

# Prosjekt «Rus/Somatikk»

**Kvalitetsprosjekt for å fange opp personer  
med risikofylt rusmiddelbruk som kommer i kontakt  
med somatiske avdelinger.**

## Evalueringsrapport

FOUSAM-rapport (2016/4)



## Oppdragsgiver

Helsedirektoratet

## Prosjektledelse

- Diana Lauritzen, prosjektleder, [diana.lauritzen@helse-fonna.no](mailto:diana.lauritzen@helse-fonna.no)
- Randi Ellingsen Ødegaard, prosjektmedarbeider, [randi.odegaard@helse-fonna.no](mailto:randi.odegaard@helse-fonna.no)

## Styringsgruppe

- Laila Nemeth/Berit Haaland, klinikkdirektør medisinsk
- Kenneth Eikeset, klinikkdirektør psykisk helsevesen
- Geir Iversen, klinikk-sjef Haugaland A-senter
- Siv Inger Magnusson Hauge, seksjonsleder ved seksjon kardiologisk og medisinsk intensiv
- Kjersti Egenberg, Korus Vest, Stavanger
- Bernt Netland, Korus Vest, Stavanger og Helse Fonna
- Espen Enoksen, Sverre Nesvåg, KORFOR
- Diana Lauritzen, prosjektleder (sekretær)

## Arbeidsgruppe

- Diana Lauritzen, prosjektleder
- Randi Ellingsen Ødegaard, prosjektmedarbeider
- Sigbjørn Tjelle, fagsykepleier kardiologisk intensiv
- Bodil Bjelland, Haugaland A-senter
- Else Helen Iversen, Kari Rasmussen, psykiatrisk klinikk
- Bjarne Bråtveit, Praksiskonsulentordningen (PKO)
- Bernt Netland, ruskoordinator Helse Fonna og rådgiver Korus Vest, Stavanger

Prosjektet er gjennomført i perioden 01.10.2014 til 31.12.2015.

*Rapport skrevet av Diana Lauritzen og Randi Ellingsen Ødegaard.*

## Sammendrag

Prosjekt «Rus/Somatikk» var et kvalitetsprosjekt med mål om å fange opp pasienter med risikofyllt rusmiddelbruk som kom i kontakt med kardiologisk medisinsk intensiv avdeling ved Haugesund sykehus.

Prosjektet varte i 13 måneder. I denne perioden ble 931 pasienter kartlagt av totalt 1.865 innlagte pasienter. Noen var innlagt flere ganger, men de ble kartlagt bare en gang.

17% av pasientene som ble kartlagt fikk tilbud om samtale som del av prosjektet. I samtalen gjennomførtes det en utvidet AUDIT-kartlegging (Alcohol Use Identification Test) og vurdering av pasienten sine behov. Noen pasienter ble videre henvist innen tverrfaglig spesialisert behandling. Fastlegen ble kontaktet for videre oppfølging av pasient etter utskrivelsen fra sykehus.

Målet med prosjektet var å bedre behandlingskvaliteten for den tilstanden pasienten var innlagt for ved å identifisere og intervensere overfor pasienter med risikofyllt eller skadelig rusmiddelbruk. En slik intervensjon kan forebygge nye lidelser/skader eller unngå forverring og forhindre videre utvikling av et rusproblem.

Prosjektet ønsket å være med å påvirke til endringsprosesser hos pasienter når det gjelder alkoholinntak og tilby adekvat hjelp på et så tidlig tidspunkt som mulig.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1. Bakgrunn for prosjektet.....	5
1.1 Alkohol og helse.....	5
2. Gjennomføring av prosjektet.....	7
2.1. Finansiering.....	7
2.2 Prosjektstart.....	7
2.3 Prosjektgjennomføring.....	8
2.4 Rutiner i prosjektet.....	8
3. Organisering.....	10
3.1 Styringsgruppe.....	10
3.2 Arbeidsgruppe.....	10
3.3 Superbrukere.....	10
3.4 Lokalisering.....	10
3.5 Haugaland A-senter.....	11
3.6 Klinikk for psykisk helsevern, psykiatrisk ungdomsteam (PUT).....	11
3.7 Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR).....	11
3.8 Kompetansesenter rus (KORUS).....	11
3.9 Praksiskonsulentordningen (PKO).....	11
3.10 FOUSAM.....	12
4. Kartlegging.....	13
4.1 Kartleggings skjema.....	14
4.2 Konvolutt.....	15
4.3 Informasjon til personalet.....	15
5. Resultater.....	16
6. Oppsummering.....	19
6.1 Prosjektleders erfaring.....	19
6.2 Superbrukers erfaring.....	20
6.3 Overleges erfaring.....	20
6.4 Konklusjon.....	20
7. Referanser.....	21

# 1. Bakgrunn for prosjektet

I Oppdragsdokument fra 2013 og 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet til sykehusene stod det at «*det skal være etablert et system ved sykehusene som fanger opp pasienter med underliggende rusproblematikk og ev henvise videre til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*».

Helse Fonna ønsket å bli bedre på dette området. En arbeidsgruppe utarbeidet en prosjektsøknad som ble sendt til Korus Vest, Stavanger. Gjennom oppdragsbrev fra Helse- direktoratet til Korus Vest, Stavanger fikk Helse Fonna prosjektmidler til oppstart av arbeidet som ble satt til 01.09.2014.

