



HØGSKOLEN  
I BERGEN

---

BERGEN UNIVERSITY COLLEGE

**Kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i en allmennpsykiatrisk  
poliklinikk.**

**Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode**

**Screening for substance use when attending a psychiatric  
outpatient clinic.**

**A quality improvement project using clinical audit as method**

**Arnheid Kvamme**

**Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag**

**Senter for kunnskapsbasert praksis**

**Avdeling for helse og sosialfag**

**15.5.2015**

**Kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i en allmennpsykiatrisk poliklinikk.**

**Et kvalitetsforbedringsprosjekt med klinisk audit som metode**

**Screening for substance use when attending a psychiatric outpatient clinic.**

**A quality improvement project using clinical audit as method**

**Arnheid Kvamme**

**Veiledere: Katrine Aasekjær, Anne Signe Landheim og  
Birgitte Graverholt**

**15.5.2015**

**Antall ord: 12294**

## **Forord**

Spør vinden

helst han tusul

Han fer vide,

Og kjem ofte att med godt svar

(Olav H Hauge)

Psykisk helse, rus og kvalitetsforbedring. Tre viktige og spennende fagområder i ett og samme prosjekt. Det har vært utfordrende, men svært givende og lærerikt.

Dette prosjektet hadde ikke blitt mulig uten støtte og aktiv deltakelse fra personer i Kronstad DPS. Takk til klinikkdirektør Randi–Louise Møgster for støtte til å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjektet og mastergraden. Takk til Stig-Arthur Didriksen, Kristin Johannessen, Lars Onsrud og Per Birkhaug for støtte og deltakelse i audit-tema. Til Eva Helene Try for viktige bidrag i prosessen. Til alle i ambulant akutteam for bidrag, støtte og for å ha holdt ut med redusert bemanning i perioder.

Takk til mine veiledere Katrine Aasekjær, Anne Signe Landheim og Birgitte Graverholt for støtte og nyttige tilbakemeldinger. Til Birgitte Espehaug for nyttige og nødvendige bidrag i statistikk.

Takk til foredragsholderne Anne Signe Landheim fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Nina Andresen fra Bergensklinikkene og Gunn-Vivian Eide fra avdeling rusmedisin Helse Bergen, for velvillighet, umiddelbar respons og gode foredrag. Til alle mine medstudenter. Takk for oppmuntring og godt samarbeid. Ingen nevnt, ingen glemt.

Og sist, men ikke minst, takk til familien som har støttet og holdt ut i denne perioden. Til Jon og Ottar som har funnet seg i noen kontaktproblemer, kontor som endte på spisebordet samt alle papirer og permer som er blitt en del av dagliglivet. Til Runa for støtte og forståelse for arbeidet som gjøres. Og til Tyler for viktige bidrag i oversettelse til engelsk.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Målet for helsetjenestene i Norge er at de skal være av god kvalitet.

Kvalitetsforbedring er en sentral oppgave der en forbedringsstrategi er implementering av kunnskapsbasert praksis med bruk av kliniske retningslinjer. Personer med psykisk lidelse har en økt risiko for utvikling av skadelig rusmiddelbruk. Tidlig identifisering av skadelig rusmiddelbruk gjør det mulig med rask intervensjon for å redusere negative konsekvenser. «Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)» anbefaler at alle pasienter rutinemessig kartlegges for rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikk.

**Hensikt:** Å øke omfanget av og kvaliteten på kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter ved inntak i allmennpsykiatrisk poliklinikk.

**Metode:** Klinisk audit ble benyttet som metode for kvalitetsforbedring. Dagens praksis blant klinikerne ble målt mot anbefalinger i ROP-retningslinjen (kriterier). Kriteriene omhandler tilrådinger om at alle nye pasienter skal kartlegges for rusmiddelbruk og at slik kartlegging bør gjøres med bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Det ble foretatt to målinger av praksis med gjennomgang av pasientjournaler henholdsvis før (audit n=187) og etter (re-audit n=89) implementering av forbedringstiltak. Det ble iverksatt flere tiltak basert på identifiserte barrierer i praksis.

**Resultater:** Måling av praksis i audit viste at 73 prosent av pasientene var kartlagt for rusmiddelbruk, men omfanget av kartlegging av alkohol, illegale rusmidler og legemidler varierte. Anbefalte kartleggingsverktøy var brukt en gang. Måling i re-audit viste at 93 prosent av pasientene var kartlagt for rusmiddelbruk, en signifikant forbedring på 20 prosent (95 % CI 11-30). Det var en signifikant forbedring i kartlegging av alle typer rusmidler. Det var ingen signifikant forbedring i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy.

**Konklusjon:** En implementeringsstrategi med flere tiltak rettet mot barrierer i praksis kan øke omfanget på kartlegging av rusmiddelbruk. Strategien påvirket imidlertid ikke bruk av anbefalte kartleggingsverktøy.

**Nøkkelord:** Kartlegging, rusmiddelbruk, klinisk audit, kvalitetsforbedring, implementering.

## **Abstract**

### **Screening for substance use when attending a psychiatric outpatient clinic. A quality improvement project using clinical audit as method.**

**Background:** A national priority is that the health services in Norway should be of good quality. Improving quality is a central responsibility where one strategy for improvement is implementing Evidence-based clinical practice through the use of clinical guidelines. Persons with mental health issues have a higher risk of developing harmful use of substance. Early identification of harmful use of substances together with a brief intervention provides possibilities for reducing the negative consequences. “National guideline for assessment, treatment and social rehabilitation for persons with concurrent substance use disorders and mental disorders” recommend routine screening for substance use of all patients attending a general psychiatric outpatient clinic.

**Aim:** To improve the extent and quality of screening for substance use in patients attending the psychiatric outpatient clinic.

**Methods:** Clinical audit was carried out as method for quality improvement. Current practice among clinicians was compared with guideline recommendations (Criteria). Criteria included recommendations that all new patients must be screened for substance use and that such screening should be done with the use of the screening tools AUDIT and DUDIT. Practice was measured on two occasions by reviewing medical records of patients before (audit n= 187) and after (re-audit=89) the implementation of improvement. Based on identification of barriers in practice several interventions were implemented.

**Results:** Measuring of practice in audit showed that 73 percent of patients were screened for substance use, but the extent of screening for alcohol, illegal and legal drugs was variable. Recommended screening tools were used once. Measuring in re-audit showed that 93 percent of patients were screened, a significant increase of 20 percent (95 % CI 11-30). It was a significant increase in screening for all substances. It was no significant improvement in the use of recommended screening-tools.

**Conclusion:** A multifaceted implementation strategy tailored to identified barriers in practice can improve the extent of screening for substance use. However the strategy had no influence on the use of screening tools.

**Keywords:** Screening, substance use, clinical audit, quality improvement, implementation.

## **Innhold**

<a href="#">1.0 Innledning</a>	7
<a href="#">1.1 Hensikt</a>	8
<a href="#">1.2 Oppgavens oppbygning</a>	9
<a href="#">2.0 Bakgrunn</a>	9
<a href="#">2.1 Kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis</a>	10
<a href="#">2.2 Klinisk Audit</a>	12
<a href="#">2.3 Psykisk lidelse og ruslidelse</a>	15
<a href="#">2.4 ROP-retningslinje</a>	16
<a href="#">2.4.2 Kunnskapsgrunnlaget for anbefalinger til praksis</a>	17
<a href="#">2.5 Oppsummering for hensikt</a>	19
<a href="#">3.0 Metode</a>	20
<a href="#">3.1 Setting</a>	20
<a href="#">3.2 Forberedelse og planlegging</a>	21
<a href="#">3.2.1 Kriterium og standard</a>	21
<a href="#">3.3 Kartlegge praksis</a>	23
<a href="#">3.3.1 Utarbeiding av datainnsamlingsverktøy</a>	24
<a href="#">3.3.2 Populasjon og utvalg</a>	25
<a href="#">3.3.3 Datainnsamling</a>	26
<a href="#">3.3.4. Faktorer i praksis som kan påvirke endring</a>	27
<a href="#">3.4 Implementering</a>	27
<a href="#">3.5 Dataanalyse</a>	28
<a href="#">3.6 Etikk</a>	29
<a href="#">4.0 Resultater</a>	30
<a href="#">4.1 Audit</a>	30
<a href="#">4.2 Analyse av praksis</a>	31
<a href="#">4.3 Re-audit</a>	32
<a href="#">5.0 Diskusjon</a>	33
<a href="#">5.1 Styrker og svakheter ved prosjektet</a>	35
<a href="#">5.3 Anbefalinger for videre arbeid</a>	42
<a href="#">6.0 Konklusjon</a>	44
<a href="#">Litteraturliste</a>	45

## Figur-liste:

<a href="#">Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis</a> .....	11
<a href="#">Figur 2 Trinnene i Kunnskapsbasert praksis</a> .....	11
<a href="#">Figur 3 Model for Clinical Audit</a> .....	13

## Tabell-liste

<a href="#">Tabell 1 Kriterium 1</a> .....	22
<a href="#">Tabell 2 Kriterium 2 og 3</a> .....	23
<a href="#">Tabell 3 Implementering</a> .....	28
<a href="#">Tabell 4 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i ulike aldersgrupper</a> .....	31
<a href="#">Tabell 5 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i de ulike diagnosegrupper</a> .....	31
<a href="#">Tabell 6 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i ulike dokumenttyper</a> .....	33

Artikkel: Kartlegging av rusmiddelbruk i allmennpsykiatrisk poliklinikk. En klinisk audit.

## Vedlegg:

- I Tillatelse til å benytte modell for klinisk audit
- II Kartleggingsverktøy
- III AGREE II
- IV Litteratortabell - Kunnskapsgrunnlag
- V Audit Project Assessment Tool
- VI Datainnsamlingsverktøy
- VII Informasjonsskriv til datainnsamling
- VII Hjelpeskjema til datainnsamling
- IX Force-Field Analyse
- X Fiskebensdiagram
- XI Litteratursøk
- XII Litteratortabell – Implementeringstiltak
- XIII Personvernombudet
- XIV Tillatelse til lagring av data

## 1.0 Innledning

Det har vært en stor utvikling i kunnskapen om og erfaring med kvalitetsforbedring globalt over flere tiår. Likevel er det fortsatt manglende oppnåelse av forventete resultater og store forskjeller både i og mellom helsesystemer. Verdens helseorganisasjon (WHO) fremhever nødvendigheten av at helseorganisasjoner utvikler og hever kvaliteten på tjenestene for å møte fremtidens krav og forventninger fra befolkningen og helsearbeidere (World Health Organization, 2006, s. 3-4).

Målet for helsetjenestene i Norge er at de skal være av god kvalitet. Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er derfor en viktig oppgave og handler om en kontinuerlig identifisering av forbedringsområder, iverksetting av tiltak og sikring av at tiltakene har effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a, s. 80). Kvalitetsforbedring skal bygge på at en forsøker å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen, undersøker om tiltak i praksis bidrar til å nå helsefaglige mål og endrer kurs om nødvendig (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 19). Sett fra et brukerperspektiv til personer med psykisk lidelse vil god kvalitet på tjenestene sikre at de får nødvendig hjelp slik at symptomer lindres og livskvalitet bedres (World Health Organization, 2003, s. 2).

Psykisk lidelse og ruslidelse opptrer ofte samtidig. Personer med psykiske lidelser har en økt risiko for utvikling av ruslidelse og en tilstedeværelse av begge tilstandene er forbundet med dårligere effekt av behandling enn om tilstandene opptrer hver for seg (Back & Moran-Santa Maria, 2012 ; Campbell, 2013 ; Suppes & Cosgrove, 2013, s. 5). For å imøtekomme en erkjent mangel ved helsetjenesten til denne pasientgruppen gav Helsedirektoratet i 2012 ut «Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (ROP-retningslinjen). Målgruppen for retningslinjen er personer med både alvorlig og mindre alvorlig psykisk lidelse kombinert med samtidig ruslidelse når begge lidelsene er forbundet med funksjonssvikt (Helsedirektoratet, 2012b, s. 13, 16-17). En retningslinje er i denne sammenhengen definert som systematisk utviklede råd og konklusjoner som skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å velge hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling (Field & Lohr, 1990, s. 38).

ROP-retningslinjen skal synliggjøre og belyse komplekse problemstillinger gjennom systematisk utredning. Retningslinjen anbefaler at alle pasienters med psykiske problemer må



kartlegges for rusmiddelbruk og at slik kartlegging bør gjøres ved bruk av anbefalte kartleggingsverktøy. Kartlegging av bruk av alkohol anbefales utført med kartleggingsverktøyet Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), mens kartlegging av bruk av illegale rusmidler og legemidler anbefales utført med kartleggingsverktøyet Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) (Helsedirektoratet, 2012b, s. 44-46,54).

Kartlegging av rusmiddelbruk er et relevant kvalitetsmål for helsetjenesten til pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk (Pincus et al., 2007 ; Kilbourne et al., 2010 ; NICE, 2012 ; 2011). I følge ROP-retningslinjen bør slik kartlegging rutinemessig utføres ved oppstart i poliklinikken fordi tidlig identifisering av skadelig rusmiddelbruk gjør det mulig å iverksette relevante tiltak på en systematisk måte (Helsedirektoratet, 2012b, s. 44, 86). Tidlig identifisering av skadelig rusmiddelbruk kan gjøre det mulig med rask intervensjon og dermed redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk eller utvikling av avhengighet av rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b, s. 173). Skadelig rusmiddelbruk omfatter bruk av rusmidler i et skadelig mønster som gir helseskade. Skaden kan være både somatisk og/eller psykisk (Statens helsetilsyn, 1999, s. 72).

Klinisk audit ble brukt som metode for å undersøke om pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk i Kronstad Distriktpsykiatriske Sykehus (DPS) ble kartlagt i tråd med ROP-retningslinjen. Gapet mellom anbefalinger og praksis ble adressert med en kombinasjon av flere implementeringstiltak basert på analyse av barrierer i praksis og systematiske oversikter av god kvalitet over effekt av implementeringstiltak. Klinisk audit er en systematisk kvalitetsforbedringsmetode som er hensiktsmessig å bruke når formålet er å kartlegge, endre og forbedre praksis (Burgess, 2011, s. 6-7).

## 1.1 Hensikt

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å øke omfanget av og kvaliteten på kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter ved inntak i allmennpsykiatrisk poliklinikk. Målet med prosjektet er at praksis følger kunnskapsbaserte anbefalinger slik at skadelig rusmiddelbruk hos pasienter i poliklinikken blir identifisert.

Klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode kan besvare følgende spørsmål:

1. Kartlegges bruk av rusmiddelbruk hos pasienter ved inntak i poliklinikken?

2. Kartlegges bruk av alkohol med kartleggingsverktøyet AUDIT?
3. Kartlegges bruk av illegale rusmidler og legemidler med bruk av kartleggingsverktøyet DUDIT?

## 1.2 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er skrevet som artikkel med innledningsdel. Artikkelen «Kartlegging av rusmiddelbruk i allmennpsykiatrisk poliklinikk. En Klinisk audit» vil bli søkt publisert i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Innledningsdelen og artikkelen vil være utfyllende, hvor innledningsdelen omfatter utfyllende aspekter om bakgrunn, metode, resultat og diskusjon som det ikke var rom for å plassere i artikkelen. Artikkelen vil i hovedsak omhandle undersøkelsen av praksis og hovedresultater fra denne. Artikkelen kan leses uavhengig av innledningsdelen, men ikke omvendt. For å få et raskt overblikk over prosjektet kan artikkelen leses først.

## 2.0 Bakgrunn

Helsedirektoratet anbefaler helseforetakene å prioritere implementering av kliniske retningslinjer i helsetjenesten for psykisk helse og rus. Det er manglende kunnskap om hvor god kvaliteten på dette tjenestilbudet er og en rekke forhold viser at det er behov for bedring av kvalitet og kompetanse. Denne delen av helsetjenesten står overfor mange utfordringer og endringer. Noen av årsakene til dette er at tjenestene er blitt mer komplekse og at det er kommet et økende antall nye retningslinjer som det kan være utfordrende å holde oversikt over. Flere rapporter og undersøkelser hevder at det er svikt i mange deler av denne helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011, s. 7-9, 19).

I dette kapitlet blir kunnskapsgrunnlaget til retningslinjen og relevante anbefalinger beskrevet. Det blir også gitt flere faglig begrunnelse for viktigheten av tidlig identifisering rusmiddelbruk. Metoden klinisk audit blir definert og beskrevet gjennom en trinnsvis presentasjon. Prosjektet bygger på kunnskapsbasert praksis som blir nærmere beskrevet i tilknytning til presentasjon og utdyping av politiske føringer og teorier for kvalitetsforbedring.

## 2.1 Kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis

Kvalitet kan defineres som i hvilken «..grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 11). God kvalitet på helsetjenestene innebærer at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse.

Helsetjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12).

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2013, s. 36). Arbeidet skal være integrert i ordinær virksomhet der nasjonale retningslinjer skal implementeres og brukes systematisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a, s. 79). Kvalitetsforbedring er en systematisk aktivitet for å bringe rask forbedring av helsetjenesten i praksis og en viktig del av god klinisk virksomhet. Data fra egen klinikk skal være utgangspunkt for forbedring av praksis (Lynn et al., 2007).

Implementering av kunnskapsbasert praksis med bruk av kliniske retningslinjer er en strategi for forbedring av kvalitet og bør gjennomføres som lokale prosjekter (Helsedirektoratet, 2011, s. 19). For å nå målet om god kvalitet må det iverksettes innsats på flere områder og nivåer i tjenesten. God kvalitet på tjenestene sikres gjennom faglig kompetente utøvere. Kompetanse bygger på oppdatert faglig informasjon og sikres ved at tjenestene støttes av kunnskapsbaserte retningslinjer. Å følge med og evaluere tjenesten gir mulighet for forbedring på et annet nivå. Dette gir mulighet for å vurdere om det skjer en forbedring etter implementering av anbefalinger i nasjonale retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.36, 39). Tidligere nevnte definisjon av kvalitet innebærer at kvalitet må måles i forhold til noe. Bruk av anbefalinger i nasjonale retningslinjer som kriterier er derfor en strategi for å forbedre helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011, s. 21).

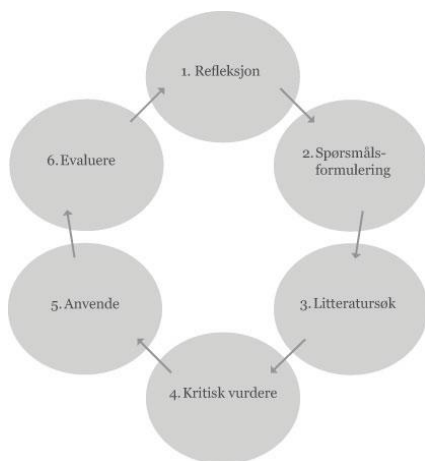
En forutsetning for god kvalitet på tjenestene er at anbefalinger i retningslinjer er bygget på kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2012c, s. 10). Kunnskapsbasert praksis handler om å integrere den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og pasientens verdier og preferanser i kliniske beslutninger (Sackett et al., 1996). De ulike komponentene må kombineres innenfor en kontekst, det vil si den kliniske hverdagen vi arbeider i (Vandvik, 2009, s. 114). Modellen for kunnskapsbasert praksis som vist i figur 1 illustrerer sammenhengen mellom de ulike komponentene (Høgskolen i Bergen Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2012).



**Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis**

Forskningsbasert kunnskap betyr at vi skal benytte metodologisk god og klinisk relevant forskning som grunnlag for kliniske beslutninger (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005. s.4). Kliniske avgjørelser skal basere seg på den beste tilgjengelige forskning som svarer på vårt kliniske spørsmål (Straus et al., 2011, s. 29). Erfaringsbasert kunnskap er kliniske ferdigheter og kunnskaper helsearbeideren har tilegnet seg i klinisk praksis. Gode klinikere bruker både klinisk ekspertise og den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen, ingen av dem alene. Bruerkunnskap handler om den unike preferanse, erfaring og forventning den enkelte pasienten har og må integreres i kliniske beslutninger (Sackett et al., 1996).

Kunnskapsbasert praksis kan anvendes som et verktøy for å finne pålitelige og anvendelige svar på kliniske spørsmål. En komplett kunnskapsbasert praksis innebærer å følge trinnene i sirkelen slik illustrert i figur 2 (Høgskolen i Bergen Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2012).



**Figur 2 Trinnene i Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis som en trinnvis prosess starter med et informasjonsbehov og formulering av spørsmål. Rammeverket PICO er et nyttig verktøy for å stille eksplisitte og fokuserte spørsmål. Spørsmålet deles opp i ulike komponenter og er avgjørende for å kunne arbeide kunnskapsbasert. Benevnelsen PICO omfatter: (P) Population, (I) Intervention, (C) Comparison og (O) Outcomes (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 23-24). Med utgangspunkt i PICO fortsetter den trinnvise prosessen med litteratursøk.

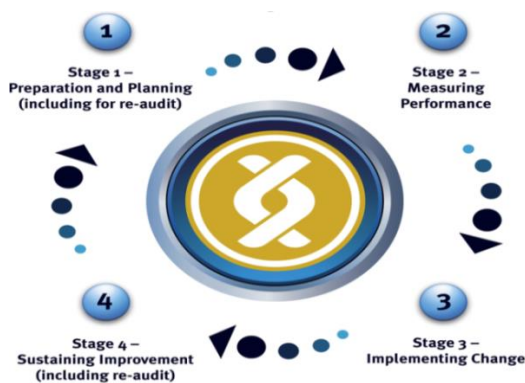
Et sentralt prinsipp i kunnskapsbasert praksis er bruk av kunnskaps-hierarkiet. I kunnskapshierarkiet understrekes det at graden av kunnskap varierer. Vi bør alltid søke kunnskap av høyest kvalitet. Ulike kliniske spørsmål krever ulike forskningsdesign for å gi pålitelige svar gjennom forskning. Dersom spørsmålet er om effekt av implementeringstiltak er oppsummert forskning basert på randomiserte kontrollerte forsøk øverst i hierarkiet. Der det ikke finnes oppsummert forskning vil graden på kunnskapen være lavere (Vandvik, 2009, s. 114-116). En praktisk ressurs i søk etter den beste kunnskapen er «6S» pyramiden der S-ene står som benevnelser for de ulike trinnene (System, Summaries, Synopses of syntheses, Syntheses, Synopses of studies, Studies). Pyramiden representerer en organisering der den beste tilgjengelige kunnskapen befinner seg på de høyeste trinnene. I det nest øverste trinnet (Summaries) plasseres oppslagsverk som UpToDate og kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer. I trinnet under plasseres systematiske oversikter (Haynes, 2001 ; Straus et al., 2011, s. 33-35).

De ulike kunnskapskildene må kritisk vurderes, før de anvendes i praksis og til slutt evalueres (Straus et al., 2011, s. 3 ; Vandvik & Eiring, 2011, s. 25-27). Kritisk vurdering handler om å evaluere metodisk kvalitet, resultater og overførbarhet til praksis. Det er utarbeidet ulike verktøy til hjelp i kritisk vurdering, der en relevant kilde er sjekklisterne utarbeidet av Kunnskapssenteret (2014). Å fremme bruk av kliniske retningslinjer i praksis handler om å anvende kunnskap, der kunnskap fra forskning overføres til praksis. Dette vil bli mer omtalt senere i oppgaven. Dette kvalitetsforbedringsprosjektet omhandler en evaluering av egen praksis og er relatert til det sjette trinnet i kunnskapsbasert praksis. Implisitt i dette trinnet er en gjennomgang av de andre fem trinnene.

## **2.2 Klinisk Audit**

Klinisk audit handler om evaluering av egen praksis og har vist seg som en effektiv metode for å fremme kunnskapsbasert praksis (Borbasi, Jackson & Lockwood, 2010, s. 113). National Institute for Clinical Excellence (NICE) definerer klinisk audit som en kvalitets-

forbedringsprosess som søker å heve kvaliteten på helsetjenester gjennom en systematisk prosess der tjenestene måles mot eksplisitte og kunnskapsbaserte kriterier. Prosessen innebærer at nødvendige tiltak implementeres for å tette eventuelle gap mellom kriterier og praksis (2002, s.1). Klinisk audit kan fremstilles som en trinnvis prosess som vist i figur 3 og gjengitt med tillatelse fra Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) (2010. s. 23) (vedlegg I). Sirkelpresentasjonen indikerer at metoden er en hel og integrert prosess som inkluderer definering av kriterium, måling av praksis, iverksetting av tiltak og re-måling av praksis (Burgess, 2011, s. 6-7). De ulike trinnene blir nærmere beskrevet i dette avsnittet.



Figur 3 Model for Clinical Audit

Klinisk audit er en trinnvis prosess som starter med fastsettelse av forbedringsområde og planlegging av kvalitetsforbedring. Forbedringsprosjektet må forankres i ledelsen fordi det er avgjørende at ledelsen støtter tiltak som eventuelt settes i verk (Burgess, 2011, s. 9).

Forberedelse omfatter også å nedsette audit team, bestemme kriterier og standard samt kartlegge støttespillere (stakeholders) (Dixon & Pearce, 2011b, s. 8). Klinisk audit styrkes ved at prosjektet gjennomføres av kliniske team fremfor individuelle prosjekter fordi team gir delt engasjement og ansvar (Dixon & Pearce, 2011b, s. 7). Med støttespillere (stakeholder) menes et individ, gruppe og/eller organisasjon som kan ha interesse for at kunnskapsbaserte retningslinjer blir implementert (Baker et al., 1999). Det inkluderer alle som blir direkte eller indirekte berørt av forbedringen (Registered Nurses Association of Ontario, 2012, s. 36).

