

Nils Asle Bergsgard, Svanaug Fjær

Terje Lie og Bodil Ravneberg

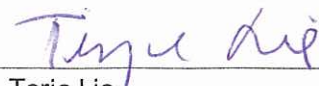
Rus-somatikk strategi i Helse Vest

- tvetydig satsing?

Rapport IRIS – 2009/193

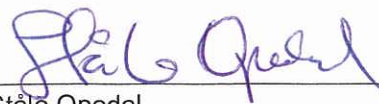
Prosjektnummer: 7202067
Prosjektets tittel: Rus-somatikk satsinger i Helse Vest
Oppdragsgiver(e): Helse Vest RHF
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-064-5
Gradering: Åpen fra 14.09.09

Stavanger / Bergen, 10.09.2009



Terje Lie
Prosjektleder

Sign.dato



Ståle Opedal
Kvalitetssikrer

Sign.dato

11/9-09



Gottfried Heinzerling
Senterleder

Sign.dato

11/9/09

Forord

På initiativ fra kompetansesenteret Korfor, Helse Vest RHF, har Rokkansenteret og Iris fulgt og studert organisasjonsprosessen i forbindelse med utviklings- og igangsettingsfasen av rus-somatikk satsingen i Helse Vest. Forskere fra de to miljøene har deltatt i studieturer, satt seg inn i aktuell litteratur og intervjuet deltakere i arbeidet med rus-somatikk initiativene. Rapporten er et bilde av prosesser i Haukeland Universitetssykehus og Universitetssykehuset i Stavanger i løpet av 2008. Datainnsamlingen til rapporten ble avsluttet 31/12-08.

Resymé

Rapporten presenterer et følgeforskningsprosjekt ved Universitetssykehusene i Stavanger og Bergen, der vi undersøker betingelser og prosesser for innføring av alkoholintervensjoner ved somatiske avdelinger.

Rus og somatikk-satsingen retter seg mot kartlegging av pasientens forbruk av alkohol og intervensjoner for å sikre et bedre behandlingsforløp der det er dokumenterte effekter.

Takk til bidragsyttere.

Vi takker alle som har stilt opp til intervju i forbindelse med prosjektet. Prosjektarbeidet har vist at det er stor interesse for temaet.

Stavanger, 10. september 2009

Terje Lie, prosjektleder

Ingen del av denne rapporten kan reproduseres i noen form uten skriftlig tillatelse fra Rogalandsforskning ©.

Innhold

Sammendrag	7
1 INNLEDNING	9
1.1 Rus-somatikk satsingen.....	10
1.2 Begrunnelse og utgangsmoell.....	11
1.3 Rapportens innhold og dokumentasjonsgrunnlag.....	11
2 ALKOHOLINTERVENSJONER I SYKEHUS	13
2.1 Konseptet klinisk forebygging.....	13
2.2 Den forebyggende samtalen	14
2.3 P�avirkning av atferd – et faglig utfordrende tema.....	15
3 LITTERATURSTUDIE: IVERKSETTING I SYKEHUS	16
3.1 Organisasjonsstudier – intervensjoner	16
4 ERFARINGER FRA MODELLER I ANDRE LAND.....	23
4.1 Bispebjerg hospital.....	23
4.2 St. Mary’s Hospital, London	24
4.3 Odense.....	26
4.4 Oppsummering: Erfaringer fra modeller i andre land.....	27
5 OPPBYGGING AV RUSINNSATS HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS (HUS).....	29
5.1 Strategiarbeid for rusinnsatser i Helse Bergen	29
5.2 Rusmedisinsk team	30
5.3 Status ved ”baseline”	32
6 OPPBYGGING AV RUSINNSATS I STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS (SUS).....	33
6.1 Innsatser	33
6.2 Utfordringer.....	34
6.3 Organisering av tiltak i rus-somatikk-satsingen	35
6.4 Konklusjon	36
6.5 Status for rus-somatikk-satsing ved SUS.....	36
7 AVSLUTNING.....	38
7.1 Oppsummerende diskusjon	38

7.2	Anbefalinger	40
REFERANSER	42
VEDLEGG	45

Sammendrag

Rus-somatikk-satsingen ved Universitetssykehusene i Stavanger og Bergen, som studeres i denne rapporten, handler om kartlegging av pasientens forbruk av alkohol, og intervensjoner for å sikre et bedre behandlingsforløp der det er dokumenterte negative effekter av alkoholbruk. Rapporten presenterer et følgeforskningsprosjekt, der hensikten har vært å undersøke betingelser og prosesser for innføring av alkoholintervensjoner ved somatiske avdelinger.