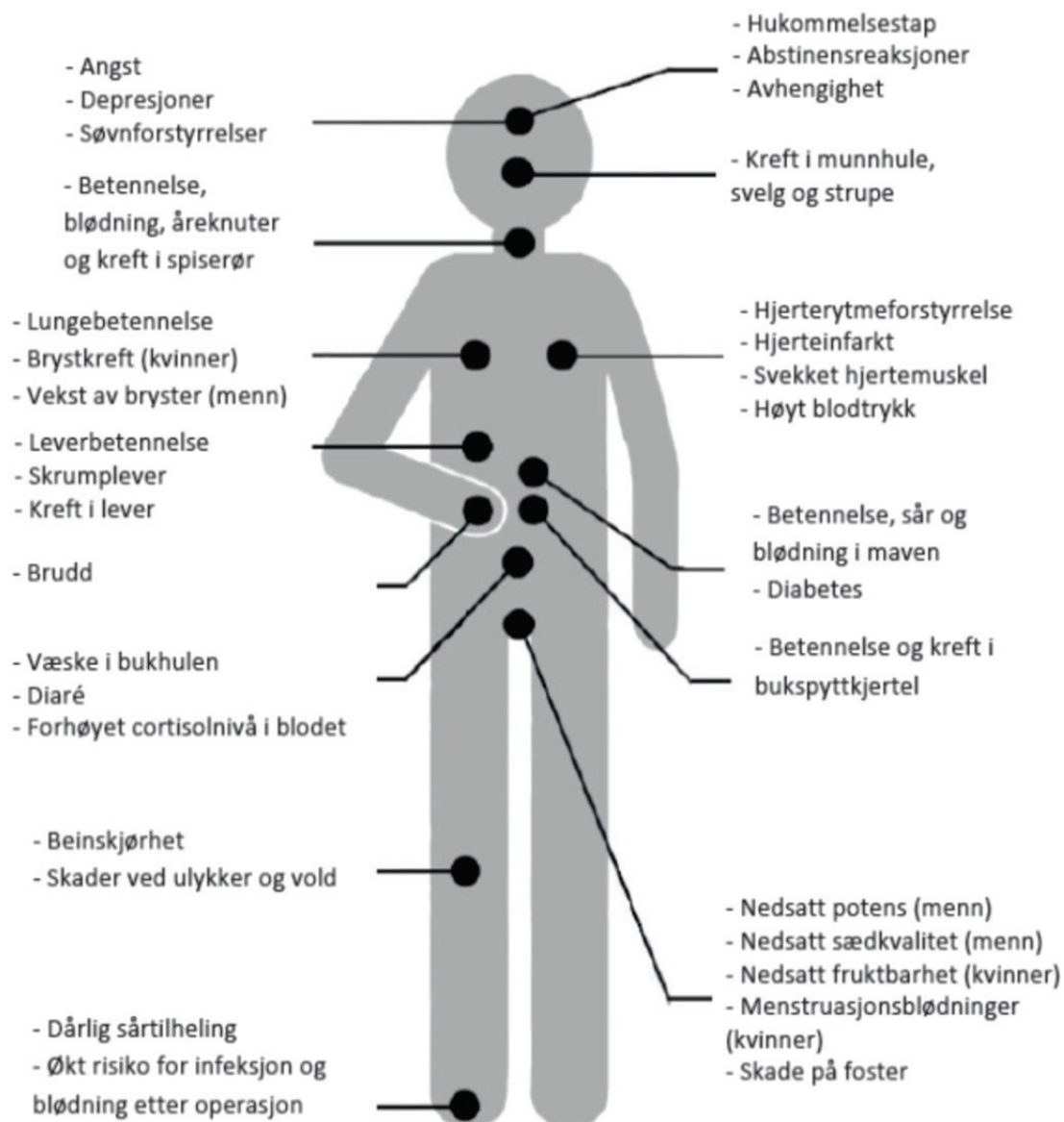
## 1.1 Alkohol og helse

Alkohol er hovedårsaken eller medvirkningsårsak til minst 60 sykdommer (Helsedirektoratet, nøkkeltall for helsesektoren 2013).

Pasienter med risikofylt alkoholforbruk er overrepresentert i sykehus sammenliknet med befolkningen generelt. I 2005 var det i Norge 3.955 innleggelser i somatisk sykehus med alkoholrelatert hoveddiagnose. I 2010 var antallet steget til 5.213 (SIRIUS). Nye tall fra Helsedirektoratet viser at i løpet av 2012 var antallet steget ytterligere, nå til 6.064 pasienter med alkoholrelatert hoveddiagnoser i somatisk sykehus.

## Skadevirkninger av alkohol i kroppen

Alkohol påvirker nesten alle kroppens organer. Alkoholbruk kan over tid føre til og forverre en rekke sykdomstilstander.



Illustrasjon/kilde: Etter Rehm et al. 2010 og Babor et al. 2001

## 2. Gjennomføring av prosjektet

### 2.1. Finansiering

Helsedirektoratet via Korus Vest, Stavanger, innvilget prosjektmidler; kr 800.000 første året, og kr 800.000 andre året.

Helsedirektoratet skriver i tildelingssvarbrevet:

*«Prosjektets resultater er svært interessant sett både i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Helsedirektoratet kjenner ikke til at tilsvarende undersøkelse av den anbefalte tidlige intervensjonsmetoden, som anbefales i veilederen IS-1742, (fra bekymring til handling – en veileder på rusområdet) er benyttet, eller forsket på i en sykehuskontekst i Norge før...»*

*«I følge internasjonal forskning er sykehus/klinikk god arena for tidlig identifisering og tidlig intervensjon i et folkehelseperspektiv. Pasienter som er kommet til sykehus viser seg å ha god motivasjon for endring av levevaner i den situasjon pasienten befinner seg..... Resultatet av prosjektet vil gi oss ny og bedre kunnskap om metoden i en ny kontekst i Norge.»*

### 2.2 Prosjektstart

Forprosjektet startet i 2012 da det kom direktiver i fra HOD i styringsdokumentene at helseforetakene skulle ha systemer på å fange opp pasienter med rusproblematikk innlagt i somatikken. Prosjektplan ble utarbeidet.