Trinn 2 omhandler kartlegging av praksis (audit). Avedis Donabedian (1966, s.167-170) har beskrevet hvordan kvaliteten på helsetjenesten kan måles i tre ulike kategorier: struktur, prosess og utfall. Struktur betegner egenskaper ved konteksten en jobber i. Det kan være materielle ressurser, menneskelige ressurser eller egenskaper ved organisasjonen. Prosess

betegner hva som gjøres i den enkelte kliniske situasjon. Utfall betegner hvilket resultat en forventer. Klinisk audit måler som oftest prosessmål fordi det fokuseres på handlinger og vurderinger tatt av klinikere sammen med pasienten sammenlignet med på forhånd bestemt kriterium. Dette er kjernen i klinisk audit (Burgess, 2011, s. 35).

En rekke ulike faktorer i praksis kan influere på forbedringsprosessen enten ved å fremme eller hemme implementering. Disse faktorene er relatert til de individene som er forventet å forbedre sin praksis, den sosiale settingen og organisasjonen forbedringen skal gjennomføres i. Før iverksetting av implementeringstiltak er det viktig å få en oversikt over individene og organisasjonene som kan påvirke forbedringen (Grol et al., 2013, s. 140). Barrierer mot forbedring, det vil si faktorer som begrenser eller hindrer helsepersonell i å følge retningslinjer må identifiseres på et tidlig tidspunkt i prosessen slik at løsninger kan iverksettes for å overvinne dem (Burgess, 2011, s. 81). I en oversiktsstudie av Cabana et al. (1999) presenteres det syv generelle kategorier av barrierer om hvorfor leger ikke følger kliniske retningslinjer. Kategoriene omfatter mangel på kjennskap til og kunnskap om retningslinjen, uenighet om anbefalinger, manglende tiltro til egen mestring, manglende tro på at endringen har betydning for utfall, manglende motivasjon for endring og eksterne barrierer. Med eksterne barrierer menes egenskaper ved retningslinjen, pasientene og organisasjonen.

I trinn 3 skal tiltak iverksettes dersom det er identifisert gap mellom anbefalinger og praksis. Implementering kan beskrives som: «A planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in the health care structure» (Zorg Onderzoek Nederland, 1997 i Grol et al., 2013, s. 10). Implementering av anbefalinger fra retningslinjer i klinisk praksis skal foregå som en planlagt prosess og der strategien for forbedring er basert på en analyse av problemet, målgruppen og settingen der endringen skal foregå. Målet for forbedringen er at den skal vare over tid og ha betydning for behandlingen av pasienter (Grol et al., 2013, s. 11-12). Implementering som en planlagt prosess handler om å bruke forskning sammen med erfaringer, verdier og preferanse ved valg av tiltak (Flottorp & Aakhus, 2013).

Implementeringstiltak må velges nøye og bygge på gode systematiske oversikter over effekt av tiltak (Burgess, 2011, s. 83-84). The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) er en hovedkilde for slike forskningsfunn (Flottorp & Aakhus, 2013).

Systematiske oversikter på effekt av implementering av retningslinjer i praksis viser at flere

intervensjoner kan ha effekt, men ingen intervensjon ser ut til å ha mer effekt enn andre uavhengig av den settingen den gjennomføres i (Grimshaw et al., 2004). Forskning på implementering i helsetjenesten er en vitenskapelig studie av metoder for blant annet å fremme opptak av retningslinjer i helsetjenesten (Flottorp & Aakhus, 2013).

Implementeringsforskningen fokuserer ofte på strategier som er nødvendige for å implementere nye tiltak (Peters, Tran & Adam, 2013, s. 27-28).

Ulike barrierer i praksis kan spille inn i ulike faser av forbedringsprosessen ved implementering av nye tiltak. Iverksetting av forbedringstiltak kan gjennomføres i tråd med teorien om at forbedring av praksis skjer i faser. De ulike fasene omhandler orienteringsfase, ny innsikt, aksepterings-, forbedrings- og vedlikeholdsfase (Grol et al., 2013, s. 52-53) og er nærmere beskrevet i boks 1.

<b>Boks 1</b>	
<b>Faser i forbedringsprosessen</b>	
<b>Orienteringsfase:</b>	Oppmerksom på nyvinning Interesse og engasjement
<b>Fase for innsikt:</b>	Kunnskap om nyvinning Innsikt i egen praksis
<b>Fase for aksept:</b>	Positiv holdning Beslutning om forbedring
<b>Forbedringsfase:</b>	Faktisk innføring, utprøving Bekreftelse av forbedringens verdi
<b>Vedlikeholdsfase:</b>	Ny praksis integrert i rutiner Ny praksis forankret i organisasjonen

I det fjerde og siste trinnet i audit-sirkelen skal det gjennomføres ny måling (re-audit) av praksis for å undersøke om implementeringstiltakene har ført til endring av praksis og sikre at eventuelle forbedringer holdes ved like og videreføres (Burgess, 2011, s. 95). Audit-teamet skal vurdere om nivået på forbedring er akseptabelt, om nye tiltak skal iverksettes eller om ny datainnsamling er nødvendig (Dixon & Pearce, 2011b, s. 9).

### 2.3 Psykisk lidelse og ruslidelse

Faren for å utvikle sykdom, skade og sosiale problemer øker med økende bruk av rusmidler. Skadelig rusmiddelbruk er en av de største risikofaktorene for sykdom og tidlig død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b, s. 14, 22). Livstidsforekomsten av ruslidelse blant personer



med alvorlig psykisk lidelse er mellom 40 og 60 prosent og mellom 24 og 36 prosent blant de med lettere psykisk lidelse, sammenlignet med 16 prosent i befolkningen generelt (Regier et al., 1990 ; Helsedirektoratet, 2012b, s. 27). Samtidig ruslidelse er vanligst ved psykiatriske tilstander som schizofreni og bipolare lidelser, men er også vanlig ved tilstander som angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, personlighetsforstyrrelse, spiseforstyrrelser og hyperkinetisk forstyrrelse /ADHD (Helsedirektoratet, 2012b, s. 27. 30).

På tross av høy forekomst av rusmiddelmissbruk i befolkningen blir tilstanden ofte uoppdaget i klinisk praksis (Weaver & Jarvis, 2012 ; Saitz, 2012). Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke ser rusmiddelmissbruket bak den psykiske lidelsen (Helsedirektoratet, 2012b, s. 13).

Rusmiddelbruk kan dekke over og ligne på symptomer på psykisk lidelse (Larun et al., 2007, s. 20). Symptomer ved schizofreni som hallusinasjoner og affektforstyrrelser kan også være symptomer på langvarig rusmiddelbruk (Campbell, 2013). Avhengighet av rusmidler kan utløse, forsterke og vedlikeholde angst (Back & Moran-Santa Maria, 2012).

Stemningssvingninger ved bipolare lidelser kan ligne på og påvirkes av rusmiddelbruk (Suppes & Cosgrove, 2013, s. 6).

I en norsk tverrsnittundersøkelse basert på tre nasjonale kartlegginger av pasienter innen psykisk helsevern fra 2003-2004 fant forskerne at 11 prosent av pasientene i psykiatrisk poliklinikk hadde en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose (F10-F19 i ICD 10). I aldersgruppen 18-29 år hadde hele 49 prosent av pasientene en rusdiagnose (Gråwe & Ruud, 2006, s. 11). Studien viste også at 21 prosent av pasientene hadde et skadelig rusmiddelbruk i ukene før behandlingsstart, men kun halvparten ble identifisert ved bruk av rusdiagnose (Lilleeng, 2007, s. 93). Årsaker til at ruslidelser ikke ble identifisert kan skyldes manglende bruk av strukturert kartlegging (Gråwe & Ruud, 2006, s. 20).

## **2.4 ROP-retningslinje**

ROP-retningslinjen ble utarbeidet for er å fremme bedring og livskvalitet hos pasienter med samtidig psykisk lidelse og skadelig rusmiddelbruk. En del av retningslinjen omhandler utredning og handler om å identifisere de pasienter som har eller står i fare for å utvikle skadelig rusmiddelbruk. Anbefalingene sier at alle personer som er i kontakt med hjelpeapparatet må kartlegges for rusmiddelbruk og at slik kartlegging bør utføres med kartleggingsverktøy. Kartlegging av bruk av alkohol bør utføres med kartleggingsverktøyet AUDIT. Kartlegging av bruk av narkotiske stoffer eller legemidler bør utredes med

kartleggingsverktøyet DUDIT (Helsedirektoratet, 2012b, s.14, 54). Kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT (vedlegg II) er lett tilgjengelig som nettutgave (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2012).

Med kartlegging i denne sammenheng menes en aktivitet der en grovsorterer symptomer før en eventuelt vurderer å sette i gang en diagnostisk prosedyre (Larun et al., 2007, s. 21).

Kartleggingsverktøyet AUDIT består av ti spørsmål relatert til bruk av alkohol, alkoholavhengighet og alkoholrelaterte problem. Audit ble utviklet for å kartlegge drikkemønster og i særdeleshet for å hjelpe klinikere i identifisering av personer som kunne ha nytte av å redusere bruk av eller slutte med alkohol (Babor et al., 2001, s. 5, 10).

Kartleggingsverktøyet DUDIT ble utviklet som kartleggingsverktøy for stoff-relaterte problemer som et parallell-instrument til AUDIT. DUDIT er et 11- punkts kartleggingsverktøy der hensikten er å identifisere bruksmønster og rusrelaterte problemer ved bruk av narkotika og legemidler (Berman et al., 2003, s. 7).

#### **2.4.2 Kunnskapsgrunlaget for anbefalinger til praksis**

Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer i Norge. Nasjonale retningslinjer skal basere seg på kunnskap om god praksis og bidra til kontinuerlig forbedring av klinisk praksis (Helsedirektoratet, 2013, s. 64). Det skal stilles krav til hva som kan regnes som en kunnskapsbasert retningslinje og det er utviklet flere nyttige verktøy til bruk for kritisk vurdering av retningslinjer (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s157 ; Helsedirektoratet, 2012c, s. 16-17).

Jeg vurderer ROP-retningslinjen til å være av god faglig kvalitet og anbefales brukt i klinisk praksis. Som hjelpemiddel til evaluering av retningslinjen har jeg brukt AGREE II-instrumentet (vedlegg III). AGREE II er et internasjonalt anerkjent rammeverk for evaluering av kvaliteten på retningslinjer og veiledere for klinisk praksis. Instrumentet er beregnet brukt som hjelpemiddel for ulike aktører i forhold til å utvikle og evaluere kvalitet på retningslinjer. Kvaliteten på kliniske retningslinjer måles i forhold til om eventuelle skjevheter og motsetninger under utarbeidningen av retningslinjen er drøftet, om anbefalinger er internt og eksternt valide og gjennomførbare i praksis (Brouwers M et al., 2010, s.1-4).

Retningslinjen omhandler både utredning, behandling og oppfølging av ROP-pasienter. Den er omfattende da den favner om et bredt fagområde og med et varierende kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsgrunlaget er gradert og det er sammenheng mellom kvaliteten på den

forskningsbaserte kunnskapen og grad av anbefaling. Graderingen er bygd på en modell fra Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Styrken på det vitenskapelige grunnlaget er delt inn i seks nivåer, fra 4 som det laveste til 1a som det høyeste (4-3-2b-2a-1b-1a) (Helsedirektoratet, 2012b, s. 23-24 ; SIGN, 2001). Der det mangler forskningsbasert kunnskap er anbefalingene basert på etablert og akseptert kunnskap blant eksperter innen fagområdet (Helsedirektoratet, 2012b, s. 22-23). Prosessen med å komme frem til konsensus er imidlertid ikke beskrevet. Retningslinjen har et klart virkeområde og hensikt. Relevante aktører har medvirket i utarbeidingen og den fremstår oversiktlig, tydelig og klar. Mulige hindringer for overføring til praksis er diskutert. ROP-retningslinjen foreligger i nettutgave (Helsedirektoratet, 2012b).

Retningslinjen inneholder 93 anbefalinger, hvorav tre av dem er relevante i forhold til kartlegging av rusmiddelbruk hos personer med psykisk lidelse. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen om at alle pasienter må kartlegges for rusmiddelbruk er gradert til evidensnivå 4. Kunnskapen er bygget på vurderinger fra kliniske eksperter (Helsedirektoratet, 2012b, s. 23-24). Kvalitativt gode studier og systematiske oversikter eksisterer ikke for alle typer kliniske spørsmål og avgjørelser. I mange spørsmål er avgjørelser til ekspertgrupper den beste kunnskap vi har (Greenhalgh, 2010, s. 144 ; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 161).

Litteratursøk etter nyere oppsummert kunnskap gav flere treff i oppslagsverket UpToDate. Også i disse oppslagsverkene bygges anbefalinger om kartlegging av rusmiddelbruk på kliniske observasjoner og konsensus blant kliniske eksperter. Kunnskapsoppsummeringene som anbefaler kartlegging av rusmiddelbruk er både relatert til spesifikke psykiatriske tilstander som schizofreni (Campbell, 2013) og angstlidelse (Back & Moran-Santa Maria, 2012), men også mer generelt i forhold til alle nye pasienter som kommer til behandling i helsevesenet (Weaver & Jarvis, 2012 ; Saitz, 2012). UpToDate er et av de mest anerkjente oppslagsverkene i verden og som omhandler et bredt spekter av helserelevante temaområder. Oppslagsverket er bygd på kunnskapsbasert praksis, men har en lite formalisert tilnærming til oppsummering av forskning. Det har en generell beskrivelse av sine arbeidsmetoder, men det er blant annet ikke oppgitt søkestrategi noe som gjør det vanskelig å etterprøve litteratursøk. Det er derfor utfordrende å gjennomføre en systematisk kritisk vurdering av verkene. Oppslagsverket oppdateres imidlertid kontinuerlig av eksperter på sitt fagfelt (Straus et al., 2011, s. 36 ; UpToDate, 2013).

Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen om at kartlegging av alkohol bør gjøres med bruk av kartleggingsverktøyet AUDIT bygger på en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er gradert til nivå 1b (Helsedirektoratet, 2012b, s. 23, 54). Den forskningsbaserte dokumentasjonen viste at kartleggingsverktøyet AUDIT har gode testegenskaper for å identifisere alkohollidelser hos personer med psykisk lidelse (Larun et al., 2007, s. 41-42).

Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen om kartlegging av narkotisk stoff og legemidler med bruk av kartleggingsverktøyet DUDIT ble gradert til nivå 3 og bygger på godt utformete, ikke eksperimentelle studier. Det ble ikke funnet kartleggingsverktøy som var tilstrekkelig validert for denne gruppen pasienter. Verktøyet DUDIT var nytt og på utprøving, men viste lovende resultater. Det ligner i utforming på AUDIT og ble derfor antatt lettere å implementere i praksis (Helsedirektoratet, 2012b, s. 23, 47, 54). I en nyere oversiktsartikkel som er publisert i år konkluderer forfatteren med at DUDIT er et sensitivt og spesifikt instrument som kan være bedre enn andre kartleggingsverktøy for narkotiske stoff. Noe av verktøyets styrke er at det er kort og enkelt å administrere, det fokuserer på pågående adferd og er et homogent kartleggingsverktøy som er mulig å bruke i mange ulike typer utvalg, settinger og land. DUDIT vurderes som et reliabelt, valid og praktisk verktøy. Resultat fra faktoranalyse er mer tvetydig, derfor anbefales videre forskning på verktøyet (Hildebrand, 2015).

Alle oppslagsverk og kunnskapsoppsummeringer som nevnt over er kritisk vurdert med sjekklister fra Kunnskapssenteret (2014) og sammenfattet i litteratortabell (vedlegg IV).

## **2.5 Oppsummering for hensikt**

Samtidig rus- og psykisk lidelse er forbundet med dårligere effekt av behandling enn om tilstandene opptrer hver for seg. Skadelig rusmiddelbruk er en av de største risikoene faktorene for sykdom og tidlig død. Undersøkelser utført i poliklinikker i psykisk helsevern fant at opp mot 21 prosent av pasientene hadde et skadelig rusmiddelbruk, uten at det gjenspeilte seg i antallet registrerte pasienter med en rusdiagnose. Undersøkelser viser til at dette antallet sannsynligvis er mye høyere. En mulig grunn for at skadelig rusmiddelbruk ikke identifiseres kan skyldes mangel på strukturert kartlegging.

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å øke omfanget av og kvaliteten på kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter ved inntak i allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Målet med prosjektet er at praksis følger kunnskapsbaserte anbefalinger slik at skadelig rusmiddelbruk hos pasienter i poliklinikken blir identifisert.

Klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode har svart på følgende spørsmål gjennom to målinger av praksis, før og etter implementering:

1. Kartlegges pasienter for bruk av rusmidler ved inntak i poliklinikken?
2. Kartlegges bruk av alkohol med kartleggingsverktøyet AUDIT?
3. Kartlegges bruk av narkotiske stoffer og legemidler med bruk av kartleggingsverktøyet DUDIT?

### **3.0 Metode**

Klinisk audit ble benyttet som metode for å undersøke om pasienter ble kartlagt for rusmiddelbruk ved inntak i en allmennpsykiatrisk poliklinikk i DPS. Metoden ble fulgt i en systematisk prosess over 11 måneder som omfattet forberedelse, måling av praksis, iverksetting av tiltak og ny måling av praksis. Måling av praksis har omfattet undersøker om klinikernes praksis med kartlegging av pasienters rusmiddelbruk.

#### **3.1 Setting**

Kronstad DPS er et lokalsykehus for bydelene Bergenhus, Årstad og Ytrebygda bydel i Bergen kommune. Allmennpsykiatrisk avdeling består av poliklinikk, dagavdeling/gruppepoliklinikk og sengepost. Dette prosjektet ble gjennomført i to allmennpsykiatriske poliklinikker. Poliklinikkene er organisert under hver sin seksjonsleder og med ansvar for hvert sitt geografiske område. Et ambulerende akutteam er organisert i en av poliklinikkene. Poliklinikkene er bemannet med 56 ansatte bestående av yrkesgrupper som psykiatere, leger i spesialisering, psykologspesialister, psykologer, psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer og spesialutdannede vernepleiere. I tillegg er det studenter fra ulike profesjoner i praksis. Alle ansatte i poliklinikken har jevnlig inntak av nye pasienter både etter venteliste og som akuttvurderinger. Ansatte i Ambulant Akutteam foretar kun akuttvurderinger.

## 3.2 Forberedelse og planlegging

Audit Project Assessment Tool (2005, s. 23) ble benyttet for å tallfeste viktigheten av problemområdet sammenlignet med muligheten for forbedring. Systematisk kartlegging av rusmiddelbruk oppnådde en skåringsverdi på 19 der områder med skåringsverdier over 16 regnes som gode klinisk audit prosjekter (vedlegg V). Problemområdet har stort omfang og er forbundet med høy risiko for pasientene og kostnader for samfunnet. I tillegg til individuelle konsekvenser forbundet med sykdom og død, har ineffektiv, usikker og ingen behandling konsekvenser for arbeidsplasser, utdanningssystemet og velferdsordninger (Institute of Medicine, 2006, s. 7).

Kvalitetsforbedringsprosjektet ble forankret i ledelsen i DPS'et. Selv om utgangspunktet for prosjektet var min masteroppgave, ble valg av tema gjort i samarbeid med ledelsen. Vi etablerte et audit-team forankret i ledelsen som har fulgt prosjektet gjennom prosessen. Teamet besto av assisterende klinikkdirektør, klinikkoverlege, to seksjonsledere fra poliklinikkene og meg som prosjektleder. Klinikkdirektør deltok i de første møtene. Fordi klinisk audit handler om forbedring av egen praksis ble poliklinikkene arena for prosjektet (Burgess, 2011, s. 29). Noen aktuelle «stakeholdere» ble identifisert som deltakere i starten av prosessen, andre ble knyttet til prosjektet underveis. Dette var interne ressurspersoner i organisasjonen som hjalp til med pilottesting av verktøy, opplæring/undervisning, diskusjonspartnere og praktisk tilretteleggere (Registered Nurses Association of Ontario, 2012, s. 36).

Det ble ikke avsatt spesielle ressurser for prosjektet utover det at prosjektleder kunne bruke en del av sin stilling til prosjektet. Alle møter og undervisninger skulle forgå i arbeidstiden og så langt som mulig i allerede eksisterende fora. Både Kronstad DPS som helhet og de allmennpsykiatriske poliklinikkene har egne faste internundervisninger som kunne benyttes som arenaer for opplæring. I begge undervisningsforaene var det muligheter for å benytte både eksterne og interne foredragsholdere. Prosjektleder ble med i planleggingsgruppen for intern-undervisningen for poliklinikken noe som gav muligheter til å påvirke innholdet av undervisningen.

### 3.2.1 Kriterium og standard

Sentrale anbefalinger i ROP-retningslinjen dannet grunnlag for kriterier i denne kliniske auditen. Kriterier er eksplisitte utsagn som definerer hva som skal måles. Kriterier er relatert

til viktige områder av helsetjenesten og som det er mulig å måle. For hvert kriterium ble det satt et mål, det vil si en standard for akseptabelt nivå av aktiviteten (National institute for Clinical Excellence (NICE), 2002).

Kartlegging av rusmiddelbruk er et prosesskriterium fordi det handler om det helsepersonell gjør. Det referer til en handling mellom praktiker og pasient som tar form av terapeutiske handlinger som kommunikasjon, vurdering, undersøkelse, evaluering og dokumentasjon (National institute for Clinical Excellence (NICE), 2002, s. 23). Denne praksisen sammenlignet med et bestemt kriterium er kjerner i klinisk audit (Burgess, 2011, s. 34-35). Kartlegging av rusmiddelbruk gjennomføres ved å spørre pasienten direkte. Klinisk intervju og observasjon er den vanligste metoden i utredning. Kartlegging av rusmiddelbruk kan også gjennomføres med bruk kartleggingsverktøy. I denne sammenhengen må kartlegging bli todelt fordi det ikke finnes gode kartleggingsverktøy for både alkohol og stofflidelser (Helsedirektoratet, 2012b, s. 46-47).

Kriterier og standard for denne kliniske auditen samt kunnskapsgrunnlaget de er bygget på er systematisert og presentert i tabell 1 og 2.

---

**Tabell 1 Kriterium 1**

---

	<b>Standard</b>	<b>Referanser</b>
Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges	100 %	Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012b, s. 54).  UpToDate: Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestation, and diagnosis (Campbell, 2013).  UpToDate: Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs (Saitz, 2012)  UpToDate: Substance use disorders: Principles for recognition and assessment in general medical care (Weaver & Jarvis, 2012)

---

Standard ble satt til 100 prosent fordi det er presisert i retningslinjen at alle pasienter rutinemessig må kartlegges for rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2012b, s. 86) og det vurderes som viktig og mulig gjennomførbart i klinisk praksis.

---

Tabell 2 Kriterium 2 og 3

---

<b>Kriterium 2</b>	<b>Standard</b>	<b>Referanse</b>
Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT.	85 %	Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisklidelse -ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012b).  Kunnskapssenteret: Dobbelt diagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter (Larun et al., 2007).
<b>Kriterium 3</b>	<b>Standard</b>	<b>Referanse</b>
Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT	85 %	Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisklidelse -ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012b).  The psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A review of recent research (Hildebrand, 2015).

---

Standard ble satt til 85 prosent for kartlegging av rusmiddelbruk med bruk av kartleggingsverktøy. Det vil ikke alltid være mulig eller hensiktsmessig å gjennomføre et systematisk kartleggingsforløp, spesielt i akutsituasjoner må utredningen være relativt kort, fokusert og relatert til den aktuelle situasjonen (Ilner, 2012, s. 30-31). Ved oppstart i poliklinikk kan det være situasjoner der pasientens rusproblemer er så åpenbare at behandler går direkte til en grundigere diagnostisering (Helsedirektoratet, 2012b, s. 55).

### 3.3 Kartlegge praksis

Pågående praksis med kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak av nye pasienter i poliklinikken ble undersøkt med innhenting av data retrospektivt fra journalsystemet DIPS. Prosjektleder var ansvarlig for innsamling av data i to omganger, før (audit) og etter implementering (re-audit). Barrierer mot endring i praksis ble kartlagt før tiltak ble iverksatt.

Kartlegging av rusmiddelbruk skal journalføres i den enkelte pasientjournal og anbefales utført rutinemessig ved inntak i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2012b, s. 86). Inntak i poliklinikk skjer ved ordinært inntak etter henvisning fra lege eller til en akuttvurdering (AH) enten på dagen eller en av de påfølgende dager. Ved inntak av nye pasienter skal det skrives journalnotat i henhold til helsepersonelloven § 39-40 (Helsedirektoratet, 2012a). Journalnotat kan ved inntak



dokumenteres under overskriften «Primærjournal dag/poliklinikk» der rusmiddelanamnese foreligger som underpunkt. Journalnotatet kan ved akutt-vurderinger dokumenteres under i mal for «AH-notat», der rusmiddelbruk er et underpunkt. Innkost-/primærjournal kan utarbeides over flere pasientkonsultasjoner og godkjennes når det er ferdigstilt. Akutt-notater ferdigstilles etter den ene konsultasjonen. Godkjenning av journalnotat skal gjøres av den som skriver notatet umiddelbart etter at notatet er ferdigstilt. Dokumentet er da låst for endring.

### 3.3.1 Utarbeiding av datainnsamlingsverktøy

Det ble utarbeidet et eget verktøy til bruk ved innsamling av data spesielt for dette prosjektet (vedlegg VI). Det ble også utarbeidet et informasjonsskriv for datainnsamlingsverktøyet (vedlegg VII). Verktøyet var utarbeidet slik at det var mulig å registrere informasjon om rusmiddelbruk, pasientkarakteristika som kjønn, alder og diagnose, bruk av kartleggingsverktøy og om pasienten kom til ordinært inntak eller akutttime.

