg innenfor avhold eller et lavt eller moderat forbruk av alkohol. Ved alkoholavhold forventes PEth-konsentrasjonen å synke fra prøve til prøve ved gjentatt prøvetaking. Etter avsluttet drikking vil PEth-verdien vanligvis halveres ca. hver 6. dag, men den individuelle variasjonen i halveringstid er stor, og opp mot 10–12 dager er observert i enkelte tilfeller. Hos personer med høy utgangsverdi og lang halveringstid kan det gå flere uker fra avsluttet drikking til PEth er helt ute av blodet.

Mulige feilkilder

Hvis prøvegiveren har etanol i blodet på prøvetidspunktet, kan PEth dannes i prøveglasset etter prøvetaking og verdien bli falskt forhøyet. Derfor bør man vente med prøvetaking dersom man mistenker at prøvegiver er påvirket av etanol. For å utelukke denne feilkilden kan man måle etanol i prøven.

Det er også en teoretisk mulighet for at det kan dannes PEth i prøveglasset etter prøvetaking hvis prøven «forenses» med etanol ved prøvetaking. Det er derfor viktig å ha en prøvetakingsprosedyre som ivaretar dette (helst bruke desinfeksjon uten etanol, eller passe på at innstikkstedet er helt tørt før venepunksjon).

Kjønn, alder, kroppsmasseindeks eller sykdom er ikke sikkert kjent å påvirke nivået av PEth. Personer med nedsatt leverfunksjon kan muligens ha noe forlenget påvisningstid etter avsluttet drikking grunnet saktere nedbrytning av etanol, men denne sammenhengen er ikke fullstendig kjent. Om en har spørsmål om mulige feilkilder ved PEth-analyse, eller spørsmål om PEth eller andre alkoholmarkører, bør en ta kontakt med laboratoriet som har utført analysen.

KILDER

PEth (fosfatidyletanol) – en nyttig alkoholmarkør i blod – St. Olavs hospital HF (stolav.no)

Hvordan avdekker vi overforbruk av alkohol? (wordpress.com)



Tips til epikrise og journal

Mange pasienter er selv bekymret for sitt alkoholkonsum, mens andre er uvitende om hva som regnes som risikofylt bruk av alkohol. Med bakgrunn i at pasienten har blitt skåret inn med en mulig helserisiko i AUDIT-C i sammenheng med sykehusbehandling, bør man utforske hva pasienten selv vet og tenker om dette, og tilby informasjon.

Det er viktig at samtalen og funnet blir journalført, også når det ikke er grunnlag for å sette en alkoholrelatert diagnose. Det vil gi mulighet for å ta opp temaet igjen, for eksempel hos fastlegen som får

epikrise. Det bør også dokumenteres hva pasienten selv sier og ønsker. Det kan lages standardfraser til journal. For eksempel:

I løpet av oppholdet er det tatt opp med pasienten at alkoholbruk kan ha sammenheng med helse-tilstanden, og mulige helsegevinster ved å redusere forbruket. Pasienten er oppfordret til å ta kontakt med sin fastlege for videre oppfølging.

Lang erfaring med ruskonsulenter i medisinsk klinikk

«Ruskonsulentene» har lang fartstid på Stavanger Universitetssjukehus (SUS). Dagens veletablerte og formaliserte samarbeid mellom somatikken og TSB har røtter tilbake til rusreformen i 2004. Den ene av to ruskonsulenter i dag, Birgitte Nathalie Idsøe, vektlegger verdien av kontinuitet og lokalkunnskap.

Arbeidet gjøres på dagtid på hverdager i medisinsk klinikk, men formelt er de ansatt i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA). Vi er en «TSB-satellitt» inn i somatikken for å øke oppmerksomheten rundt rusmiddelbruk, kartlegging og tidlig intervensjon!

Første samtale om alkoholbruk

Endel pasienter har aldri før hatt en samtale om alkoholbruk med helsepersonell. Men så kommer helseplagene, for eksempel med alderen når de ikke tåler det samme som før. Foranledningen til at de kommer på sykehuset kan være kramper, fall, forvirring, eller en blanding av forskjellige ting. Klinisk personell finner for eksempel prøvesvar med saltmangel og promille, vurderer da at pasienten kan ha nytte av en samtale om helse og alkohol, og henviser til ruskonsulent. Har de hjerteflimmer, høyt blodtrykk, leverpåvirkning eller diabetes, vil det være lett å gjøre alkoholbruk relevant i denne sammenhengen. Hva har pasienten som mål for egen helse? Folk flest vil ha best mulig helse, og hvis justeringer i alkoholbruken kan inngå i det, er det nødvendig informasjon.

Det er viktig å fremsnakke at anamnesen skal inneholde spørsmål om alkohol i somatikken, og hvis det mangler kunnskap eller ferdigheter hos personell, må vi jobbe med det. Noen steder ligger pasienter på flersengsrom, og det krever at man kan ta hensyn til private forhold. Hvordan spør man, og hvordan går man frem for å gjennomføre en respektfull samtale? Hadde pasienten 4 i promille og var fortsatt oppegående, og innlagt på medisin? Da er det helt innfor å få en samtale med ruskonsulent som en del av utredningen. Det er ikke veldig spesielt, da er rusmedisinske problemstillinger en del av indremedisin.

Det krever mye av helsepersonell å se dette når det ikke er klare kliniske tegn. Alkoholen kan jo være en av bitene i et større puslespill. Er det uspesifiserte smerter, anemi eller kramper? Bare ordet uspesifisert kommer frem, bør man tenke alkohol! Andre varsler bortsett fra kliniske tegn kan være tidligere gastric bypass, eller hus i Spania.

Rustilsyn sidestilt med andre tilsyn

Det er mange former for tilsyn i sykehuset: nevrologisk tilsyn, gastrotilsyn, det kan være sårsykepleier, eller diabetessykepleier. Rustilsyn i SUS er likestilt med andre tilsyn. Det er fint å ha stabile sykepleiere i liaisontjenesten. Det kan ikke være en stilling med personer som byttes ut hele tiden. Metoden vi har her i Stavanger fungerer bra. Pasienten har jo en behandlende lege, og vi kan også konferere direkte med rusmedisin 24/7.

Ruskonsulenten forbereder seg via journal i forkant for å tilpasse samtalen individuelt etter akkurat den pasientens medisinske og sosiale behov. Første samtale tas på sykehuset. Noen trenger videre henvisning til TSB, men dersom pasienten vegrer seg, kan man avtale en ny samtale etter en mnd., og evaluere tiltakene man allerede har satt i gang. Det kan være å ikke drikke rett før leggetid for å unngå fall, eller bytte ut konjakken med rødvin. Målet er kanskje å redusere endel og få bedre kontroll.

Ikke egen rusjournal

Ved SUS brukes ikke AUDIT-C systematisk som screeningmetode, men baserer seg på helsepersonellens kliniske skjønn og faglige kunnskap om alkohol

er relevant – «pragmatisk case finding». Det hender også at noen pasienter har oppgitt lavt forbruk, men ved innleggelse på hjerteavdelingen eller gastromedisin viser det seg likevel å være ganske omfattende. Så det er ikke sikkert at mottaket er den beste plassen å gjøre denne type kartlegging.

Oppfølgingen i form av samtaler med ruskonsulent utløser ikke en TSB-journal. Det er det mange pasienter som setter pris på. Kontakten med ruskonsulenten knyttes til pasientens pågående utredning og behandling. Har de vært på gastrokirurgen, for eksempel, så vil også ruskonsultasjonene registreres der. Det er maks tre samtaler på samme henvisning. Det er ikke uvanlig at pasienten gjerne vil fortsette med samtaler og nye timer, men da må de henvises til TSB. Sykehuset har også fått egen akutt TSB-post med syv senger.