Prosjektleder ble ansatt i 80%-stilling, fagbakgrunn fra psykisk helse. Prosjektmedarbeider ble ansatt i 20%-stilling, fagbakgrunn intensivsykepleier og hadde fast stilling på kardiologisk medisinsk intensiv hvor pilotprosjektet ble gjennomført.

Det kom endring i finansieringen i juni 2014. Prosjektperioden var i utgangspunktet definert til 2,5 år. Prosjektfinansieringen ble av Helsedirektoratet kortet ned til 1,5 år blant annet på grunn av mindre økonomiske rammer til denne type satsinger. Prosjektet nådde ikke målet om implementering i hele medisinsk klinikk og fikk ikke utformet en rapport sammen med KORFOR – regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest og Helse Stavanger. Det var her tenkt at de to tilnæringsmåtene skulle sammenlignes, og at en ut fra dette skulle lage et «inspirasjonshefte» som kunne brukes av andre helseforetak.



## 2.3 Prosjektgjennomføring

I følge prosjektplanen skulle kartlegging foregå i mottaket (medisinsk klinikk), hvor de allerede spurte pasientene om rusmidler.

Deretter ville pasienter som ble innlagt kardiologisk medisinsk intensiv, hvor pilotprosjektet skulle gjennomføres, og skåret over 6 poeng eller mer på kartleggingsskjemaet skulle få tilbudt samtale med prosjektleder.

Dette ble endret rett før prosjektstart. Styringsgruppen bestemte at kartleggingen skulle flyttes opp på avdelingen. Begrunnelsen var at en ikke kunne gjennomføre kartleggingen av pasientene i mottaket hvis kun de som kom til kardiologisk avdeling ville bli fulgt opp videre.

Av denne grunn ble det da bestemt at det var de pasientene som ble innlagt kardiologisk medisinsk intensiv som ville bli tilbudt oppfølging om de skåret over 6 poeng på kartleggingsskjemaet.

Styringsgruppen bestemte at kartleggingsskjemaet skulle leveres ut i konvolutt. Dette ble begrunnet med at spørsmålene var av sensitiv art, og for å opprettholde taushetsplikten.

## 2.4 Rutiner i prosjektet

Alle aktuelle pasienter skulle ved innkomst i avdelingen kartlegges ved hjelp av AUDIT-C + 1 spørsmål fra DUDIT. (vedlegg 1)

Følgende pasientene ble henvist til prosjektet:

- Pasienter som skåret 6 poeng eller mer på kartleggingsskjemaet
- Pasienter med kjent og åpenbar risikofylt/skadelig bruk av alkohol, andre illegale medikamenter eller rusmidler
- Unntak var medisinsk ustabile pasienter, eller der det ikke var mulig å gjennomføre kartlegging pga. mental tilstand. Dette skulle legene vurdere.
- Pasienter som ikke pratet norsk eller engelsk ble ikke henvist til ruskonsulent.

Utlevering av kartleggingsskjema i konvolutt ble gjennomført ved at sekretærene sørget for at det alltid lå konvolutter med skjema på begge vaktrom i avdelingen.

I fortrinnsvis første visitt skulle legen ha fokus på rusmidler, og sammenheng mellom bruk og aktuell lidelse. Dette ble dessverre vanskelig å gjennomføre, kartleggingsskjemaene ble lite utlevert. Prosjektet bestemte at sykepleierne skulle ha ansvaret for å dele ut kartleggingsskjemaene. Dette fungerte bedre, og antall pasienter som ble kartlagt gikk opp.

Pasientansvarlig sykepleier samlet inn utfylt skjema, summerte poeng, og noterte dette på skjemaet som pasienten hadde fylt ut. Skjemaene ble satt inn i en perm som lå på vaktrommet.

Prosjektleder hentet kartleggingsskjemaet ut fra permen, og tok direkte kontakt med pasient med score 6 eller mer. Om pasient var utskrevet fra avdelingen, ble pasienten kontaktet over telefon av prosjektleder.

Prosjektleder hadde MI basert samtale med pasient om aktuell situasjon, screenet pasienten med full AUDIT/DUDIT og gav informasjon om mulige sammenhenger mellom alkoholbruk og utvikling av helseproblemer. Prosjektleder kunne tilby 1-3 samtaler, inkludert oppfølging etter utskrivelse.

Ved behov for ytterligere tiltak og i samråd med pasienten, kunne prosjektleder eller avdelingen kontakte Haugaland A-senter og psykiatrisk ungdomsteam. Disse instansene stilte til rådighet for samtale med pasient eller veiledning av personalet. Om det var aktuelt med henvisning til TSB skulle epikrise merkes med «Prosjekt Rus/Somatikk». Pasient ville da få poliklinisk oppfølgingstime uten lang henvisningstid.

Fastlege ble informert om pasient gav godkjenning til dette.

## 3. Organisering

Prosjektet var forankret i ledelsen, fra klinikkdirektør til seksjonsleder, funksjonsleder og fagsykepleiere. Ledelsen var med på å ha fokus rundt aktuelt tema gjennom hele prosjektprosessen.

### 3.1 Styringsgruppe

Klinikkdirektørene ved medisinsk klinikk og klinikk for psykisk helsevern, klinikkchef ved Haugaland A-senter, seksjonsleder ved seksjon kardiologi og medisinsk intensiv, direktør og representant for Korus Vest, Stavanger og KORFOR. Videre ble seksjonsoverlege og fagdirektør i Helse Fonna inviterte medlemmer i styringsgruppa. Prosjektleder var sekretær.

### 3.2 Arbeidsgruppe

Haugaland A-senter v/Bodil Bjelland, kardiologi og medisinsk intensiv avdeling v/Sigbjørn Tjelle og intensivsykepleier Randi Ødegaard (prosjektmedarbeider), representant fra psykiatrisk ungdomsklinikk TSB Haugesund sjukehus, PKO-lege Bjarne Bråtveit og ruskoordinator/rådgiver Korus Vest, Stavanger v/Bernt Netland.