Rusproblematikk kom inn som en del av spesialisthelsetjenesten i 2004 i forbindelse med rusreformen. Rusreformen aktiviserte spesialisthelsetjenesten ikke bare i forhold til ansvaret for rusbehandling, men også for å øke oppmerksomheten om tematikken rus i hele sin virksomhet. Det er spesielt alkoholens betydning i det mer generelle sykdomsbildet som ble løftet fram, og det ble pekt på at alkohol var blant de store tabu som det var vanskelig å snakke om, samt at det manglet kunnskap om temaet blant helsearbeidere flest. Rus-somatikk-satsingen kan sees i lys av denne dreiningen av oppmerksomhet som rusreformen initierte.

I rapporten har vi undersøkt de organisatoriske forutsetninger for iverksetting av systemer for identifikasjon av risikofylt rusmiddelbruk, intervensjoner og tiltak overfor risikogrupper og videre oppfølging av pasienter. Intervensjonen er rettet mot tre pasientgrupper: a) unge personer med alkoholintoks; b) pasienter med kjent rusmiddelavhengighet som er innlagt for en somatisk lidelse; c) vanlige pasienter på sykehus innlagt for medisinsk og/eller kirurgisk behandling som har et risikofylt alkoholforbruk. Studien inngår som første fase (baseline) i en følgeforskningsprosess.

Datagrunnlaget for denne fasen i følgeforskningsprosjektet har vært litteraturstudier, feltstudier ved tre andre sykehus som har iverksatt prosjekter og tiltak på området, og intervjuer med ansatte ved de to sykehusene.

Status ved "baseline", dvs. høsten 2008, er at Stavanger Universitetssykehus (SUS) og Haukeland Universitetssykehus (HUS) begge har satt i gang prosesser med opplæring av helsepersonell og utprøving av prosedyrer. Sykehusene har i utgangspunktet arbeidet med litt ulike modeller for organisering av tjenesten. SUS har kommet noe lenger enn HUS i denne satsingen og har prøvd ut tiltak på flere poster. Tiltak rettet mot unge under 18 år innlagt med inntoks, er etablert som et tilbud om foreldresamtale. Det er også etablert en praksis hvor pasienter med kjent skadelig rusmisbruk får tilbud om samtale med behandlere fra Rogaland A-senter. Det har vært krevende for sykehuspostene å skulle identifisere et skadelig alkoholforbruk blant pasienter der dette forbruket ikke er erkjent eller kjent. Dette er en aktivitet som må konkurrere med de daglige ansvarsområdene.

På grunnlag av erfaringer fra rus-somatikk-satsingen er vårt forslag at alle pasienter som skal gjennom en behandling (medisinsk eller kirurgisk) der det er dokumentert at det å avstå fra å bruke alkohol gir en positiv medisinsk effekt, skal få informasjon. Man bør altså ta utgangspunkt i hvilken grad behandlingsforløpet påvirkes signifikant av et risikofylt alkoholforbruk, og så gi relevant og begrunnet informasjon om konsekvenser

av alkoholforbruk til pasienter som skal gjennomføre dette behandlingsforløpet. Dette innarbeides som en del av prosedyrene overfor alle aktuelle pasienter.

Ved en slik framgangsmåte unngår man kartlegging som ikke alle pasienter ønsker, og en unngår situasjoner som kan oppfattes som moraliserende eller stigmatiserende. Det er likevel viktig å ha et oppfølgingsopplegg eller en beredskap for trinn 2 klar, dersom pasienten åpenbart har behov for ekstra informasjon eller motiverende tiltak - eller hvis pasienten har spesielle ønsker om dette.