Datainnsamlingsverktøyet ble pilottestet, validert og testet for reliabilitet. Det var flere måneders mellomrom mellom audit og re-audit så et detaljert datainnsamlings skjema var viktig for å sikre kvaliteten på de data som ble samlet. Samtidig gjorde vi det mulig for at flere personer kunne foreta datainnsamling dersom det ble nødvendig. Utviklingen av datainnsamlingsverktøyet ble utført av prosjektleder med støtte fra ledere, kollegaer, veiledere og medstudenter. Verktøyet ble vurdert i forhold til face-validitet og innholdsvaliditet før det ble pilottestet. Vurderingene ble gjennomført ved at skjemaet ble gjennomgått av seksjonsleder, teamleder og kollegaer. Ved face-validitet ble verktøyet vurdert i forhold til hvorvidt det målte det som skulle måles. Det ble vurdert om det var direkte sammenheng mellom hensikten til prosjektet og de ulike kriteriene (Polit & Beck, 2012, s. 336). Ved innholdsvaliditet ble det vurdert om verktøyet var tilstrekkelig og dekkende i forhold til det som skulle måles. Det ble vurdert om kriteriene var dekkende i forhold til formålet og om de var hensiktsmessige, forståelige og målbare (Polit & Beck, 2012, s. 336-337). Verktøyet ble deretter pilottestet med gjennomgang av 10 valgte journaler. To personer gjennomgikk journalnotatene uavhengig av hverandre for deretter å sammenligne resultatet.

Verktøyet ble justert etter tilbakemeldinger, vurderinger og gjennomgåtte tester. I utgangspunktet var ikke rusdiagnose med som svaralternativ fordi kartlegging av rusproblemer først og fremst er en grovsortering av symptomer. Med en allerede kjent rusdiagnose hos pasienten ble det antatt at denne muligens ikke var i behov av ny kartlegging, men heller en mer omfattende diagnostisering. Dette ble endret fordi det viste seg nødvendig

med en ny kartlegging av problemenes omfang i nytt behandlingsforløp. Pasientens situasjon og problemer kunne vært endret siden tidligere kontakt med helsevesenet. Jeg vurderte å endre variabelen «alder» fra en kategorisk til en kontinuerlig variabel fordi det kunne gi andre og flere alternativer for dataanalyse. Etter kontakt med personvernombudet valgte jeg å beholde variabelen kategorisk. Personvernombudet uttrykker betenkeligheter med at det kan være lettere å identifisere enkeltpasienter. Jeg vurderte at aldersgruppering var et tilstrekkelig måle nivå her. Det ble utarbeidet et hjelpeark for å lette registreringen av alder og diagnose (vedlegg VIII).

Verktøyet ble deretter testet for inter-rater reliabilitet og vurdert som et stabilt verktøy. Vi testet Inter-rater nivået ved at to personer vurderte grad av enighet ved innsamlede data fra ti nye utvalgte journaler. Testen hjalp oss med å redusere faren for avvik og systematiske feil. På forhånd var det bestemt at et nivå over 90 % enighet var akseptabelt. Verktøyet besto av åtte hovedpunkter: dokumenttype, alder, kjønn, diagnoser, kartlegging av ulike rusmidler og bruk av ulike kartleggingsverktøy. De åtte punktene danner totalt 80 punkter når vi innlemmer ti journaler. Det fremgikk enighet ved 77 punkter. Følgende kalkulering ble utført:  $77/80 = 96,2\%$  (Dixon & Pearce, 2011a, s. 28-30).

### 3.3.2 Populasjon og utvalg

Populasjonen i denne kliniske auditen var inntakst-/primærjournaler og akutt-notater fra pasienter ved inntak i poliklinikken. I overkant av 2500 pasienter hadde ved prosjektstart et behandlingstilbud i poliklinikken. Mange pasienter har hatt et tilbud over tid. I dette prosjektet var vi interessert i dagens praksis.

**Inklusjonskriterier:** Journalnotater fra pasienter som kom til oppstart av behandling i perioden 1.januar- 28. februar 2014 i audit og 1.-30. november 2014 i re-audit. Alle godkjente/ferdigstilte journalnotat fra inntakst og akutttime for nye pasienter. Inntakstnotater som ikke var godkjente, men der pasienten har vært til fem eller flere konsultasjoner.

**Eksklusjonskriterier:** Ikke godkjente/ferdigstilte journalnotat der pasienten har vært til færre enn fem konsultasjoner. Interne søknader mellom ulike team.

Totalt 279 pasienter kom til inntak i poliklinikken i audit, av dem 230 i ordinært inntak og 49 til akutttime. Det ble forsøkt datainnsamling på et tilfeldig utvalg pasientjournaler fra gruppen av de pasienter som kom til ordinært inntak, men det var ikke mulig å gjennomføre fordi

mange journalnotater måtte ekskluderes. Mange notater var ikke godkjente i kombinasjon med at pasienten ikke hadde vært til fem eller flere konsultasjoner. Gruppen på tilfeldig utvalgte journalnotater var planlagt til å omfatte 145 innkomst/primærjournaler der antallet var satt høyere enn det anbefalte minimumsantallet på 120 for å ta høyde for at noen måtte ekskluderes. «Raosoft sample size calculator» (Raosoft, 2004) ble benyttet for å regne ut størrelsen på utvalget i slik at det var tilstrekkelig stort til å representere populasjonen (Polit & Beck, 2012, s. 283-284). Konfidensintervallet ble satt til 95 % fordi det var et nivå med mulighet for å produsere reliable resultat (Burgess, 2011, s. 67). Nummer-generator fra random.org. (Random.org, 1998-2015) ble benyttet for å sikre at hver enkelt observasjonsenhet hadde samme mulighet for å bli med i utvalget (Polit & Beck, 2012, s. 275).

### 3.3.3 Datainnsamling

Alle data ble hentet med gjennomgang av innkomst/primærjournaler og AH-notater til alle nye pasienter i audit (n=279) og re-audit (n=130). Hvert journalnotat representerte en observasjonsenhet og i all hovedsak antall nye pasienter. Unntaksvis kan samme pasient ha kommet til AH og ordinært inntak. Egenskaper ved pasienten som kjønn, alder og diagnose ble registrert i kategoriske variabler der hver kategori var klassifisert og gjensidig utelukkende. Diagnose ble registrert som hoved- og bidiagnose, der de mest vanlige diagnosegruppene representert i poliklinikken var kategorisert ut fra kodesystemet psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1999). De mindre vanlige diagnosegruppene var gruppert som «andre». Der det ikke var satt diagnose hverken i form av tydelig benevnelse i tekst eller kodet etter ICD -10 ble det registrert i kategorien «ukjent». Det ble utarbeidet et hjelpeark med grupperinger av alder og diagnoser slik at datainnsamlingen foregikk uten for mange avbrudd for å regne ut alder eller undersøke grupperinger av ulike psykiske lidelser (vedlegg VIII).

Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk ble registrert med avkrysning i form av en dikotom variabel: kartlagt /ikke kartlagt. Her ble registreringene utført utfra konkret beskrivelse i journalnotatene. Dersom det var notert at pasienten ikke hadde et rusmiddelproblem ble det registrert som kartlagt uavhengig av ytterligere beskrivelse. De rusmidler som eventuelt var beskrevet i teksten ble identifisert som kartlagt under de tre kategoriene alkohol, narkotika og/eller legemidler. Bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT ble registrert når det var referert til i journalnotatet eller skannet inn som eget

dokument i tilknytning til inntøms. Det ble også registrert bruk av andre relevante kartleggingsverktøy som CAGE, DUDIT-E, Alcohol-E, PRISM, MINI PLUS, SCID1 og II (Helsedirektoratet, 2012b, s. 86).

### 3.3.4. Faktorer i praksis som kan påvirke endring

Mulig drivende og hemmende krefter for innføring av rutinefestet kartlegging av rusmiddelbruk ble fremstilt i en force field analyse (vedlegg IX). Analysen ble brukt som en teknikk for å få en oversikt over hemmende og fremmende faktorer ved de ulike deltakerne i prosjektet for å gjøre det mulig å vurdere sannsynligheten for endring. Drivende faktorer er de faktorer som virker støttende for å gjennomføre endring. Hemmende faktorer er kraften som hindrer eller reduserer de drivende krefter (Iles & Sutherland, 2001, s. 43).

Mulige barrierer til at kartlegging av rusmiddelbruk ikke ble gjennomført ble fremstilt i et fiskebensdiagram (Brudvik, 2007) (Vedlegg X). Barrierer i praksis ble identifisert med gjennomføring av en gap-undersøkelse, uformelle samtaler med kollegaer og diskusjon i audit-team. Kategorier av barrierer ble gruppert som følgende fire hovedkategorier i diagrammet: «pasient», «personalet», «metode» og «organisasjon».

Gap-undersøkelsen ble gjennomført med bruk av spørreskjema for kartlegging av egen praksis målt mot anbefalinger i ROP-retningslinjen. Vi benyttet en spørreundersøkelse utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2013). Spørreskjemaet var utarbeidet av og pilottestet i en nasjonal gap-gruppe. Vi fikk tilgang til det elektroniske skjemaet fra Nasjonal kompetansetjeneste. Spørreskjemaet ble sendt via seksjonslederne i poliklinikken i e-post til de ansatte som returnerte det ferdig utfyllt til Nasjonal kompetansetjeneste. Undersøkelsen var anonymisert og prosjektleder fant svarene tilgjengelig som rapport om hva de ansatte hadde svart på det enkelte spørsmål. Spørsmålene omhandlet blant annet kartleggingspraksis, vurdering av målgruppe, integrert behandling, samarbeid, bruk av evidensbaserte metoder og kompetansebehov.

## 3.4 Implementering

Det ble foretatt litteratursøk etter systematiske oversiktsartikler på effekt av implementeringstiltak ved implementering av retningslinjer innen psykisk helsevern. Søkene ble gjennomført i databasene McMaster+, The Cochrane Library og PsycINFO. Siteringssøk ble utført i Web of Science. Det ble gjennomgått titler i tidsskriftet Implementation Science.

Det ble også foretatt søk etter systematiske oversiktsartikler på effekt av implementering av retningslinjer i helsevesenet med gjennomgang av oversikter i The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) og siteringssøk i Web of Science. Oversikt over gjennomført litteratursøk er vedlagt (vedlegg IX).

Det ble iverksatt en implementeringsstrategi med flere tiltak rettet mot identifiserte barrierer i praksis (Baker et al., 2010) og tilbakemelding til praksis (Ivers et al., 2012). Ulike undervisnings- og opplæringstiltak (Forsetlund et al., 2009) ble gjennomført over en seks måneders periode og tilrettelagt i tråd med teorier om læring i faser slik fremstilt i tabell 3. Valg av implementeringstiltak i dette prosjektet bygger på systematiske oversikter over metodisk gode studier fordi dette er den beste kilden vi har om effekt av implementeringstiltak (Flottorp & Aakhus, 2013). De systematiske oversiktene ble kritisk vurdert med hjelp av verktøy utviklet av Kunnskapssenteret (2014) og oppsummert i litteraturtabell (vedlegg XII).

**Tabell 3 Implementering**

<b>Faser</b>	<b>Barrierer</b>	<b>Implementeringstiltak</b>	<b>Utført/ansvarlig</b>
1. Orienteringsfasen	Manglende kunnskap om ROP-retningslinjen	Undervisning om ROP-retningslinjen	April/ Foredrag for hele DPS´et v/Nasjonal kompetansetjeneste - ROP
2. Fasen for innsikt	Manglende kunnskap om anbefalingene	Undervisning om anbefalingene Opplæring i praktisk bruk av kartleggingsverktøy	Juni / Foredrag intern-undervisning v/Bergensklinikkene September/ Internundervisning v/ intern ressursperson
3. Fasen for aksept	Kartlegger mer enn det dokumenteres	Tilbakemelding til praksis fra audit	September/ Internundervisning v/ prosjektleder og klinikkoverlege
4. Forbedringsfasen	Manglende kunnskap om skadelig bruk av rusmidler	Undervisning om samtidig psykisk lidelse og rus-lidelse	Oktober/Foredrag v/ avd. for rusmedisin Helse Bergen
5. Vedlikeholdsfasen	Bør revurderes	Tiltak kontinueres/ revurderes	Ikke ferdigstilt

### 3.5 Dataanalyse

Data-analyse for hovedresultatene er presentert i artikkelen. I dette avsnittet beskrives analyser som det ikke ble plass til i artikkelen. Analysene omfatter kartleggingspraksis

avhengig av om pasienten kom til ordinært inntak eller akutttime, samt kartlegging av rusmiddelbruk med bruk av andre relevante kartleggingsverktøy.

Det ble foretatt to målinger av praksis med gjennomgang av journalnotater i audit og re-audit. Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) version 22.0 (IBM Corp., 2013) ble brukt til analyse av data. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive kategoriske variabler som hvor mange (frekvens) og hvor stor andel (prosent) som ble dokumentert kartlagt for rusmiddelbruk i de ulike aldersgrupper og diagnosegrupper (Moore, Smith & Barwick, 2011, s. 4). Resultatene ble presentert i tekst og tabeller.

Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i ulike journaltyper og bruk av andre kartleggingsverktøy i audit og re-audit ble presentert med antall og prosent. Analysen «Percentil bootstrap» metode (IBM, 1998) ble benyttet for å beregne 95 % konfidensintervall for kartlegging av rusmiddelbruk i de to ulike journalnotatene. Det ble beregnet 95 % konfidensintervall for bruk av andre kartleggingsverktøy.

Analysen Pearson kji-kvadrattest ble brukt for å undersøke mulig sammenheng mellom egenskaper hos pasienten og omfang av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk (Polit & Beck, 2012, s. 420). For å få det til ble variablene alder og diagnose re-kodet til nye og mer omfattende verdier med tilstrekkelig mengde data (Griffith, 2010, s. 118).

Analysen Pearson kji-kvadrattest ble brukt for å sammenligne dokumentert kartleggingspraksis i de to journaltypene «inntak» og «AH» i audit og re-audit, og for å regne ut p-verdi. The R Project for Statistical Computing (The R Foundation, 2014) ble brukt for å beregne konfidensintervall for forbedring i kartleggingspraksis etter implementering. Signifikantnivå ble satt til 0,05 på alle tester (Polit & Beck, 2012, s. 408).

### **3.6 Etikk**

Kvalitetsforbedringsprosjektet ble forankret i Helsepersonelloven § 26 (Helsedirektoratet, 2012a) og spesialisthelsetjenestelover § 3-4a (Helsedirektoratet, 2013). Personvernombudet i Helse Bergen gav tillatelse til gjennomføring av denne kliniske auditen (Vedlegg XIII). I og med at denne kliniske auditen var et kvalitetsforbedringsprosjekt faller det utenfor helseforskningslovens virkeområde. Prosjektet skulle ikke fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, derfor var det ikke nødvendig å søke Regional Etisk Komite (REK) om forhåndsgodkjenning (Helse- og omsorgsdepartement, 2010, s. 8-9). Personvernombudet har delegert myndighet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og vurderer

prosjekter i henhold til retningslinjer for beskyttelse av personvernet (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 123).

Alle opplysninger fra pasientjournaler ble behandlet konfidensielt. Kun anonyme opplysninger ble lagt inn i audit-skjema og lagret på høyskolens forskningsserver (vedlegg XIV). Arbeidet har foregått i egnede lokaler og papirer ble oppbevart nedlåst. Dataene vil bli makulert ved avsluttet prosjekt, det vil si ved ferdigstilt og godkjent masteroppgave.

## 4.0 Resultater

Hovedresultatene fra datainnsamling i audit blir presentert i artikkelen. I dette kapittelet belyses mer omfattende resultater fra audit, analyse av praksis og re-audit som det ikke var rom for i artikkelen. Resultatene presenteres i overnevnte rekkefølge.

### 4.1 Audit

Totalt 187 journalnotater ble inkludert i audit. Av dem var data fra 143 primærjournaler og 44 AH-notater. Totalt 92 journaler ble ekskludert. 73 journalnotater var ikke godkjent i kombinasjon med at pasienten ikke hadde vært til fem eller flere konsultasjoner etter oppstart. 12 journalnotater var søknader internt. To pasienter som var meldt til AH var allerede pasienter i poliklinikken og fikk isteden tildelt snarlig time hos sin behandler. To journaler var ikke mulig å identifisere. Tre datainnsamlings-skjemaer var ufullstendig utfylt.

Data ved dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk viste en forskjell i omfang avhengig av om pasienten kom til ordinært inntak eller til AH med 77 prosent (95 % CI 70-83) av inntak/primærjournaler med i 59 prosent (95 % CI 46-72) akutt-notater. Bruk av andre relevante kartleggingsverktøy ble dokumentert brukt i to prosent av notatene. MINI PLUS var brukt i en prosent (95 % CI 0-2,7) av journalnotatene og SCID I og II i en prosent (95 % CI 0-2,7).

Det ble kartlagt noen (8 %) flere menn enn kvinner. Kartlegging av rusmiddelbruk dokumentert i journal fordelt på aldersgrupperinger i audit er presentert i tabell 4.

---

**Tabell 4 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i ulike aldersgrupper**

Aldersgruppe:	18-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	56-65 år	Over 65år	Totalt
Antall (prosent)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Kartlegges for rusmiddelbruk	57 (72)	49 (77)	10 (71)	13 (65)	5 (83)	2 (50)	136 (73)
Kartlegges ikke rusmiddelbruk	22 (28)	15 (23)	4 (29)	7 (35)	1 (17)	2 (50)	51 (27)
Totalt	79 (100)	64 (100)	14 (100)	20 (100)	6 (100)	4 (100)	187 (100)

---

Kartlegging av rusmiddelbruk dokumentert i journal fordelt på diagnosegrupperinger etter psykisk lidelse i ICD-10 i audit er presentert i tabell 5.

---

**Tabell 5 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i de ulike diagnosegrupper**

Diagnosegruppe	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F60-F69	Andre	Ukjent	Total
Antall (prosent)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Kartlegges for rusmiddelbruk	9 (100)	3 (60)	65 (71)	26 (74)	0 (0)	14 (82)	19 (70)	136 (73)
Kartlegges ikke for rusmiddelbruk	0 (0)	2 (40)	27 (29)	9 (26)	2 (100)	3 (18)	8 (30)	51 (27)
Totalt	9 (100)	5 (100)	92 (100)	35 (100)	2 (100)	17 (100)	27(100)	187(100)

---

## 4.2 Analyse av praksis

Force field analysen (vedlegg IX) viste at fremmede faktorer for prosjektet var at det hadde støtte i ledelsen og at det ble etablert eget audit-team der også ledelsen var representert.

Organisasjonen besto av høyt kvalifisert personale. Flere eksterne organisasjoner som Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Bergensklinikken og avdeling for rusmedisin i Helse Bergen tilbød støtte til kompetanseheving. Poliklinikken hadde egen undervisningskomité som var positive til prosjektet og prosjektleder var deltaker i



komitéen. Det var etablerte fellesmøter og undervisning for poliklinikkene. Kriteriene var compatible med dagens praksis i og med at kartlegging av rusmiddelbruk allerede var etablert som underpunkt i mal for journalnotat ved innkomst og akutttime.

Fiskebensdiagrammet (vedlegg X) viste hemmende faktorer og barrierer hos personalet som manglende kunnskap om retningslinjen generelt og anbefalingene spesielt. Det ble identifisert manglende kunnskaper om praktisk bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. I gap-undersøkelsen svarte 84 prosent at de ønsker praktisk opplæring i bruk av verktøyene, samtidig som 63 prosent etterlyste mer kunnskap om behandling av pasienter med skadelig rusmiddelbruk. Tidsmangel og et økende krav om bruk av ulike utredningsverktøy i utredninger av pasienter var oppgitt som hemmende faktorer. Det ble samtidig formidlet synspunkter på at klinikerne kartla oftere og mer omfattende enn det som ble dokumentert. Manglende kunnskaper om rusproblematikk og behandlingsløp viste at det var usikkerhet om hensikten med kartleggingen.

Fiskebensdiagrammet viste videre at hemmende faktorer ved «metode» omfattet lignende faktorer som de identifisert hos «personalet», med manglende kunnskaper om ROP-retningslinjen, manglende kunnskap om og opplæring i kartlegging av rusmiddelbruk og mangelfull kunnskap om integrert rusbehandling. «Organisasjonen» har ikke klare prosedyrer og klare forventninger til kartlegging av rusmiddelbruk. Det er lite samarbeid om denne pasientgruppen både internt i DPS'et og med avdeling for rusmedisin. «Pasient»-gruppen kjennetegnes ved ustabil oppmøte i kombinasjon med manglende motivasjon og ambivalent holdning til hjelpetiltak. Rusmiddelbruk kan være et problematisk tema å ta opp og det kompliserer ofte pasientenes tilstand. Pasienter kan vegre seg mot å oppgi sitt rusmiddelbruk.

### **4.3 Re-audit**

Totalt 89 journalnotater ble inkludert i re-audit. Av dem var data hentet fra 66 primærjournaler og 23 fra AH-notater. Totalt 41 journalnotater ble ekskludert. Av dem var 17 journalnotater ikke godkjent i kombinasjon med at pasienten ikke hadde møtt til minst fem konsultasjoner og 24 søknader var til interne tiltak eller inntak i ambulant akutteam.

Det var en signifikant økning i kartlegging av rusmiddelbruk i både primærjournaler og AH-notater. Dokumentering av rusmiddelbruk etter type inntak i poliklinikken er fremsatt tabell 6.

---

**Tabell 6 Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i ulike dokumenttyper**

---

	Audit (n=187) N ( %)	Re-audit (n=89) N ( %)	Forbedring % (95 % CI)	P-verdi
Innkost/Primærjournal	110 (77)	62 (94)	17 (8-26)	<0,001
AH-notat	26 (59)	21 (91)	32 (22-42)	<0,001

---

Det var en økning i bruk av andre relevante kartleggingsverktøy fra to prosent i audit til fire prosent i re-audit, men økningen var ikke signifikant. Følgende relevante kartleggingsverktøy var registrert brukt: MINI PLUS og SCID I og II. Det ble registrert en økende bruk av MINI PLUSS fra en til tre prosent, men økningen var ikke signifikant. Bruk av SCID I og II forble uendret i re-audit.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet blir hovedresultatene kort presentert. Mer utdypende diskusjon av resultatene er presentert i artikkelen. Det er noe overlapping i presentasjonen av resultater i artikkelen og innledningsdelen fordi det ble nødvendig for å få presentert sammenhenger. I dette kapittelet vil styrker og svakheter ved metoden bli diskutert. Funn fra kartlegging av praksis blir sett i sammenheng med andre aktuelle undersøkelser. Det vil også bli gitt noen anbefalinger for videre arbeid.

Audit av praksis viste at de fleste pasientene (73 %) som kom til inntak i en allmennpsykiatrisk poliklinikk i DPS ble dokumentert kartlagt ved inntak i poliklinikk ved DPS'et. De anbefalte kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT var imidlertid lite brukt i kartleggingen av rusmiddelbruk. AUDIT ble dokumentert brukt en gang, mens DUDIT ikke var brukt. De ulike rusmidlene alkohol, narkotika og legemidler var i varierende grad dokumentert kartlagt. Bruk av alkohol var dokumentert kartlagt oftest (62 %) og narkotika (52 %) ble kartlagt oftere enn legemidler (44 %). Omfanget av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk var høyere i journalnotater fra ordinært inntak i primærjournal (77 %) enn fra AH-vurderinger (59 %). Andre relevante kartleggingsverktøy var også lite dokumentert brukt (2 %).

Audit av praksis viste at det ikke var sammenheng mellom egenskaper hos pasienten som kjønn, alder eller diagnose i forhold til omfang av kartlegging av rusmiddelbruk ( $p$ -verdi  $>0,05$ ). Data om egenskaper ved pasientene viste at det var en ung pasientgruppe der hele 76 prosent var under 35 år og de fleste hadde ved inntak symptomer på affektiv lidelse (49 %). Egenskaper ved pasientene som alder, kjønn eller diagnose ble derfor ikke vektlagt i valg av tiltak for forbedring av kartleggingspraksis i denne kliniske auditen.

Re-audit av praksis etter iverksetting av forbedringstiltak viste en signifikant forbedring på 20 prosent (95 % CI 11-30) fra audit på dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk. Det var en signifikant økning på kartlegging av de ulike rusmidlene alkohol, narkotika og legemidler etter iverksatte tiltak, med størst økning på kartlegging av legemidler på 39 prosent (95 % CI 28-51). Det fremkom en signifikant økning i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i journalnotatene ved både ordinært inntak og akuttvurdering. Størst økning var det i journalnotatene ved akuttvurderinger med en forbedring på 32 prosent (95 % CI 22-42).

Den observerte forbedringen i praksis handler om økt omfang av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i journalnotater, men ingen forbedring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Det er relevant å stille spørsmål om forbedringen er reell eller om det handler om en forbedring av dokumentasjon av rusmiddelbruk i journalene. Fordi korrekt identifikasjon av skadelig rusmiddelbruk krever bruk av strukturerte kartleggingsverktøy er det sannsynlig at pasienter med skadelig rusmiddelbruk ikke blir identifisert i tilstrekkelig grad (Gråwe & Ruud, 2006, s. 19).

Den lave bruken av kartleggingsverktøy samsvarer med funn fra den norske tverrsnittsundersøkelsen som ble gjennomført av pasienter i psykiatrisk poliklinikk. Forskerne mener at pasienter med skadelig rusmiddelbruk ikke identifiseres i tilstrekkelig grad på grunn av manglende bruk av strukturerte kartleggingsverktøy (Gråwe & Ruud, 2006, s. 19.20). I en oppsummering fra helsetilsynet påpekes også mangel på systematisk og fullstendig utredning av nye pasienter som en alvorlig svikt i tjenestene ved flere DPS'er (Helsetilsynet, 2010, s. 16).

I denne kliniske auditen ble det undersøkt om en mangefasettert implementeringsstrategi basert på barrierer i praksis og tilbakemelding til praksis økte omfanget av kartlegging av rusmiddelbruk. På tross av kartlegging av rusmiddelbruk er et internasjonalt anerkjent kvalitetsmål for helsetjenestene (Pincus et al., 2007 ; Kilbourne et al., 2010), ble det funnet få publiserte kvalitetsforbedringsprosjekter det var naturlig å sammenligne prosjektet med. I et

australsk kvalitetsforbedringsprosjekt ble det ikke påvist forbedring i sykepleieres kartlegging av rusmiddelbruk etter iverksetting av forbedringstiltak i form av ulike undervisningsprogram for sykepleiere (Tran et al., 2009).