### 3.3 Superbrukere

Vi hadde tre superbrukere i avdelingen, dette var sykepleiere som jobbet ved kardiologisk medisinsk intensiv. De ble invitert med på kurs, fikk løpende mail, en var med i arbeidsgruppen, og informasjon fra prosjektleder om hva som foregikk i prosjektet.

### 3.4 Lokalisering

Pilotprosjektet ble lagt til seksjon for kardiologi og medisinsk intensiv, en avdeling med 21 senger og kardiologisk poliklinikk. Seksjonen er både en kardiologisk sengepost og en medisinsk intensiv avdeling. Rundt 95% av pasientene som innlegges er øyeblikkelig hjelp pasienter. De har diagnoser som bl.a. hjerteinfarkt, intox, ustabil angina, forverring av KOLS, sepsis, ketoacidose, ulike arytmier, hjerneslag og hjertesvikt. Antall avdelingsopphold oktober 2014: 2.500 post opphold. Gjennomsnittlig liggetid er ca. 2.7 døgn. Antall polikliniske konsultasjoner: 6.000.

### **3.5 Haugaland A-senter**

Haugaland A-senter er en privat stiftelse, inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten i TSB og er fullfinansiert av Helse Vest RHF. Som del av prosjektet ble det også avsatt tid til ambulante konsultasjoner på medisinsk klinikk der dette var ønsket fra klinikkens side.

### **3.6 Klinikk for psykisk helsevern, psykiatrisk ungdomsteam (PUT)**

Psykiatrisk ungdomsteam er lokalisert ved Haugesund sykehus, og er en del av TSB.

Seksjon for spesialiserte tjenester, PUT bidro inn i prosjektet med oppfølging av pasienter og veiledning av personal.

På kort varsel har PUT bistått med ambulante konsultasjoner til medisinsk avdeling for å kunne gi pasienter informasjon om hvilket tilbud en kunne gi.

### **3.7 Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR)**

Bidro med erfaringene som er gjort i Helse Stavanger på dette feltet. Stilte kartleggingsverktøyet TOTI til disposisjon. I opprinnelig prosjektplan skulle en skrive en rapport/sammenlikning med andre helseforetak. Dette ble det ikke noe av da prosjektet ble kortet ned med 1 år. KORFOR var med i styringsgruppen til prosjektet.

### **3.8 Kompetansesenter rus (KORUS)**

Kompetansesenter rus, region vest, Stavanger finansierte prosjektet gjennom midler fra Helsedirektoratet. Har bidratt aktivt i prosjektet samt sittet i styringsgruppen og arbeidsgruppen.

### **3.9 Praksiskonsulentordningen (PKO)**

Er et nettverk av allmennleger som har ansvar for å utvikle samarbeidet mellom sykehusavdelinger og allmennleger/private spesialister.

Våren 2015 ble det arrangert et 2-dagers emnekurs i rus/somatikk til allmennleger. Det var 40 fastleger som meldte seg på dette kurset og tilbakemeldingene var gode.

Fastlegene er viktige i den langsiktige oppfølginga av disse pasientene. Det er viktig å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege for å fange opp pasienter med rusmiddel-problematikk så tidlig som mulig.

### 3.10 FOUSAM

FoU-enhet for samhandling er en felles forsknings- og utviklingsenhet mellom Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund og 18 kommuner i Helse Fonna regionen. FOUSAM har bidratt med veiledning i gjennomføring av prosjektet, utforming av kommunikasjonsmateriell som brosjyre og kartleggings skjema, gjennomført 2 questbackundersøkelser og synliggjort prosjektet på nettsiden [www.fousam.no](http://www.fousam.no).

## 4. Kartlegging

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) er et screeningsverktøy for å identifisere problemfylt bruk av alkohol i de siste 12 månedene. Den har 10 spørsmål og tar ca. 5-10 minutter å gjennomgå. Den kan hjelpe fagpersonell til å identifisere problemfylt bruk av alkohol. Originalversjon av AUDIT er utviklet av en gruppe kliniske alkoholforskere tilknyttet WHO. Hvert spørsmål har 5 svaralternativ og gir fra 0 til 4 poeng. ([www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)).

AUDIT-C (Alcohol Use Identification Test – Consumption) er en kortversjon av AUDIT og brukes for å identifisere risikokonsum av alkohol og/eller drikking som kan utvikles til misbruk og avhengighet. Den består av 3 spørsmål og tar 2-3 minutter å gjennomføre. Max skår er 12 poeng på AUDIT-C. ([www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no))

DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) er et selvrapporterings skjema for identifisering av rusproblemer, inneholder 11 spørsmål og tar ca. 5 minutter å gjennomgå ([www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)). Det er et spørsmål fra DUDIT på kartleggings skjemaet brukt i prosjektet.

### Hvor mye alkohol kan man drikke?

Risikoen for helseskader øker i takt med mengden alkohol som drikkes. Det er mindre risiko dersom man holder seg innen visse grenseverdier. Noen opplever helseproblemer selv med et alkoholforbruk under disse grenseverdiene, og noen bør på grunn av sin helsetilstand ikke bruke alkohol i det hele tatt.

### Hvor mange alkoholenheter (AE) er det i forskjellige drikkevarer?



**1 alkoholenhet (AE)=**  
- 1 flaske øl (0,33 l)  
- 1 glass vin (12 cl)  
- 1 glass hetvin (8 cl)  
- 1 drink brennevin (4 cl)

### Anbefalinger og grenseverdier oppgitt i alkoholenheter (AE)



	Kvinner	Menn
Høy risiko:	> 14 AE per uke	> 21 AE per uke
Økt risiko:	9 - 14 AE per uke	14 - 21 AE per uke
Lav risiko:	Inntil 9 AE per uke	Inntil 14 AE per uke

## 4.1 Kartleggings skjema

Pasientene fikk utlevert kartleggings skjemaet i konvolutt i løpet av den første samtalen med lege og sykepleier. Pasientene skulle kartlegge seg selv, etter kort introduksjon fra lege/sykepleier. De fleste pasientene lå på pasientrom med flere senger. Det å opprettholde taushetsplikten ble da en utfordring. Kartleggings skjemaet var noe alle pasienter skulle bli presentert for. Samtalene med prosjektleder ble flyttet til et annet rom hvis pasienten ikke hadde enerom (f.eks. ledige polikliniske rom).