1 Innledning

Målet med prosjektet ”Alkohol som helserisiko faktor. Organisering av forebyggende og helsefremmende tiltak i sykehus”, er å undersøke organisatoriske forutsetninger for iverksetting av kvalitetssikringssystem for identifikasjon, intervensjon og oppfølging av pasienter i forbindelse med bruk av alkohol. Den overordna problemstillingen er hvordan organisering av tjenestene kan forbedre pasientforløpet spesielt med tanke på pasientens forbruk av alkohol. Prosjektet er en pilotstudie, og skal gjennomføres på Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Stavanger Universitetssykehus (SUS).

Denne rapporten presenterer første fase i en følgeforskningsprosess der vi studerer intervensjoner rettet mot tre pasientgrupper:

- 1) Gjennomføring av prosedyrer for oppfølging av unge personer med alkoholintoks. Her er det iverksatt utprøving av prosedyrer.
- 2) Pasienter med kjent rusmiddelavhengighet som er innlagt for en somatisk lidelse. Det er i denne sammenheng store utfordringer knyttet overdoseproblematikk, anestesi, smertelindring, oppfølging og medisiner og pasienter som er på jakt etter rusmidler.
- 3) Vanlige pasienter på sykehus innlagt for medisinsk og/eller kirurgisk behandling.

Det er et mål i prosjektet å undersøke organisatoriske forutsetninger for iverksetting av systemer for identifikasjon av risikofylt rusmiddelforbruk, intervensjoner og tiltak overfor risikogrupper og videre oppfølging av pasienter. Det er spesielt intervensjonene overfor ordinære pasienter som er en nyskaping. Det dreier seg i første rekke om å avdekke alkoholforbruk over WHO sine grenseverdier for å forebygge komplikasjoner etter operasjoner eller annen behandling.

I denne første fasen av prosjektet foretas en ”baselinekartlegging” av kompetanse blant ansatte og av organisatoriske forhold. Det er gjennomført samtaler med ansatte om muligheter og begrensninger for implementering av prosedyrer. Vi har også gjennomført en litteraturstudie og samlet inn dokumentasjon om temaet. Dessuten har vi hentet inn erfaringer fra to danske og ett britisk sykehus for å illustrere ulike modeller for implementering av prosedyrer for alkohol som risikofaktor og erfaringer på bakgrunn av dette. Det empiriske grunnlaget for denne første fasen (pilotprosjekt) er således litteratur og dokumenter om organisering og kompetanse i sykehusene, feltstudier i tre andre sykehus, og intervjuer med nøkkelpersonell ved HUS og SUS

I dette prosjektet har vi diskutert to modeller: En ekspertmodell og en integrert modell. I ekspertmodellen opprettes en egen gruppe helsearbeidere som ivaretar prosedyrene. I den integrerte modellen utføres prosedyrene av personell ved de aktuelle klinikkene.

1.1 Rus-somatikk satsingen

Arbeidet vi dokumenterer i denne rapporten har bakgrunn i Rusreformen fra 2004. Rusreformen aktiviserte spesialisthelsetjenesten ikke bare i forhold til ansvaret for rusbehandling, men også for å øke oppmerksomheten mot tematikken rus i hele sin virksomhet. Det er spesielt alkoholens betydning i det mer generelle sykdomsbildet som ble løftet fram, og det ble pekt på at alkohol var blant de store tabu som det var vanskelig å snakke om, samt at det manglet kunnskap om temaet blant helsearbeidere flest.

Etter 2004 har rus blitt plassert på topp blant prioriterte saker fra sentrale myndigheter og dette er raskt blitt innarbeidet i strategidokumenter både på regionalt og lokalt nivå i helseforetakene.

SUS startet arbeidet med rus og psykiatri allerede i 2004. Et eget team for rus, somatikk og psykiatri ble etablert for å jobbe med alle hovedområdene i forbindelse med implementeringen av rusreformen. Avdeling Unge voksne, ved Psykiatrisk klinikk, fikk ansvaret for dette arbeidet. Sykehuset etablerte også et samarbeidsforum for rus 2004 hvor alle avdelingsledere var representert.

