

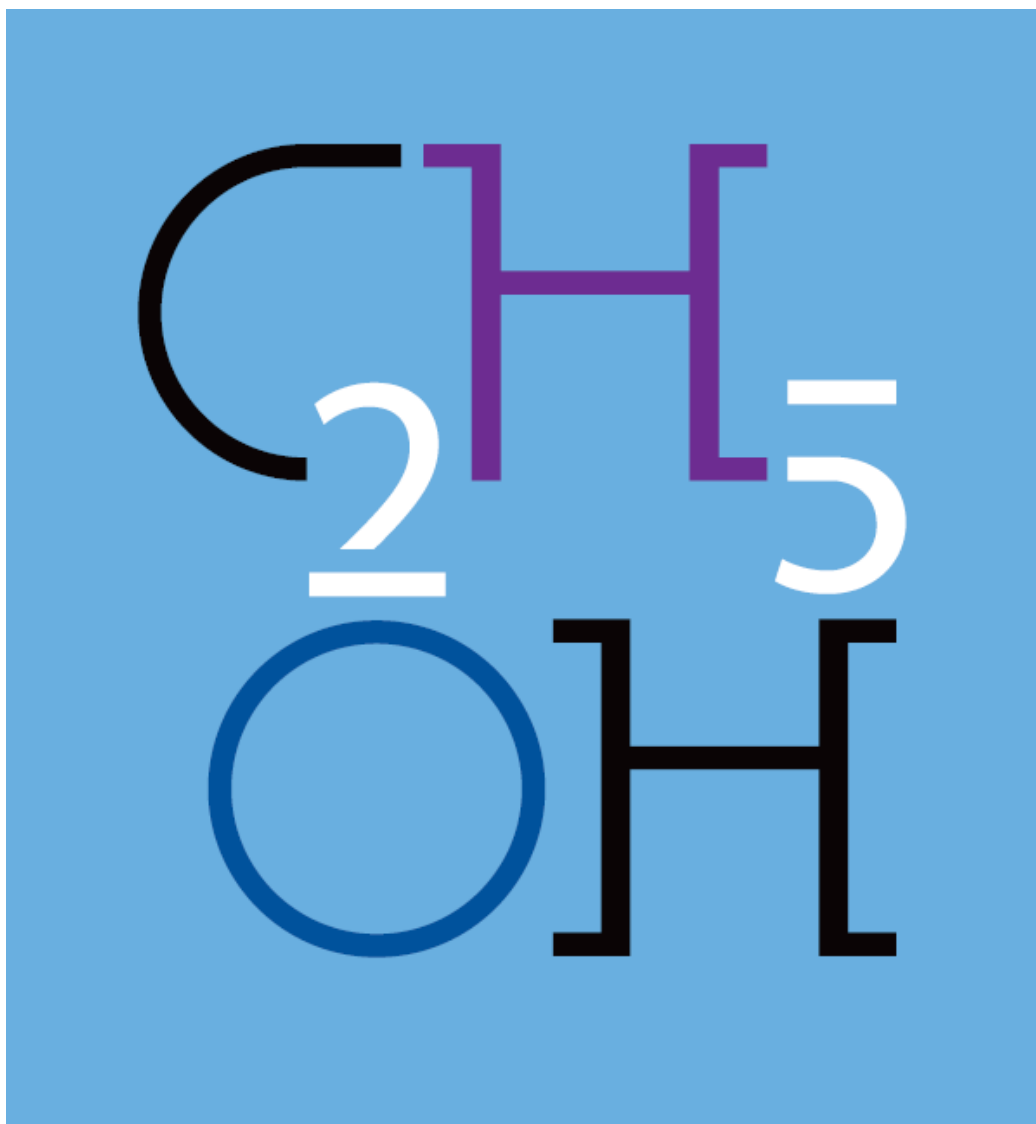
Årsrapport 2022

Alkoholintervensjon i sykehus

Ruskonsulentordningen ved SUS

Inntak- og oppstartsteam (IO- teamet)

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA)



Innholdsfortegnelse

Bakgrunn for ruskonsulentordningen	3
Oppstart og endring av organisatorisk forankring	3
Faglig forankring.....	3
Målet med ruskonsulentordningen.....	4
Ressursbruk i nyopprettet avdeling TOBA	4
Ruskonsulentordningens målgruppe	5
Kategorisering av målgrupper	5
Beskrivelse av arbeidsmåte	5
Hvordan identifiserer helsepersonell skadelig alkoholbruk hos pasientene?	5
Hvordan jobber ruskonsulentene?.....	6
Statistikk 2022:	6
Fag og tjenesteutvikling	9
Mål for ruskonsulentordningen for 2023	9
Referanser	11

Bakgrunn for ruskonsulentordningen

Stavanger Universitetssjukehus (SUS) har et opptaksområde med en befolkning på 369 000 mennesker fordelt på 15 kommuner. Det er to heltidsstillinger i ruskonsulentordningen.