Kartleggings skjemaet inneholdt de 3 første spørsmålene fra Audit-C og et spørsmål fra Dudit-skjemaet. Pasientene krysset av hvor de plasserte seg.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?
2. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?
3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?
4. Bruker du noen gang narkotika/stoff eller medisiner som du ikke har fått på resept av legen din? (Dudit)

Bak på kartleggings skjemaet var det informasjon til pasient om prosjektet.

*Seksjon kardiologi og medisinsk intensiv*

*Du er nå innlagt på vår avdeling. Forskning viser at bruk av alkohol, medikamenter eller rusmidler kan påvirke den enkeltes helsetilstand. For å gi deg best mulig behandling er det viktig å få vite om alkoholvanene dine og snakke med deg om hvordan dette kan påvirke helsen din.*

*Ca. 10% av alle pasienter på norske sykehus har et risikofyllt eller skadelig forbruk av alkohol eller andre rusmidler. Alkoholbruk er ofte en sentral del av sykdomsbilde, og bidrar til mer enn 60 ulike sykdommer i tillegg til ulykker. Mange er ofte uvitende om risikofaktorene knyttet til alkoholkonsumet og bruk av andre rusmidler.*

*Ved vår avdeling er det rutine å spørre alle innlagte pasienter om deres bruk av ulike rusmidler. Du inviteres til å gjøre dette ved å fylle ut kartleggings skjemaet på neste side. Om det du svarer viser at du kan ha nytte av mer informasjon og tilbakemelding, vil du bli henvist til en samtale med en fagperson.*

*Hvis du etter denne samtalen ønsker videre kontakt, kan vi her på sykehuset tilby deg oppfølgingssamtaler. Vi kan videre være behjelpelig med å henvise deg til andre hjelpe-tjenester, og/eller kontakt med fastlegen din hvis du ønsker dette.*

*Blir du innlagt i en helg, eller skrevet ut før vi rekker å ha en samtale med deg, vil vi ved behov ta kontakt etter utskrivelsen. (vedlegg 1)*

## 4.2 Konvolutt

Kartleggingsskjemaet ble delt ut til pasientene i en nøytral hvit konvolutt. Dette ble bestemt av styringsgruppen for å ivareta taushetsplikten og pasientens integritet. Konvolutten ble «meget anonym», der den lå på personalrommet, den ble lett glemt i en travel hverdag. Prosjektleder var daglig innom avdelingen for å minne personalet på å levere ut konvolutten til pasientene.

Prosjektmedarbeiderne har hatt et ønske om at kartleggingsskjema ikke ble utlevert i en «lukket» konvolutt, men at det ble introdusert i en åpen dialog. Dette har ikke latt seg gjøre.

Hvordan konvolutten virker på pasienten har ikke prosjektet spurt om. Pasientene ble spurt om hvordan de har følt på å bli spurt om egen alkoholbruk. Tilbakemeldingen på det har vært positiv. Pasienten forventer at sykehuset skal ha fokus på hele helsen.

## 4.3 Informasjon til personalet

Det var lagt opp til korte informasjonsbolker om prosjektet. Informasjonsbolker på 10-15 minutter var mest gunstig i forhold til avdelingen sin tidsbruk. I starten av prosjektet møtte prosjektleder og medarbeider på morgenrapporten og informerte kort om prosjektet. Utover i prosjektet har det blitt informert og undervist personalet på personalmøter og fagdager.

Det var vanskelig å nå ut til hele personalgruppen underveis i prosjektet. Prosjektleder gav mye informasjon på tomannshånd.

Informasjon til legene har vært vanskeligere å gjennomføre. Det å treffe alle legene på engang har ikke latt seg gjøre. Det er stor utskiftning med turnusleger. Disse har prosjektleder prøvd å informert en til en.

Prosjektleder har vært lett tilgjengelig, gitt informasjon gjennom mail, nyhetsbrev, ukens fokus og Helse Fonna sin intranettside.

Informasjon til pasientene ble gitt av personalet, samt en TV-skjerm som var opphengt sentralt i avdelingen. På denne TV-skjermen ble det nevnt risiko rundt somatisk helse og alkohol. Prosjektet utarbeidet brosjyrer om alkohol og somatisk helse, denne ble delt ut til pasientene og som var lagt ut i avdelingen. (vedlegg 2)

Det var også kort informasjon til pasientene på kartleggingsskjema.



## 5. Resultater

Kartleggingsperiode var fra 01.10.2014 til 30.11.2015. Antall enkelt pasienter innlagt i kardiologisk medisinsk intensiv avdeling var 1.865 pasienter, noen pasienter blir innlagt flere ganger, men de blir kun kartlagt en gang.

Prosjektet har kartlagt 931 pasienter, ca. halvparten av de innlagte pasientene.

Ønsket fra prosjektet var at alle pasienter skulle bli kartlagt da de ble innlagt avdelingen. Pasienter som ikke kunne gjøre rede for seg, var for syke eller ikke pratet norsk eller engelsk skulle ikke kartlegges.

Utlevering av kartleggings skjemaet skulle skje av legene i starten av prosjektet, dette viste seg å være vanskelig å få til.

Sykepleierne overtok utlevering av kartleggings skjemaet i februar 2015. Dette viste seg å være en bedre løsning. Tilbakemeldingen fra sykepleieren er at de trivdes med å ha denne oppgaven, men det ble også uttrykt misnøye med å bli tildelt flere oppgaver.