Arbeidet bestod i første omgang å lage samarbeidsavtaler med private rustiltak og å lage felles handlingsplaner for SUS. Utviklingen av planarbeidet var hele tiden forankret i sykehusets ledergruppe. Det ble gjennomført en rekke prosjekter knyttet til rus og somatikk, tidlig intervensjon, pasientflyt, kunnskapsoppbygging og veiledning. Det ble opprettet en egen legestilling med ansvar for rus og det ble utpekt ressurspersoner på somatiske poster og MOBA. Rus og somatikk satsingen avdekket behov for kunnskap om hvordan man skulle avdekke rusproblemer hos pasienter og foreta intervensjoner.

Helseforetaket i Bergen etablerte Rusmedisinsk team i september 2007. Ved inngangen til 2009 er det etablert en egen Avdeling for rusmedisinsk kompetanse og koordinering. Rus er også et klart profilert tema i den ferske strategiplanen for Helse Bergen (2008-2012). Hovedutfordringene som nevnes er underdiagnostisering og underbehandling, behov for økt kompetanse og forskning, og problematikken rundt pasientflyt internt i foretaket og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KoRFor) ble vedtatt opprettet 2007 som følge av det Regionale Helseforetakets prioritering av rusfeltet etter rusreformen. Rus-somatikksatsingen var blant de første tiltakene KoRFor satte opp på sin arbeidsplan i forbindelse med etableringen. Rusintervensjoner i somatikken ble satt opp som eget forskningstema for senteret. Dermed ble Rus-somatikk strategiene med noe ulik bakgrunn og utforming i de to foretakene, samlet i et tettere fellesskap knyttet til aktiviteten i Kompetansesenter for rusmiddelforskning, Helse Vest.

Denne rapporten vil presentere og analysere initiativer for å utvikle intervensjoner for rusproblematikk ved somatiske avdelinger i helseforetakene i Bergen og Stavanger. Rapporten oppsummerer funn, utviklingstrekk og hypoteser i forbindelse med det vi har betegnet som ”organisasjons-baseline rus-somatikk”.

1.2 Begrunnelse og utgangsmode

Arbeidet med rustematikken i somatikken er en tydelig nyskaping i oppfølgingen av rusreformen, og initiativene møter et behov som har vært uttrykt over lengre tid. Dette er behov i forhold til den konkrete pasientbehandling, så vel som behov for kompetanse og oppmerksomhet i den kliniske virksomheten mer generelt. På et mer overordnet nivå i folkehelsepolitikken er denne innsatsen knyttet til kunnskapen om at økningen i forbruk på befolkningsnivå gir økning i alkoholrelatert sykkelighet i somatikken (Rossow 2007).

På det individuelle planet har det vist seg at pasienter som gjennomgår akutt kirurgi er meget motivert for livsstilsendringer, inkludert endringer i drikkevaner (Tønnesen m.fl. 1991). Studier ved Bispebjerg hospital, København, dokumenterte den positive effekten av redusert alkoholinntak gjennom flere studier, og kom etter hvert til å inkludere studier av intervensjoner i forhold til planlagt kirurgi (Tønnesen 1991, 2002, 2003, Juul Jørgensen m.fl. 2003, Mundt m.fl. 2003). Studiene viste at det ville være store økonomiske besparelser knyttet til redusert alkoholbruk før og etter kirurgisk inngrep.

Ved operative inngrep anbefales pasienten til å ikke å bruke alkohol i avgrensede perioder før og etter operasjon (Juul Jørgensen m.fl. 2003). Kvalitetssikringsrutinene følger et mønster for identifikasjon, intervensjon og oppfølging. Første fase er identifisering av alkoholbruk. Hvis pasienten har et forbruk over WHO's grenseverdi (14 alkoholenheter per uke for kvinner og 21 enheter for menn) iverksettes tiltak overfor pasienten. Intervensjonen organiseres i pre- og postoperative tiltak. Dett er tiltak som krever en spesiell organisering av tjenester og aktiv samhandling med pasienten. Artikkelen "Basale journalopplysninger om risikofaktorer" (Tønnesen m.fl. 2008) konkluderer med at basal registrering av bl.a. alkoholforbruk lar seg gjennomføre og er relevant for voksne pasienter.