## 5.1 Styrker og svakheter ved prosjektet

Klinisk audit ble valgt som metode for å heve kvaliteten på kartleggingen av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikken fordi det er en metode for forbedring av egen praksis. Selv om klinisk audit ikke var den eneste relevante kvalitetsforbedringsmetoden så var metoden den mest hensiktsmessige når tjenesten skulle måles mot kunnskapsbaserte anbefalinger samtidig som tjenestene skulle forbedres (Burgess, 2011, s. 7, 29).

Bruk av anbefalinger fra en nasjonal retningslinje som kriterier for praksis tydeliggjorde et nasjonalt satsingsområde fordi de er normerende og retningsgivende for hva som er god praksis (Helsedirektoratet, 2013, s. 65). Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen om at alle pasienter må kartlegges for rusmiddelbruk var ikke bygd på forskningsresultater men på konsensus blant eksperter på fagområdet. Anbefalingene støttes av kunnskapsoppsummeringer i UpToDate (Weaver & Jarvis, 2012 ; Saitz, 2012 ; Back & Moran-Santa Maria, 2012 ; Campbell, 2013) og i internasjonale retningslinjer som for eksempel de utarbeidet av det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012 ; 2011).

Anbefalinger i nasjonale retningslinjer som kriterier i klinisk audit er en indikator for skåring i Audit Project Assessment Tool (Copeland, 2005, s. 23). Manglende brukermedvirkning var imidlertid en mangel ved prosjektet. I tillegg til at brukermedvirkning er en sentral del i det å arbeide kunnskapsbasert er Patient and Public Engagement (PPE) i økende grad internasjonalt ansett som et viktig bidrag i forbedringen av helsetjenesten (Healthcare Quality Improvement Patnrnership, 2009). Denne kliniske auditen ble startet opp i en periode med store omveltninger i organisasjonen. Det var endringer i flere lederposisjoner og organisasjonen ble samlokalisert i nytt bygg. Det ble derfor ikke tid og anledning til å søke etter brukerrepresentant. Dersom det ble iverksatt lignende prosjekt i dag ville brukerrepresentant blitt invitert med fordi det har blitt ansatt egne brukerrepresentanter i DPS´et.

Pasientinvolvering og engasjement er sentralt i klinisk audit. Teorien om klinisk audit er at kliniske spørsmål, standarder og mål for tjenestene også må reflektere det som er viktig sett fra et brukerperspektiv. Brukere skal være like selvfølgelige deltakere som ledere og klinikere

(Burgess, 2011, s. 13). Brukerrepresentant var imidlertid representert i utarbeidingen av ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012b, s. 15).

Metodologisk skårer prosjektet (Copeland, 2005, s. 23) på at det ble nedsatt audit-team og prosjektleder. I og med at prosjektet ble igangsatt som et mastergradsprosjekt, ble det naturlig at jeg ble prosjektleder og praktisk tilrettelegger. Audit-teamet ble ledelsesforankret, der alle team-medlemmene hadde en lederfunksjon. Ingen hadde erfaringer med klinisk audit som metode for kvalitetsforbedring, men prosjektleder hadde veiledning i kraft av sin rolle som student ved Senter for kunnskapsbasert praksis. En svakhet ved teamet var at ingen klinikere var involvert. Klinisk audit handler nettopp om å øke kvaliteten på tjenestene gjennom økt samarbeid. Dette prosjektet ble gjennomført i et tverrfaglig fagmiljø, noe som burde gjenspeilt seg blant medlemmene i audit-teamet. Flere ressurspersoner bidro imidlertid i deler av prosjektet (Burgess, 2011, s. 29).

Fagmiljøets manglende påvirkning for valg av forbedringsområde kan ha hatt innvirkning på etterlevelse av de ulike prosessmål som ble satt. I dette prosjektet ble anbefalinger fra ROP-retningslinjen valgt før prosjektstart. Det var derfor ikke et resultat av ønsker og behov i klinikken. Det ble ikke innhentet synspunkter fra brukere eller klinikerne. Imidlertid var det innhentet støtte fra ledelsen og noen ressurspersoner i klinikken (Burgess, 2011, s. 29).

Anbefalinger i ROP-retningslinjen ble ansett som viktig å implementere i praksis og benyttet som kriterier for god praksis. Det ble ut fra force field analysen (vedlegg IX) vurdert at det forelå tilstrekkelig med fremmede faktorer til at prosjektet hadde en mulighet til å lykkes.

En fordel med å samle data fra journalnotater retrospektivt var at data var tilgjengelig lagret og klar for bruk. Data kunne samles over tid og det var mulig å starte datainnsamlingen på nytt da prosjektet møtte uforutsette utfordringer. Mange journalnotater ble ekskludert fordi de ikke var godkjent/ferdigstilt på tross at datainnsamlingen foregikk tre til fire måneder etter inntak. Dette medførte at det ikke ble inkludert et tilstrekkelig antall journalnotater ved ordinært inntak i det første utvalget (n=145) som var beregnet. To alternativer ble vurdert, eventuelt å trekke et nytt utvalg eller systematisk gjennomgå alle journalnotater fra pasienter (n= 230) som kom til ordinært inntak. Det var en risiko at samme problem ville oppstå ved et nytt utvalg, derfor ble alle journalnotat gjennomgått. Samtidig ble inklusjonskriteriene endret fra kun å inkludere ferdigstilte/godkjente journalnotater til også å inkludere journalnotater som ikke var ferdigstilt/godkjent i de tilfeller der pasienten hadde vært til fem eller flere

konsultasjoner. At fem konsultasjoner ble satt som tidsramme for utredning bygger på en praktisk vurdering i klinikken.

Manglende ferdigstillelse og godkjenning av journalnotater ble tatt opp som egen sak med og i ledelsen. Det ble derfra formidlet tilbake til klinikerne en forventning om at innkomstjournaler skulle være ferdigstilt etter fem konsultasjoner. Manglende dokumentasjon og journalføring ble også påvist i helsetilsynets landsomfattende tilsyn ved DPS i 2008-2009 og omtales som et alvorlig brudd. Det påpekes at dokumentasjon av utredninger er en helt nødvendig forutsetning for kontinuitet og kvalitet (Helsetilsynet, 2010, s.19).

En sideeffekt av prosjektet ble en klar forbedring i ferdigstillelse av journalnotater, med en mulig forbedring i form av forkortede utredningsprosesser. I re-audit ble langt færre journalnotater ekskludert fordi de ikke var ferdigstilte/godkjente på tross av at datainnsamlingen her ble gjennomført kun en måned etter inntak (der kun 17 av 89 journalnotater ble ekskludert i re-audit sammenlignet med 73 av 187 i audit). For lange utredningsprosesser ble påpekt som brudd i Helsetilsynets oppsummering ved tilsyn i DPS. Det ble presisert at når utredningen strekker seg over tid medfører det for lang tid før diagnose blir satt og behandling kan ta til (Helsetilsynet, 2010, s. 16).

Bruk av deskriptiv statistikk gav mulighet til å beskrive frekvens og andel av kartlegging av rusmiddelbruk, kartlegging av de ulike rusmidler og bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. En kvantifisert standard gjorde det mulig å måle dagens praksis mot ønsket nivå på praksis for senere å sammenligne to målinger. Kvaliteten på utredningen av rusmiddelbruk ble ikke fanget opp i denne undersøkelsen. Når data ble samlet fra journalnotater der kartlegging av rusmiddelbruk var gjennomført uten bruk av kartleggingsverktøy ble dataene hentet fra klinikerens subjektive beskrivelser av pasientenes rusmiddelbruk. Det var nødvendig å basere innsamlingen av data på til dels varierende og ustrukturerte dokumenter uavhengig av kvalitet og omfang. For eksempel dersom det sto at pasienten ikke hadde et rusproblem ble det registret som «kartlagt» uavhengig av ytterlig informasjon. Noe av variasjonen kunne gjenspeiles i forskjellen på omfanget av kartlegging av de ulike rusmidlene. Slike uklarheter og variasjoner er imidlertid noe av utfordringen med å samle data fra praksis (Burgess, 2011, s.62). Dataene gav begrenset kunnskap om hvor omfattende og nøyaktig kartleggingen var gjennomført.

Datainnsamling med gjennomgang av journalnotater konsentrert til inntaksperioden i poliklinikken hadde noen begrensinger. Selv om ROP-retningslinjen anbefaler kartlegging av rusmiddelbruk rutinemessig ved inntak kan det hende at slik kartlegging ble gjennomført på et senere tidspunkt og derfor ikke ble fanget opp i denne studien. Dette kunne blitt imøtekommet med å samle data fra de samme journalene over en lengre tidsperiode, men dette ville vært betraktelig mer arbeidskrevende. Alternativet kunne vært å samle data fra færre journaler, men over en lengre tidsperiode. Da ville imidlertid utvalget vært mye mindre, med fare for at det ikke ble tilstrekkelig stort til å representerer populasjonene. Dette kunne blitt imøtekommet med innsamling av data fra flere kilder som for eksempel intervju av pasienter eller klinikerne (Burgess, 2011, s. 62-63). En relevant datakilde for prosjektet kunne vært en mer utvidet bruk av gap-undersøkelsen (Burgess, 2011, s. 63) fordi undersøkelsen er utarbeidet for å kartlegge gap i egen praksis målt mot anbefalinger i retningslinjen. I denne undersøkelsen kartlegges praksis ved å spørre klinikerne om deres kartleggingspraksis (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2013).

Gap-undersøkelsen var mer omfattende enn prosjektets behov som var begrenset til kartlegging av barrierer. Undersøkelsen ble imidlertid vurdert som hensiktsmessig fordi den er direkte utarbeidet til ROP-retningslinjen der identifisering av kartleggingspraksis er en sentral del. Gjennomsnittlig svarprosent i de to poliklinikkene var 50 prosent. Det ble gjennomført en enkel muntlig informasjon om undersøkelsen på personalmøter og to purringer på e-post. For å heve andelen svar burde undersøkelsen vært gjennomført over en lengre periode, med flere purringer og mer informasjon. I denne sammenheng ble det ikke vurdert som hensiktsmessig i og med at ytterligere barrierer ble identifisert med andre undersøkelsesmetoder som samtaler med kollegaer og «brain-storming» i audit-teamet (Straus, Tetroe & Graham, 2013, s. 128-129).

Tiltak mot barrierer ble prioritert fordi det gir størst bevegelse i forbedring (Iles & Sutherland, 2001, s. 43). Barrierer i hovedkategoriene «personalet» og «metode» slik det fremkommer av årsaksanalysen i fiskebensdiagrammet (Vedlegg X) ble valgt som forbedringsområde fordi det ble vurdert som mulig å gjøre noe med i dette prosjektet. Forholdene ved pasientene var vanskelig å gjøre noe med. Derimot kunne forhold ved organisasjonen som manglende prosedyrer vært valgt som forbedringsområde, men ville krevd en større grad av ledelsesstyring. Tiltak mot barrierer som lite og uklart samarbeid med avdeling for rusmedisin ble delvis imøtekommet fordi noen av de eksterne foreleserne representerte denne avdelingen

og implisitt bidro til diskusjonen om for eksempel hvordan søke pasienter med skadelig rusmiddelbruk til riktig instans og på hvilke kriterier.

Tiltakene som ble iverksatt i dette prosjektet var basert på tre systematiske oversiktsartikler av god kvalitet som viser til effekt av tiltak. En stor utfordring er hvordan retningslinjer skal implementeres i klinisk praksis. Implementeringsvitenskapen er en ny vitenskap som har interessert seg for å identifisere og vurdere effekten av å påvirke faktorer som kan gjøre det enklere å følge blant annet kliniske retningslinjer (Flottorp & Aakhus, 2013). Oppsummert forskning på effekt av implementering av retningslinjer i praksis viser ingen entydige funn om hvilken implementeringsstrategi som bør benyttes hverken innen psykisk helsevern (Weinmann, Koesters & Becker, 2007 ; Barbui et al., 2014) eller helsetjenesten generelt (Oxman et al., 1995 ; Grimshaw et al., 2004, s. x). Ingen enkle implementeringstiltak er nyttig i alle situasjoner (Grol et al., 2013, s. 167).

Tiltak for å imøtekomme identifiserte barrierer i praksis gav mulighet for å skreddersy implementeringsstrategien spesielt rettet mot praksisen ved de to poliklinikkene. Studier har vist at tiltak rettet mot barrierer gir mulighet for moderat forbedring av helsepersonells praksis sammenlignet med ingen intervensjon eller passiv spredning av materiell. Det er imidlertid ikke vist hvilke barrierer som kan være hovedhindringer eller hvordan velge intervensjoner som er best egnet for å bryte barrierer (Baker et al., 2010). For å fremme effekten av forbedring ble det utformet en egen tiltakspakke spesielt for dette prosjektet bestående av opplæring og undervisning i kombinasjon med tilbakemelding til praksis (Flottorp & Aakhus, 2013).

Ulike opplærings- og undervisningstiltak gav muligheter for å imøtekomme identifiserte barrierer som manglende kunnskap om ROP-retningslinjen og relevante anbefalinger i den. Tiltaket innbefatter forelesninger og diskusjonsforum i ulike former og med forskjellig innhold. Studier har vist at tiltaket alene eller i kombinasjon med andre intervensjoner kan forbedre helsepersonells yrkesutøvelse. Effekten er i hovedsak liten, men tiltaket ble forsøkt forsterket ved at flere undervisnings- og opplæringstiltak ble gjennomført med en kombinasjon av forelesning og aktiv deltakelse fra klinikerer. Ved å bruke eksterne ressurspersoner i opplæringen ble tiltaket forsøkt ytterligere forsterket (Forsetlund et al., 2009).



Tilbakemelding til klinkerne fra audit (audit and feedback) gav muligheter for å informere klinikerne om pågående praksis og involvere dem i prosjektet (Burgess, 2011, s. 86).

Tilbakemelding til praksis har vist muligheter for forbedring av praksis. Effekten er generelt liten, men potensielt viktig i forbedring av praksis. For å øke effekten av tiltaket ble tilbakemeldingen gitt fra kollega. Imidlertid ble den bare gitt muntlig en gang. Tiltaket kunne vært kunne forsøkt forsterket ved å gi flere tilbakemeldinger og eventuelt også i skriftlig form. En slik skriftlig tilbakemelding kunne med fordel ha blitt gitt med en klar plan for forbedring og målsetting. Audit og feedback er mye brukt i helsetjenesten og ofte sammen med ulike undervisningsopplegg, selv om effekten av det er usikker (Ivers et al., 2012).

Selv om en mangefasettert implementeringsstrategi ble valgt betydde det nødvendigvis ikke en økt forbedring av praksis enn om det hadde blitt iverksatt et enkeltstående tiltak (Squires et al., 2014). Likevel ble det ansett som at den valgte kombinasjonen av tiltak gav mulighet til å imøtekomme de identifiserte barrierene. Kostnaden ble heller ikke vurdert til å være større ved denne strategien enn ved enkeltstående tiltak (Grol et al., 2013, s. 286). Tiltakene ble gjennomført virkelighetsnært i den forstand at ingen ekstra midler ble benyttet. All opplæring/undervisning foregikk i allerede etablerte undervisnings-forum i arbeidstiden og alle eksterne ressurspersoner bidro vederlagsfritt. Faste undervisningstider betydde at ikke alle ansatte fikk mulighet til å delta på alle undervisninger/opplæringer. Dette kunne vært imøtekommet ved iverksetting av flere undervisningsbolker på samme tema. Det ble imidlertid gjennomført en egen opplæring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT i det ene teamet i poliklinikken (ambulant akutteam) fordi mange av de ansatte her går i turnus og derfor ikke har anledning til å delta på intern-undervisning i samme grad som andre ansatte ved poliklinikken.

Ny måling kunne gjennomføres etter implementering i re-audit slik at det ble mulig å sammenligne to målinger. Målingen kunne følge samme prosedyre som i audit fordi det forelå et reliabelt og valid datainnsamlingsverktøy og et detaljert informasjonsskriv fra audit (Burgess, 2011, s. 97). For å undersøke om forbedringen var statistisk signifikant ble det utregnet 95 % konfidensintervall for forbedring i kartlegging av rusmiddelbruk, kartlegging av de ulike rusmidler og omfang av kartlegging av rusmiddelbruk i to journaltyper. I de tilfeller resultatene ikke rommet verdien null var det med 95 % sikkerhet en forskjell (Polit & Beck, 2012, s. 421). Resultater fra beregninger av konfidensintervall gir informasjon om effektstørrelser, det vil si innen hvilke verdier den sanne verdien ligger og gir dermed mer informasjon utover det at resultatet er signifikant (Bjørndal & Hofoss, 2012, s. 77). En

identifisert forbedring av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk var utregnet til 20 prosent. Konfidensintervallet for dette resultatet viser at den sanne verdien ligger innenfor 11-30 prosent.

Pearson kji-kvadrattest ble brukt for å teste om de ulike målingene reflekterte en reell endring i omfang av kartlegging av rusmiddelbruk eller om den var et resultat av tilfeldighet. Pearson kji-kvadrattest er en hypotesetest og ble benyttet for å teste om nullhypotesen var sann. Nullhypotesen uttrykte en forventning om at iverksetting av implementeringstiltak var uten effekt ( $H_0$ ). Alternativ hypotese eller en testhypotese uttrykte derimot at iverksetting av implementeringstiltak hadde effekt ( $H_A$ ). Ved hypotesetesting kan det ved tilfeldighet trekkes feil konklusjon. Ved tilfeldigheter kunne nullhypotesen feilaktig blitt forkastet og det kunne blitt konkludert med at det var en forbedring av praksis etter implementering som ikke var reell, benevnes som type I feil. Det var derfor viktig å redusere faren for denne type feil. Det er ikke mulig å vite når det trekkes feil konklusjon fra statistiske analyser, men det kan kontrolleres ved å bestemme signifikantnivå. Signifikantnivå ble satt til 0,05 som er et vanlig nivå og betydde at vi godtok en feilsannsynlighet på fem % og kalles p-verdi. I analysene der det fremkom en  $P < 0,05$  som ved kartlegging av rusmiddelbruk kunne nullhypotesen forkastes og det ble mulig å godta at det var en forskjell. Resultatet var statistisk signifikant. I analysene der det fremkom  $P > 0,05$  som ved bruk av kartleggingsverktøyet AUDIT kunne vi ikke forkaste nullhypotesen og det ble ikke mulig å godta at det var en forskjell. Resultatet var ikke statistisk signifikant (Polit & Beck, 2012, s. 408-410, 420-421).

Hensikten med denne kliniske auditen var forbedring av ulike prosessmål i form av klinikernes adferd. Andel pasienter med rusdiagnose var en opplysning som ble innhentet som en demografisk variabel for å undersøke om pasientens diagnose påvirket omfang av kartlegging av rusmiddelbruk. Registrering av pasientenes diagnose gjorde det mulig å sammenligne pasientgruppen med rusdiagnose (F10-F19 i ICD-10) før og etter iverksetting av forbedringstiltak. Som beskrevet nærmere i artikkelen viste den observerte effekten av økt dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk ingen innvirkning på antallet pasienter diagnostisert med rusdiagnose.

Registrering av rus-diagnose gjorde det også mulig å sammenligne resultatene med andre undersøkelser. Andelen pasienter med rusdiagnose som hoved – eller bidiagnose var i denne kliniske auditen langt lavere enn tverrsnittsundersøkelsen foretatt i psykiatriske poliklinikker i 2002-2003. Andelen pasienter med rusdiagnose i tverrsnittsundersøkelsen var spesielt høy for

unge under 30 år (49 %). Hver fjerde pasient med affektiv lidelse hadde også en rusdiagnose (Gråwe & Ruud, 2006, s. 11). Undersøkelsen fant at kun halvparten av pasientene (21 %) med skadelig rusmiddelbruk ble fanget opp i form av rusdiagnoser (11 %). Informasjon om pasientenes skadelige rusmiddelbruk og bruk av rusdiagnoser kunne vært to utfyllende innfallsvinkler for å fange opp gruppen pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Lilleeng, 2007, s. 20, 93), men det var utenfor dette prosjektets hensikt og målsetting. Det er likevel relevant å spørre om dagens praksis med kartlegging av rusmiddelbruk i poliklinikken medfører at pasienter med skadelig rusmiddelbruk blir identifisert. Andelen pasienter med rusdiagnose var spesielt lav sett i sammenheng med den høye andelen unge pasienter (76 %) og gruppen pasienter diagnostisert med affektiv lidelse (71 %) i audit.

### 5.3 Anbefalinger for videre arbeid

Denne kliniske auditen viste en signifikant forbedring av kartlegging av rusmiddelbruk, men ingen forbedring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Ingen av de satte standarder for kartlegging av rusmiddelbruk ble nådd og dermed er forbedringen ikke tilstrekkelig og målet er ikke nådd. Gjennomføring av klinisk audit med re-audit er imidlertid ikke det samme som en komplett klinisk audit. Re-målinger bør være en del av en kontinuerlig måling av forbedring der en på nytt vurderer om praksis er i tråd med anbefalingene i retningslinjer (Burgess, 2011, s. 95). Det gjenstår å vurdere om tiltakene har virket i for kort tid til å gi ønsket resultat og om prosessen bør få lengre tid før det vurderes om den skal justeres (Bakke et al., 2013, s.26).

Ny måling av praksis kan være aktuelt å gjennomføre for å undersøke om ønsket resultat fremkommer når tiltakene har fått mulighet til å virke over noe lengre tid. Samtidig bør auditteamet utføre en analyse av igangsatte tiltak for å vurdere om det er behov for justeringer av tiltak eller om andre tiltak kan være mer hensiktsmessige (Burgess, 2011, s. 99-100). En ytterligere kartlegging av barrierer mot bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT ved inntak av nye pasienter kan være aktuelt. Det vil være relevant å vurdere å utvide audittemaet med flere klinikere og brukerrepresentant.

Det er viktig å holde fast på målet med 100 prosent etterlevelse på kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikken slik presentert i ROP-retningslinjen. Det bør være mulig å integrere kartlegging av rusmiddelbruk i utredningen ved oppstart i poliklinikk. Utfordringen er krav til hvordan dette skal dokumenteres. Det var store kvalitetsforskjeller i

dokumentasjonene av kartleggingen, fra gode beskrivelser av alle rusmidler til en kort setning som for eksempel at pasienten ikke har et rusmiddelproblem. Denne siste formen for dokumentasjon tilfredsstiller ikke krav om at journalen skal fungere som et hensiktsmessig arbeidsverktøy, der andre skal kunne anvende opplysningene som grunnlag for beslutning om helsehjelp eller annen oppfølging av pasienten (Helsedirektoratet, 2012a s. 102). Systematisk bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT kan imøtekomme denne utfordringen.

Det er likevel mulig at en standard på 85 prosent i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy er for ambisiøst. Spesielt er dette relatert til AH-situasjoner. Bruk av kartleggings skjema kan da være utfordrende blant annet fordi andre utredninger som kartlegging av selvmordsfare kan ha forrang. Det vil derfor være nødvendig at audit-teamet diskuterer denne standarden ved eventuell justering av prosjektet (Burgess, 2011, s. 100).

Dette prosjektet bør kontinueres for ytterligere å øke omfanget av kartlegging av rusmiddelbruk og spesielt øke omfanget av bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Kriterier og standard gjenspeiler i tillegg til anbefalinger i rop-retningslinjer anbefalinger gitt i rapporten « Pasientforløp Rus – Psykisk helse» i Helse Bergen HF (2013, s. 13, 28). Her presiseres det at det er nødvendig at alle ansatte har kjennskap til og kan bruke kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT slik at skadelig rusmiddelbruk identifiseres. Rapporten gir imidlertid ikke tydelige anbefalinger om rutinemessig kartlegging av rusmiddelbruk, selv om viktigheten av kartlegging presiseres.

Identifiserte barrierer mot kartlegging av rusmiddelbruk, som manglende kjennskap til ROP-retningslinjen og anbefalingene i den, er sannsynligvis representativt for flere seksjoner i Psykiatrisk Divisjon. Derfor bør andre seksjoner vurdere å gjennomføre lignende prosjekter. Identifiserte barrierer i praksis som manglende kjennskap til retningslinjen kan også overføres til kjennskap til overnevnte interne rapport om rusforløpet Helse Bergen fordi denne omhandler likelydende anbefalinger som de i ROP-retningslinjen. Det er lite sannsynlig at mange klinikere har kjennskap til denne rapporten når anbefalinger i ROP-retningslinjen var ukjent. Tvert imot var en identifisert barriere mot kartlegging av rusmiddelbruk lite kjennskap til integrert rusbehandling og lite samarbeid med avdeling for rusmedisin. Klargjøring av samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet til pasientgruppen var en sentral del av denne rapporten.

## 6.0 Konklusjon

Det har som mastergradsoppgave blitt gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt i en psykiatrisk poliklinikk i et DPS. Innledningsvis ble det vist til klare signaler både fra WHO og norske myndigheter om nødvendigheten av økt kvalitetsforbedring i helsetjenesten. For å heve kvaliteten på tjenester innen psykisk helsevern og rus anbefales det å implementere kunnskapsbasert praksis og kliniske retningslinjer.

Klinisk audit var en hensiktsmessig metode når hensikten var å forbedre praksis målt mot kunnskapsbaserte anbefalinger i en nasjonal retningslinje. Kartlegging av rusmiddelbruk ble vurdert som egnet for klinisk audit fordi problemområdet har stort omfang og det er forbundet med høy risiko for pasientene og store kostnader for samfunnet. Kartlegging av praksis med gjennomgang av pasientjournaler retrospektivt med bruk av egnet datainnsamlingsverktøy gjorde det mulig å sammenligne praksis før og etter implementering. Det ble iverksatt flere implementeringstiltak basert på identifiserte barrierer i praksis. Tiltakene var bygd på gode systematiske oversikter over effekt av tiltak.