Sykepleierne og legene har ofte travle arbeidsdager, når det var travelt på avdelingen ble kartleggingstallene lavere. I perioder på avdelingen har det vært mye sykdom blant personalet og utlevering av kartleggings skjemaet har da blitt prioritert bort av personalet.

### Hvor mange pasienter skåret over 6 poeng?

160 pasienter skåret over, satt sum på 6 poeng på AUDIT-C. Intox ble direkte henvist til prosjektet. Rundt 17% ble identifisert ved kartlegging.

I prosjektet ble AUDIT-C skår for samtale med prosjektleder satt til 6 poeng. Det var samme skår for kvinner og menn. Denne poengsummen var på anbefaling fra KORFOR, som baserte seg på en publikasjon fra Helsedøgn. Publikasjonen sa at når en brukte kjønns-spesifikke cut-off grenser for AUDIT-C, 4 poeng for kvinner og 5 poeng for menn, var 20% av kvinnene og 25% av mennene over denne grensen. En kunne regne med å identifisere flere enn hver femte kvinnelig pasient, og hver fjerde mannlig pasient om dere velger en cut-off på 5 poeng for alle. Styringsgruppen valgte da å legge seg på 6 poeng for begge kjønn.

Det er noen svakheter med å legge seg på 6 poeng. Eksempel: En pasient drikker 4 ganger i uken eller mer, og drikker da 3-4 enheter, skårer pasienten 5 poeng. Det vil si han/hun kan drikke 4 enheter daglig, altså 28 enheter i uken uten å bli fanget opp i prosjekt rus/somatikk.

En kan tenke seg at det er flere pasienter som har vært i risikozonen, enn prosjektet har fanget opp. Risikozonen begynner ved 14 enheter for menn og 8-9 enheter for kvinner.

## Hvor mange har fått samtale?

Prosjektet har hatt samtale med 75 pasienter, ca. 46% av de som var henvist. I de resterende 54% er det pasienter som ikke ble kvalifisert til samtale, da de allerede hadde oppfølging fra TSB.

Pasienter som var utskrevet fra avdelingen var vanskelige å få inn til samtale, noen ønsket samtale over telefon. Størst suksess for å få gjennomført samtale var det med pasienter som ble tilbudt samtale mens de var innlagt på avdelingen.

Det var 67,5% menn som ble henvist og 32,5% kvinner.

## Type rusmidler

Det er stor variasjon i omfanget av rusbruk blant pasienter som skårer over 6 poeng på kartleggingen. Noen har skadelig og risikofylt bruk av rusmidler, mens andre har mer omfattende og langvarig bruk av alkohol eller andre rusmidler.

De fleste hadde alkohol som eneste rusmiddel. Det samsvarer godt med at ca 90% av befolkningen drikker alkohol, og at det da er forventet at det mest av innleggelse i somatikken vil dreie seg om alkohol fremfor illegale rusmidler.

## Alder

Aldersspredningen er stor. Fra 20 til over 70 år.

Størst forekomst av henvisninger var i alderen 40-50 år, ca 22%.

## Anonymiserte eksempler på typiske pasientcase henvist i prosjektperioden

**Mann i 50-årene.** Er i jobb. Gift. Pasient innlagt kardiologisk medisinsk intensiv med ustabil angina. Fikk utlevert kartleggingsskjemaet da han ble innlagt, han skåret 6 poeng. Ble tilbudt samtale og takker ja. I samtale ble pasient kartlagt med full AUDIT, her scoret han til 14 poeng *risikofylt alkoholbruk*. Pasient formidler at han drikker alkohol i helgene, ca. en til to flasker vin, på fest kunne han drikke mer. Pasient har vokst opp med foreldre som misbrakte alkohol. Han ble veldig overrasket da han selv skåret så høyt i AUDIT-kartleggingen.

I samtalen fikk pasient informasjon om alkohol og helse. Han ønsket ikke flere samtaler med prosjektleder, men ønsket referat fra samtalen skulle sendes fastlegen. På spørsmål om hvordan han opplevde å bli spurt om alkoholvanene sine, sa han at han satte pris på

informasjonen. Pasient var ikke klar over hvor skadelig alkohol kunne være på hans helsetilstand.

**Ung kvinne.** Student. Intox på alkohol. Direkte henvist til prosjektet.

Pasient var utskrevet fra avdelingen mandags morgen. Prosjektleder sendte SMS, pasient svarte på denne og det ble avtalt møte. I samtalen forteller pasient hva som hadde skjedd før hun ble innlagt for intox. Pasient bagatelliserte hendelsen, drakk ikke mer enn andre på sin alder. Benekter bruk av andre rusmidler. Pasient husker lite fra selve innleggelsen. Hun formidler at hun hadde fått lite informasjon av personalet vedrørende hendelsen før hun ble utskrevet. Det er første gang hun er innlagt for intox, hun syntes det var en skremmende hendelse.

Pasient og prosjektleder gjennomgår full AUDIT-kartlegging på [www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no). Pasient skårer 14 poeng, *risikofyllt alkoholbruk*. Pasient ble overrasket, og samtalen snudde. Pasient ønsket informasjon om hvordan hun kunne drikke på en annen måte. Det ble avtalt videre oppfølgingssamtale fra prosjektleder. Ikke kjent i systemet fra før.

**Mann i 50-årene.** Er i jobb, for tiden sykemeldt. Innlagt med atrieflimmer, vært innlagt gjentatte ganger siste tiden på grunn av dette. Problemer med å regulere Marevan. Pasient har hatt hjerteinfarkt tidligere. Kartlagt med kartleggings skjemaet da han ble innlagt, scorer 7 poeng. Ble tilbudt samtale fra prosjektet. Ektefelle til stede under samtalen, hun ønsket at pasient tar tak i sitt alkoholforbruk. Pasient ble kartlagt med en full AUDIT, scorer 13 poeng, *risikofyllt eller skadelig drikking*. Pasient mener han har kontroll over alkoholforbruket, men vedgår likevel at han trenger hjelp pga. helsetilstanden sin. Pasienten blir henvist videre i TSB.