I internasjonal sammenheng stiller man ikke på bar bakke med hensyn til strategier og kunnskap om effekter av ulike tiltak. I den tidlige fasen av arbeidet i Stavanger og Bergen har det vært viktig å etablere kontakt med miljøer i flere land for å trekke veksler på tidligere erfaringer og opparbeidet kunnskap.

1.3 Rapportens innhold og dokumentasjonsgrunnlag

Gjennomgangen og drøftingen i denne rapporten baserer seg på litteraturstudier, studier av dokumentasjon fra konkrete prosjekter, informasjon fra studieturer og informantintervjuer. Intervjuene i Stavanger og Bergen er gjennomført med litt forskjellig utgangspunkt. I Stavanger var flere tiltak satt i verk, mens Bergen var inne i en oppbyggingsfase. Intervjuene i Stavanger er dermed noe mer standardiserte, mens Bergensintervjuene er helt åpne, og preget av samtale og diskusjon. Intervjuene er oppsummert i referater. Liste over alle informanter i Bergen og Stavanger og intervjuguide fra Stavanger er vedlagt. Deltakelse på samlinger for nettverket av helsefremmende sykehus og på studieturene har også bidratt med mye uformell informasjon som har utdypet vår forståelse av arbeidet med rus&somatikk-strategien.

Kapittel to presenterer konseptet klinisk forebygging og hvordan det tenkes om spørsmålet om påvirkning av atferd i sykehussammenheng.

I *kapittel tre* presenterer vi en gjennomgang av litteratur om feltet, herunder om organisasjonsstudier av iverksetting, rus i helsetjenestene, korte intervensjoner og integrerte versus ekspertmodeller for implementering av tiltak.

Vi har vært på tre studieturer til relevante sykehus som har prøvd ut ulike modeller for implementering av strategier for intervensjoner knyttet til rus (og andre livsstilsfaktorer). Vi besøkte Bispebjerg Hospital i København og Odense Universitetshospital, begge i Danmark, og St. Marys i London. Ved besøkene fikk vi treffe de sentrale personene i de ulike satsingene/prosjektene, samt fikk med oss relevant dokumentasjon. Erfaringene fra disse studieturene er beskrevet i *kapittel fire*.

Vi har også gjennomført intervjuer med relevant personell ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Stavanger Universitetssykehus (SUS). Dette er personell ved avdelingene og ved ekspertteamene om rus, samt personer i ledelsen. 16 informanter ble intervjuet ved SUS. Dette er representanter fra aktuelle poster; ledere, leger, sykepleiere og sosionom. Videre er det intervjuet representater fra Rogaland A-senter og fire personer fra ledergruppen ved SUS. De tre informantene ved HUS arbeider i Rusmedisinsk team og i ledelsen ved sykehuset. Intervjuene tok for seg dagens situasjon mht rus-somatikk-strategien, behovet for kunnskap og hvilken organisering man så som mest hensiktsmessig for implementering av rus-somatikk-strategien. Vi har også gått igjennom dokumenter fra de to sykehusene. Vår gjennomgang og drøfting av situasjonen ved de to sykehusene er presentert i *kapittel fem og seks*.

I *kapittel syv* foretar vi en oppsummerende drøfting av gjennomgangen i de foregående kapitlene og kommer med noen anbefalinger til veien videre for rus-somatikk-strategien i Helse Vest.

2 Alkoholintervensjoner i sykehus

Direkte kontakt med andre miljøer som har drevet rusintervensjoner i somatisk virksomhet var viktig i forbindelse med oppbygging av tiltak ved HUS og SUS. Forskerne i prosjektet har dels deltatt på studieturer arrangert av sykehusene og dels reist på egne turer til aktuelle miljøer. Forskerne har besøkt tre sykehus med ganske ulike modeller for alkoholinnsetser i en somatisk setting. Dette er Bispebjerg Hospital i København, Odense Hospital og St. Mary's Hospital i London.