Re-audit av praksis etter implementering viste en signifikant forbedring av kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikken. Forbedringen omfattet kartlegging av de enkelte rusmidlene alkohol, narkotika og legemidler. Det ble imidlertid ingen forbedring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Gjennomføring av klinisk audit medførte ikke fullstendig måloppnåelse for prosjektet, men re-audit er heller ikke det samme som en komplett klinisk audit. Klinisk audit er en kontinuerlig kvalitetsforbedringsmetode og derfor bør prosjektet kontinueres. Dersom det videreføres må det vurderes om tiltakene bør få virke over litt lengre tid før det gjøres ny måling av praksis eller om det bør gjøres justeringer i prosjektets form. Samtidig bør det vurderes om flere klinikere og brukerrepresentant skal innlemmes i audit-teamet.

## Litteraturliste

- Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders identification Test*. Guidelines for use in primary care, WHO/MSD/MSB/01.6a. Geneva, World Health Organization.
- Back, S. & Moran-Santa Maria, M. (2012) Co-occurring anxiety disorders and substance use disorders: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. I: Stein, M. B. red. *UpToDate*. Waltham MA, Wolters Kluwer Health.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, I. C. & Nickleson, L. (1999) Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29 (3), s. 11-20.
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., C. G., Shaw, E., Cheater, F., Flottorp, S. & Robertson, N. (2010) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3). Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005470.pub3/pdf>> [Nedlastet 01.08.2014].
- Bakke, T., Brudvik, M., De Vibe, M., Konsmo, T., Nyen, B., Udness, E. & Vege, A. (2013) *En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeide*. Notat 2013. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten.
- Barbui, C., Girlanda, F., Ay, E., Cipriani, A., Becker, T. & Koesters, M. (2014) Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care (Review). *The Cochrane Library* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009780.pub2/pdf>> [Nedlastet 01.06.2014].
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2003) *DUDIT: The Drug Use Disorders Identification Test* [Internett], Karolinska Institutet. Tilgjengelig fra: <<http://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/duditmanual.pdf>> [Nedlastet 01.03.2015].
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1. utg. Oslo, Akribe.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2012) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Borbasi, S., Jackson, D. & Lockwood, C. (2010) Undertaking a clinical audit. I: Courtney, M. & Mccutcheon, H. red. *Using evidence to guide nursing practice*. Australia, Elsevier, s. 113-131.

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J & L, Z. (2010) Agree II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal* [Internett], 182. Tilgjengelig fra: <[http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/03/1397\\_AGREE+II+Users+Manual+and+23-item+Instrument-+ENGLISH1.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/03/1397_AGREE+II+Users+Manual+and+23-item+Instrument-+ENGLISH1.pdf)> [Nedlastet 01.10.2013].

Brudvik, M. (2012 2007) *Fiskebeinsdiagram* [Internett], Oslo, Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik+kommer+du+i+gang/Verkt%C3%B8y/Fiskebeinsdiagram.52203.cms>> [Nedlastet 21.06.2014].

Burgess, R. red. (2011) *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Oxford, United Kingdom, HQIP Healthcare Quality Improvement Partnership.

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C. & Rubin, H. R. (1999) Why don't Physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282 (15), s. 1458-1465.

Campbell, C. E. (2013) Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. I: Saxon, A. J. & Marder, S. red. *UpToDate*. Waltham MA, Wolters Kluwer Health.

Copeland, G. (2005) *A practical handbook for clinical audit* [Internett], NHS Clinical Governance Support Team. Tilgjengelig fra: <[http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint114/Clinical%20Audit%20PDFs%20and%20PPTs/Practical\\_Clinical\\_Audit\\_Handbook\\_v1\\_1.pdf](http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint114/Clinical%20Audit%20PDFs%20and%20PPTs/Practical_Clinical_Audit_Handbook_v1_1.pdf)> [Nedlastet 15.02.2015].

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. 1. utg. St. Louis, Elsevier MOSBY.

Dixon, N. & Pearce, M. (2011a) *Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits* [Internett], UK, Healthcare Quality Improvement Partnership. Tilgjengelig fra: <<http://www.hqip.org.uk/assets/LQIT-uploads/Guidance-0212/HQIP-CA-PD-028-Guide-to-Ensuring-Data-Quality-in-Clinical-Audits-220212.pdf>> [Nedlastet 01.04.2014].

Dixon, N. & Pearce, M. (2011b) *Guide to using quality improvement tools to drive clinical audits* [Internett], UK, Healthcare Quality Improvement Partnership. Tilgjengelig fra: <<http://hqip.org.uk/assets/Guidance/Guide-to-Using-Quality-Improvement-Tools-to-Drive-Clinical-Audits-HQIP.pdf>> [Nedlastet 01.07.2014].

Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *The Milkbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), s. 166-206.

Field, M. J. & Lohr, K. N. red. (1990) *Clinical practice guidelines: direction for a new program*. Washington DC, National Academy Press.

Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013) Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2), s. 187-196.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A. D. (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2#readcube-epdf:cochrane=full>> [Nedlastet 28.02.2014].

Greenhalgh, T. (2010) *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. 4. utg. Chichester, UK, Wiley-Blackwell.

Griffith, A. (2010) *SPSS for dummies*. 2. utg. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.

Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., Witty, P., Eccles, M., Matowe, L., Shirran, L., M, W., Dijkstra, R. & Donaldson, C. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8 (6),

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. red. (2013) *Improving patient care: The implementation of change in health care*. 2. utg. UK, John Wiley & Sons Ltd.

Gråwe, R. W. & Ruud, T. (2006) *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Rapport, STF78 A06003. Trondheim, Sintef Helse.

Haynes, B. R. (2001) Of studies, syntheses, synopses, and systems: the "4S" evolution of services for finding current best evidence. *Evidence-Based Medicine*, 6, s. 36-38.

Healthcare Quality Improvement Partnership (2010) *Clinical audit: A simple guide for NHS Boards & partners* [Internett], London, Healthcare Quality Improvement Partnership,. Tilgjengelig fra: <<http://www.hqip.org.uk/assets/Guidance/HQIP-Clinical-Audit-Simple-Guide-online1.pdf>> [Nedlastet 01.07.2014].

Healthcare Quality Improvement Partnership (2009) *Patient and Public Engagement (PPE). PPE in clinical audit* [Internett], HQIP. Tilgjengelig fra: <<http://hqip.org.uk/assets/PPE/HQIP-PPE-Guidance.pdf>> [Nedlastet 10.03.2015].



Helse- og omsorgsdepartement (2010) *Veileder til lov av 20.juni 2008 nr 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Veileder, versjon pr. 25. mars 2010. Oslo, Helse- Og Omsorgsdepartement.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012a) *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld. 10 (2012-2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012b) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. alkohol-narkotika-doping*. St.meld. 30. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Bergen HF (2013) *Pasientforløp Rus - Psykisk helse. Pasientforløp for pasienter med rusmiddelproblem og psykisk sykdom i Helse Bergen HF*. Forløpsprosjekt. Bergen, Helse Bergen. Nedlastet 01.12.2014 fra: <http://www.saman.no/file=2313>

Helsedirektoratet (2011) *Kvalitet og kompetanse..... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport IS-1914. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012a) *Helsepersonelloven med kommentarer*. Rundskriv, IS-8/2012. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012b) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo, Helsedirektoratet. Nedlastet 01.02.2014 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helsedirektoratet (2012c) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Veileder, IS-1870. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013) *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Rundskriv, IS-5/2013. Oslo, Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2010) *Distriktpsykiatriske tenester - likeverdige tilbud?* Rapport fra Helsetilsynet, 3/2010. Oslo, Statens Helsetilsyn.

Hildebrand, M. (2015) The psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A review of recent research. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.008>> [Nedlastet 01.03.2015].

Høgskolen i Bergen Senter for kunnskapsbasert praksis & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) *Kunnskapsbasert praksis* [Internett], Bergen. Tilgjengelig fra: <<http://kunnskapsbasertpraksis.no/>> [Nedlastet 01.01.2014].

IBM (2013 1998) *SPSS Bootstrapping 22* [Internett], USA, IBM Corporation. Tilgjengelig fra: <<http://library.uvm.edu/services/statistics/SPSS22Manuals/IBM%20SPSS%20Bootstrapping.pdf>> [Nedlastet 01.02.2015].

IBM Corp. (2013) *IBM SPSS Statistics for windows, version 22.0.*. I: Armonk NY, IBM Corp.

Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational change: a review for health care managers, professionals and researchers* [Internett], London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D. Tilgjengelig fra: <<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/change-management-review.pdf>> [Nedlastet 23.11.2014].

Ilnér, S. O. (2012) *Akutt-psykiatri*. 1. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Institute of Medicine (2006) *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Condition: Quality Chasm Series*. Washington, National Academies Press.

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J. & Oxman, A. D. (2012) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (6). Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3#readcube-epdf:cochrane=full>> [Nedlastet 01.08.2014].

Kilbourne, A. M., Fullerton, C., Dausey, D., Pincus, H. A. & Hermann, R. C. (2010) A framework for measuring quality and promoting accountability across silos: the case of mental disorders and co-occurring condition. *BMJ Quality and Safety in Health Care*, 19, s. 113-116.

Kunnskapssenteret (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* [Internett], Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>> [Nedlastet 01.12.2014].

Larun, L., Helseth, V., Bramness, J. G., Haugerud, H., Bjørg, H., Gråwe, R. W., Kornør, H., Landheim, A. S., Lossius, K., Hammerstøm, K. T. & Waal, H. (2007) *Dobbeltdiagnoser - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter*. Medisinsk metodevurdering, 21-2007. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten.

Lilleeng, S. (2007) *Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidig psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF rapport, A1159. Oslo, Trondheim, Sintef Helse.

Lynn, J., Baily, M., Bottrell, M., Jennings, B., Levine, R., Davidoff, F., Casarett, M., Corrigan, J., Fox, E., Wynia, M., GJ, A., O`Kane, M., Speroff, T., Schyve, P., Batalden, P., Tunis, S., Berlinger, N., Cronenwett, L., Fitzmaurice, M., Dubler, N. & James, B. (2007) The ethics of using quality improvement methods in health care. *Annals of Internal Medicine*, 146 (9), s. 666-673.

Moore, J., Smith, M. & Barwick, M. (2011) *An introduction to Statistic for Clinical Audit* [Internett], Healthcare Quality Improvement Patnrnership,. Tilgjengelig fra: <<http://www.hqip.org.uk/assets/LQIT-uploads/Guidance-0212/HQIP-CA-PD-002-131112-An-Introduction-to-Statistics-for-Clinical-Audit.pdf>> [Nedlastet 15.05.2014].

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2012) *Kartleggingsverktøy* [Internett], Sykehuset Innlandet HF, Helse Sør-øst. Tilgjengelig fra: <<http://rop.no/kartleggingsverktoey>> [Nedlastet 01.12.2013].

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2013) *GAP-undersøkelse*. [Internett], Lillehammer. Tilgjengelig fra: <<http://gap.rop.no/>> [Nedlastet 15.10.2014].

National institute for Clinical Excellence (NICE) (2002) *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. I: Abingdon UK, Radcliffe Medical Press Ltd.

NICE (2011) *Psychosis with coexisting substance misuse*. Audit support. Implementing NICE guidance, CG120. London, National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2012) *Alcohol-use disorders- preventing harmful drinking*. Audit Support. Implementing NICE guidance. , PH24. Manchester, National Institute for Health and Clinical Excellence.

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. & Haynes, B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association journal*, 15 (153), s. 1423-1431.

Peters, D. H., Tran, N. T. & Adam, T. (2013) *Implementation research in health: a practical guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research,

*World Health Organization* [Internett]. Tilgjengelig fra: <[http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_irpguide.pdf](http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf)> [Nedlastet 10.01.2015].

Pincus, H. A., Page, A. E., Druss, B., Appelbaum, P., Gottlieb, G. & England, M. j. (2007) Can Psychiatry cross the quality chasm? Improving the quality of health care for mental health and substance use conditions. *Am J Psychiatry*, 164 (5), s. 712-719.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. utg. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Random.org (1998-2015) *True random number generator* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.random.org/>> [Nedlastet 01.05.2014].

Raosoft (2004) *Sample size calculator* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.raosoft.com/samplesize.html>> [Nedlastet 01.06.2014].

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. J. & Goodwin, F. K. (1990) Comorbidity of Mental Disorders With alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*, 264 (19), s. 2511-2518.

Registered Nurses Association of Ontario (2012) *Toolkit. Implementation of Best Practice Guidelines*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>> [Nedlastet 01.09.2014].

Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, B. R. & Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312 (71),

Saitz, R. (2012) Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs. I: Saxon, A. J. red. *UpToDate*. Waltham MA, Wolters Kluwer Health.

SIGN (2014 2001) *SIGN grading system 1999-2012* [Internett], Healthcare improvement Scotland. Tilgjengelig fra: <<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>> [Nedlastet 1.2.2015].

Sosial- og helsedirektoratet (2005)....og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Veileder, IS-1162. Oslo, Sosial- Og Helsedirektoratet.

Squires, J. E., Sullivan, K., Eccles, M. P., Worswick, J. & Grimshaw, J. M. (2014) Are multifaceted interventions more effective than single-component intervention in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implementation science* [Internett], 9 (152). Tilgjengelig fra: <<http://www.implementationscience.com/content/pdf/s13012-014-0152-6.pdf>> [Nedlastet 10.01.2015].

Statens helsetilsyn (1999) *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser*. 10. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Straus, S., Glasziou, P., Richardson, W. S. & Haynes, B. (2011) *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach it*. 4. utg., Churchill Livingstone Elsevier.

Straus, S., Tetroe, J. & Graham, I. D. red. (2013) *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. 2. utg. UK, John Wiley & Sons.

Suppes, T. & Cosgrove, V. E. (2013) Bipolare disorder in adult: Clinical features. I: Keck, P. red. *UpToDate*. Waltham MA, Wolter Kluwer Health.

The R Foundation (2014) *The R project for statistical computing* [Internett], The Comprehensive R Archive Network. Tilgjengelig fra: <<http://cran.uib.no/>> [Nedlastet 01.02.2015].

Tran, D. T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D. & Johnson, M. (2009) Does implementation of clinical guidelines change nurses screening for alcohol and other substance use? *Contemporary Nurse*, 33 (1), s. 13-19.

UpToDate (2013) *Editorial* [Internett], Waltham MA, Wolters Kluwer Health. Tilgjengelig fra: <[www.uptodate.com/home/editorial](http://www.uptodate.com/home/editorial)> [Nedlastet 01.11.2013].

Vandvik, P. & Eiring, Ø. (2011) *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Prosjektoppsummering, 16-2011. Oslo, Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten. <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/foretaksprosjektet-mot-kunnskapsbasert-praksis-i-spesialisthelsetjenesten>

Vandvik, P. O. (2009) Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I: Grimen, H. & Terum, L. I. red. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo, Abstrakt Forlag AS, s. 111-124.

Weaver, M. F. & Jarvis, M. A. E. (2012) Substance use disorders: Principles for recognition and assessment i general medical care. I: Saitz, R. red. *UpToDate*. Waltham MA, Wolters Kluwer Health.

Weinmann, S., Koesters, M. & Becker, T. (2007) Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, s. 420-433.

World Health Organization (2003) *Quality improvement for mental health*. Mental Health Policy and Service Guidance Package,. Geneva, World Health Organization. Nedlastet 10.02.2015 fra: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/8\\_quality%20improvement\\_WEB\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/services/8_quality%20improvement_WEB_07.pdf?ua=1)

World Health Organization (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Quality assurance, Health care. Geneva, World Health Organization. Nedlastet 10.03.2015 fra: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

**Kartlegging av rusmiddelbruk i allmennpsykiatrisk poliklinikk**

**En klinisk Audit**

**Arnheid Kvamme**

**Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag**

**Avdeling for helse og sosialfag**

**Høgskolen i Bergen**

**Artikkelen vil bli søkt publisert i Sykepleien Forskning**

## **Sammendrag.**

**Bakgrunn:** Psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk opptrer ofte samtidig. Identifisering av pasienter med skadelig bruk av rusmidler er nødvendig for å iverksette relevante tiltak og behandling på en systematisk måte. «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser» anbefaler at alle pasienter rutinemessig kartlegges for rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikk. Slik kartlegging bør gjøres med bruk av anbefalte kartleggingsverktøy.

**Hensikt:** Å øke omfanget av og kvaliteten på kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikk.

**Metode:** Vi gjennomførte en klinisk audit som metode for kvalitetsforbedring. Dagens praksis med kartlegging av rusmiddelbruk ble målt mot sentrale anbefalinger i ROP-retningslinjen (kriterier). Data ble hentet med gjennomgang av journalnotater fra pasienter i audit (n=187). Det ble iverksatt flere forbedringstiltak basert på barrierer i praksis før ny måling i re-audit (n=89).

**Resultater:** Re-audit viste en signifikant forbedring på 20 prosent (95 % CI 11-30) i kartlegging av rusmiddelbruk etter implementering av forbedringstiltak. Det var ingen signifikant forbedring i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy.

**Konklusjon:** En implementeringsstrategi med flere tiltak rettet mot barrierer i praksis kan øke omfanget på kartlegging av rusmiddelbruk. Strategien påvirket imidlertid ikke bruk av anbefalte kartleggingsverktøy.

**Nøkkelord:** Kartlegging, rusmiddelbruk, klinisk audit, kvalitetsforbedring, implementering.



**Abstract:**

**Screening for substance use in a psychiatric outpatient clinic. A clinical audit.**

**Background:** Mental illness and substance use disorder commonly co-occur. Identification of harmful use of substance is essential for initiating intervention and systematic treatment.

“National guideline for assessment, treatment and social rehabilitation for persons with concurrent substance use disorders and mental disorders” recommend routine screening for substance use of all patients attending a general psychiatric outpatient clinic. Such screening is preferably performed with the use of screening tools.

**Aim:** To improve the extent and quality of screening for substance use in patients attending the psychiatric outpatient clinic.

**Methods:** We carried out a clinical audit as a quality improvement process. Current practice with screening for substance use was compared with guideline recommendations (Criteria). Data was collected from medical records of patients in audit (n=187). Based on identification of barriers in practice several interventions were implemented before new measuring were conducted in re-audit (n=89).

**Results:** There was a significant improvement of 20 percent (95 % CI 11-30) in screening for substance use after implementation. There was no significant improvement in the use of recommended screening-tools.

**Conclusion:** A multifaceted implementation strategy tailored to identified barriers in practice can improve the extent of screening for substance use. However the strategy had no influence on the use of screening tools.

**Keywords:** Screening, substance use, clinical audit, quality improvement, implementation

## INTRODUKSJON

Personer med psykiske lidelser har økt risiko for utvikling av ruslidelse. En tilstedeværelse av begge tilstandene er forbundet med dårligere effekt av behandling enn om tilstandene opptrer hver for seg (1, 2, 3, s.5). Faren for helseskader og sosiale problemer øker med økende bruk av rusmidler. Skadelig rusmiddelbruk er en av de største risikofaktorene for sykdom og tidlig død (4, s. 22, 5). Bruk av rusmidler kan både forårsake og medvirke til psykiske tilstander som depresjon, angst, psykose, kognitive endringer og økt selvmordsfare (6). En norsk nasjonal tverrsnittundersøkelse utført av SINTEF (2003-2004) viste at 11 prosent av pasientene som mottok poliklinisk behandling i tradisjonelt psykisk helsevern hadde en rusdiagnose som enten hoved- eller bidiagnose (F10-F19 i ICD-10) (7, s. 11). Hele 21 prosent hadde imidlertid et skadelig rusmiddelbruk i ukene før behandlingsstart (8, s. 93).

Tidlig identifisering og rask intervensjon er et overordnet mål for å hindre utvikling av avhengighet til rusmidler og negative konsekvenser av skadelig bruk (4, s. 173). Kartlegging av rusmiddelbruk er ansett som et relevant kvalitetsmål ved forbedring av praksis både nasjonalt og internasjonalt (9-11). I «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser» anbefales rutinemessig kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikk (12, s. 54). Slik kartlegging kan gjøres som del av et klinisk intervju, men anbefales utført med bruk av kartleggingsverktøyene Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) (12, s. 46-47, 13). AUDIT og DUDIT har vist seg valide og reliable i identifisering av henholdsvis skadelig bruk av alkohol og illegale rusmidler/legemidler (14, 15).

Kartlegging av rusmiddelbruk er et kunnskapsbasert kvalitetsmål som tjenesten kan måles mot og vil derfor kunne medvirke til forbedring av kvaliteten på tjenestene (9, 16, 17). Det er gjennomført få systematiske kvalitetsforbedringstiltak innen psykisk helsevern, og det er begrenset kunnskap om kvaliteten på tjenestene (18, s. 8, 25). Klinisk audit er en systematisk kvalitetsforbedringsmetode som er hensiktsmessig å bruke når formålet er å kartlegge og forbedre praksis (19, s. 6-7). Metoden omfatter evaluering av egen praksis målt mot eksplisitte kriterier og iverksetting av tiltak om nødvendig (20, s. 113, 21, s.1).

Tiltak som iverksettes for å forbedre praksis må planlegges nøye og bygge på systematiske kunnskapsoppsummeringer av god kvalitet om effekt av tiltak (22). En nyere systematisk oversikt viser at det ikke finnes sikker evidens på hvilke tiltak som har best effekt ved

implementering av retningslinjer innen psykisk helsevern (23). Systematiske oversikter på effekt av implementering av retningslinjer i helserelatert praksis viser imidlertid at flere intervensjoner kan ha effekt, men ingen intervensjon ser ut til å ha mer effekt enn andre uavhengig av den settingen den gjennomføres i (24, s. 13-16, 25, s.x, 26, s. 12). En strategi for å fremme implementering er å relatere tiltakene til barrierer i praksis (22, 27, 28, 29, s. 147-148).

Helsetilsynet rapporterer etter tilsyn i flere Distriktpsikiatriske sentre (DPS) om omfattende svikt i utredninger av nye pasienter (30, s. 16). Kartlegging av rusmiddelbruk skal være integrert i undersøkelse av nye pasienter ved inntak i allmennpsykiatrisk poliklinikk Kronstad DPS, men denne kartleggingen er lite systematisk. Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å øke omfanget av og kvaliteten på kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter ved inntak. Målet med prosjektet er at praksis følger kunnskapsbaserte anbefalinger slik at skadelig rusmiddelbruk hos pasienter i poliklinikken blir identifisert.

Gjennom et kvalitetsforbedringsprosjekt ønsket vi 1) å undersøke om nye pasienter i poliklinikken ble kartlagt for rusmiddelbruk 2) å vurdere om denne praksisen var i tråd med anbefalinger i ROP-retningslinjen 3) å iverksette tiltak i praksis for å forbedre kvaliteten om det var nødvendig og 4) å foreta ny kartlegging av praksis for å se om praksis var forbedret. Denne artikkelen er utarbeidet etter rammeverket SQUIRE: Retningslinje for publisering av kvalitetsforbedringsprosjekt (31)

## **METODE**

Klinisk audit ble benyttet som metode for kvalitetsforbedring. Metoden ble systematisk fulgt gjennom en prosess som inkluderte 1) planlegging, 2) måling av praksis (audit), 3) iverksetting av tiltak om nødvendig og 4) re-måling (re-audit) (19, s. 6-7) slik illustrert i figur 1 (32, s. 23). Kartlegging av rusmiddelbruk ble vurdert som egnet for klinisk audit fordi skadelig rusmiddelbruk har et stort omfang, det er forbundet med store konsekvenser for pasientene og høye kostnader for samfunnet (4, s. 14-15, 22, 33. s. 23)

## **Etikk**

Kvalitetsforbedringsprosjektet ble forankret i Helsepersonelloven § 26 (34) og Spesialisthelsetjenesteloven § 3- 4a (35). Personvernombudet i Helse Bergen gav tillatelse til gjennomføring av prosjektet. Alle opplysninger fra pasientjournaler ble behandlet

konfidensielt. Kun anonyme opplysninger ble innhentet og lagret på høyskolens forskningsserver.

### **Setting**

Denne kliniske auditen ble forankret i ledelsen i Kronstad DPS og det ble nedsatt eget audit-team bestående av prosjektleder og representanter fra klinikk- og seksjonsledelsen. Prosjektet ble gjennomført i to allmennpsykiatriske poliklinikker. DPS'et yter tjenester til befolkningen i tre sentrumsnære bydeler der de to poliklinikkene har ansvar for hvert sitt geografiske område. Poliklinikkene er bemannet med 56 ansatte som omfatter yrkesgrupper som psykiatere, leger i spesialisering, psykologspesialister, psykologer, psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer og spesialutdannede vernepleiere. Alle ansatte i poliklinikken har jevnlig inntak av nye pasienter etter venteliste og/eller som akuttvurderinger (AH).

### **Kriterier**

Praksis ble evaluert mot tre sentrale anbefalinger i ROP-retningslinjen som omhandler kartlegging av rusmiddelbruk (tabell 1). Anbefalingene ble benyttet som eksplisitte prosesskriterier, eller målbare utsagn som definerte hva som skulle måles samtidig som det satt en standard for ønsket nivå for kartleggingspraksis (21, s. 22). Kartlegging av rusmiddelbruk er et prosesskriterium fordi det handler om det helsepersonell gjør. Det er en terapeutisk handling som omfatter kommunikasjon, vurdering, undersøkelse, evaluering og dokumentasjon (21, s. 23, 36).