**Mann.** Pensjonist. 1,85 i promille da han ble innlagt avdelingen. I inntakjournal står det at pasient drikker 5-6 alkoholenheter hver kveld. Direkte henvist til prosjekt, pasient ønsket samtale med prosjektleder. AUDIT score 16 poeng, *pasient drikker alkohol på en måte der det er høy risiko for å utvikle alkoholrelatert problem. Pasient bør vurdere å redusere alkoholinntaket*. Pasient forteller at han har hatt samtale med sin fastlege angående sin alkoholbruk. Pasient ønsker å redusere alkohol inntaket, men ikke slutte å drikke. Pasient får informasjon om alkohol og helse. Han formidler at han ikke var klar over at alkohol hadde så mye å si på helsen. Han satte pris på samtalen og det å bli spurt om alkohol. Pasient får videre oppfølgingssamtale med prosjektleder. Det sendes brev til fastlege.

## 6. Oppsummering

Kartleggingen har vært gjennomført i 13 måneder, det har vært gjort en stor innsats i avdelingen hvor pilotprosjektet ble gjennomført.

Før prosjektet kom i drift var tilbakemelding fra personalet ved kardiologisk medisinsk avdelingen at de ønsket mer kunnskap om rus. Personalet savnet et system som fanget opp og hjalp pasienten med rusproblemer videre i systemet.

For å få til et prosjekt, som går så på «siden» av det de normalt driver med på en somatisk avdeling, er det viktig at det er forankret i ledelsen. Dette gjelder både faglig og administrativ ledelse. Å ha hele ledelsen med seg er en forutsetning for å kunne gjennomføre et slikt prosjekt. Avdelingen hadde i perioden prosjektet pågikk høyt sykefravær i perioder, da ble kartleggingen lagt bort for å prioritere pasienten sin skutte helsetilstand.

Prosjektet har kartlagt 931 personer av de innlagte pasientene i perioden prosjektet har pågått. 160 pasienter skåret 6 poeng eller mer. Prosjektet har hatt samtaler med 75 av disse pasientene. De fleste som takket nei til samtale var pasienter som var utskrevet fra avdelingen.

Prosjektleder var ansatt i somatikken, i umiddelbar nærhet av personalet som skulle være med å drive prosjektet. Dette var en faktor som gjorde at personalet husket på prosjektet i en travel hverdag. Terskelen var lav for personalet å få veiledning og drøfte problemstillinger sammen med prosjektleder. Prosjektleder hadde umiddelbart samtale med innlagte pasienter som var aktuelle for prosjektet.

Prosjektet har registrert en økt bevissthet om sammenhengen mellom alkohol og helseskade hos personalet.

### 6.1 Prosjektleders erfaring

*Har opplevd at prosjektet har vært med på å bidra til å øke kompetansen og bevisstheten om alkohol hos personalet ved kardiologisk medisinsk intensiv avdeling. Personalet er blitt tryggere i det å prate med pasienten om alkohol- og rusbruk.*

*Pasientene som ble tilbudt samtale for sitt alkoholforbruk fikk økt kunnskap om alkoholen sin funksjon sammen med den somatiske helsen. En del av pasientene var ikke klar over hvordan alkohol påvirket deres somatiske lidelse eller medisinene de stod på. Tilbakemeldinger fra pasienter var stort sett positive, de forventet at sykehuset skulle ha fokus på dette.*

## 6.2 Superbrukers erfaring

*Jeg opplevde kanskje noe misnøye i starten av prosjektet da avdelingen er veldig travel med mange oppgaver som forventes å bli utført og hvor det ikke alltid er nok kapasitet til dette. I starten av prosjektet skulle legen som gikk visitt dele ut skjema, dette ble nok ikke alltid gjort. Jeg synes det ble bedre da sykepleieren selv kunne levere ut, snakke med pasienten og innhente skjema igjen. Jeg opplevde at noen unge pasienter ble fanget opp og ble henvist videre og antagelig har fått hjelp? Ellers også mange som ikke «skåret» nok men allikevel har vi/jeg fått mer fokus på alkoholforbruk.*

## 6.3 Overleges erfaring

*Opplevde det etter hvert som nyttig da man har et tilbud til ruspasienter der det ikke nødvendigvis er snakk om psykiatri/suicidalitet. Det viser seg å være aktuelt hos en rekke pasienter på vår avdeling.*

*Det bør være en egen koordinator som gjør mesteparten av jobben så det ikke belaster leger og sykepleiere som har mange kjerne- og tilleggsoppgaver allerede.*

## 6.4 Konklusjon

Helse Fonna har på grunnlag av erfaringer i dette konkrete prosjektet bestemt å ha et fortsatt fokus på dette temaet. Helseforetaket har derfor satt av ressurser til å videreføre arbeidet innen egne økonomiske rammer etter endt prosjektperiode.

Det er om lag kr 60.000,- igjen av prosjektmidlene som vi mottok fra Korus Vest, Stavanger. Etter samråd med leder av Korus Vest, Stavanger er det godtatt at disse blir stående på Helse Fonnas konto og øremerkes videreføringen av innen rus/somatikk-arbeidet i Helse Fonna.

## 7. Referanser

[www.tsb.no](http://www.tsb.no)

[www.sirus.no](http://www.sirus.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

[www.snakkomrus.no](http://www.snakkomrus.no)

Helsedirektoratet, Nøkkeltall for helsesektoren, (2013): Alkoholrelaterte hoveddiagnoser ved innleggelser og polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus.