Tverrfaglig kunnskapsutveksling

I mars 2022 åpnet «TOBA», en tverrfaglig observasjons- og behandlingsavdeling med seks senger. Her ligger pasienter med sammensatt problematikk, innenfor minst to av fagområdene somatikk, rus og psykiatri. Det er opprettet et team med ruskonsulent, sosionom og leger fra psykiatri og indremedisin,



Dimitri Koutsomytis

som drøfter og avklarer pasienten i fellesskap. Det er masse kompetanse fysisk til stede i ett og samme rom, og det gled rett fra prøveperiode over til rutine fordi det fungerte så bra. Gjennom TOBA blir andelen pasienter med «opplagte» ruslidelser mer fremtredende, ettersom ruskonsulenten bruker daglig arbeidstid der. Tidligere gjaldt ca. 45% av tilsynsforespørslene primærmålgruppen, som er pasienter uten tidligere rushistorikk i sykehuset. Men til tross for at det aldri har vært så mange henvendelser som nå, har andelen nye sunket til ca. 35%.

Derfor må det jobbes mer for å opprettholde søkelys på det større pasientgrunnlaget som bør få den viktige russamtalen. Primærgruppen er ikke lett synlig, kanskje fortsatt i jobb og har familieliv, men med stor fare for funksjonsfall.

Alkohol dominerer også blant de unge som blir henvist, men de bruker gjerne andre rusmidler i tillegg. Unge under 18 blir alltid tilbudt samtale, unntatt hvis BUP eller barnevern følger dette opp. Endel unge tror de er blitt dopa med noe annet, men det er bare alkohol i testene. Det er «den gode gamle alkoholintoxen» med 3–4 i promille. Det trengs mer folkeopplysning om faren med alkoholen i seg selv.

En etterspurt tjeneste

Det er store kommunale forskjeller i tjenestetilbudene i kommunene som sogner til SUS, og ruskonsulentene i SUS har god oversikt over dette.

Det er mye fastlegene skal følge opp, men mange har god kompetanse. Det er ikke sånn at alkohol eller annen rusbruk skal gjøres til noe kjempespesielt. Ruskonsulentens notat dokumenterer kartleggingen og historikken, pasientens tanker, og hva som er målet. Det kan brukes videre, også i en eventuell henvisning til andre. Hele tiden er fokus på at det er relevant for pasientens konkrete tilstand.

Ruskonsulentenes service er etterspurt, og når de har vært på ferie, kurs eller er borte, er det alltid tilbakemeldinger om hvor savnet de er. Sånn er det etter over 15 års etablert tjeneste! Kanskje behovet tilsier at de medisinske avdelingene bør ha sin egen ekspertise på dette feltet? Det er i alle fall moro å jobbe med endringsarbeid, avslutter en engasjert ruskonsulent.

Ruskonsulentordningens målgruppe

Pasienter innlagt på somatiske sengeposter med risikofylt eller skadelig bruk av alkohol eller andre rusmidler.

Kategorisering av målgrupper

I et sykehus vil det komme inn pasienter med ulikt omfang av rusmiddelbruk, og pasientgruppen er på ingen måte enhetlig, noe som gjør at vi må intervenere ulikt overfor ulike pasientgrupper og individer. Vi har delt målgruppen inn i primærmålgruppe og sekundærmålgruppe.

Primærmålgruppe:

1. Pasienter med risikofylt eller skadelig bruk av alkohol som gir utslag i somatiske symptomer eller sykdom som fører til sykehusinnleggelse. Det kan være pasienter som drikker for mange alkoholenheter (AE) på en dag eller pasienter som har et jevnlig overforbruk som de ikke tidligere har søkt hjelp for. Det er ingen øvre eller nedre aldersgrense.
2. Pasienter som bruker illegale rusmidler der bruken ikke er kjent fra før.
3. Alle under 18 år som blir innlagt for intoksikasjon eller annen rusrelatert skade/tilstand.

Sekundærmålgruppe

Pasienter som har en ruslidelse som er kjent for spesialisthelsetjenesten og/eller kommunen

1. Tilbakefall etter lengre periode med rusfrihet.
2. Intoksikasjon med alkohol og medikamenter.
3. Illegalt bruk av rusmidler, ulik grad av rusbruk og alvorlighet.
4. Pasienter med legemiddelavhengighet (A- og B-preparater).



Et fagtungt liaisonteam åpner dørene til TSB

Liaison TSB representerer TSB på Kalnes, og består av to faste personer: en lege og en psykolog. Det er et faglig sterkt team som skal være en døråpner til TSB fra somatikken og psykiatrien. TSB har to døgnsesjoner i Moss for avrusning og utredning/stabilisering. I tillegg er det fem poliklinikker fordelt på byene i Østfold.

Det har vært en stadig økning i tilsynsforespørsler, så hvis det fortsetter sånn, har vi virkelig truffet en nerve! Den som forteller dette, er Erik Sukkehagen, prosjektleder for et større prosjekt med navn samhandling for TSB, somatikk, psykisk helsevern og primærhelsetjenesten.

For å sikre gode vurderinger til akutt TSB ble det først gjennomført en fem-ukers pilotperiode i 2022. Fire ting skulle testes ut: nasjonalt pasientforløp overdose, nasjonal alkoholstrategi, stedlig vurderingsteam og hvordan avdelingene (døgn- og poliklinikk) var rigget for en potensiell økning av akutt-TSB-pasienter.

Mange positive tilbakemeldinger

Prøveperioden avdekket både behov og nytte. Den påfølgende opprettelsen av teamet har vært en suksess, sier en fornøyd prosjektleder. – Jeg er jo subjektiv, men vi får mange positive tilbakemeldinger. Nå fanger vi opp pasienter som tidligere bare ble skrevet ut, og som ikke fikk profesjonell oppfølging for sin rusproblematikk. Det er mange nye pasienter, og vi ser også endel gjengangere.

TSB liaison er samlokalisert med psykiatrisk liaison på Kalnes. Dette sikrer i stor grad kompetanse-

overføring og opplæring mellom fagområdene TSB, psykisk helsevern og somatikk. En god del av henvendelsene til liaison TSB kommer fra somatisk akuttmottak, samt somatiske sengeposter. Liaison TSB jobber altså subakutt og overfører pasientene til behandlingstiltak i TSB. Dette representerer en kvalitetsøkning av akutt-TSB i sykehuset. Den daglige samhandlingen mellom fagområdene vurderes å være faglig stimulerende, og medarbeiderne våre er fornøyd. På bakgrunn av erfaringene til nå vil dette trolig etableres som et permanent team på Kalnes, og vi vurderer en styrking av teamet.

Ved behov overføres pasientene til seksjon for avrusning. Gjennom prosjektet kommer vi i kontakt med pasienter som i større grad har somatiske komplikasjoner. TSB som fagområde må utvikles for å ivareta disse pasientene bedre enn i dag. Dette er en spennende utfordring for vårt fagfelt. Pr. i dag kan ikke seksjon for avrusning håndtere intravenøs behandling, og laboratorietjenesten er kun tilgjengelig på dagtid.