Standard for kartlegging av rusmiddelbruk ble satt til 100 prosent fordi det er viktig og mulig å gjennomføre rutinemessig kartlegging av rusmiddelbruk ved inntak i poliklinikkene (12, s. 86). Standard for kartlegging av rusmiddelbruk med bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT ble satt til 85 prosent fordi det ikke alltid vil være mulig eller hensiktsmessig å gjennomføre en systematisk kartlegging av alle pasienter. I akuttsituasjoner må utredningen være relativt kort, fokusert og relatert til den aktuelle situasjonen (37, s. 30-31). Andre ganger kan pasientens rusproblemer være så åpenbare at behandler velger å foreta en mer omfattende diagnostisering (12, s. 55).

### **Implementering**

Det ble iverksatt flere implementeringstiltak rettet mot identifiserte barrierer ved kartlegging av rusmiddelbruk (27) (Tabell 2). Tiltakene ble basert på kunnskapen fra systematiske oversikter over metodisk gode studier om effekt av implementeringstiltak fra The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) (22, 28).

Implementeringstiltakene omfattet ulike opplærings- og undervisningsopplegg i kombinasjon med tilbakemelding til praksis med resultater fra målinger i audit (38, 39). Opplærings- og undervisningsprogrammet ble gjennomført i allerede etablerte forum for internundervisning i perioden april til oktober 2014. I tre av fire undervisninger ble eksterne ressurspersoner fra kompetansesentre og avdeling for rusmedisin benyttet som foredragsholdere.

Analyse av barrierer i praksis ble gjennomført med bruk av en gap-undersøkelse, uformelle samtaler med kollegaer og diskusjon i audit-teamet. Gap-undersøkelsen som ble benyttet var utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser for å kartlegge gap mellom anbefalinger i ROP-retningslinjen og egen praksis (40).

### **Kartlegging av praksis**

Praksis med kartlegging av rusmiddelbruk ble belyst med gjennomgang av journalnotat fra ordinært inntak og akutttime i journalsystemet DIPS. Journalnotatene ble undersøkt retrospektivt for dokumentasjon ved kartlegging av rusmiddelbruk og bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Populasjonen i dette prosjektet var nye pasienter som kom til inntak i poliklinikken i perioden 1.1.- 28.2.2014 i audit (n=279) og 1.-30.11.2014 i re-audit (n=130). Datakilden var journalnotater som ble nedtegnet i forbindelse med de første pasientkonsultasjonene og i hovedsak under overskriften «primærjournal dag/poliklinikk» eller «Akutt-notat». Data fra innkomst og akuttvurdering ble inkludert når journalnotatene var ferdigstilte/godkjente. Journalnotat som ikke var ferdigstilte/godkjente ble også inkludert når pasienten hadde vært til fem eller flere konsultasjoner. Begge gjennomgangene av pasientjournaler ble foretatt av prosjektleder.

Det ble utarbeidet eget datainnsamlingsverktøy og informasjonsskriv for prosjektet, der informasjon om hvorvidt kartlegging av rusmiddelbruk var utført ble registrert (JA/NEI). Videre ble det registrert om alkohol, narkotiske stoffer og legemidler var beskrevet og om kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT var benyttet. Demografiske variabler som kjønn, alder og diagnose ble registrert for å undersøke om egenskaper hos pasienten påvirket omfang og kvalitet på kartlegging av rusmiddelbruk.

Verktøyet ble vurdert i forhold til face-validitet og innholdsvaliditet før det ble pilottestet. Ved face-validitet ble verktøyet vurdert om hvorvidt det målte det som skulle måles og om var direkte sammenheng mellom hensikten med undersøkelsen og de ulike kriteriene. Ved innholdsvaliditet ble det vurdert om verktøyet var tilstrekkelig og dekkende i forhold til det

som skulle måles (41, s. 336-337). Verktøyet ble deretter pilottestet av to personer og til slutt testet for Inter-rater reliabilitet ved at to personer innhentet data fra 10 utvalgte journaler og sammenlignet grad av enighet. Verktøyet oppnådde 96 prosent enighet (42, s.28).

### **Dataanalyse**

Det ble foretatt to målinger henholdsvis i audit og re-audit. IBM SPSS Statistics version 22.0 (43) ble brukt til analyse av data. Resultatene ble presentert i tekst og tabeller.

Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk og bruk av kartleggingsverktøy i audit og re-audit ble presentert med antall og prosent. Analysen «Percentil bootstrap» metode (44) ble benyttet for å beregne 95 % konfidensintervall for prosenter av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk sammenlignet med kriterium og standard. Audit pasientkarakteristika som kjønn, alder og diagnose ble beskrevet med antall og prosent. Analysen Pearsons kji-kvadrattest ble brukt for å undersøke om det var sammenheng mellom egenskaper hos pasienten og kartleggingspraksis (41, s.420).

Analysen Pearson kji-kvadrattest ble brukt for å sammenligne målingene i audit og re-audit (41, s. 420-421). The R Project for Statistical Computing (45) ble brukt for å beregne konfidensintervall for endringer i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk og bruk av kartleggingsverktøy. Signifikantnivå ble satt til 0,05 på alle tester (41, s. 409).

## **RESULTATER**

Måling av praksis gav resultater om kartlegging av rusmiddelbruk henholdsvis før (audit) og etter (re-audit) implementering, pasientkarakteristika i audit samt kartlegging av barrierer i praksis før implementering.

### **Audit**

Totalt 187 journalnotater ble inkludert i audit. Antall journalnotater representerte i hovedsak antall nye pasienter, unntaksvis kan samme pasient ha gjennomgått både akuttvurdering og ordinært inntak i denne perioden. Kartlegging av rusmiddelbruk var dokumentert i 73 prosent (95 % CI 66-79) av journalene, men de ulike rusmidlene alkohol, narkotika og legemidler var dokumentert i varierende grad (Tabell 3). Kartleggingsverktøyet AUDIT ble dokumentert brukt i ett journalnotat, mens kartleggingsverktøyet DUDIT ikke ble dokumentert brukt. Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk hos nye pasienter ved inntak i poliklinikken var ikke i tråd med ROP-retningslinjen.

Audit pasientkarakteristika viste at det ikke var sammenheng mellom dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk og egenskaper ved pasienten som alder, kjønn eller diagnose (p-verdi >0.05). Pasientgruppen representerer en ung befolkning der 76 prosent var under 35 år. Det var to prosent flere kvinner enn menn. Den hyppigst registrerte hoveddiagnose hos pasientene var affektiv lidelse (F30- F39 i ICD 10) (49 %).

### **Barrierer i praksis**

Det ble identifisert flere interne barrierer mot kartlegging av rusmiddelbruk som manglende kunnskap om ROP-retningslinjen generelt og anbefalingene spesielt. Det var manglende kjennskap til bruk av og nytten ved kartleggingsverktøyene. Det ble rapportert mer omfattende kartlegging enn det som fremkom i journalnotatene.

### **Re-audit**

Totalt 89 journalnotater ble inkludert i re-audit. Kartlegging av rusmiddelbruk var dokumentert i 93 prosent (95 % CI 88-98) av journalene. Det var en signifikant forbedring på 20 prosent (95 % CI 11-30) i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i re-audit sammenlignet med audit. Det var en signifikant forbedring i dokumentert kartlegging av henholdsvis alkohol, narkotika og legemidler (Tabell 4). Det var ingen signifikant forbedring i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk med bruk av de anbefalte kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. AUDIT var dokumentert brukt i 4,5 prosent av journalene i re-audit, en endring på 4 prosent sammenlignet med audit (95 % CI -0,09-0,01 p= 0,07). DUDIT var ikke dokumentert brukt hverken i audit eller re-audit.

### **DISKUSJON**

Re-audit av praksis etter iverksetting av flere tiltak rettet mot identifiserte barrierer i praksis viste en signifikant forbedring av dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk. Det var en signifikant forbedring i kartlegging av alle typer rusmidler. Det var imidlertid ingen signifikant forbedring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT.

Når den observerte forbedringen av kartlegging av rusmiddelbruk omfattet kartlegging uten bruk av kartleggingsverktøy kan dette handle om en forbedring av dokumentasjon mer enn en forbedring av praksis. Manglende bruk av kartleggingsverktøy betydde mindre strukturerte kartlegginger og dermed en fare for at skadelig rusmiddelbruk ikke ble identifisert. Korrekt identifikasjon av skadelig rusmiddelbruk fordrer bruk av kartleggingsverktøy (7, s.19).

Det var mulig at eventuelle forbedringer ikke ble fanget opp i re-audit i tilstrekkelig grad fordi det var kort tid mellom den siste undervisningen i oktober og re-audit i november.

Gjennomføring av klinisk audit med re-audit er imidlertid ikke det samme som en komplett klinisk audit. Re-målingen bør være en del av en kontinuerlig måling av forbedring der en på nytt vurderer om praksis er i tråd med anbefalingene i retningslinjen (19, s. 95). Det gjenstår å vurdere om tiltakene har virket i for kort tid til å gi ønsket resultat og om prosessen bør få lengre tid før det vurderes om den skal justeres (46, s.26).

### **Resultatene sammenlignet med tidligere undersøkelse**

Den observerte forbedringen av økt kartlegging av rusmiddelbruk hadde ingen innvirkning på antall pasienter med rusmiddeldiagnose. Den lave andelen pasienter med identifisert skadelig rusmiddelbruk i form av en rusdiagnose samsvarer i liten grad med forventet nivå ut fra kunnskap om omfang av samtidig psykisk lidelse og skadelig rusmiddelbruk (1, 2, 5, 6).

Andelen pasienter med rusdiagnose enten som hoved- eller bidiagnose var langt lavere sammenlignet med tidligere nevnte norsk tverrsnittsundersøkelse (11 %). Andelen pasienter med rusdiagnose (F10-F19 i ICD-10) som hoveddiagnose falt fra 4,8 prosent i audit til 3,4 prosent i re-audit, mens det forekom en økning av rusmiddeldiagnose som bidiagnose fra 3,7 til 4,5 prosent. Pasientgruppen i audit representerte en ung befolkning der 79 prosent var under 35 år. Den unge pasientgruppen burde reflektert et høyere antall pasienter med rusdiagnose når den sammenlignes med tverrsnittsundersøkelsen. Det ble i denne funnet at en spesielt stor andel pasienter (49 %) i aldersgruppen 18- 29 år med samtidig rusdiagnose (7, s. 11).

### **Styrker og svakheter**

Kvalitetsforbedringsprosjektet har målt praksis mot sentrale anbefalinger i en nasjonal retningslinje og var dermed basert på sentrale føringer for hva som er god praksis (35, s. 64-65). Dataene reflekterer det som faktisk var dokumentert i journalene etter § 39 og § 40 i helsepersonelloven som slår fast at den som yter helsehjelp har plikt til å skrive journal og som setter krav til innhold (34).

Kartlegging av rusmiddelbruk ble kvantifisert i form av hvorvidt klinikerne dokumenterte om rusmiddelbruk var kartlagt, hvilke rusmidler som var kartlagt og om anbefalte kartleggingsverktøy var brukt. Dette gjorde det mulig å måle praksis for deretter å sammenligne to målinger. Den observerte forbedringen av omfang og kvalitet på kartlegging



av rusmiddelbruk kan imidlertid være en effekt av at klinikerne var klar over at praksis ble målt (Hawthorn-effekten) med fare for at de kartla mer omfattende en periode enn om det ikke hadde vært utført måling. Slike forbedringer vil ofte ikke vare over tid (47, 48, s. 195).

Innsamlingen av data konsentrert rundt inntak har noen begrensninger. Kartlegging av rusmiddelbruk kan ha blitt gjennomført på et senere tidspunkt i behandlingsforløpet og derfor ikke blitt fanget opp i denne undersøkelsen. Dette kan være en forklaring på en diskrepans mellom denne undersøkelsen sammenlignet med kartleggingen av barrierer med bruk av gap-undersøkelsen. I gap-undersøkelsen svarte 56 prosent av klinikerne at de brukte kartleggingsverktøyet AUDIT ved behov, mens 49 prosent brukte DUDIT ved behov.

### **Mulig årsak til resultatet**

Identifisering av rusmiddelbruk kan være en utfordrende oppgave. Det er spesielt krevende når pasienten ikke har erkjent at rusmiddelbruket kan være et problem og heller ikke ønsker å ta det opp (8, s.23). En økning i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk, men ingen økning i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy kan handle om klinikerne opplever at deres erfaring og kliniske skjønn er tilstrekkelig i den første utredningsfasen. Å være god kliniker handler nettopp om å kunne sitt fag og skape gode relasjoner preget av respekt og anerkjennelse slik at opplysninger kan komme frem i trygge omgivelser (49, s. 127). Skjønn er uløselig knyttet til profesjonsutøvelsen (50, s. 13), men bærer også i seg muligheter for vilkårlighet og uforutsigbarhet (51, s. 242-245).

### **KONKLUSJON**

Klinisk audit var en hensiktsmessig metode når hensikten var å forbedre praksis målt mot anbefalinger i en nasjonal retningslinje. Forbedringsprosjektet medførte en signifikant forbedring i dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter som kom til inntak i poliklinikk. Forbedringen omfattet dokumentert kartlegging som økt registrering av de ulike rusmidlene alkohol, narkotika og legemidler. Det var imidlertid ingen forbedring i bruk av kartleggingsverktøyene AUDIT og DUDIT. Denne kliniske auditen medførte således ikke fullstendig måloppnåelse for ønsket standard for noen av prosjektets tre kriterier og bør derfor kontinueres.

**Takk til Norsk Sykepleierforbund (NSF) for økonomisk støtte til mastergraden.**

## Referanser

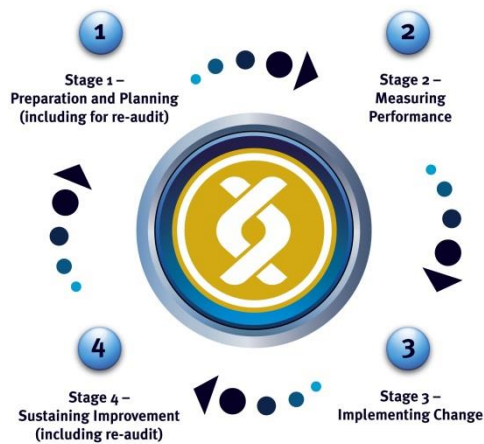
1. Back S, Moran-Santa Maria M. Co-occurring anxiety disorders and substance use disorders: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. In: Stein MB, editor. UpToDate. Waltham MA: Wolters Kluwer Health; 2012.11s.
2. Campbell CE. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. In: Saxon AJ, Marder S, editors. UpToDate. Waltham MA: Wolters Kluwer Health; 2013.11s.
3. Suppes T, Cosgrove VE. Bipolare disorder in adult: Clinical features. In: Keck P, editor. UpToDate. Waltham MA: Wolter Kluwer Health; 2013. 24 s.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. alkohol-narkotika-doping. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. St.meld. 30
5. Saitz R. Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs. In: Saxon AJ, editor. UpToDate. Waltham MA: Wolters Kluwer Health; 2012. 18 s.
6. Weaver MF, Jarvis MAE. Substance use disorders: Principles for recognition and assessment i general medical care. In: Saitz R, editor. UpToDate. Waltham MA: Wolters Kluwer Health; 2012. 12 s.
7. Gråwe RW, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Trondheim: SINTEF, 2006 Rapport STF78 A06003.
8. Lilleeng S. Pasienter med rusmiddelmisbruk og samtidig psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo, Trondheim: 2007 SINTEF Rapport A1159.
9. Kilbourne AM, Fullerton C, Dausey D, Pincus HA, Hermann RC. A framework for measuring quality and promoting accountability across silos: the case of mental disorders and co-occurring condition. *BMJ Qual Saf Health Care*. 2010;19:113-6.
10. NICE. Alcohol-use disorders- preventing harmful drinking. Manchester, NICE; 2012. Clinical guideline 2012; PH24.
11. NICE. Psychosis with coexisting substance misuse. London, NICE; 2011. Clinical guideline 20122; CG120.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Oslo, Helsedirektoratet 2012; IS-1948.
13. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse [Internett]. Sykehuset Innlandet HF: Helse Sør-øst; 2012 [hentet 01.02.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.rop.no/kartleggingsverktøy>.
14. Larun L, Helseth V, Bramness JG, Haugerud H, Bjørg H, Gråwe RW, et al. Dobbelt diagnoser - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten; 2007. Rapport 2007-21.
15. Hildebrand M. The psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A review of recent research. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Elektronisk artikkel]. 2015 [hentet 01.03.2015]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.008>.
16. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care. *Can J Psychiatry*. 2010 September;55(9):549-57.
17. Moran V, O'Conner S, Borowitz M. International approaches to measuring the quality of mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2013; March;22:3-7.
18. Helsedirektoratet. Kvalitet og kompetanse..... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Rapport 2011; IS-1914.

19. Burgess R, editor. *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Oxford, United Kingdom: HQIP Healthcare Quality Improvement Partnership; 2011. 106 s.
20. Borbasi S, Jackson D, Lockwood C. Undertaking a clinical audit. In: Courtney M, MCCutcheon H, editors. *Using evidence to guide nursing practice*. Australia: Elsevier; 2010. p. 113-31.
21. National institute for Clinical Excellence (NICE). *Principles for Best Practice in Clinical Audit* [Internett]. Abingdon UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. [hentet 01.02.2014]. Tilgjengelig fra: [http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best\\_practice\\_clinical\\_audit.pdf](http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/best_practice_clinical_audit.pdf).
22. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*. 2013;23(2):187-96.
23. Barbui C, Girlanda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M. Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care (Review). The Cochrane Collaboration. [Elektronisk artikkel]. 2014 [hentet 01.06.2014]. 44 s. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009780.pub2/pdf>.
24. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of intervention to improve professional practice. *CMAJ*, 1995 November;15(153):1423-31.
25. Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *HTA*, 2004 February;8(6).
26. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation research in health: a practical guide*. [Internett] Geneva; Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2013 [hentet 10.01.2015]. Tilgjengelig fra: [http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_irpguide.pdf](http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf).
27. Baker R, Camosso-Stepinovic J, C G, Shaw E, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Collaboration. [Elektronisk artikkel]. 2010. [hentet 01.08.2014]; (3) 120 s. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005470.pub3/pdf>.
28. Gagliardi A. Translating knowledge to practice: optimizing the use of guidelines. *EPS*. 2012 (21):231-6.
29. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving patient care: The implementation of change in health care*. 2 ed. UK: John Wiley & Sons Ltd; 2013. 363 s.
30. Helsetilsynet. *Distriktpsykiatriske tenester - likeverdige tilbud?* Oslo: Helsetilsynet; 2010 Rapport 2010:3.
31. de Vibe M, Lindahl AK, Kvalvik AG, Årdal C. *Retningslinje for publisering av kvalitetsforbedringsprosjekt, SQUIRE retningslinje*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. Notat-2011.
32. Healthcare Quality Improvement Partnership. *Clinical audit: A simple guide for NHS Boards & partners* [Internett]. London: Healthcare Quality Improvement Partnership, ; 2010 [hentet 01.07.2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.hqip.org.uk/assets/Guidance/HQIP-Clinical-Audit-Simple-Guide-online1.pdf>.
33. Copeland G. *A practical handbook for clinical audit* [Internett]. UK; NHS Clinical Governance Support Team; 2005 [hentet 15.02.2015]. Tilgjengelig fra: [http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint114/Clinical%20Audit%20PDFs%20and%20PPTs/Practical Clinical Audit Handbook v1 1.pdf](http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint114/Clinical%20Audit%20PDFs%20and%20PPTs/Practical%20Clinical%20Audit%20Handbook%20v1%201.pdf).
34. Helsedirektoratet. *Helsepersonelloven med kommentarer*. Oslo: 2012. Rundskriv IS-8/2012.
35. Helsedirektoratet. *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Oslo: 2013. Rundskriv IS-5/2013.

36. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milkbank Memorial Fund Quarterly*. 1966 July;44(3):166-206.
37. Ilner SO. Akutt-psykiatri. 1 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012. 220 s.
38. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes [Elektronisk artikkel]. *The Cochrane Collaboration*. 2009 [hentet 28.02.2014]. 99 s. Tilgjengelig fra:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2#readcube-epdf:cochrane=full>.
39. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes [ Elektronisk artikkel]. *The Cochrane Collaboration*. 2012 [hentet 01.08.2014] ;6, 229 s. Tilgjengelig fra:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3#readcube-epdf:cochrane=full>.
40. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse [Internett]. Sykehuset Innlandet HF: Helse sør-øst; 2012 [hentet 01.02.2015]. Tilgjengelig fra:  
<http://rop.no/verktoeykasse-for-ledere>.
41. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 796 s.
42. Dixon N, Pearce M. *Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits* [Internett]. UK: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2011 [hentet 01.04.2014]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.hqip.org.uk/assets/LQIT-uploads/Guidance-0212/HQIP-CA-PD-028-Guide-to-Ensuring-Data-Quality-in-Clinical-Audits-220212.pdf>.
43. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for windows, version 22.0*. Armonk NY: IBM Corp; 2013.
44. IBM. *SPSS Bootstrapping 22* [Internett] USA: IBM Corporation; 1998 [hentet 01.02.2015]. Tilgjengelig fra:  
<http://library.uvm.edu/services/statistics/SPSS22Manuals/IBM%20SPSS%20Bootstrapping.pdf>.
45. The R Foundation. *The R project for statistical computing* [Internett]: The Comprehensive R Archive Network; 2014 [hentet 01.02.2015]. Tilgjengelig fra:  
<http://cran.uib.no/>.
46. Bakke T, Brudvik M, De Vibe M, Kongsmo T, Nyen B, Udness E, et al. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeide. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. Notat 2013.
47. Franke RH, Kaul JD. *The Hawthorne Experiments: first statistical interpretation*. *American Sociological Review*. 1978; october;43(5):623-43.
48. Greenhalgh T. *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. 4 ed. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2010. 238 s.
49. Bjørndal A. Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. In: Grimen H, Terum LI, editors. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abtact Forlag AS; 2009. p. 125-44.
50. Grimen H, Terum LI, editors. *Evidensbasert pofesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS; 2009. 227 s.
51. Goodin RE. *Welfare, Rights and Discretion*. *Oxford Journal*. 1986;6(2):232-61.

Vedlegg til artikkelen: **Figur 1**

**Tabell 1-4**



Figur 1 Modell for klinisk audit (www. hqip.org.uk)

---

**Tabell 1:**  
Audit kriterier og standarder for kartlegging av rusmiddelbruk

---

<b>Kriterium</b>	<b>Standard</b>
1. Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges	100 %
2. Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT	85 %
3. Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT	85 %

---

---

**Tabell 2:**

Iverksatte implementeringstiltak for å imøtekomme identifiserte barrierer i praksis

---

<b>Barrierer</b>	<b>Implementeringstiltak</b>
Manglende kunnskap om retningslinjen	Undervisning om Rop-retningslinjen
Manglende kunnskap om anbefalingene og bruk av kartleggingsverktøyene.	Undervisning om anbefalingene Opplæring i praktisk bruk av kartleggingsverktøy
Ikke all kartlegging dokumenteres	Tilbakemelding til praksis fra måling i audit.
Manglende kunnskap om nytten av kartleggingsverktøyene og skadelig bruk av rusmidler	Undervisning om samtidig psykisk lidelse og rus-lidelse, med fokus på viktigheten av tidlig identifisering av skadelig rusmiddelbruk.

---

---

**Tabell 3:**

Etterlevelse av kriterium 1: Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i audit (n=187)

---

	Kartlegges % (95 % CI)	Kartlegges ikke % (95% CI)	Totalt %
Kartlegging av rusmiddelbruk	73 (66-79)	27 (21-34)	100
Kartlegging av alkohol	62 (55-69)	38 (31-45)	100
Kartlegging av narkotika	52 (44-59)	48 (41-56)	100
Kartlegging av legemidler	44 (37-51)	56 (49-63)	100

---

---

**Tabell 4:**Etterlevelse av kriterium 1: Dokumentert kartlegging av rusmiddelbruk i audit og re-audit

---

	Audit (n=187) N (%)	Re-audit (n=89) N (%)	Forbedring % (95% CI)	P-verdi
Kartlegging av rusmiddelbruk	136 (73)	83 (93)	20 (11-30)	< 0,001
Kartlegging av alkohol	116 (62)	74 (83)	21 (9.9-32)	< 0,001
Kartlegging av narkotika	97 (52)	72 (81)	29 (17-41)	< 0,001
Kartlegging av legemidler	82 (44)	74 (83)	39 (28-51)	< 0,001

---

## Vedlegg til Innledningsdelen

### Vedlegg I: Tillatelse til å benytte modell for klinisk audit

Dear Amheid

Thank you for your email and please see the attached image.

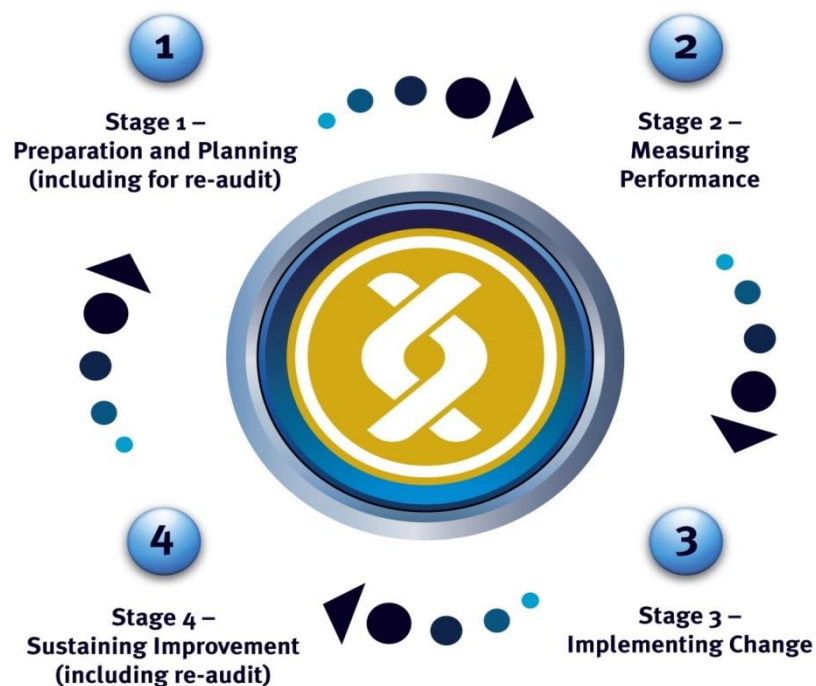
We are happy for you to use the image and if you could acknowledge the source that would be great e.g. [www.hqip.org.uk](http://www.hqip.org.uk) or page 17, diagram from HQIP's Clinical audit: A simple guide for NHS Boards & partners.