Modellen ved Bispebjerg var viktig i den tidlige fasen av russatsingen. Som modell for intervensjon er den eksemplarisk, i og med at den er godt dokumentert og også bygger på kliniske studier som viser effekten av å ikke drikke alkohol i en viss periode før og etter et kirurgisk inngrep. Kontakten med Bispebjerg er bygd opp gjennom gjensidige besøk og samarbeid om en stipendiatstilling der en konkret modell for intervensjon skal prøves ut. Våren 2009 gjennomførte man en pasient-baseline undersøkelse i Stavanger og Bergen (Korfor 2008). Formålet med undersøkelsen var å undersøke prevalensen av pasienter med forhøyet helserisiko på de fem risikoområdene: alkoholforbruk, røyking, manglende fysisk aktivitet, overvekt og underernæring. Data om prevalens er helt nødvendige for å kunne planlegge de tilbud og de kliniske prosjektene som inngår i denne handlingsplanen. Undersøkelsen ble gjennomført som et samarbeid med sykepleierutdanningene i Stavanger og Bergen, og var en survey blant alle pasienter som er innom sykehuset i løpet av en periode på en uke.

Modellene ved Odense og St. Mary's er i større grad utviklet på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap, og er ikke like klart utformet ut fra klart definerte kriterier slik som ved Bispebjerg. Odense Hospital har hatt et prosjekt i barneavdeling rettet mot foreldre og en såkalt pasientskole for kroniske lidelser. Ved St. Mary's var innsatsen organisert rundt en "Alcohol Nurse Specialist" i en akuttavdeling. Prinsippet her dreide seg om å gi rådgivning om alkoholbruk i forbindelse med akuttinnleggelse.

Et viktig element i Bispebjergmodellen er innsatsen for et helsefremmende sykehus. Dette er et vesentlig forebyggings- og folkehelseelement som også er en del av en større innsats i WHO for helsefremmende arbeid i sykehus. Gjennom samarbeidet med Bispebjerg har dermed både Stavanger og Bergen tatt inn dette elementet i sin satsing på rus. At forebygging tematiseres i klinisk sammenheng er ikke nytt i noen av foretakene, det er ganske godt utviklet både i forhold til røyking og kosthold. Klinisk forebygging i sammenheng med skadelig alkoholforbruk representerer likevel en nyskaping ved de fleste somatiske avdelinger.

2.1 Konseptet klinisk forebygging

Bispebjerg Hospital ble utnevnt som modellsykehus for forebygging allerede i 1994. Dette skjedde gjennom et samarbeid mellom WHO og København kommune (Dahlager, 2005:10). En statusrapport fra 1998 formulerte et ferdig program med klar oppgavefordeling i forbindelse med innsamling av opplysninger og rådgivning, og

dannet grunnlaget for etableringen av Klinisk enhet for sykdomsforebygging, våren 1999. Enheten skulle være en landsdekkende utviklingsenhet for klinisk forebygging (Mundt m.fl. 2003, 13). Målsetningen var å utvikle metoder til iverksetting, evaluering og dokumentasjon av forebyggingsaktivitet og rehabiliteringstilbud på landets sykehus, så vel som å arbeide med utdanning og sikre tverrsektoriell sammenheng i innsatsen.

Health Promotion-bevegelsen har tradisjonelt blitt oppfattet som et korrektiv til det ekspertstyrte helsevesenet (Aarø, 1994). Tenkningen bak bevegelsen la vekt på sosiale forhold som vesentlige i forhold til individuelle valg av livsstil, og rettet oppmerksomheten spesielt mot primærforebyggende aktiviteter. Å trekke dette arbeidet inn i sykehuset og samtidig koble det så direkte til virkemidler for individuell rådgivning kan dermed oppfattes som et brudd med det som tradisjonelt er oppfattet som helsefremmende arbeid. I virksomheten knyttet til nettverket for helsefremmende sykehus i WHO, er det derimot en strategi for ekspansjon, for å jobbe helsefremmende på nye arenaer.

Rapporten "Alkohol – forebyggelse på sykehus" (Mundt m.fl. 2003), dokumenterer hvordan en helsefremmende strategi rent praktisk er gjennomført innenfor rammene av Klinisk enhet for forebygging.

2.2 Den forebyggende samtalen

Innsatsen ved Bispebjerg er utviklet over mange år, og er svært godt dokumentert. En viktig årsak til at Bispebjerg framstår som spesielt, er at innsatsen er knyttet direkte til forskning. En viktig forutsetning for dokumentasjonen er at strategien når det gjaldt alkohol skulle få samme status og form som andre ytelser i sykehuset. Som del av denne normaliserings- og integreringsprosessen ligger også at det skulle utvikles en alkoholpolitikk for *hele* sykehuset; pasienter, pårørende og personale.