Elektive pasienter er dårligere

Seksjon for avrusning vurderer at en god del elektive pasienter fremstår som dårligere enn de som kommer fra Kalnes. De elektive venter ute med

varierende grad av oppfølging, mens de som har vært inne i somatikk og PHV, har vært stabilisert over flere dager. Omtrent halvparten av pasientene som er henvist liaison TSB, overføres til seksjon for avrusning for videre døgntil behandling. Vi forsøker å sikre at alle pasienter vurdert av liaison TSB skal få tilbud om poliklinisk oppfølging. Forventningen om døgntil behandling tilgjengelig TSB-lege klarer vi ennå ikke å levere fullstendig på, men har lege tilgjengelig for konferering frem til 2200 alle dager.

Etterspørsel etter undervisning

Etter at tilbudet vårt har blitt bedre kjent på sykehuset, har vi fått stadig flere henvendelser. Vi overfører TSB-kompetanse via internundervisning på avdelingene. Det er veldig populært. Teamet informerer om hva de gjør og hvordan. De tar opp spesifikke temaer om hvem TSB-pasientene er, hvordan møte dem, og hva som gjøres i abstinensbehandling. For eksempel om abstinensvurderinger, medikamentbruk og doseringer.

Vi får stadig flere pasienter til vurdering, og det er mulig vi må utvide liaison TSB-teamet. En del av oppgaven er å bistå somatikken med kartlegging av rus- og avhengighetsproblematikk. Dette er en av forventningene i nasjonal alkoholstrategi og en oppgave for liaisontjenesten som går utover akutt-TSB. Vi ser at de fleste pasientene som henvises liaison TSB kommer fra gastromedisin.

Ingen magiske spørsmål

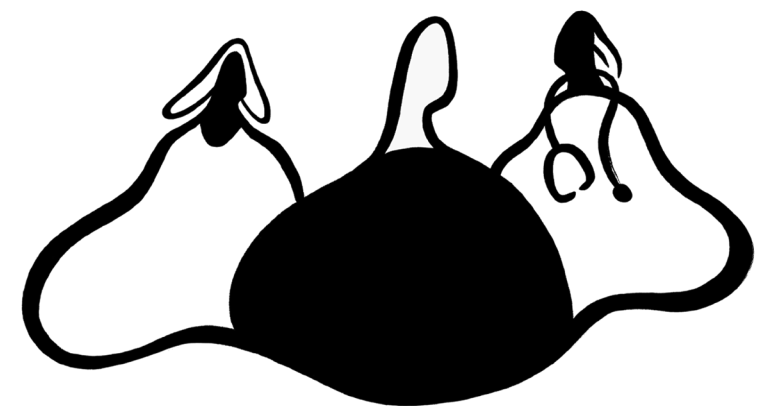
Det er ganske store forventninger til våre møter med pasientene. – Nå kommer TSB, så da skal pasienten slutte å drikke! Men vi har ingen magiske spørsmål, ei heller løsninger – men vi kan forstå problemet og omfanget, samt hvilke hjelpetiltak som kan være hensiktsmessig.

Veiledning av barne- og ungdomspsykiatrien i enkeltsaker, og undervisning, er med på å øke helt nødvendig kompetanse som beskrives i nasjonal alkoholstrategi (2021–2025). I dag kontakter ungdomspsykiatrisk døgnsesjon liaison TSB ved behov for bistand ved tilsyn på barneavdelinger. Samarbeidet mellom liaison TSB og barne- og ungdomspsykiatrien er i en tidlig fase, men til en viss grad formalisert etter revidering av prosedyren for liaison TSB.

Alkohol er hovedrusmiddel, men det er mye blandingsmisbruk. Vi har potensial for et bredere forebyggingsperspektiv.

På spørsmål om hva andre kan ha nytte av å lære av prosessen i Østfold, oppsummerer Erik Sukkehagen følgende suksesskriterier:

- forankring i ledergruppen; hele organisasjonen må forstå hva sykehuset under ett skal håndtere
- tydelig avklaring om hvilke oppgaver teamet skal utføre
- enighet om hvordan vurdere kriterier for akutt TSB
- retningslinjer og organisering må være på plass før man åpner sykehusdøren
- informasjonsskriv til ulike seksjoner med kort beskrivelse av teamet og oppgaver
- utarbeide undervisningsopplegg for kompetanseoverføring.



Gjensidig nytte av tilsynsordning i pasientforløp alkohol

Det er en engasjert Katarina Krokeborg som viser trender og tall i pasientbelegget på en innholdsrik oversiktsvegg på kontoret. Katarina er avdelingssjef i ARA, Sykehuset i Vestfold HF, og hennes avdeling er lokalisert på Skjerve på Nøtterøy. Hovedsykehuset med somatiske og psykiatriske avdelinger i Tønsberg sentrum er ca. 10 km unna.

Pasientforløp alkohol er tatt på alvor siden den spede begynnelse i 2015. Det har hatt god ledelsesforankring, og startet med en sped konsultasjons- og tilsynsordning. Det var TSB-enheten som stilte med personell til å gjennomføre rustilsyn i somatikken, og det ble opprettet et dagtids tilgjengelig nummer de somatiske avdelingene kunne ringe. Dette ble en godt etablert rutine, formalisert i en egen prosedyre som beskriver samhandlingen. De har informasjonsbrosjyre og «visittkort» til den som vurderer å endre alkoholvanene sine. Våren 2023 er pasientforløp alkohol endret, og Audit-C er tatt inn som kartleggingsverktøy i somatikken.

Temaet har fått økende oppmerksomhet, og TSB blir gradvis mer kjent internt i sykehuset. Det er gjensidig tilfredshet med tilsynsordningen, og det er etablert halvårlige samarbeidsmøter mellom ARA, nyreposten og akuttavdelingen. Nyreposten er den som får pasienter som har hatt overdoser og som trenger somatisk behandling som følge av det.

Hvilken betydning har den fysiske avstanden mellom somatiske avdelinger og ARA for samhandlingen?

Fysisk avstand har stor betydning i våre pasientforløp. Vi har blodprøvetaking bare faste dager, og pasienter som kommer utenom disse besøkene, må følges til sykehuset i Tønsberg for å ta prøver. Den praktiske løsningen med vår fysiske beliggenhet er nok at pasientene må være på somatisk avdeling i sykehuset til den akutte tilstanden er håndtert. Vi har ikke noe stansteam å tilkalle, og en ambulanse som skal hit, må kjøre fra Tønsberg.

Det hadde vært ønskelig med noen akuttsenger til TSB-pasienter i sykehuset, men kompetansen på rus og psykiatri må heller styrkes der. Psykiatribygget er i hovedsykehuset, og der burde vi også vært. Vi har jo endel pasienter hos oss som trenger god somatisk oppfølging mens de er i rusbehandlingsforløp. Det kan være dialyse, eller kreftbehandling for eksempel. De som trenger intravenøs behandling, kan ikke vi romme hos oss. Men selvsagt kan vi fortsette en antibiotikabehandling i tablettform. Vi har sårbare legeressurser, og i praksis har vi mottak av nye pasi-



enter mellom 0800 og 1330 på hverdager. Vi vurderte å utvide til kl. 17, og lege til stede til kl. 20, men det ble raskt klart at sårbarheten ble større enn gevinsten. Vi økte i stedet legetilstedeværelsen på dagtid for å følge opp alle behovene hos pasienter som er her. Våre pasienter er sykere enn før.

Alkoholpasientene er den pasientgruppen som har dårligst helse. For dem som injiserer rusmidler er det mange virksomme tiltak, og stor oppmerksomhet. Men hos pasientene med stort alkoholforbruk har vi en eldrebølge 20 år på forskudd! Vi ser det innen nevrologi, demens, hormonforstyrrelser, hjerte/kar – organismen har mistet 20 friske år på grunn av alkoholinntaket. TSB møter pasientene altfor sent!