Best regards, Rebecca.

**Rebecca Beaumont | Senior communications officer – NJR | Healthcare Quality Improvement Partnership**

6th Floor | 45 Moorfields | London | EC2Y 9AE

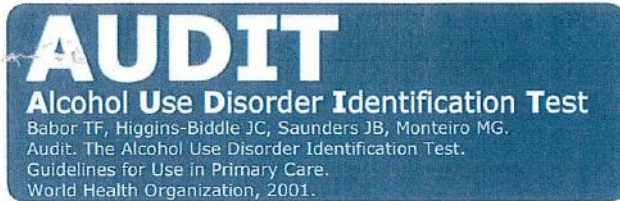
T: 020 7997 7317 | E: [rebecca.beaumont@hqip.org.uk](mailto:rebecca.beaumont@hqip.org.uk) | [www.hqip.org.uk](http://www.hqip.org.uk)





## Vedlegg II: Kartleggingsverktøy

side 1:2



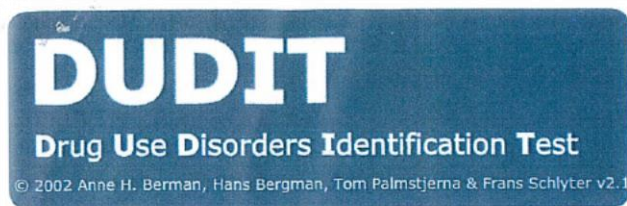

### Her er noen spørsmål om alkohol.

Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

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

## Vedlegg II: Kartleggingsverktøy

side 2:2




### Her er noen spørsmål om narkotiske stoffer og legemidler (rusmidler).

Vi er taknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

Kjønn: <input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Kvinne	Alder: <input type="text"/>	Hovedrusmiddel: <input type="text"/>	Dato: <input type="text"/>		
<b>1</b> Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? <a href="#">Se liste over narkotiske stoffer og legemidler.</a>	Aldri <input type="radio"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="radio"/>	2-4 ganger i måneden <input type="radio"/>	2-3 ganger i uken <input type="radio"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="radio"/>
<b>2</b> Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	Aldri <input type="radio"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="radio"/>	2-4 ganger i måneden <input type="radio"/>	2-3 ganger i uken <input type="radio"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="radio"/>
<b>3</b> Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?	0 <input type="radio"/>	1-2 <input type="radio"/>	3-4 <input type="radio"/>	5-6 <input type="radio"/>	7 eller flere <input type="radio"/>
<b>4</b> Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>5</b> Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>6</b> Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>7</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>8</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>9</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
<b>10</b> Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?	Nei <input type="radio"/>		Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="radio"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="radio"/>
<b>11</b> Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?	Nei <input type="radio"/>		Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="radio"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="radio"/>



# AGREE II

**A critical appraisal of:  
Nasjonale faglige retningslinjer for  
utredning, behandling og oppfølging av  
personer med samtidig ruslidelse og  
psykisk lidelse -ROP-lidelser  
using the AGREE II Instrument**

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: Arnheid Kvamme

Date: 28 October 2013

Email: [arnheid.kvamme@gmail.com](mailto:arnheid.kvamme@gmail.com)

URL of this appraisal: <http://www.agreetrust.org/appraisal/8373>

Guideline URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>

### Overall Assessment

Title: Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse -ROP-lidelser

Overall quality of this guideline: 5/7

Guideline recommended for use? Yes.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	20
2. Stakeholder Involvement	18
3. Rigour of Development	38
4. Clarity of Presentation	20
5. Applicability	22
6. Editorial Independence	14

---

### 1. Scope and Purpose

**1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 7

Utredning, behandling og oppfølging av pas. med ROP-lidelser. Fremme bedring og og livskvalitet

**2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.**

Rating: 6

Personer med samtidig rusmiddelbruk og psykisk lidelse. Utredning Behandling Oppfølging  
Hensikten med retningslinjen kunne vært formulert mer direkte.

**3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.**

Rating: 7

---

### 2. Stakeholder Involvement

**4. The guideline development group includes individuals from all**

**relevant professional groups.**

Rating: 5

Oppgir navn og arbeidssted. Ikke yrkestittel eller rolle i utarbeidingen.

**5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.**

Rating: 6

Brukere involvert i ulike deler av prosessen. Brukererepresentanter er med i arbeidsgruppen.

**6. The target users of the guideline are clearly defined.**

Rating: 7

---

### **3. Rigour of Development**

**7. Systematic methods were used to search for evidence.**

Rating: 5

I retningslinjen er det ikke henvist til søkestrategi eller kilder. Det er det imidlertid gjort for kunnskapsgrunnlaget som støtter seg på rapporter fra Kunnskapssenterer. Anbefaling nr 13 om kartlegging av rusmiddelbruk bygger på ekspertuttalelse og konsensus.

**8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.**

Rating: 6

Grundig beskrivelse i teksten av generelle vurderinger. Må imidlertid lete en del for å finne det.

**9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.**

Rating: 6

**10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.**

Rating: 3

De skriver mest i generelle ordlag om denne prosessen. De har ikke presisert hvordan de kom frem til konsensus, heller ikke bruk av evt. konsensusteknikker.



## Vedlegg III: AGREE II

Side 4:5

### **11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.**

Rating: 6

Mange og omfattende vurderinger i teksten.

### **12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.**

Rating: 7

Gjelder for de anbefalinger som bygger på evidens. Mer generelle anbefalinger som i liten grad er empirisk forankret er ikke gradert.

### **13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.**

Rating: 4

Skriv at de har foretatt ekstern evaluering, men har ikke presisert metoden bak, hvordan evalueringene er vurdert og innarbeidet.

### **14. A procedure for updating the guideline is provided.**

Rating: 1

Finner ingen henvisning til eller planer om oppdatering

---

## **4. Clarity of Presentation**

### **15. The recommendations are specific and unambiguous.**

Rating: 6

Anbefalinger som inneholder "Bør" kan være litt uklare.

### **16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.**

Rating: 7

I den grad en kan gi helt entydige anbefalinger

### **17. Key recommendations are easily identifiable.**

Rating: 7

Spesielt oversiktlig retningslinje online

---

## 5. Applicability

### 18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 6

Diskuterer mulige hindringer og muligheter.

### 19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 7

Spesielt knyttet til den elektroniske versjonen

### 20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 4

Finner ingen direkte kostnadsanalyse. Virker implisitt som retningslinjen skal implemensteres innen gitte rammer.

### 21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 5

Anbefalinger som audit kriterer. Noe problematisk med mellom "bør" og "må". Prosessmål?

---

## 6. Editorial Independence

### 22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 7

### 23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 7

---

Created online at [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) 28 October 2013

## Vedlegg IV: Litteratortabell - Kunnskapsgrunnlag. (Satt opp etter årstall for publisering)

Side 1:3

Forfatter, år Land	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Larun et al 2007 Norge	Medisinsk metodevurdering	Identifisere de kartleggingsverktøyene som best kan avdekke stoff-, medikament- og/eller alkoholavhengighet/skadelig bruk (ruslidelse) hos personer med alvorlig psykisk lidelse.	CAGE og AUDIT er de screenings-verktøyene som har best evne til å identifisere alkohollidelser hos personer med psykisk lidelse. For stofflidelser og generelle ruslidelser er det ikke mulig å si hvilket verktøy som er best.	Kunnskapsoppsummering av god kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert. Det er klare kriterier for inklusjon og eksklusjon. Tverrsnittstudier med referansestandard. Det er foretatt søk i relevante databaser. Søkeord og tidsrom før søker oppgitt. Det er ikke oppgitt søk i upubliserte artikler. Ressurspersoner på fagfeltet er medforfattere. Utvalgelse og kvalitetsvurdering ble foretatt av to personer. Ved tvil ble en tredje person kontaktet. Studier av moderat til høy kvalitet ble inkludert. Kritisk vurdering av inkluderte studier er foretatt etter oppgitte kriterier. Diagnostisk nøyaktighet ble beregnet for hvert verktøy og hver studie der det var mulig. Selv om rapporten vurderes som av høy kvalitet mangler det informasjon om konfidensintervallene for estimatene av testegenskapene. Resultatene kan overføres i praksis og er innarbeidet i nasjonal retningslinje.
Helsedirektoratet 2012 Norge	Nasjonal faglig retningslinje	Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisklidelse – ROP – lidelse.  Fremme bedring og livskvalitet hos personer med ROP-lidelse.		Retningslinjen er av god kvalitet og anbefales brukt i praksis. Retningslinjen har et klart virkeområde og hensikt. Relevante aktører har medvirket deriblant brukere. Målgruppen er godt beskrevet. Søkestrategier er ikke oppgitt i retningslinjen, det er den imidlertid i kunnskapsoppsummeringene som er hentet inn. Styrke og begrensninger er diskutert. Kunnskapsgrunnlaget er gradert og det er sammenheng mellom evidens og anbefaling. Det er ikke beskrevet hvordan en er kommet frem til konsensus. Anbefalinger av mer generell og grunnleggende karakter er ikke gradert. Det er ingen plan for oppdatering. Presentasjon av retningslinjen er oversiktlig, tydelig og klar. Mulige hindringer for overføring til praksis er diskutert, men det foreligger ingen kostnadsanalyse. Anbefalinger kan brukes som audit-kriterier. Utarbeiding av anbefalinger rapporteres som uavhengig og uten interessekonflikter fra medaktører



## Vedlegg IV: Litteratortabell - Kunnskapsgrunnlag.

Side 2:3

Forfatter, år (Land)	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Weaver & Jarvis 2012 USA	Oppslagsverk	Prinsipper for gjenkjenning og kartlegging av ruslidelse i allmennpraksis.	<p>Alle nye pasienter bør kartlegges for rusmiddelbruk og rusavhengighet. Kartleggingen bør foregå i en ikke-dømmende atmosfære.</p> <p>Kartlegging bør også gjennomføres når pasienter presenterer nye symptomer, stemningssvingninger og andre symptomer</p>	<p>God kvalitet. Det kommer klart frem hvem det handler om og hvem som er målgruppen. Forfatterne og ansvarlige er navngitt. Det er redegjort for uavhengighet.</p> <p>Oppslagsverket UpToDate gir en grundig generell innføring i arbeidsmetoder, men de er ikke knyttet til den enkelte artikkel slik at det er vanskelig å etterprøve. Den generelle metodikken beskrives inngående. Det er beskrevet generelt hvordan en søker (PICO), hvilke databaser (relevante) og at det kontinuerlig oppdateres. Jobber etter prinsipper for Evidence Based Medicine (EBM). Studier velges i henhold til kunnskapshierarkiet, kvalitet og klinisk relevans. Nyere studier er inkludert i artikkelen (2011). Anbefaling er ikke gradert men basert på klinisk ekspertise eller konsensus. Det angis å ta høyde for pasientverdier og preferanser. Artikkelen er relevant for praksis som veiledende dokument.</p>
Saitz 2012 USA	Oppslagsverk	Kunnskap og anbefalinger om helseskadelig bruk av alkohol og andre stoffer.	<p>Anbefaler at alle voksne i primærhelsetjenesten kartlegges for helseskadelig bruk av alkohol.</p> <p>Screening for narkotika kan også gjøres selv om evidensen er mer variabel og begrenset</p>	<p>God kvalitet. Det kommer klart frem hvem det handler om og hvem som er målgruppen. Forfatterne og ansvarlige er navngitt. Det er redegjort for uavhengighet.</p> <p>Oppslagsverket UpToDate gir en grundig generell innføring i arbeidsmetoder, men de er ikke knyttet til den enkelte artikkel slik at det er vanskelig å etterprøve. Den generelle metodikken beskrives inngående. Det er beskrevet generelt hvordan en søker (PICO), hvilke databaser (relevante) og at det kontinuerlig oppdateres. Jobber etter prinsipper for Evidence Based Medicine (EBM). Studier velges i henhold til kunnskapshierarkiet, kvalitet og klinisk relevans. Nyere studier er inkludert i artikkelen (flere fra 2010). Det angis å ta høyde for pasientverdier og preferanser. Det er sammenheng mellom anbefalingen og dokumentasjon. Artikkelen er relevant som veiledende dokument i praksis.</p>

## Vedlegg IV: Litteratortabell – Kunnskapsgrunnlag

Side 3:3

(Forfatter, år) Land	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Campbell 2012 USA	Oppslagsverk	Oppdatert kunnskap og anbefalinger om samtidig schizofreni og rusmiddellidelse: Epidemiologi, patogenese, klinisk manifestasjon og diagnose.	Personer med schizofreni har mer enn dobbelt så stor sjanse for å ha en ruslidelse, sammenlignet med normalbefolkningen.  Pasienter med schizofreni må rutinemessig kartlegges for samtidig ruslidelse.	God kvalitet. Det kommer klart frem hvem det handler om og hvem som er målgruppen. Forfatterne og ansvarlige er navngitt. Det er redegjort for uavhengighet. Oppslagsverket UpToDate gir en grundig generell innføring i arbeidsmetoder, men de er ikke knyttet til den enkelte artikkel slik at det er vanskelig å etterprøve. Den generelle metodikken beskrives inngående. Det er beskrevet generelt hvordan en søker(PICO), hvilke databaser (relevante)og at det kontinuerlig oppdateres. Jobber etter prinsipper for Evidence Based Medicine (EBM). Studier velges i henhold til kunnskapshierarkiet, kvalitet og klinisk relevans. Nyere studier er inkluderte artikkelen (flere fra 2011). Anbefaling er bygd på konsensus og nasjonal anbefaling (USA). Det angis å ta høyde for pasientverdier og preferanser. Artikkelen er relevant for praksis.
Hildebrand 2015 The Netherlands	Oversiktsartikkel	Oppsummere publiserte forskningsfunn på kartleggingsverktøyet DUDIT	Kartleggingsverktøyet DUDIT er et reliabelt, valid og praktisk verktøy for kartlegging av skadelig bruk av narkotika og legemidler	Middels god kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert. Det er ikke en systematisk oversiktsartikkel, men en oversikt over nyere studier etter 2005. Det er referert til søkestrategi og det er søkt i relevante databaser. Det er søkt i referanselister. Upubliserte artikler og ikke-engelskspråklige artikler er ikke funnet, og muligens oversett. Inkluderte studier ble ikke kvalitetsvurdert. Hovedkonklusjonen er at DUDIT er et sensitivt og spesifikt instrument på et nivå som er sammenlignbart, kanskje bedre enn andre kartleggingsinstrument i identifisering av skadelig rusmiddelbruk. Følgende tester er oppgitt: Reliabilitetstest: Inter-konsistent er uttrykt i Cronbach alpha. Test-retest ble sammenlignet med Pearsons r. Inter-rater test er uttrykt med Krippendorff. Faktoranalyse. Testet for sensitivitet og spesifisitet. Resultatene kan hjelpe klinikere til å forstå instrumentets styrke og svakhet slik at de objektivt kan vurdere om de vil bruke instrumentet i kartlegging av skadelig bruk av narkotika og legemidler. Instrumentet er lett å administrere og relativt fri for kulturell bias. Det er likevel behov for videre forskning. De ulike nevnte testene var i variable grad utført i de inkluderte studier.

## Vedlegg V: Audit Project Assessment Tool

### Appendix 3

#### Audit Project Assessment Tool

Criteria	Score	Comment
<b>Topic appropriateness</b>		Maximum score allowed 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- High volume, high risk, high cost.</li> <li>- As a result of litigation or patient complaint, adverse incident.</li> <li>- National Clinical Audit or NHS Standard</li> </ul>	Score ② Score 2 Score 2	2
<b>Standards (evidence based)</b>		Maximum score allowed 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Based on nationally agreed best practice eg NICE/NSF</li> <li>- If none available then standards based on SIGN or College guidelines.</li> <li>- Alternatively literature search undertaken, supporting information with regard to the level of evidence identified and the method of consensus.</li> <li>- Patient perspective considered.</li> </ul>	Score ③ Score 2 Score ① Score 2	4
<b>Methodology</b>		Maximum score allowed 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinary design with service users.</li> <li>- Outcome and process built into design.</li> <li>- Lead responsible clinician identified</li> <li>- Data sources for prospective data collection identified</li> <li>- Adequate audit tool and sample size</li> <li>- Case mix adjustment for outcome assessment</li> </ul>	Score 2 Score ② Score ① Score ① Score ① Score 1	5
<b>Intended dissemination of results</b>		Maximum score allowed 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distributed to all stakeholders and service users.</li> <li>- Presented to directorate including managerial team.</li> <li>- Local team presentation</li> <li>- Presentation to regional or national meeting or publication</li> </ul>	Score 2 Score ② Score ① Score ①	4
<b>Potential for change consideration</b>		Maximum score allowed 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lead clinician responsible for action planning identified.</li> <li>- Managerial input into action planning identified.</li> <li>- Potential barriers to change identified.</li> <li>- Potential financial implications and risks identified and prioritised.</li> <li>- Re-audit planned with tool adjustments if necessary</li> <li>- Service monitoring criteria considered.</li> </ul>	Score ① Score 1 Score ② Score 2 Score ① Score 1	Some criteria may not be achievable pre-audit  4
<b>Total (max 25)</b>	19	Maximum score allowed 25

A score greater than 16 would be regarded as a good clinical audit project.

# Vedlegg VI: Datainnsamlingsverktøy

Auditnr.:

NR	
Dato:	

Audit-verktøy

Dokument		Kjønn		Alder		Diagnose: Hoved-:		Bi-:
AH		Kvinne		18-25 år		F10-F19		
Primær-journal		Mann		26-35år		F20-F29		
				36-45 år		F30-F39		
				46-55 år		F40-F49		
				56-65 år		F60-F69		
				Over 66 år		Andre		
						Ukjent		

### Kriterium 1

Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges.

**Kartlegges pasienten for rusmiddelbruk?**

Ja		Hvis JA – Hvilke rusmidler?	Alkohol	
Nei			Narkotika	
		Legemidler		

### Kriterium 2

Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT.

**Kartlegges bruk av alkohol med kartleggingsverktøyet AUDIT?**

Ja	
Nei	

### Kriterium 3

Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT.

**Kartlegges bruk av legemidler og narkotiske stoffer med kartleggingsverktøyet DUDIT?**

Ja	
Nei	

**Benyttes andre kartleggingsverktøy i kartleggingen av rusmiddelbruk?**

Ja		Hvis Ja – Hvilket?	<b>Navn på verktøy:</b> .....
Nei			

## Vedlegg VI: Informasjonsskriv til datainnsamling

### Informasjon og veiledning ved utfylling av Audit-verktøyet.

Alle data som samles inn i dette prosjektet gjøres ved bruk av dette skjema. Det skal fylles ut et skjema for hver pasientjournal.

Det er ikke mulig å identifisere den enkelte pasient som det samles inn informasjon om. Ferdig utfylte skjema har ingen informasjon om hvilken pasientjournal den er hentet fra. Det vil ikke være mulig å kontrollere informasjonen på et senere tidspunkt. Derfor er det viktig at hvert enkelt skjema er ferdig utfylt når journalen lukkes. All registrering tar utgangspunkt i hva som er dokumentert i journalen.

**Inklusjonskriterier:** Journalnotater fra pasienter som kom til oppstart av behandling i perioden 1.januar- 28. februar 2014 i audit og 1.-30. november 2014 i re-audit. Alle godkjente/ferdigstilte journalnotat fra innkomst eller akutttime. Innkomstnotater som ikke var godkjente, men der pasienten hadde vært til flere enn fem konsultasjoner.

**Eksklusjonskriterier:** Ikke godkjente/ferdigstilte journalnotat i kombinasjon med at pasienten har vært til færre enn fem konsultasjoner. Søknader til interne grupper eller ambulans akutteam.

For å lese journaler til pasienter som er avsluttet oppfølging i avdelingen begrunn innsyn med følgende: «Kvalitetsprosjekt Kronstad DPS: Kartlegging av rusmiddelproblem i allmennpsykiatrisk poliklinikk».

Nummerer og dater hvert skjema. Kjønn og aldersgruppe skal registreres. Registrer hoved- og bidiagnose. De mest vanlige diagnosegruppene hos pasienter i allmennpsykiatrisk avdeling er satt i egen rubrikk. Diagnoser formulert i teksten registreres ved riktig kode. Kryss av for «andre» der det foreligger andre diagnoser enn de angitte. Kryss av «ukjent» dersom det ikke kommer frem hvilken diagnose pasienten har.

#### Kriterium 1:

Registrer hvorvidt pasienten er kartlagt for rusmiddelbruk i henhold til det som er notert i journal. Dersom det er beskrevet at pasienten er kartlagt for rusmiddelbruk kryss av for «ja». Dersom aktuelle rusmidler er konkretisert kryss av for den eller de aktuelle rusmidler. Baser innsamlingen på det som konkret er beskrevet, ikke kvalitet på eller omfang av kartleggingen. Står det at pasienten er kartlagt, så registreres det som kartlagt uavhengig av om det er ytterligere beskrevet. Er det beskrevet at pasienten har/ikke har rusmisbruk/problem registreres det som kartlagt og kryss av for «Ja». Er det ikke beskrevet kryss av for «Nei».

#### Kriterium 2 og 3:

All kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy er kun å regne som gjennomført når aktuelle kartleggingsverktøy er referert i journalen eller verktøyet er skannet inn. Dersom det henvises til aktuelle verktøy kryss av «Ja». Dersom verktøy ikke er beskrevet registreres det som «Nei».

Det kan være referert til bruk av eller skannet inn andre kartleggingsverktøy i kartleggingen. Noter hvilket.

(Aktuelle andre kartleggingsverktøy: CAGE, DUDIT-E, Alcohol-E, PRISM, MINI PLUS, SCID I og II).

## Vedlegg VIII: Hjelpearck til datainnsamling

Hjelpearck: Aldersgruppering og diagnosegrupper:

Aldersgruppe i audit (og re-audit)

Gruppe:	Født til:	Født fra:
18 - 25 år	april 1996 (oktober 1996)	mai 1989 (november 1989)
26 - 35 år	april 1989 (oktober 1989)	mai 1979 (november 1979)
36 - 45 år	april 1979 (oktober1979)	mai 1969 (november 1969)
46 - 55 år	april 1969 (oktober 1969)	mai 1959 (november 1959)
56 – 66 ÅR	april 1959 (oktober 1959)	mai 1949 (november 1949)
Over 66 ÅR	før mai 1949 før november 1949	

## Diagnosegrupper ICD-10: Psykiskes lidelser og adferdsforstyrrelser

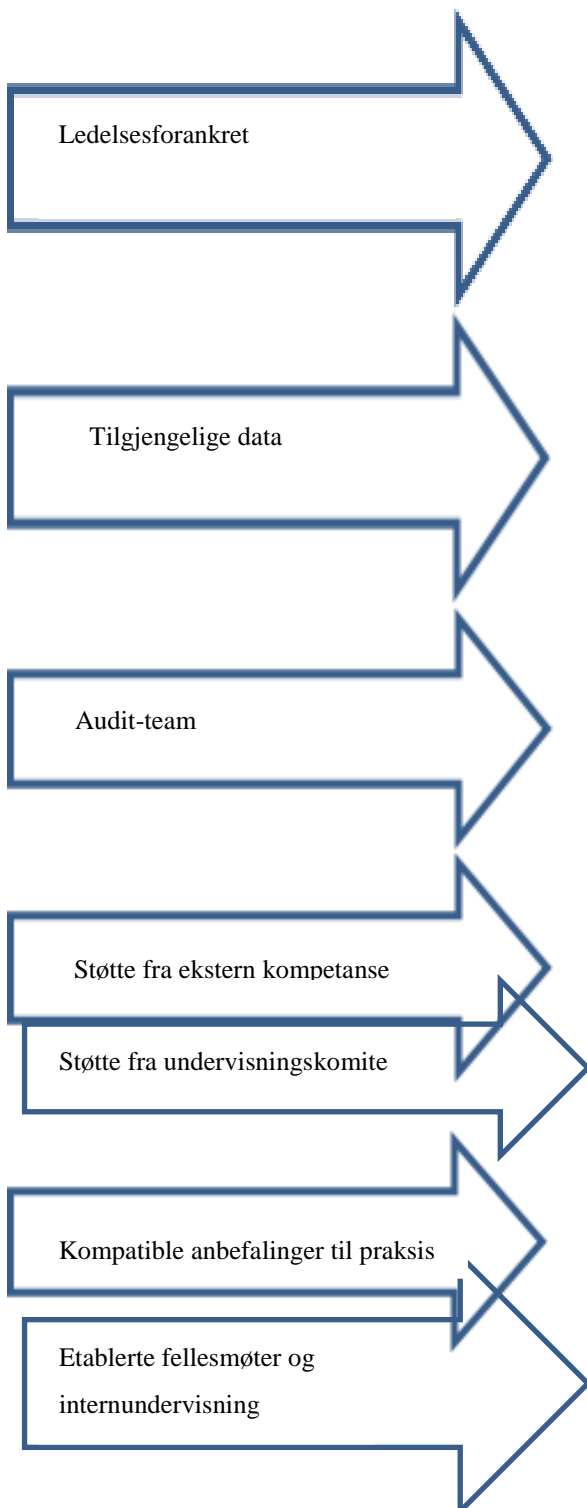
F10-F19	Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
F30-F39	Affektive lidelser
F40-F49	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatome lidelser
F60-F69	Personlighets- og adferdsforstyrrelse hos voksne.
Andre	Andre psykiske lidelser og somatiske.