Et første trinn i den sammenheng var faktisk å sikre et alkoholfritt miljø internt i sykehuset. Det ble blant annet vedtatt å ikke lenger selge alkohol i kantinen i 1997 (Mundt 2003: 172). Det metodiske grepet som ble tatt i forhold til pasienten var innføringen av "Den forebyggende samtalen". Det ble utarbeidet konkrete prosedyrer rundt hvordan spørsmålet om alkohol skulle tas opp i en samtale, med vektlegging på hvordan spørsmålene skulle stilles og hvordan ambivalensen som ofte er knyttet til dette skulle håndteres. Det ble utarbeidet et balanseskjema for pasienten der han/hun kunne fylle ut fordeler og ulemper med å kutte ned på eller avstå fra alkohol (Mundt m.fl., 2003: 139-40).

Mulige problemer knyttet til innføringen av tiltak på alkoholområdet tematiseres i liten grad hos Mundt. Holdningen hos pasientene betegnes som positive så lenge tilbudet om forebygging gis i respekt for den enkelte pasient. De organisatoriske forutsetningene omtales i relativt generelle ordelag. I forhold til det kunnskapsmessige grunnlaget for tiltaket pekes det på at legene trenger den siste evidensbaserte kunnskap om alkohols betydning for sykdom, behandling og prognose. Pleiepersonalet trenger å utvikle sin kompetanse i hvordan snakke med pasienten om alkoholvaner og rådgi om endring. Det etableres et slags skille mellom dem som trenger kunnskap om prosedyrene og dem som trenger den forskningsmessige kunnskapen bak disse prosedyrene. Utover dette, legges

Forord

På initiativ fra kompetansesenteret Korfor, Helse Vest RHF, har Rokkansenteret og Iris fulgt og studert organisasjonsprosessen i forbindelse med utviklings- og igangsettingsfasen av rus-somatikk satsingen i Helse Vest. Forskere fra de to miljøene har deltatt i studieturer, satt seg inn i aktuell litteratur og intervjuet deltakere i arbeidet med rus-somatikk initiativene. Rapporten er et bilde av prosesser i Haukeland Universitetssykehus og Universitetssykehuset i Stavanger i løpet av 2008. Datainnsamlingen til rapporten ble avsluttet 31/12-08.

Resymé

Rapporten presenterer et følgeforskningsprosjekt ved Universitetssykehusene i Stavanger og Bergen, der vi undersøker betingelser og prosesser for innføring av alkoholintervensjoner ved somatiske avdelinger.

Rus og somatikk-satsingen retter seg mot kartlegging av pasientens forbruk av alkohol og intervensjoner for å sikre et bedre behandlingsforløp der det er dokumenterte effekter.

Takk til bidragsytere.

Vi takker alle som har stilt opp til intervju i forbindelse med prosjektet. Prosjektarbeidet har vist at det er stor interesse for temaet.

Stavanger, 10. september 2009

Terje Lie, prosjektleder

Ingen del av denne rapporten kan reproduseres i noen form uten skriftlig tillatelse fra Rogalandsforskning ©.

Innhold

Sammendrag	7
1 INNLEDNING	9
1.1 Rus-somatikk satsingen.....	10
1.2 Begrunnelse og utgangsmodell.....	11
1.3 Rapportens innhold og dokumentasjonsgrunnlag.....	11
2 ALKOHOLINTERVENSJONER I SYKEHUS	13
2.1 Konseptet klinisk forebygging.....	13
2.2 Den forebyggende samtalen	14
2.3 Påvirkning av atferd – et faglig utfordrende tema.....	15
3 LITTERATURSTUDIE: IVERKSETTING I SYKEHUS	16
3.1 Organisasjonsstudier – intervensjoner	16
4 ERFARINGER FRA MODELLER I ANDRE LAND.....	23
4.1 Bispebjerg hospital.....	23
4.2 St. Mary’s Hospital, London	24
4.3 Odense.....	26
4.4 Oppsummering: Erfaringer fra modeller i andre land.....	27
5 OPPBYGGING AV RUSINNSATS HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS (HUS)	29
5.1 Strategiarbeid for rusinnsatser i Helse Bergen	29
5.2 Rusmedisinsk team	30
5.3 Status ved ”baseline”	32
6 OPPBYGGING AV RUSINNSATS I STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS (SUS).....	33
6.1 Innsatser	33
6.2 Utfordringer	34
6.3 Organisering av tiltak i rus-somatikk-satsingen	35
6.4 Konklusjon	36
6.5 Status for rus-somatikk-satsing ved SUS.....	36
7 AVSLUTNING.....	38
7.1 Oppsummerende diskusjon	38