For å oppnå suksess skisserer Krokeborg tre viktige forutsetninger:

1. Ledelsesforankring, både i TSB og i somatikken. Ha kvalitetsutvalg og fagsjef med på laget.
2. Rustilsyn, ett nummer og én person, som har kapasitet til å rykke ut raskt.
3. TSB er rigget for å ta imot både i døgn- og poliklinikk, med time i hånden før avreise fra somatisk avdeling. Det må være videreføring av funn i epikrisen for oppfølging i førstelinjetjenesten.

Internettbehandling for alkohol

Mennesker med et problematisk forhold til alkohol oppsøker sjelden spesialisthelsetjenesten for alkoholproblemet. Hvis de gjør det, kan det være sent i forløpet, slik at problemet har blitt stort og ødeleggende for egen helse, sosiale relasjoner eller jobb.

Internettbasert veiledet selvhjelp er et tilbud til personer med et moderat overforbruk, som ønsker å redusere inntak av alkohol.

Sykehuset i Vestfold (SiV) har utviklet et selvhjelpskurs for «deg som bekymrer deg over eget alkoholforbruk». Pasientene arbeider på egen hånd med et digitalt program over 8–10 uker, og får ukentlig støtte og veiledning fra en terapeut.

Psykolog og tidligere fagsjef Arne Repål ved Klinikkk psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold HF, har stått i spissen for utviklingen av tilbudet, som ble tilgjengelig via en pilotstudie i 2020. SiV tar inn pasienter fra hele landet.

Trenger ikke henvisning

Programmet er åpent tilgjengelig fra nettsiden til SiV uten henvisning, og via denne kan pasienten ta en selvtest. Dersom testen viser drikking på et helse skadelig nivå, blir man anbefalt å henvende seg til eMestring. Basert på samtale og videre test blir pasienten koplet til en terapeut i avdelingen, og får innlogging til programmet. Dersom pasienten har svært høyt forbruk og skadelig drikkemønster, anbefales det heller henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling i TSB. Som for andre pasienter blir det opprettet journal.

Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA) gjør rusfaglige kartlegginger av pasienter på somatiske avdelinger. Når de finner at pasientens alkoholbruk kan ha betydning for helsa, men ikke i seg selv gir en alkoholbruksdiagnose, kan de også anbefale eMestring som en del av oppfølgingen.

Tilgjengelig på fritid

Emestringspasientene mottar mange av de samme tiltakene som i et ordinært behandlingstilbud. Hovedforskjellen er at opplegget er mer strukturert og at pasienten selv bestemmer når hen vil jobbe med programmet. Pasientene i piloten fortalte at grunnen til at de søkte eMestring, var at de kunne motta behandling uten å be om fri fra jobb for å møte opp til samtaler.

– Noen deltakere sier at de frykter å bli sett på en ruspoliklinikk eller et DPS, forteller Repål. – Andre vektlegger at de kan jobbe med programmet når det passer dem selv og ut fra målene de setter for seg selv – enten det er å slutte helt eller redusere alkoholbruken. I 2021 gjennomførte Seksjon for rusmiddel-forskning ved Haukland universitetssykehus en pilotstudie basert på skriftlige spørreskjema og intervjuer med 32 deltakere i eMestring. Intervjuer viste at de fleste nådde målsettingen de hadde satt seg for å endre drikkemønsteret sitt.

Pasient- og behandlerkontakt

På SiV arbeider to behandlere med eMestringspasienter. Disse er rekruttert blant terapeuter som jobber klinisk med oppmøte-pasienter, men har tilleggsutdanning i selve eMestringsmetoden. Kunnskap om motiverende intervju og kognitiv terapi har også vist seg verdifullt i jobben som e-terapeut. eMestringsbehandlerne møter pasienten gjennom skriftlig kommunikasjon, i programmet. Pasienten kontaktes, for eksempel via SMS, hvis det oppstår lengre, ugrunnede pauser i anbefalt progresjon, som er om lag én modul i uka. Noen ganger kan det også være aktuelt med en telefonsamtale.

I undersøkelsen av piloten formidlet noen deltakere at de ønsket mer kontakt med terapeutene. Andre understreket at de ikke forventet bred kontakt med terapeuten, og var klar over at tilbudet om terapeutstøtte var sekundært til selvhjelp-modulene.

Mer fleksibilitet

Repål håper verktøyet kan bidra til å sette søkelys på alkohol i somatikk og psykisk helsevern. – Siden det nå finnes et egnet verktøy som kan hjelpe dem med moderate ruslidelser, kan det forhåpentligvis dempe helsepersonellens berøringsangst når det gjelder alkohol. Mange pasienter kan spares for komplikasjoner og forverring av tilstandene de innlegges for, dersom de reduserer alkoholbruket sitt.

– Gjennom pandemien har mange opplevd at digitale møter kan være fullgode alternativ til de som skjer ansikt-til-ansikt. Nordmenn har gode teknologiske ferdigheter, noe som gjør oss egnet til å være foregangsland. Likevel passer ikke tekstbaserte programmer for alle. Mennesker med konsentrasjonsproblemer, språkvansker eller lesevansker trenger direkte kontakt med behandler, understreker han.

Under utvikling

Arne Repål forteller at de ønsker å bedre pedagogikken, og videreutvikle tilbudet på bakgrunn av tilbakemeldinger.

– Vi planlegger å veksle mellom mer boklige og billedlige fremstillingsformer, og skape større interaktivitet ved bruk av spillteknologi. Pasienten kan dermed veksle mellom rekkefølgen av moduler, og kanskje hoppe over noen steg. Vi kan også øke antall

moduler, med noen faste og noen variable som velges avhengig av samtalen og situasjonen.

Effektivt og samfunnsnyttig

For at programansvarlige skal kunne analysere effekten av behandlingen, er det opprettet et kvalitetsregister. Arne Repål mener at det allerede er tilstrekkelig kunnskap til å videreføre eMestring: – Selv om vi ikke vet nok om hvem det er mest nyttig for, vet vi at det er nyttig. – Programmet er effektivt og samfunnsnyttig. Ved at e-terapeuten kan behandle mange pasienter pr. dag, kan vi redusere ventetidene i TSB. Og hvis noen begynner, men ikke fullfører, vil de likevel kunne ha utbytte fra programmet, og trenger ikke å begynne «fra scratch» neste gang de trenger hjelp og behandling.

Bakgrunn for prosjektet

eMestring Alkohol er veiledet internettbehandling som skal gi personer med et forhøyet alkoholforbruk støtte til å endre på drikkemønsteret.

Alkoholprogrammet til SiV er utviklet ved hjelp av innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst. Forskningsenheten ved Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen har stått ansvarlig for pilotstudien.

KILDER

Lunde, Linn-Heidi et al. (2022): Experiences of a therapist-guided internet-delivered intervention for hazardous and harmful drinking. A qualitative study», Internet Interventions 28, 2022



Alkoholkartlegging på fastlegekontoret

Helsemyndighetene anbefaler regelmessig kartlegging for risikofylt eller skadelig alkoholforbruk, med formål om å redusere de helseskadelige følgene for individer og befolkningen.

Dette følges opp i varierende grad i helsetjenesten. Dette skyldes både for lite oppmerksomhet om alkohol som mulig medvirkende faktor, og at den anbefalte strategien med regelmessig kartlegging er lite egnet, både pga. ressursbruken og fordi regelmessig kartlegging kan føre til mindre rom for pasientens agenda. Men fastlegekontoret fyller en viktig rolle, og da trengs et våkent blikk, og vilje til å være åpen for at alkoholbruk kan være en faktor som spiller en rolle for helsetilstanden pasienten er i.