## Vedlegg IX: Force-Field Analyse

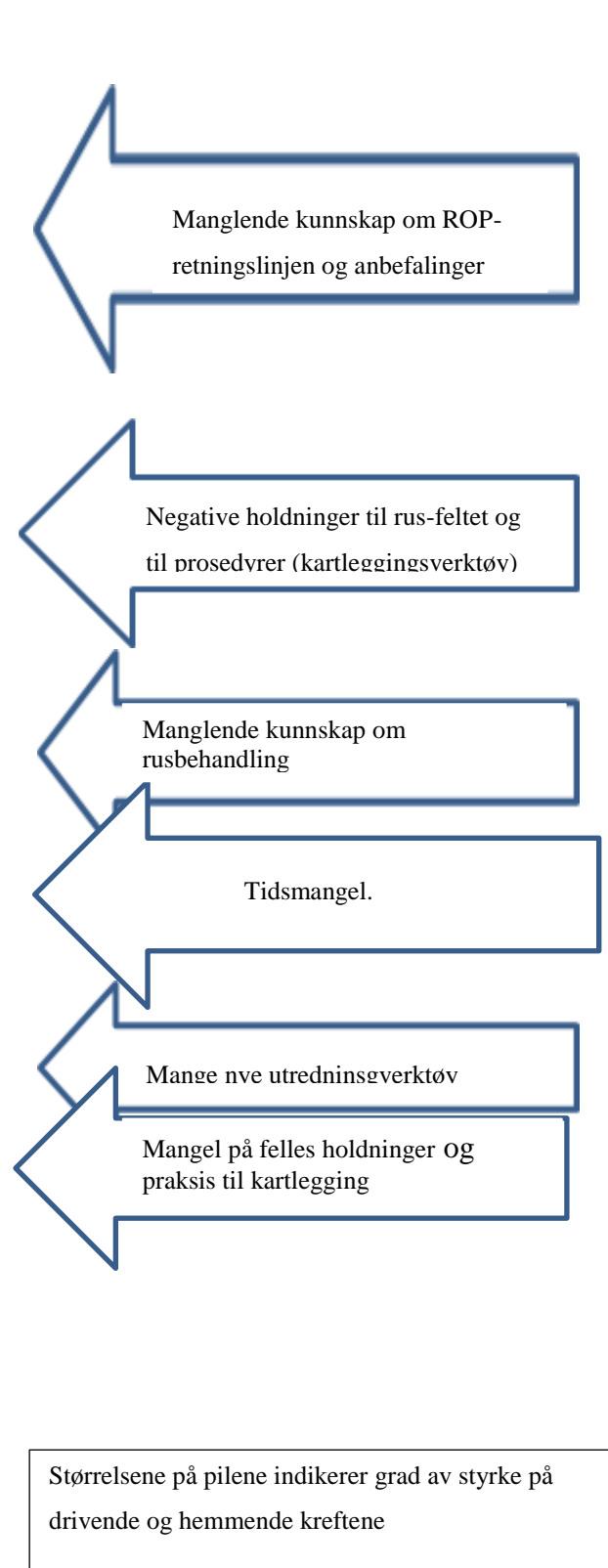
### Force-Field Analyse

**Drivende og hemmende krefter i forhold ved innføring av rutinefestet kartlegging av rusmiddelbruk hos pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk.**

#### Drivende krefter



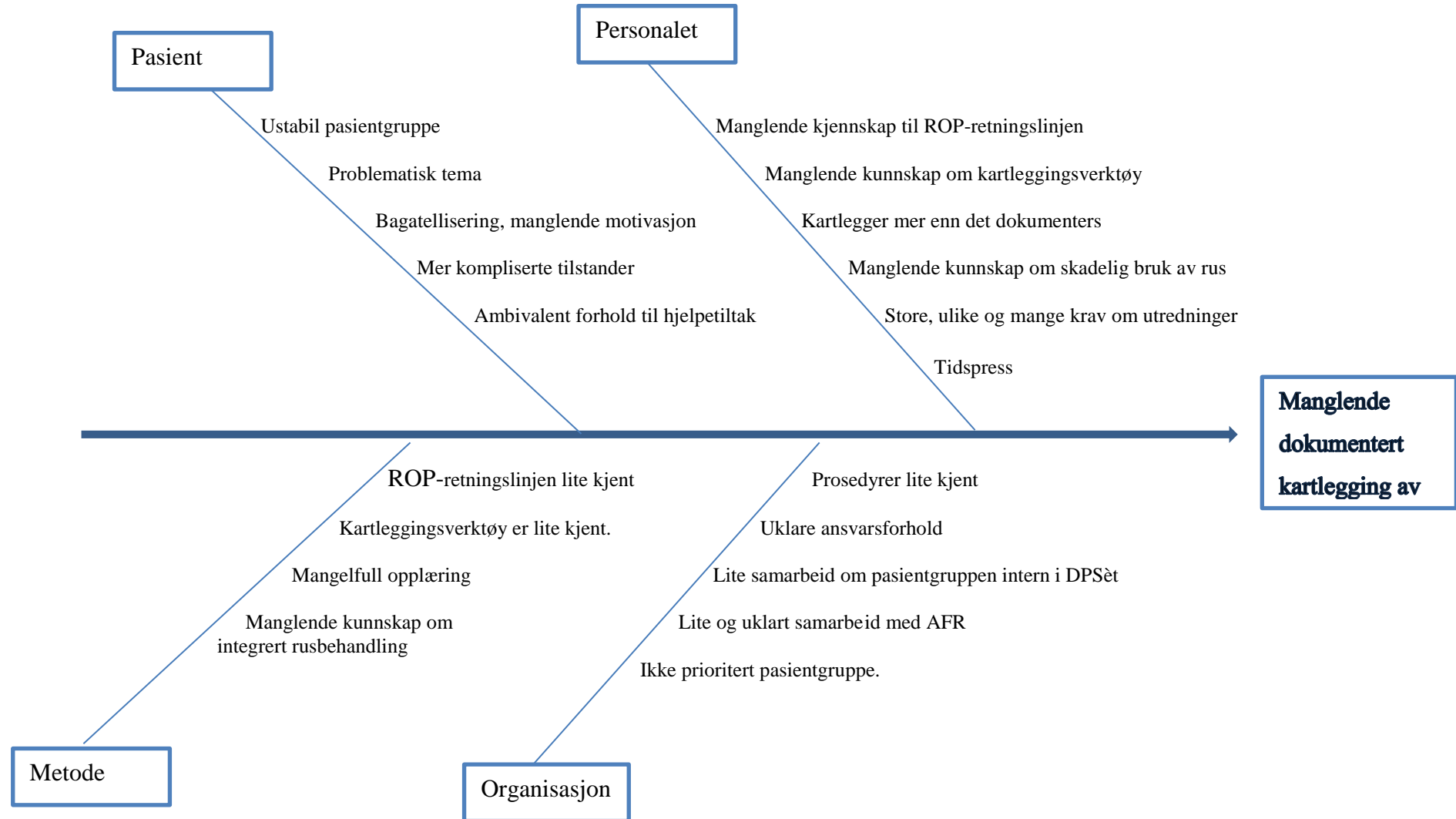
#### Hemmende krefter



K  
A  
R  
T  
L  
E  
G  
G  
I  
N  
G  
  
A  
V  
  
R  
U  
S  
M  
I  
D  
D  
E  
L  
B  
R  
U  
K

## Vedlegg X: Fiskebensdiagram

### Fiskebeinsdiagram





## Vedlegg XI: Litteratursøk.

Side 1:4

### A) Søk etter systematiske oversikter på effekt av implementering av retningslinje i psykisk helsevern

Forskningsspørsmålet satt inn i rammeverket PICO

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Mental health	Implementation strategies		Adherence to guidelines

Database/ ressurser	MC Master Pyramidesøk
Dato for søk:	1.4.2014
Søkehistorie:	Guideline implementation – Lege - Avansert søk: Diciplines: Psychiatry Categories: Quality Improvement Settings: All settings Population: Adult Article types: Reviews Order by: Relevance
Antall treff:	Gjennomgang av titler  Ett relevant treff
Kommentarer:	Barbui et al. 2014

Database/ ressurser	The Cochrane Library
Dato for søk:	1.4.2014
Søkehistorie:	ID Search #1 mental health*:ti,ab,kw or psychiat*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #2 implement*:ti,ab,kw or improv*:ti,ab,kw or adher*:ti,ab,kw or disseminat*:ti,ab,kw or distribut*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #3 guideline*:ti,ab,kw or protocol*:ti,ab,kw or recommendation*:ti,ab,kw or best practice*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) #4 #1 and #2 and #3 in in Cochrane Reviews (Reviews only) and Other Reviews
Antall treff:	53 treff i Cochrane Reviews, ett treff er relevant Ett treff i Other Reviews , er relevant
Kommentarer:	Barbui et al. 2014 Weinmann, Koester & Becker, 2007

## Vedlegg XI: Litteratursøk.

Side 2:4

Database/ ressurser	Implementation Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Articles Systematic Reviews Gjennomgang av alle titler
Antall treff:	Ingen relevante
Kommentarer:	

Database/ ressurser	Referansesøk: ISI Web of Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Basic Search Cited Reference Search Cited Title*: "Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care" Cited Author: Barbui C et al Cited year(s): 2014
Antall treff:	Ingen relevante
Kommentarer:	

Database/ ressurser	Referansesøk: ISI Web of Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Basic Search Cited Reference Search Cited Title*: "Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic reviews" Cited Author: Weinmann S, Koester M, Becker T. Cited year(s): 2007
Antall treff:	Sitert 34 ganger. Ingen relevante systematiske oversikter
Kommentarer:	

## Vedlegg XI: Litteratursøk.

Side 3:4

Database/ ressurser	PsycINFO
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. exp Mental Health/</li><li>2. exp Psychiatric Hospital Admission/ or exp Psychiatric Hospitals/ or exp Psychiatric Clinics/ or exp Psychiatric Units/</li><li>3. 1 and 2</li><li>4. exp Intervention/ or exp Educational Program Evaluation/ or Implementation.mp. or exp Program Development/</li><li>5. exp Evidence Based Practice/ or improve.mp.</li><li>6. 4 or 5</li><li>7. exp Treatment Guidelines/ or exp Evidence Based Practice/ or guidelines.mp.</li> <li>8. 3 and 6 and 7</li><li>9. limit 8 to ("reviews (best balance of sensitivity and specificity)" and adulthood &lt;18+ years&gt;)</li></ol>
Antall treff:	Ett treff, ikke relevant
Kommentarer:	

## B) Litteratursøk etter systematiske oversikter på effekt av implementeringstiltak i helsetjenesten.

Database/ ressurser	The Cochrane Library
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	The Cochrane database of Systematic Reviews Browse by topics Effective practice/health systems Implementation strategies Gjennomgang av titler
Antall treff:	48 treff. Av dem: 7 kan være aktuelle
Kommentarer:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes Ivers et al, 2012</li><li>• Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Forsetlund et al. 2009</li><li>• Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. O'Brien et al. 2008</li><li>• The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. Shojana et al. 2009</li><li>• Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Flodgren et al. 2011</li><li>• Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcome. Giguera et al. 2012</li><li>• Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Baker et al. 2010</li></ul>

## Vedlegg XI: Litteratursøk.

Side 4:4

Database/ ressurser	Referansesøk: ISI Web of Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Basic Search Cited Reference Search Cited Title*: Continuing education meetings and workshops: effect on professional practice and health care outcome Cited Author: Forsetlund et al Cited year(s): 2009
Antall treff:	128
Kommentarer:	Ingen relevante

Database/ ressurser	Referansesøk: ISI Web of Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Basic Search Cited Reference Search Cited Title*: Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes Cited Author: Ivers, N et al Cited year(s): 2012
Antall treff:	154
Kommentarer:	Ingen relevante

Database/ ressurser	Referansesøk: ISI Web of Science
Dato for søk:	10.4.2014
Søkehistorie:	Basic Search Cited Reference Search Cited Title*: Tailored intervention to overcome identifies barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes Cited Author: Baker, R et al. Cited year(s): 2010
Antall treff:	153
Kommentarer:	Ingen relevante

## Vedlegg XII: Litteraturoversikt: Implementeringstiltak (Etter årstall for publisering)

Side 1:3

(Forfatter, år) Land	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Weinmann, Koester & Becker  2007  Germany	Systematisk oversiktsartikkel	Evaluere effekten på implementering av psykiatriske retningslinjer på helsepersonellens tjenesteutøvelse og utfall for pasientene. Effekten av ulike implementeringsstrategier ble også vurdert.	.  Oversikten fant ikke tilstrekkelig evidens for å dra konklusjon om effekt av implementering av psykiatriske retningslinjer.  Kombinasjon av flere implementeringstiltak og tiltak rettet mot barrierer har større innflytelse på helsepersonells tjenesteutøvelse og pasienters utfallsmål.	Middels god kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert.. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriter Det er redegjort for populasjon, tiltak og utfallsmål. Inkluderte studier er av ulike studiedesign. Oversikten spenner vidt innenfor feltet psykisk helsevern, både i forhold til diagnose og ulike nivåer av helsetjenester. Resultatene er i hovedsak til å stole på. Det er søkt relevante databaser, søkeord og tidsrom for søk er oppgitt. Studier på flere ulike språk er inkludert. Det er søkt i referanselister. Det er ikke oppgitt søk i upubliserte studier. Inkluderte studier ble målt etter gitte kriterier og vurdert av to ulike forskere uavhengig av hverandre. Det er ikke redegjort for om det er innhentet manglende informasjon i inkluderte studier. Det er ikke mulig å trekke konklusjoner fra oversikten. De fleste studiene var små, noen av dårlig kvalitet. Studiene var heterogene med hensyn til design og utfallsmål, de kan derfor ikke analyseres i en metaanalyse. Anbefaling om kombinasjon av flere typer implementeringstiltak bygger på 9 av 18 studier. Oversikten har liten innvirkning på praksis. I denne sammenhengen var oversiktens underordnede formål- effekten av ulike implementeringstiltak - det mest interessante.

## Vedlegg XII: Litteraturoversikt - Implementeringstiltak

Side 2:3

(Forfatter, år) Land	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Forsetlund et al. 2009 UK	Systematisk oversiktsartikkel	<p>Evaluerer effekten av «educational meetings» (EM) i forhold til helsepersonellens yrkesutøvelse og utfall for helsetjenesten.</p> <p>EM inkluderer kurs, konferanser, forelesninger, foredrag, seminar, studiegrupper og diskusjonsforum i ulike former, innhold og i forhold til antall deltakere.</p>	<p>EM alene eller i kombinasjon med andre intervensjoner kan forbedre helsepersonells yrkesutøvelse og helsetjenesten til pasienter. Effekten er i vesentlig grad liten. Strategier for å øke oppmøte/deltakelse på EM er å benytte en kombinasjon av interaktiv og didaktisk format. Effekten kan også økes ved å fokusere på utfallsmål som oppleves viktige. Det er ikke mulig å konkludere hvordan bruke EM for spesifikke kliniske problemstillinger.</p>	<p>God kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert. Inkluderte studier: RCT. Vi kan stole på resultatene. Det er klare kriterier for inklusjon og eksklusjon. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Det er søkt i relevante databaser og søk er utført av koordinator fra EPOC. Søkord og dato for søk er oppgitt. Det er oppgitt søk i referanser og håndstøkk i oppgitt datakilde. Risiko for bias i de inkluderte studier er vurdert. Det er oppgitt hvilke kriterier som er benyttet, vurderingene er utført av to uavhengige personer. En tredje person er konferert ved uenighet. Manglende informasjon er innhentet ved behov. Analysen er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Det var stor heterogenitet i studiene. 30 av 61 studier kunne inkluderes i en meta-regresjons-analyse. Inadekvate beskrivelser av intervensjon i studiene kompliserte og begrensa analysen. Resultatene forteller at en kan forvente en forbedring på 6 %. På tross av et stort antall inkluderte studier produserte de begrensa informasjon i forhold til å finne ut når EM er mest effektiv og hvordan en kan planlegge en implementerings-strategi.</p>
Baker et al 2010 UK	Systematisk oversiktsartikkel	<p>Evaluerer effekten av intervensjoner som er knyttet til identifiserte barrierer for endring i forhold til helsepersonells yrkesutøvelse og utfall for helsetjenesten</p>	<p>Tailored intervention (TI) viser bedre effekt på helsepersonells yrkesutøvelse, sammenlignet med ingen intervensjon eller passiv spredning av materiell.</p> <p>Studier kan imidlertid ikke gi svar på hvordan identifisere barrierer, hvilke barrierer som er hovedhindringer eller hvordan velge intervensjoner som er best egnet til å bryte barrierer.</p>	<p>God kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert. Inkluderte studier: RCT. Vi kan stole på resultatet. Det er klare inklusjon og eksklusjonskriterier. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Det er søkt i relevante databaser, søkord og tidsrom for søk er oppgitt. Det er søkt i referanseliste. Ressurspersoner er kontaktet og det er lett i upubliserte materiale. Det er ingen begrensninger med språk. Risikoen for bias i de inkluderte studier er vurdert. De er presisert hvilke kriterier som er benyttet, vurderingen er tatt av to personer og evalueringen er foretatt uavhengig av hverandre. Manglende informasjon er innhentet. Analysen er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Det er foretatt test for heterogenitet. Kvaliteten på funn er moderat. Det er stor heterogenitet mellom studiene og innen studiene (no 26). Kun 12 studier ble inkludert i en meta-regresjonsanalyse. Variasjonene i studiene er forklart og diskutert. Resultatene kan være til hjelp i praksis. TI viser effekt på profesjonsutøvelse sammenlignet med ingen intervensjon. Dette utfallsmålet er relevant i dette prosjektet.</p>

## Vedlegg XII: Litteraturoversikt - Implementeringstiltak

Side 3:3

Forfatter, år (Land)	Design	Formål	Funn	Metodisk kvalitet
Ivers et al. 2012  UK	Systematisk oversiktsartikkel	Evaluere effekten av audit and feedback (AF) på helsepersonells yrkesutøvelse og utfall på helsetjenesten	AF fører til små, men viktige forbedringer av helsepersonells praksis.  Effekten ser ut til å avhenge av nivå på tjenestene i utgangspunktet og hvordan feedback formidles	God kvalitet. Formålet med oversikten er klart formulert. Inkluderte studier: RCT. Det er klare inklusjon og eksklusjonskriterier. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Oversikten bygger på en oppsummering fra 2006. Det er søkt i relevante databaser. Tidsrom og søkeord er oppgitt. Det er søkt i referanselister. Det er ikke oppgitt søk i upubliserte materiale. Risiko for bias i de inkluderte studier. Det er gjort rede for hvilke kriterier som er benyttet. Vurderingene er foretatt av to uavhengige personer. Manglende informasjon er ikke hentet inn. 140 studier ble inkludert. Analysen er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Det er foretatt analyse av heterogenitet. Det er foretatt en multivariabel meta-regresjonsanalyse over studier med lav og moderat fare for bias. Variasjoner i resultatene er forklart og diskutert. Resultatet er relevant for prosjektet. Selv om effekten er liten til moderat, kan den variere avhengig av hvordan den benyttes. Viktige momenter å ta hensyn til er at effekten kan bli bedre om en veileder eller senior-kollega gir tilbakemelding, om informasjonen repeteres, om tilbakemeldingen formidles både muntlig, skriftlig, inneholder målsettinger og tiltaksplan.
Barbui et al. 2014  UK	Systematisk oversiktsartikkel	Hovedhensikten var å undersøke effekten av implementeringsstrategier ved implementering av retningslinjer i helse- tjenestene innen psykisk helsevern. Effekten ble målt i forhold til både prosess- og pasientutfallsmål. I tillegg ble det undersøkt hvilke komponenter i implementeringsprosessen av retningslinjer som kan influerer på prosess- og pasientutfallsmål.	Forskerne fant svært begrenset evidens på hvilke implementeringsstrategier som har effekt ved implementering av retningslinjer innen psykisk helsevern.  Selv om inkluderte studier viser til små endringer i psykisk helsevern er det stor usikkerhet forbundet med relevans og holdbarhet i forhold utfallsmål.	God kvalitet. Formålet med studien er klart formulert. Inkluderte studier: RCT. Vi kan stole på resultatene Det er klare kriterier for inklusjon og eksklusjon. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet, selv om søket inneholder noe begrenset søkeord. Dato for søk er oppgitt. Det er henvisning til gjennomgang av referanselister og søk i konferansedokumenter. Risiko for bias på de inkluderte studier er vurdert. Kriteriene for vurderingene er gjengitt. Vurderingene er foretatt av to forskjellige personer. Uenigheter ble diskutert med en tredje person. Manglende informasjon ved inkluderte studier ble hentet inn. Fem studier ble inkludert. Analysen er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Resultatene i enkeltstudiene var heterogene. Kun ved et utfallsmål (prosessmål) kunne to studier sammenlignes. Oversikten kan ikke vise til hvordan planlegge eller gjennomføre implementerings-tiltak med effekt innen psykisk helsevern. Studien bekrefter at helsepersonell innen psykisk helsevern har svært begrenset støtte i forskningsbasert kunnskap om hvordan de best kan implementere tilgjengelige retningslinjer.

## Vedlegg XIII: Personvernombudet



**HELSE BERGEN**  
Haukeland universitetssjukehus



Personvernombudet

Arnheid Kvamme  
Haukeland universitetssjukehus/Kronstad DPS  
[arnheid.kvamme@helse-bergen.no](mailto:arnheid.kvamme@helse-bergen.no)

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler	BERGEN,
	2014/2946	Øystein Svindland, tlf. 55975558	12.03.2014

### **Kvalitetssikringsprosjekt: «Kartlegging av rusmiddelbruk i allmennpsykiatrisk poliklinikk» - tilråding**

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger og til telefonsamtale 12.03.2014.

Formålet med prosjektet er å undersøke om omfanget av- og kvaliteten på kartleggingen av rusmiddelbruk hos pasienter ved Kronstad DPS er i tråd med gjeldende anbefalinger.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonelloven § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Følgende legges til grunn: Pasientopplysninger vil bli innhentet fra DIPS, men ingen personidentifiserende opplysninger vil bli registrert i prosjektet. Kun anonyme opplysninger vil bli lagt inn i audit-skjemaene som skal benyttes. Personvernombudet tilrår at kvalitetsprosjektet gjennomføres under forutsetning av at behandlingen av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.

Vennlig hilsen

Øystein Svindland  
Personvernombud

Kopi til:  
Randi-Luise Møgster



# Vedlegg XIV: Tillatelse til lagring av data

Side 1:2



## Skjema for oppretting av sentralt lagringsområde for data i studentoppgave<sup>1</sup>

Prosjektet skal være godkjent av REK, NSD eller annet personverombud før det søkes om sentralt lagringsområde for data. Skjemaet fylles ut av veileder.

Skjemaet sendes per post, e-post, i ett eksemplar, til:

Høgskolen i Bergen, It-tjenesten, Postboks 7030, 5020 BERGEN  
[IT-hjelpen@hib.no](mailto:IT-hjelpen@hib.no) Telefon: 55 587999

Ved behandling av dette skjema vil prosjektet få tildelt;

Et sentralt lagringsområde for data.

Et separat område for koblingsnøkkel.

En felles tilgangsgruppe (med e-post).

Nærmere informasjon bli sendt oppført prosjektleder, daglig ansvarlig.

<b>1. FORSKNINGSANSVARLIG VIRKSOMHET<sup>2</sup></b>		
Institusjon: Haukeland universitetssjukehus/Kronstad DPS		
Adresse: Postboks 1400,		Postnr.: 5021
		Poststed: Bergen
<b>2. DAGLIG ANSVAR/ VEILEDER/PROSJEKTLEDER<sup>3</sup></b>		
Navn (fornavn - etternavn): Katrine Aasekjær		
Arbeidssted (institutt/avdeling): Senter for kunnskapsbasert praksis		Stilling: Høgskolelektor
Telefon: 55585554	Mobil <sup>4</sup> : 47338058	kaaa@hib.no
<b>BIVEILDEDER/ANDRE SOM SKAL HA TILGANG TIL PROSJEKDATA</b>		
Navn (fornavn - etternavn): Birgitte Graverholt		
Arbeidssted (institutt/avdeling): Senter for kunnskapsbasert praksis		Stilling: Førsteamanuensis
Telefon: 55585511	Mobil: 41100320	E-postadresse: bgra@hib.no
<b>3. STUDENT</b>		
Navn (fornavn - etternavn): Arnheid Kvamme		
Studium /institutt/avdeling: Senter for kunnskapsbasert praksis	Mobil: 41630107	Student e-postadresse (HiB): h135521@hib.no
<b>4. PROSJEKTTITTEL</b>		
«Kartlegging av rusmiddelbruk i allmennpsykiatrisk poliklinikk» (samme som meldt til REK eller personvernombudet)		
<b>5. PROSJEKTKODE<sup>5</sup> (registreringsnummer hos REK/personvernombud)</b>		
NB! Skjemaet sendes i retur dersom gyldig prosjektkode ikke er oppgitt. <b>Vedlagt godkjent søknad fra institusjonens personvernombud</b>		
Arstall og tallkode (201n-nnnn): 201__-__-__-__-__ PS: Er det færre enn 5 siffer i tallkoden plasserer man nulltall (0) foran.		
<b>6. TILLEGGSOPPLYSNINGER</b>		

*Ikke innsamling av pers. opplysninger*

*Smtf. personvernomb. ved Helse Bergen*

## Vedlegg XIV: Tillatelse til lagring av data

Side 2:2

2

7. AUTORISERT UNDERSKRIFT (Administrativt ansvarlig i forskningsseksjonen) <sup>6</sup>			
Dato	e-post	Underskrift	Telefonnr.
21.03.14	hsh@hib.no	Heidi Skarvick	55585640