Oppstart og endring av organisatorisk forankring

I forbindelse med rusreformen i 2004 for nesten 20 år siden ble det ved SUS igangsatt rusopplæring av personalgrupper, forskning og utarbeidelse av informasjonsmateriell. I 2008 ble det etablert et prosjekt, TOTI- Tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon, der det overordnede målet var å bedre tilgjengeligheten til rusfaglige tjenester. Det ble ansatt en person fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som intervenserte på somatiske sengeposter ved alkoholrelaterte problemstillinger.

Fra 2010 har ruskonsulentordningen vært en del av driften med to hele stillinger. Arbeidssted er somatiske sengeposter, men stillingene har fram til september 2022 vært tilknyttet Rus, psykiatri og somatikk- teamet (RPS- teamet) i Klinikk for psykisk helsevern, barn, unge og rusavhengige, i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Ruskonsulentordningen var en del av personalgruppen i Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse-Vest (KORFOR), og nærmeste leder var daglig leder i KORFOR. Fra september i 2022 ble ruskonsulentordningen organisatorisk flyttet til Inntak- og oppstartsteamet i ARA, som er en sentral vurderingsenhet for TSB innen Helse Stavanger sitt opptaksområde. IO- teamet har ansvar for kartlegging/utredning av behandlingsbehov. Bakgrunnen for omorganiseringen var ønske om tettere tilknytning til klinisk virksomhet. I denne prosessen og framover vil det fortsatt være viktig å ha tett kobling til KORFOR for å kunne fortsette tjenesteutviklingen og jobbe kunnskapsbasert. Ruskonsulentordningen har ingen ordinære driftsoppgaver i IO- teamet.

Faglig forankring

Alkoholrelaterte helseproblemer er en viktig årsak til redusert helse og livskvalitet. I en WHO rapport fra 2022 viser at 5,3% av alle dødsfall i verden skyldes alkohol, og for aldersgruppen 20-39 år har andelen økt til 13,5% (1). Bruk av alkohol kan være direkte eller indirekte årsak til en rekke helsemessige og sosiale skader og en tredjedel av alle innleggelses i norske sykehus skyldes dette (2). Noen ganger det er det en klar sammenheng mellom alkoholforbruk og helseskade, men ofte er det alkohol i kombinasjon med andre faktorer som gjør at en blir mer utsatt for å utvikle alkoholrelaterte plager. Alkohol påvirker ulike sykdomsprosesser og kan være en kompliserende faktor som bidrar til å utløse eller forverre underliggende tilstander. I følge WHO har skadelig bruk av alkohol årsakssammenheng med 200 sykdommer, tilstander og skader (3).

*«Et høyt alkoholinntak over tid er relatert til mer enn 200 ulike sykdommer og kan f.eks. føre til utvikling av mange sykdommer. Alkohol påvirker alle kroppens organer. Alkohol kan føre til sykdommer og helseplager i hjerne, hjerte, lever, mage og tarm, og gi dårligere søvnkvalitet og hukommelse, depresjon og angst, infeksjoner og kreft»
(Shield, Parry, & Rehm, 2013) (4)*

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets regionale helseforetakene for 2022, innebærer at norske sykehus både må ha systemer for å sikre at pasienter med kjente ruslidelser får

behandling, og samtidig kunne oppdage om det kan foreligge rusproblemer hos pasienter uten tidligere kjent ruslidelse (5).

I nasjonal alkoholstrategi - En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk for 2021- 2025 er det fokus på tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk. Det understrekes at både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste kan forebygge utvikling av problematisk alkoholbruk ved å identifisere risikobrukere, gjennomføre motivasjonssamtaler eller henvise til rusbehandling. Videre settes det søkelys på at kompetanse om alkoholens betydning for somatisk helse er viktig for å kunne gi pasientene forsvarlig behandling for sin somatiske tilstand og hvordan alkoholbruk påvirker egen helse. Det er et mål at ansatte i somatiske avdelinger skal ha tilstrekkelig kompetanse om og kunnskap i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy for alkoholbruk hos pasienter (6).