Torgeir Gilje Lid, ph.d. og spesialist i allmennmedisin, anbefaler en tilnærming for fastleger som kalles «pragmatic case finding». Det er en kombinasjon av case finding og målrettet screening. Samtalen om alkoholvaner bør tas med pasienten «når det er klinisk relevant, eller når det er relevant av andre grunner». Alkohol kan bidra til helseproblemer på mange ulike måter, både som utløsende eller kompliserende faktor, og som årsak. Noen ganger er alkoholproblemet den underliggende årsaken til andre problemer, mens andre ganger er det nettopp alle de andre faktorene som gjør at alkohol blir et problem, stein til byrden, på en måte.

Vanskelig fase i livet?

Gilje Lid fremholder at alkohol er noe som mennesker i varierende grad har sårbarhet for. For eksempel, i en fase hvor noen har det vanskelig i livet og sover

dårlig og kanskje har hatt noen sykmeldinger, da bør legen også snakke om alkohol. Alkohol trenger ikke være årsaken, men i slike livsfaser har en i hvert fall økt sårbarhet for alkohol. Noen har kanskje erfart at når livet er vanskelig, så tåler de dårligere alkohol også, mens andre kan oppleve lindringen der og da som alkohol kan gi som viktigere enn ulemper etterpå. Dette er ting som en kanskje ikke er bevisst på, men hvor en åpen, ikke-dømmende samtale om alkohol kan bidra til å oppklare. Og selv om det for den konkrete pasienten ikke var en aktuell problemstilling, vil det å snakke om alkohol på en god måte i en slik sammenheng også formidle kunnskap om at alkohol kan være relevant på denne måten. Vi bør snakke om alkohol i mange sammenhenger for å avklare om det kan være relevant for denne aktuelle pasienten, ikke primært for å lete etter misbruk eller avhengighet.

Frykt for førerkortet

En barriere for å snakke om alkohol kan være frykt for at førerkortet skal stå i fare. For pasienten handler det om frykt for at fastlegen skal «ta førerkortet». For fastlegen handler det om frykt for å komme i en situasjon med tvil om helsekrav til førerkort er oppfylt. Dette kan både være vanskelig å avklare, og vanskelig å håndtere hvis det er slik. Vurderingene innebærer bruk av skjønn, det er ingen entydig sammenheng mellom alkoholenheter eller blodprøvesvar og helse-

krav til førerkort. Som for andre tilstander skal det foreligge en helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsfare. Dette er en utfordring både i spesialisthelsetjenesten og for fastlegene. Det er viktig å være bevisst på om det er en pasient hvor det er usikkerhet om helsekrav er oppfylt (diagnostisk avklaring), eller om det er en pasient hvor det er avklart at helsekrav ikke er oppfylt (behandling/oppfølging). Det er den første situasjonen (diagnostisk avklaring) som er mest krevende. Førerkortveileder gir noe råd for diagnostisk avklaring, og inneholder klare bestemmelser for håndtering når helsekrav for førerkort ikke er oppfylt.

Bevisstgjøring med «legebriller»

Fastlegen bør bruke pasientens grunn til konsultasjon som startpunkt for alkoholsamtalen. En stor andel pasienter vil selv kunne redusere sitt alkoholkonsum dersom de forstår at det er en mulig sammenheng med et helseproblem som de helst vil være foruten. Det er ikke alltid at sammenhengen ligger opp i dagen, heller ikke for legen.

En bevisstgjøring kan foregå med direkte spørsmål rundt pasientens egne tanker om alkoholbruk. Man kan spørre om forbruket, eventuelt bruke skåringsmetoder som AUDIT. Men det er ikke alltid eksakt mengde på forbruket er avgjørende. Diskuter sammenheng med symptombylle, eller sykdom og behandling. Blodprøver kan også være relevant. Gi uttrykk for din bekymring med «legebriller». Samtalen kan også dvele litt ved individuell sårbarhet. Det kan også være fornuftig å foreslå for pasienten å teste ut hvordan det går med en «hvit periode» på noen uker.

Sammen med pasienten settes det opp et mål å jobbe mot, og da gjerne basert på tidligere mestringsopplevelser. Spørsmål kan være: Hva har du fått til før? Hvilket forhold ønsker du selv å ha til alkohol? Dersom pasienten føler en tapsopplevelse ved reduksjon av alkoholbruk, så kan det veies mot mulige positive effekter på helsen, og redusert risiko.

Praktisk tilnærming hos fastlegen

Utforsk, informér og følg opp. Formuler et mål. Lag en handlingsplan. Målet er et godt liv med best mulig helse. Det er bedre å fokusere på et risikabelt drikkemønster enn å snakke om misbruk eller avhengighet. Det er viktig å ikke legge sten til byrden for

pasienten. Selv om noen føler at det er en invadering av privatlivet å ta opp alkoholvaner i legesamtalen, er 9 av 10 enige i at en slik rutinemessig samtale er relevant. De som bruker alkohol på en risikofylt måte, opplevde i større grad enn andre samtalen som ubehagelig, men fikk reflektert over eget forbruk.

Pragmatisk case-finding Verktøykassen – når spørre?	
Når det er klinisk relevant - Tilstander og symptomer som kan utløses av eller kompliseres av alkohol - Behandlinger som kan kompliseres av alkohol - Økt sårbarhet for alkohol	Når det er relevant av andre grunner Myndighetsutøvelse, helse og livsstil
Når det er klinisk relevant	
Psykisk helse - Depresjon og depressive symptomer - Angst - Søvnforstyrrelser - Redusert kognitiv funksjon	Diverse - Svimmelhet, ustøhet, fall og falltendens - Kroniske smerter - Høye normale eller lett forhøyede leverprøver, spesielt GGT - Fysiske endringer som kan være aldersrelatert
Hjerte/kar - Hypertensjon - Arytmi	Mage/tarm - Dyspepsi - Diaré
Hudsykdommer Forverring psoriasis, seborrhoisk dermatitt	Kroniske lidelser - Årskontroll diabetes - Hjertesykdom - Inflammatoriske sykdommer
Ortopedisk Planlagt protesekirurgi	
Når det er relevant av andre grunner	
Livskriser - Jobbproblemer - Familieproblemter - Tapserfaringer	Livsendringer Pensjonering
Medikamentbruk Bruk av vanedannende medikamenter	Overvekt
Skader	Røykeslutt

Gravide og bruk av alkohol

Formålet med prosjektet Somatisk helse og alkohol er at somatiske avdelinger skal gjennomføre systematisk ruskartlegging av sine pasienter, for å tilby relevant intervensjon. Prosjektet henvendte seg ikke til gynekologiske avdelinger for å undersøke hvordan helsepersonell der snakket med gravide pasienter om alkoholbruk eller hvordan de samarbeider med tjenestetilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling om gravide pasienter som bruker rusmidler.

Helsedirektoratet har utgitt et nasjonalt pasientforløp om gravide og rusmidler: Gravide og rusmidler – Helsedirektoratet som er normerende og beskriver samhandling mellom ulike instanser med ansvar for oppfølging av den gravide gjennom svangerskapet og deretter i perioden etter fødsel.