# Vedlegg 1

## Liste over alkoholenheter

En alkoholenhet inneholder mellom 12-15 gram ren alkohol. Dette tilsvarer omtrent

- En flaske (33 cl) pils på 4,5 vol %
- Et glass (15 cl) vin på 12 vol %
- Et lite glass (7,5 cl) sterkvin 20 vol %
- Et lite glass (4 cl) brennevin 40 vol %



Navn/fødselsdato

Hvor ofte drikker du alkohol?	
Aldri	
Månedlig eller sjeldnere	
To til fire ganger i måneden	
To til tre ganger i uken	
Fire ganger i uken eller mer	
Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?	
1-2 alkoholenheter	
3-4 alkoholenheter	
5-6 alkoholenheter	
7-9 alkoholenheter	
10 eller flere	
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	
Aldri	
Sjelden	
Noen ganger i måneden	
Noen ganger i uken	
Nesten daglig	
Bruker du noen gang narkotika/stoff eller medisiner som du ikke har fått på resept av legen din?	JA NEI

## **Seksjon kardiologi og medisinsk intensiv**

**Du er nå innlagt på vår avdeling. Forskning viser at bruk av alkohol, medikamenter eller rusmidler kan påvirke den enkeltes helsetilstand. For å gi deg best mulig behandling er det viktig å få vite om alkoholvanene dine, og snakke med deg om hvordan dette kan påvirke helsen din.**

Ca. 10% av alle pasienter på norske sykehus har et risikofylt eller skadelig forbruk av alkohol eller andre rusmidler. Alkoholbruk er ofte en sentral del av sykdomsbilde, og bidrar til mer enn 60 ulike sykdommer i tillegg til ulykker. Mange er ofte uvitende om risikofaktorene knyttet til alkoholkonsumet og bruk av andre rusmidler.

Ved vår avdeling er det rutine å spørre alle innlagte pasienter om deres bruk av ulike rusmidler. Du inviteres til å gjøre dette ved å fylle ut kartleggings skjemaet på neste side. Om det du svarer viser at du kan ha nytte av mer informasjon og tilbakemelding, vil du bli henvist til en samtale med en fagperson.

Hvis du etter denne samtalen ønsker videre kontakt, kan vi her på sykehuset tilby deg oppfølgingssamtaler. Vi kan videre være behjelpelig med å henvise deg til andre hjelpe-tjenester, og/eller kontakt med fastlegen din hvis du ønsker dette.

Blir du innlagt i en helg, eller skrevet ut før vi rekker å ha en samtale med deg, vil vi ved behov ta kontakt etter utskrivelsen.

*Diana Lauritzen – prosjektleder/psykiatrisk sykepleier, mobiltelefon 900 75 915*

*Randi E. Ødegaard – prosjektmedarbeider/intensiv sykepleier*



## Vedlegg 2



### Kontaktinformasjon

Diana Lauritzen, prosjektleder, tlf. 90075915  
Randi Ødegaard, medarbeider

### Kilder

- Helsedirektoratet, [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)
- Norsk helseinformatikk, [www.nhi.no](http://www.nhi.no)
- Verdens helseorganisasjon, [www.who.org](http://www.who.org)
- Tidsskriftet for den norske legeforening, om alkohol og familierelasjoner, <http://tidsskriftet.no/article/650208>

## HVORDAN PÅVIRKER ALKOHOL HELSEN MIN?

Alkoholbruk kan være en sentral del av sykdomsbilde. Sykehuset er en naturlig arena for å stille spørsmål om alkohol og alkoholvaner.



- Skadelig alkoholbruk øker risikoen for flere alvorlige sykdommer og kortere levetid. Det bidrar til mer enn 60 ulike sykdommer, f.eks. leversykdommer, hjerneslag, kreftsykdommer og fosterskader.
- Inntak av alkohol øker risikoen for å bli innblandet i vold og ulykker, og svært høyt alkoholinntak kan i seg selv være farlig.
- Alkoholproblemer kan gå ut over forhold til familie og venner. Mange barn er skadelidende på grunn av foreldrenes alkoholbruk.
- Alkoholproblemer kan føre til vanskeligheter med å lykkes i jobben, og risikoen for sykefravær og uførhet øker.

### Hvordan påvirkes helsen min av alkohol i kombinasjon med legemidler?

Mange legemidler er uheldige i kombinasjon med alkohol. Legemiddelet kan få en svakere virkning, eller risikoen for alvorlige bivirkninger kan øke. Noen legemidler er direkte farlige sammen med inntak av alkohol. Dette gjelder blant annet beroligende midler, sove-medisiner og sterke smertestillende midler.

### Hva er skadelig alkoholbruk?

Alkohol innebærer vanligvis liten skaderisiko når det inntas i moderate mengder. Mer enn 7 enheter hver uke for kvinner, og 14 enheter hver uke for menn, regnes som et risikabelt høyt alkoholforbruk. Eldre har lavere toleranse for alkohol.

En enhet alkohol er det samme som en liten falske øl (33cl) eller et glass vin (12cl).

### Typiske tegn på alkoholproblem er blant annet

- Du drikker når andre lar være å drikke
- Du bruker alkohol for å dempe angst og tunge tanker, eller for å sove
- Andre mennesker sier at de er bekymret for ditt alkoholbruk.

### Hva gjør vi på kardiologisk seksjon/ medisinsk intensiv?

Vi kartlegger rusmidler og helseskadelig bruk. Ved behov tilbys det samtaler med fagperson. Fagpersonen kan være behjelpelig med å henvise videre til andre hjelpetjenester, og/ eller kontakt med fastlegen din hvis du ønsker dette.



**FoU-enhet for samhandling**

Bjørnsonsgate 39, 5528 Haugesund

Telefon: 48 24 68 11

© Diana Lauritzen og Randi Ellingsen Ødegaard

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med Åndsverkloven og Fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

FOUSAM-rapport (2016/4)