Ruskonsulentordningen bidrar med kompetanseoverføring via samarbeid rundt pasienter, og i internundervisning etc.

I følge folkehelse rapporten fra 2022 får kun 7% av pasienter med alkoholbrukslidelser behandling for dette (7). Det er et stort potensiale for flere henvisninger til rusbehandling, og et somatiske sykehus kan være en arena for å fange opp flere som har behov for behandling i TSB.

Selv om alkohol er det rusmidelet som er den største utfordringen for folkehelsen, er også personer med illegale bruk også i ruskonsulentenes målgruppe. Et sykehus er en god arena for å identifisere tidlig identifisering av illegale rusmiddelbruk og tilby pasienten hjelp til å gjøre endringer. Vi vil komme tilbake til hvor stor andel av henviste pasienter som brukte illegale rusmidler i relasjon til innleggelsen.

Målet med ruskonsulentordningen

Å bedre behandlingskvaliteten for den lidelsen eller skaden pasienten er innlagt for, ved å identifisere og intervensjon overfor pasienter med risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk. En slik intervensjon kan forebygge nye lidelser/skader eller unngå forverring og forhindre videreutvikling av et rusproblem. Alkohol er det rusmidelet som har størst betydning i et folkehelseperspektiv. Rundt 90% av befolkningen drikker alkohol. Derfor er alkohol vårt hovedfokusområde, det betyr likevel ikke at vi ikke er opptatt av annen rusmiddelbruk, men det forklarer hva som er årsaken til fokuset vi har på alkohol. Ved tidlig identifisering av rusproblematikk kan man ha fokus på endringsprosesser og tilby adekvat hjelp så tidlig som mulig.

Ressursbruk i nyopprettet avdeling TOBA

Fra 07.mars 2022 ble det åpnet en ny avdeling på SUS med 6 sengeplasser, TOBA, som er organisert som et prosjekt og er fysisk en del av Observasjon- og behandlingsposten. En av ruskonsulentene er fysisk tilstede på TOBA mellom kl. 08.00 og 11.30 på hverdager, og deltar på tverrfaglig team og i pasientarbeid. 50% av stillingsressursen på 200% brukes til dette arbeidet. Det vil si at vi har 50% mindre ressurser til rådighet når det gjelder fokus på tidlig intervensjon. Inntil videre er ressursene satt av midlertidig, og behovet vil bli evaluert.

TOBA står for tverrfaglig observasjon og behandlingsavdeling, og hensikten med å opprette avdelingen er å forbedre arbeidet med pasienter som har sammensatt problematikk innenfor minst to av fagområdene somatikk, rus og psykiatri. Det er opprettet et team som består av medisinsk lege (LIS), medisinsk overlege, psykiater, LIS- psykiater, sosionom og ruskonsulent (sykepleier/sosionom). Pasientene drøftes i teamet og avklares i fellesskap. Pasientene vil stort sett ha sammensatt

problematikk og fra før ha en kjent ruslidelse. Psykisk helse er tilført ressurser inn i TOBA, mens TSB ikke er tilført nye midler til dette arbeidet.

Ruskonsulentordningens målgruppe

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

Kategorisering av målgrupper

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

Primærmålgruppe:

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

Sekundærmålgruppe:

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

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

Beskrivelse av arbeidsmåte

Hvordan identifiserer helsepersonell skadelig alkoholbruk hos pasientene?

Ved Stavanger Universitetssjukehus er det valgt en modell for identifikasjon av alkoholrelaterte helseproblemer som er basert på helsepersonell sin kliniske vurdering av når det kan være relevant å tenke at alkohol kan være en del av sykdomsbilde, også kalt pragmatisk case finding.

Det kan være pasienter som kommer inn i alkoholpåvirket tilstand med f.eks. hjernerystelse etter fall, eller de kan være ulike symptomer og tilstander man ikke finner åpenbar årsak til. Ved nærmere utredning kan en for eksempel se at alkohol kan være en direkte årsak eller medvirkende årsak til symptomer som for eksempel brystmerter eller magesmerter.