Alkohol er skadelig for fosteret

Alkohol er det rusmiddelet som er mest skadelig for fosteret. Helsemyndighetenes råd er enkle og tydelige: Gravide bør ikke drikke alkohol i det hele tatt i svangerskapet. Kvinner som planlegger å bli gravide bør ikke drikke alkohol. De aller fleste kvinner er klar over dette og følger langt på vei rådene om totalavhold når de er gravide. Så viser det seg likevel at noen fortsetter å drikke alkohol. I 2021 gjorde man en undersøkelse på St. Olavs hospital hvor det ble tatt blodprøver for å undersøke alkoholbruk blant gravide. De fant at 1,4 prosent hadde drukket alkohol i uke 12 og at 0,4 % (ca. 220 kvinner) hadde drukket alkohol i uke 24. En undersøkelse på oppdrag fra Actis i 2016 viste at 14 % drakk alkohol etter at de fikk bekreftet graviditet, og hele 35 % drakk alkohol mens de prøvde å bli gravide. 27 % av kvinnene hadde ikke samtale

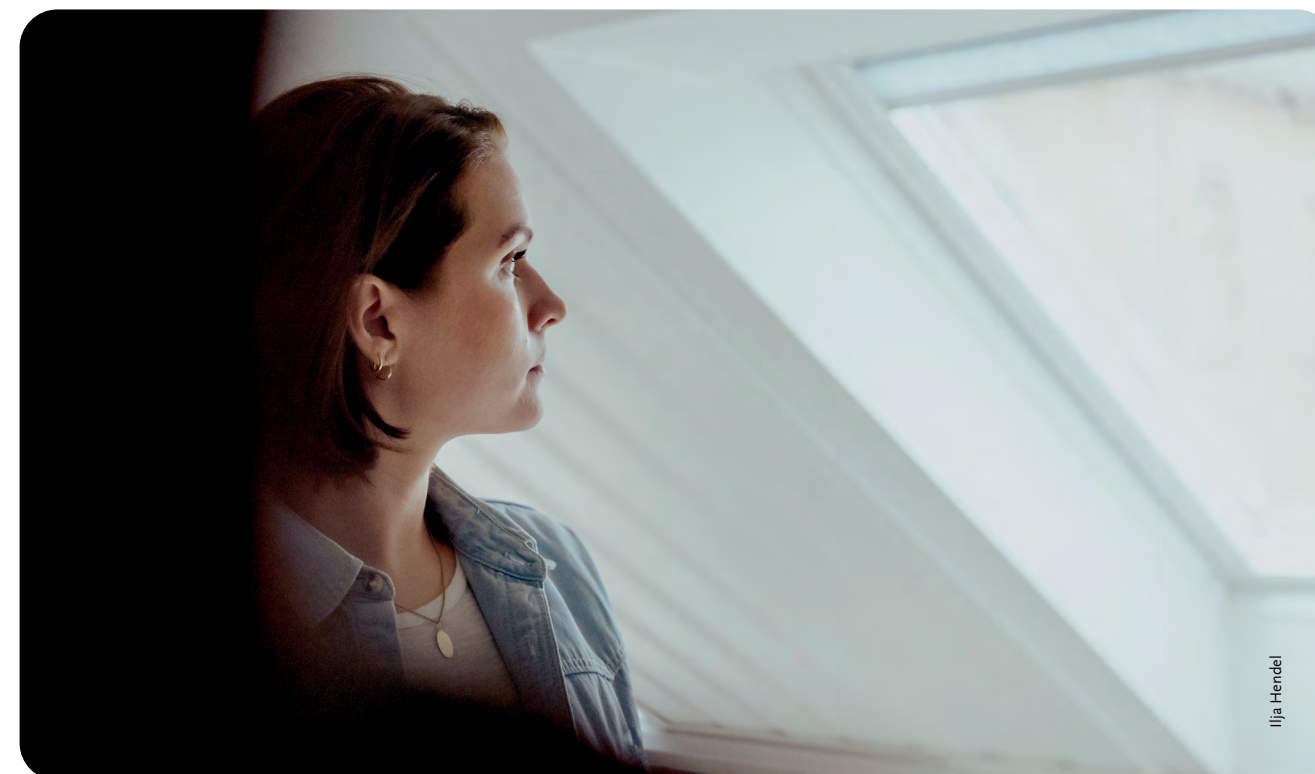
med helsepersonell om bruk av alkohol i svangerskapet, og 16 % hadde ikke fått informasjon om at dette var skadelig for fosteret.

Kan legges inn uten samtykke

Norge er det eneste landet i Europa som har tvangsbestemmelser overfor gravide rusbrukere, og de kan innlegges uten samtykke med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §10.3. Det er årlig ca. 20–30 pasienter som innlegges i henhold til denne tvangsparagrafen, langt de fleste på grunn av bruk av illegale rusmidler og sjelden kvinner som bruker alkohol i svangerskapet.

Kompetansesentrene for rus (Korus) har som oppgave å øke kompetansen i kommunene om forebygging, tidlig innsats, skadereduksjon, oppfølging og behandling av ruslidelser. De tilbyr ulike opplærings tiltak, blant annet om gravide som bruker rusmidler.

I statsbudsjettet for 2014 ble det tildelt midler til etablering av nye lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer fra barnets fødsel til skolealder. Målene med slike lavterskeltilbud



Ilja Hendel

i spesialisthelsetjenesten er å styrke både foreldrenes kompetanse og tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn, for gjennom dette å bedre barnas omsorgssituasjon. Målsettingen er også at lavterskeltilbudene skal bidra til å forebygge rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna.

På kartet over TSB i Norge, www.tsb.no, kan man finne ut hvilke TSB-enheter som har tilbud til gravide og/eller småbarnsfamilier.



«Vanlig drikking» hos eldre gir helserisiko

– Når alkoholbruk kommer på toppen av andre helseplager, kan det forverre sykdom og slå beina under effekten av medisin.

Risikoen ved alkoholbruk hos middelaldrende og eldre er ikke først og fremst fare for avhengighet, men helseskader som følge av «vanlig» drikking, sier Fred Rune Rahm.

Lege og spesialrådgiver Fred Rune Rahm har arbeidet med alkohol, aldring og helse i en årrekke, blant annet som ansatt ved KoRus Sør, Borgestadklinikken. Han ber helsepersonell være oppmerksom på at eldre flest har et stadig høyere alkoholkonsum, følge med på utviklingen av alkoholbruk hos den enkelte eldre pasient og ta opp temaet i samtaler.

– For eldre kan et moderat forbruk innebære et overforbruk, hvorav den viktigste er at vi ettersom vi blir eldre får økt følsomhet for alkohol. Et synkende væskevolum i kroppen gjør at eldre tåler alkohol dårligere enn yngre, sier han.

Ikke like «trygt» lenger

Likevel tror ikke Fred Rune Rahm at almene drikkeråd for hvert alderstrinn gir gode nok indikatorer på hvor mye alkohol hver og en i alderen 65+ tåler:

– Mange eldre holder seg innenfor det de tror er et «trygt» drikkenivå ut fra helserådene de har fått gjennom livet, men for den enkelte eldre bør drikkenivået ses i lys av hans eller hennes helsebelastninger og medikamentbruk.

– Når man kommer opp i åra, er det umulig å si sikkert hva som er «mye» og «lite» alkoholbruk. Gruppen eldre er veldig sammensatt, og mange av dagens 70-åringer har en almen helse tilsvarende den en 50-åring hadde for bare 50 år siden, minner Rahm om.

Forebyggende helseinformasjon

Forebyggende helseinformasjon er en viktig del av alle helsetjenester.

– På linje med alle andre helsefaktorer bør den enkelte pasient gis et godt grunnlag for å vurdere hvor mye alkohol vi vil nyte. Her er nøkkelen bevissthet og kunnskap uten stigmatisering og moralisme. Ofte vil det være nyttig å korrigere feiloppfatninger som at man tåler det samme som før, at alkohol kan være god sovemedisin eller ha andre positive helseeffekter.