Systematisk screening i sykehus er internasjonalt den vanligste metoden for å identifisere pasienter med alkoholproblematikk ved bruk av kartleggingsverktøyet som f.eks. AUDIT- C. Ved identifikasjon har pasienten en kort samtale med sykepleier med spesialisering i rus som vurderer behovet for videre henvisning til rusbehandling. Ved Stavanger Universitetssjukehus har man ikke valgt denne modellen, fordi forskning viser at dette er en lite effektiv og ressurskrevende metode, og i en multisenterstudie anbefales det ikke å implementere denne typen identifikasjonsstrategier (8).

Hvordan jobber ruskonsulentene?

Vi har arbeidstid hverdager fra k.08.00 -15.30.

Lege eller sykepleier ved sengepostene sender tilsynsforespørsel/henvisning på innlagte pasienter til ruskonsulent når de mener det er klinisk relevant. Dersom pasienten er utskrevet når henvisningen mottas kan vi tilby en poliklinisk time dersom pasienten er i vår primærmålgruppe og ikke fra før har kjent ruslidelse.

I samtaler med pasientene tematiserer vi pasientenes alkoholbruk i relasjon til det helseproblemet de er innlagt for, reflekterer i sammen med pasienten om hvordan man kan få til endring for å minske risiko for forverring av helseproblem eller ny oppståtte skader. Vi kan ved behov henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller koble på kommunale tiltak.

Ruskonsulentene tilpasser samtalen ut fra pasientens behov og øvrige kontakt med hjelpeapparatet. Vi bruker elementer fra MI (motiverende samtale) i samtalen og er opptatt av å gi informasjon om mulige sammenhenger mellom egen alkoholbruk og helsetilstand. Ruskonsulentens sin vurdering sendes til fastlege som en orientering og eventuelt anbefaling om videre tiltak.

Statistikk 2022:

Antall henvisninger:

I 2022 ble det sendt totalt 620 tilsynsforespørsler til ruskonsulent. Det har vært relativ jevn aktivitet de siste 5 årene, med noe nedgang i måneder med restriksjoner rundt Covid - 19 pandemien.

Samtaler:

Størstedelen av samtaler med ruskonsulentene har med pasienter foregår på SUS mens pasientene er innlagt (87%). Når pasientene er utskrevet når ruskonsulentene mottar henvisningen kan vi tilby poliklinisk samtale, dette er mest aktuelt for pasienter i primærmålgruppen som ikke har tematisert sin rusbruk tidligere. I fjor var 13 % av alle samtaler etter utskrivelse. Vi kan totalt sett ha 3 samtaler med pasienter, og noen av de polikliniske samtaler var oppfølgingsamtale etter første samtale skjedde inneliggende.

Primærgruppepasienter:

Andel pasienter i primærgruppen, altså pasienter med ukjent rusbruk var 35% i 2022. Dette er en nedgang på 10% sammenlignet med året før. Vi tror at noe av forklaringen på at sykehuset fanger opp færre tidlig intervensjonspasienter kan ha sammenheng med etablering av Tverrfaglig Observasjons- og behandlingspost (TOBA), der kjernemålgruppen er mer marginaliserte pasienter med sammensatt problematikk og behov for hjelp fra minst 2 av 3 fagområder, somatikk, rus og psykisk helse. I dette arbeidet kan det ha blitt mindre fokus og bevissthet rundt tidlig identifikasjon av problematisk alkoholbruk. Andre årsaker kan være at en sentral overlege gjennom 15 år gikk av med pensjon i 2022. Overlegen anerkjente tidlig identifikasjon av problematisk alkoholbruk som relevant også for indremedisinske problemstillinger, i tillegg til de mer åpenbar alkoholrelaterte innleggelse som intoksikasjoner og abstinenser. Gjennomtrekk i bemanning av sykepleiere/helsefagarbeidere påvirker bevissthet og kunnskap rundt tidlig intervensjon, og for sammenhenger mellom alkoholbruk og helsetilstander, noe som vi har erfart fører til at personell ikke er kjent med ruskonsulentordningen. Etableringen av TOBA har også ført til omstilling for pleiepersonell og det kan tenkes at dette også har påvirket fokuset på tidlig intervensjon.

Pandemien kan selvsagt ha innvirket på antall henvisninger og hvorvidt man har fokus på primærgruppepasienter. I begynnelsen av 2022 var det fortsatt restriksjoner i sykehus knyttet til Covid- 19.