– I en åpen dialog kan legen få anledning til å korrigere myter og feiloppfatninger.

Behandling nytter

Det nytter å behandle eldre mennesker for alkoholproblemer, understreker Fred Rune Rahm.

– Om et alkoholproblem oppstår, har vi som eldre samme rett til å få vurdert vår helsetilstand og til å



Ilja Hendel

få nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist som alle andre; pasientrettighetene opphører ikke å gjelde når vi fyller 65!

Fra misbruker- til folkehelseperspektiv

– Begreper som misbruk og avhengighet er ofte helt upassende å diskutere med pasienter i denne aldersgruppen, understreker legen. Andre negative konsekvenser av alkoholbruk, både fysiske og psykiske, er minst like viktige å drøfte med pasienten.

Han ønsker å anlegge et folkehelseperspektiv på temaet, der økt kunnskap både hos bruker og hos helsetjenestene kan styrke mennesker i å gjøre gode helsevalg: – Vi kan ikke behandle oss ut av sykdom – vi må holde oss friske så lenge som mulig.

– Å sikre individuell helse og funksjonsnivå gjennom de lange livene til den kommende, lengelevende populasjonen eldre, handler blant annet om nivået av alkoholbruk. Det er ikke sikkert at den fremtidige velferdsstaten har råd til pleie og omsorg relativt til de som skal sørge for den pleien og omsorgen som neste generasjon eldre kan trenge.

Tilnærming til eldre og alkohol

- Eldre må møtes på sine subjektive behov, ikke på det som er spesifikt for deres aldersgruppe.
- Ivareta autonomien og erfaringene til den eldre, også når det gjelder valg rundt alkoholbruk.
- Gi opplysning og veiledning, med respekt for den enkelte, uten stigmatisering og moralisme.
- Ta av «misbrukerbrillene», snakk om alkoholbruk på linje med andre helsefaktorer.

Mange gode grunner for å snakke med eldre om alkohol og helse

- Eldre er ofte opptatt av helsen og innstilt på å gjøre endringer.
- Eldre har hyppigere kontakt med helsetjenestene enn yngre, noe som gir flere muligheter for å ta opp alkoholbruk.
- Eldre kan ha misoppfatninger om gunstige helseeffekter av alkohol, og mange vet for lite om interaksjoner mellom medisiner, sykdom og alkohol. Disse oppfatningene kan enkelt korrigeres.

Myter om TSB

1. Alkoholproblemer rammer bare sosialt utslåtte, ingen vanlige folk.

Alkohol er det vanligst brukte rusmiddelet i Norge. Årsaken til problemer er at den enkeltes alkoholbruk er for høyt – ikke hvilken sosial status man tilhører.

2. Alkoholbruk er en privatsak i møte med helsetjenester.

Alkohol er en komplisert kjemisk substans som påvirker kroppens funksjoner og den psykiske helsen på mange ulike måter. Hvis man oppsøker helsetjenesten på grunn av symptomer på sykdom eller for å få behandling for kjent sykdom, er det viktig å informere om alt som kan påvirke helsen.

3. Normal alkoholbruk er ikke skadelig.

Normalt er et vidt begrep. Det sier ingenting om hvor mye alkohol man faktisk bruker og hvor ofte, og kan ikke tas til inntekt for at alkoholbruken ikke er skadelig. Ingen nedre grense garanterer at alkohol ikke er skadelig for den enkelte.

4. Å drikke litt hjelper mot uro og angst.

Alkohol kan der og da virke sløvende slik at angst eller uro tilsynelatende kommer litt i bakgrunnen når man er beruset. Det har slett ikke beroligende effekt etter at beruselsen går over.

5. Køene inn til rusbehandling/hjelp i TSB er svært lange. Du må vente i månedsvis, kanskje år.

Det er generelt kort ventetid til behandling i TSB, mindre enn 30 dager. Det er også en god idé å snakke med fastlegen om dine bekymringer og plager.

6. Alle pasienter i TSB mister omsorgen for barna sine.

At en pasient i TSB går igjennom en vanskelig og kritisk periode kan være grunn til å involvere barnevernet. Det er for å støtte familien og stabilisere forholdene slik at alle har det trygt og bra hjemme, særlig barna.

7. Behandling betyr å være innlagt i lang tid.

Det er vanligst å begynne behandling i poliklinikk. De aller fleste som har bolig, sosiale kontakter og andre gode rammer rundt seg, vil ha god nytte av poliklinisk behandling i nærheten av eget hjemsted. Om man skal legges inn eller ikke, avhenger av individuell vurdering av behov og nytte.

8. Rus- og avhengighetsbehandling virker ikke.

Hvis man vil ha hjelp for sine rusmiddelproblemer, er det god støtte å få i rus- og avhengighetsbehandling. Det krever at pasienten gjør en innsats sammen med sin behandler, støttet av ulike behandlingsmetoder og verktøy som er vanlige i denne behandlingen.

9. Målet må være livslang, total avholdenhet.

Målet med behandlingen er det pasienten som bestemmer selv. Det kan endre seg i ulike faser av behandlingsforløpet. Mange vil først og fremst ha hjelp til å få kontroll på rusbruken, redusere et helseskadelig forbruk, og dessuten få hjelp til helseproblemer knyttet til rusbruk.



Noen frø trenger en vinter for å spire

Jeg er glad for at det de siste årene har blitt mer oppmerksomhet knyttet til skader og innleggelser i sykehus som skyldes alkohol. Sykehusene våre har ikke vært gode nok til å tematisere alkohol som bakenforliggende årsak til innleggelser.

Mange ansatte opplever imidlertid fremdeles at dette er et tema som preges av skam og tabu, og synes samtaler om alkohol er utfordrende og vanskelig. Derfor er denne skriftserien viktig, vi trenger å vise frem eksempler og tiltak som har hatt god effekt. Vi må bli mye bedre til dette i fremtiden, for å forebygge sykdom og lidelse hos pasienter og pårørende.

Et tilbakeblikk

Fra jeg var 16 til jeg var 35 var jeg en storforbruker av helsetjenester på grunn av alkoholskader. Jeg drakk slik at jeg skadet meg og havnet på sykehus. Fellestrekket ved sykehusinnleggelsene mine var at alkoholbruken min ikke ble tematisert. Når jeg kom inn med tre i promille med store ansiktsskader eller beinbrudd, snakket man ikke om det som hadde vært bakgrunn til skaden. Når en overvektig kommer inn med utslitte knær, snakker man om muligheter for vektreduksjon. På samme måte må vi påpeke sammenhenger mellom helseskader og alkoholbruk, ikke for å påføre skyld eller skam, men for å gi god informasjon om hjelp og muligheter som finnes.

Medaljens bakside

Vi vet mye om omfanget av og konsekvensene av alkoholbruk i befolkningen. 250.000 nordmenn har alkoholmisbrukslidelse. Mange bor sammen med pårørende. 90.000 barn har en oppvekst negativt preget

av voksnes alkoholbruk. Det anslås at bak hver person som strever, er det mellom 1 og 7 pårørende som berøres (Kilde 1). Alkoholens skader og konsekvenser berører derfor store deler av befolkningen på ulike måter. Helsedirektoratet uttalte i 2019 at fremover vil vi få 1100 dødsfall i året knyttet til alkohol, og mange andre negative effekter for fysisk og psykisk helse, som økt risiko for hjerte- og karsykdom, diabetes, luftveissykdommer og leversykdom (Kilde 2). Det finnes ikke noe annet rusmiddel som påfører så mange brukere, pårørende, barn og omgivelser mer skader og lidelser.