Antall pasientsamtaler:

Det ble gjennomført 323 samtaler med pasienter i 2022. De fleste samtalene foregikk mens pasienten var innlagt på sykehuset, men 13% av samtalen hadde vi etter utskrivelse. Samtaler fordelt på målgruppe viser at 34% var samtaler med primærmål gruppa og 66% med sekundærmål gruppa. Vi har hatt samtaler med noe over halvparten av henviste pasienter. Grunnen til at vi ikke snakker med alle kan være at de er utskrevet når henvisningen mottas og ikke er i primærmålgruppa og dermed ikke er aktuelle for å bli prioritert for polikliniske samtaler med ruskonsulent. Det kan være at pasienten ikke ønsker samtale eller at pasienten fra før har oppfølging i TSB/kommune og ikke har behov for samtale. Som oftest har vi samtale med personalet på avdelingene selv om vi ikke snakker med pasienten, her kan vi gi råd og veiledning til personalet.

Aldersfordeling:

Det er henvist pasienter i alle aldersgrupper. I gruppen 18- 24 år er det flere pasienter med ukjent rusbruk (primærmålgruppe) enn med kjent rusbruk sekundærmålgruppe). Antall pasienter i ulike aldersgrupper er nokså jevnt fordelt fra 18 – 74 år. Fra over 25 år og oppover er det flest pasienter med kjent rusbruk (sekundærmålgruppen). I aldersgruppen 74-84 år er det færrest henviste, og de fleste har fra før kjent rusbruk.

Kjønn:

I fjor var det 31% kvinner og 69% menn som ble henvist. Dette er som kjønnsfordelingen i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Innleggelsesårsaker:

De fleste som blir henvist blir innlagt på SUS på grunn av alkoholintoksikasjon (29%). Narkotika intoksikasjoner ligger på 8% og blandingsintokser inkludert A/B preparater 9%. Det er 4% som er registrert med kun intoksikasjon uten at rusmiddel/medikament er spesifisert. I 5% av henvisningene er abstinens årsak til innleggelse. I tillegg er hyppige innleggelses årsaker fall, commotio, hodeskade, brystmerter, traumer og fraktur. Innleggelsesårsaken er basert på den tentative diagnose som settes på innleggelsestidspunktet.



Henvisende avdelinger:

Oba henviste 57% og akuttmottaket 27%. Til sammen utgjør dette 84% av alle henviste fra i fjor. Tidligere år har andre avdelinger henvist en noe høyere andel pasienter, oppimot 25%. Hva som er årsaken til færre henvisninger fra andre avdelinger er ukjent, det kan tenkes at restriksjoner i pandemien og høy grad av luftveisinfeksjoner på sykehuset høsten 2022 kan ha medvirket til at man ikke har klart å holde samme fokus på rusmedisinske problemstillinger, målt i antall henvisninger til ruskonsulent. Den avdelingen som henviser flest for utenom Oba og akuttmottaket er den Ortopediske avdelingen 5g. Det henvises en del pasienter herifra med brudd skjedd i alkoholpåvirket tilstand, ellers fordeler henvisningene seg nokså jevnt på medisinske, kirurgiske og nevrologiske fagområder.

Mindreårige pasienter:

Det ble henvist 50 mindreårige pasienter i 2022, som er en nedgang fra 2021 hvor det ble henvist 63 pasienter og fra 2020 hvor det ble henvist 73.

Vi er usikre på hva som gjør at det henvises færre. Det kan være av samme årsaker som nevnt ovenfor. Vi har ikke tall til sammenligning på hvor mange mindreårige som blir innlagt SUS på grunn av rus. De fleste vi fikk henvist i 2022 hadde ikke kjent rusmiddelbruk fra før. Det kan for eksempel ha vært innleggelse etter førstegangsbruk av alkohol. De fleste som ble innlagt hadde drukket kun alkohol (42%), noen hadde kombinert alkohol med narkotika eller A/B preparater. Av alle henviste var det 7% som hadde narkotika som eneste rusmiddel og 4% som hadde A/B preparat som det eneste rusmiddelet. I noen tilfeller var det ukjent hvorvidt de hadde brukt narkotika eller A/B preparater (17%).

Flertallet av de mindreårige har rusintoksikasjon som innleggelsesårsak. Andre årsaker som går igjen er traumer, trafikkulykker og commotio.

TOBA:

Ruskonsulentene har vært involvert i 181 innleggende pasienter på TOBA fra oppstartsdato 07.03.22 – 31.12.22. Vår statistikk sier ingenting om det er reinnleggelser, men basert på erfaring er ikke disse 181 unike pasienter da noen av de vil være reinnlagte. 77% av disse er menn og kun 23% er kvinner. I TSB er kjønnsfordelingen 70/30, slik at på TOBA er menn i enda større grad overrepresentert som pasientgruppe blant de med rusmiddellidelse. De vanligste innleggelsesårsakene er intoksikasjoner og abstinenser.

157 av de 181 innlagte har fra før kjent rusmiddellidelse, men 24 av de er ukjente for systemet. Det vil si at de ikke har kjent ruslidelsesdiagnose, ikke vært i TSB eller hatt oppfølging fra kommunale instanser når det gjelder rus. Dette er basert på journalopplysninger og på samtaler med pasientene.

For pasienten på TOBA har ruskonsulentene samarbeid med andre instanser. Det gjelder både psykiater på temaet, psykiater LIS, medisinsk LIS, overlege medisinsk, sosionom, pleiepersonell og postsekretær. Fra 2023 er også en psykolog del av teamet to ganger ukentlig. Eksternt har vi vært i direkte kontakt med TSB i halvparten av innleggelsene. Vi har vært i direkte kontakt med kommunale tiltak for hver 5 pasient. I tillegg sender pleietjenesten samhandlingsmeldinger (PLO) til enda flere. Vi har hatt kontakt med fastlege i noen få saker. Vår vurdering fra samtalen med pasienten limes inn i epikrisen og sendes dermed til fastlegen.



Fag og tjenesteutvikling

Vi har også i 2022 bidratt med undervisning og informasjon om ruskonsulentordningen på flere arenaer, internt på SUS ved somatiske avdelinger og eksternt på ruskonferanser.

- Informasjon om rus i somatikken og ruskonsulentordningen til nye leger i spesialisering (LIS) to ganger i året (fra 2023 er det tatt av programmet)
- Informasjon om ruskonsulentordningen til Observasjon og behandlingsavdelingen (Oba) på fagdager og nyansattdager
- Undervisning for leger på Oba og akuttmottak om ruskonsulentordningen
- Konferanse, KORUS Sør, Sandefjord; *Når og hvordan bør vi snakke med brukere og pasienter om alkoholbruk?*
Foredrag/innlegg om erfaringer fra ruskonsulentordningen
- Forebygge overdoser, seminar. Arrangør: Korus Stavanger, Statsforvalteren, Stavanger kommune
Oppfølging etter rusintoksikasjon hos yngre
- Informasjon om ruskonsulentordningen. Besøk fra ARA ved Sørlandet sykehus.
Medieoppslag i Fedrelandsvennen 9. mars 22 fra besøket «*Vil ha ruskonsulenter på sykehus*».
- Hospitanter fra Haukeland Universitetssykehus.
- Fagråd avdeling for rus og avhengighetsbehandling «*Eldre og alkohol*»
- Deltatt i planleggingen av «Forebygge overdose konferansen 2023» i sammen med KORUS, Statsforvalteren, A-larm og flere kommuner
- Publisert artikkel i Tidsskrift for Den norske legeförening: *Problematisk alkoholbruk etter fedmekirurgi, en kvalitativ studie*, Tvedt, H. Stokke, R, Lid, T.G og Selbekk, A.S.

Mål for ruskonsulentordningen for 2023

- Evaluere og avklare vår tilstedeværelse på TOBA
- Etablere samarbeid med Akuttpost TSB
- Fortsette å tilby undervisning til de avdelingene på SUS som ønsker og tar initiativ
- Revidere formålet med SUS sin ruskonsulenttjeneste

Med hilsen

ruskonsulentene

Nathalie Idsøe og Hege Tvedt

Referanser

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Skretting A, Vedøy TF, Lund KE, Bye EK: Rusmidler i Norge 2016, Folkehelseinstituttet
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
4. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res. 2013;35(2):155-73. PMID: 24881324; PMCID: PMC3908707.
5. [Oppdragsdokument-2022-hv-endelig-10jan.pdf \(regjeringen.no\)](#)
6. [Nasjonal alkoholstrategi \(2021–2025\). En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk. - regjeringen.no](#)
7. [Folkehelse rapporten - FHI 2022](#)
8. Drummond, C. et al. 2014: The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency department: A multicenter Pragmatic Cluster Randomized Controlled trial. PLOS ONE, 9(6) e 99463