Eldres rusmiddelbruk bør bekymre oss

I Norge oppgir åtte av ti eldre mellom 60 og 79 år at de drikker alkohol (Kilde 3). Selv om vi har en tendens til å være opptatt av å diskutere unges rusbruk, er det slik at eldre i dag drikker oftere enn yngre. For 10 år siden kom stortingsmeldingen «se meg».

I denne kan vi lese:

I Norge har alkoholkonsumet økt mest blant middelaldrende kvinner og menn over 50 år. I denne gruppen er alkoholbruken doblet de siste tiårene.

Dette er en beskrivelse av dagens 60-åringer, en generasjon som i hele sitt livsløp har hatt et liberalt forhold til rusmidler som vil påvirke helsen. Befolkningsfremskrivninger tilsier at vi om få år kan ha 83.000 eldre med et problematisk og ofte helseskadelig alkoholbruk (Kilde 4).

Vi vet at de aller fleste over 65 drikker alkohol, samtidig er det slik at 67 % av eldre over 65 går på fem eller flere medikamenter. Meg bekjent er det svært få (eller ingen) medikamenter som anbefales tatt med portvin. En eldrebølge på jakt etter lykkepromille, med fulle medisindosetter, er en dårlig kombinasjon som gir helseskader.

Et presset helsevesen

Helsepersonellkommisjonen kom i fjor med sin utredning knyttet til utfordringer i morgendagens helsetjenester. Vi mangler i dag kvalifisert helsepersonell mange steder, og utfordringene blir større. I utredningen kan vi lese at vi er det landet i Europa som har flest ansatte i helsevesenet pr. innbygger, og vi ligger i toppen når det gjelder bruk av offentlige midler i helse. Dette er en vekst som ikke er bærekraftig fremover når andelen av befolkningen som er i arbeid reduseres. Færre skal yte helse- og omsorgstjenester til flere. De tøffe prioriteringene i dagens helsevesen vil bli tøffere. Vi kan ikke bruke 20 prosent av sykehuskapasiteten på alkoholskader.

Sett opp mot dette utfordringsbildet blir det tydelig at vi må bli bedre til å forebygge alkoholskader. Forebyggingen skal primært skje slik at skader ikke oppstår, imidlertid er det slik at når en pasient kommer inn med en alkoholrelatert skade, eller sykdom som påvirkes negativt av alkohol, må dette tematiseres på en måte som gjør at det er mulig å hindre forverring. Vi trenger helsepersonell som tør å si til pasientene at god og dyr kvalitetsvin også gir skrumplever og kreft. Som beskriver årsakssammenhengen mellom medisiner, alkohol og fallskader hos eldre, og klarer å gjøre dette uten å være moraliserende eller påføre skam.

Ta av dere avhengighetsbrillene

En ansatt på et sykehus som hadde jobbet med dette sa følgende: «Den største feilen vi gjorde, var at vi ikke tok av oss avhengighetsbrillene.» Vedkommende beskrev jakt på avhengighetsdiagnoser som en

barriere, og det økte motstanden i pasientene. Fra et brukerperspektiv er dette logisk. En alkoholdiagnose er for mange en sosial katastrofe. Redsel for å defineres inn i sosialt utenforskap og avvik gjør at mange pasienter vil benekte et problem. For mange gir innrømmelsen konsekvenser knyttet til sertifikat, utfordringer med arbeid, for noen vil barnevernet kobles på. Gjennom å innrømme et problem kan det oppstå en forventning om endring som pasienten i utgangspunktet ikke er klar for.

Overskriften på etterordet, «Noen frø trenger en vinter for å spire», er inspirert av et kapittel i boken *Et bedre liv* der forfatter tematiserer endringsprosessenes kompleksitet. Budskapet er at ting kan ta lang tid, og man vet heller ikke i forkant hvilke innsatser, samtaler og møter som blir betydningsfulle. Jeg tror samtaler om alkohol og helse på samme måte kan ha effekt, og uavhengig av hva pasienten sier, kan denne enkle intervensjonen føre til andre og bedre helsevalg i fremtiden. Avslutningsvis er det på sin plass å påpeke at å unnlate å ta denne viktige samtalen kan påføre både pasienter og pårørende lidelse og skade.

• • • • •

TOMMY SJÅFJELL er spesialrådgiver i Korus Sør. Han har brukererfaring, er vernepleier med videreutdanning i rusproblematikk, og master innen psykisk helse og rus. Han har bakgrunn som rådgiver, forsker og prosjektleder ved blant annet Universitetet i Sørøst-Norge, Nasjonal kompetansetjeneste TSB, og i bruker- og pårørendeorganisasjonen A-larm.

KILDER

Kilde 1 <https://www.kommunal-rapport.no/debatt/sats-pa-parorende-til-rusavhengige-og-psykisk-syke/144190/>

Kilde 2 <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/1klVQX/vi-maa-snakke-om-alkohol-bjoern-guldvog-og-linda-granlund>

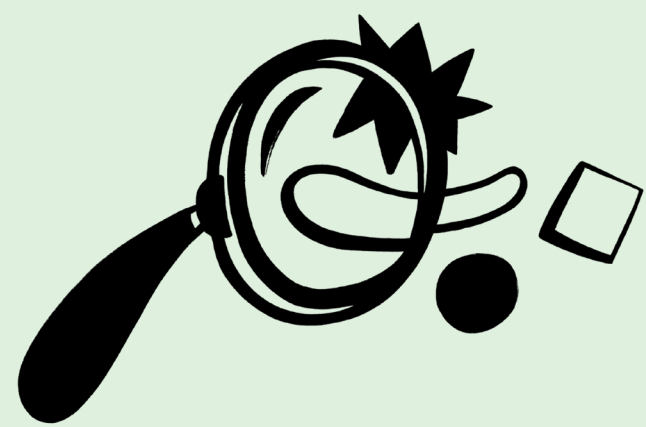
Kilde 3 Forsking.no (Eldre og rus).

<https://forskning.no/aldring-alkohol-partner/eldre-drikker-mer-enn-for/2213299>

Kilde 4 Eldre og rus (ACTIS rapport). https://actis.no/images/eldre_og_alkohol_oppdatert_aug_2018.pdf

Forkortelser

AE	Alkoholenhet. I Norge regnes 12,8 g alkohol som en AE
ARA	Avdeling for Rus og Avhengighet
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test. Internasjonalt anerkjent spørreskjema med 10 spørsmål for å kartlegge omfang av risikofylt alkoholbruk
AUDIT-C	Kortversjon av AUDIT med bare tre spørsmål
CIWA	Clinical Institute Withdrawal Assessment. Skåringsmetode for abstinenssymptomer
FHI	Folkehelseinstituttet
KoRUS	Kompetansesenter rus
Korfor	Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest
LDS	Lovisenberg Diakonale Sykehus
OUS	Oslo Universitetssykehus
PEth	Fosfatidyletanol – en alkoholmarkør i blodprøve
SiV	Sykehuset i Vestfold
SUS	Stavanger Universitetssjukehus
TSB	Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling
PHA	Psykisk Helse og Avhengighet
PHV	Psykisk Helsevern



+ (47) 908 84 660
tsb@ous-hf.no

Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Oslo universitetssykehus
Postboks 4959 Nydalen 0424 Oslo

ISBN 978-82-999613-8-7 (Trykt, heftet)
ISBN 978-82-999613-9-4 (PDF)

Gaustad sykehus, bygg 6
Sognsvannsveien 21
0372 Oslo