7.2	Anbefalinger	40
REFERANSER	42
VEDLEGG	45

Sammendrag

Rus-somatikk-satsingen ved Universitetssykehusene i Stavanger og Bergen, som studeres i denne rapporten, handler om kartlegging av pasientens forbruk av alkohol, og intervensjoner for å sikre et bedre behandlingsforløp der det er dokumenterte negative effekter av alkoholbruk. Rapporten presenterer et følgeforskningsprosjekt, der hensikten har vært å undersøke betingelser og prosesser for innføring av alkoholintervensjoner ved somatiske avdelinger.

Rusproblematikk kom inn som en del av spesialisthelsetjenesten i 2004 i forbindelse med rusreformen. Rusreformen aktiviserte spesialisthelsetjenesten ikke bare i forhold til ansvaret for rusbehandling, men også for å øke oppmerksomheten om tematikken rus i hele sin virksomhet. Det er spesielt alkoholens betydning i det mer generelle sykdomsbildet som ble løftet fram, og det ble pekt på at alkohol var blant de store tabu som det var vanskelig å snakke om, samt at det manglet kunnskap om temaet blant helsearbeidere flest. Rus-somatikk-satsingen kan sees i lys av denne dreiningen av oppmerksomhet som rusreformen initierte.

I rapporten har vi undersøkt de organisatoriske forutsetninger for iverksetting av systemer for identifikasjon av risikofylt rusmiddelforbruk, intervensjoner og tiltak overfor risikogrupper og videre oppfølging av pasienter. Intervensjonen er rettet mot tre pasientgrupper: a) unge personer med alkoholintoks; b) pasienter med kjent rusmiddelavhengighet som er innlagt for en somatisk lidelse; c) vanlige pasienter på sykehus innlagt for medisinsk og/eller kirurgisk behandling som har et risikofylt alkoholforbruk. Studien inngår som første fase (baseline) i en følgeforskningsprosess.

Datagrunnlaget for denne fasen i følgeforskningsprosjektet har vært litteraturstudier, feltstudier ved tre andre sykehus som har iverksatt prosjekter og tiltak på området, og intervjuer med ansatte ved de to sykehusene.

Status ved "baseline", dvs. høsten 2008, er at Stavanger Universitetssykehus (SUS) og Haukeland Universitetssykehus (HUS) begge har satt i gang prosesser med opplæring av helsepersonell og utprøving av prosedyrer. Sykehusene har i utgangspunktet arbeidet med litt ulike modeller for organisering av tjenesten. SUS har kommet noe lenger enn HUS i denne satsingen og har prøvd ut tiltak på flere poster. Tiltak rettet mot unge under 18 år innlagt med inntoks, er etablert som et tilbud om foreldresamtale. Det er også etablert en praksis hvor pasienter med kjent skadelig rusmisbruk får tilbud om samtale med behandlere fra Rogaland A-senter. Det har vært krevende for sykehuspostene å skulle identifisere et skadelig alkoholforbruk blant pasienter der dette forbruket ikke er erkjent eller kjent. Dette er en aktivitet som må konkurrere med de daglige ansvarsområdene.

På grunnlag av erfaringer fra rus-somatikk-satsingen er vårt forslag at alle pasienter som skal gjennom en behandling (medisinsk eller kirurgisk) der det er dokumentert at det å avstå fra å bruke alkohol gir en positiv medisinsk effekt, skal få informasjon. Man bør altså ta utgangspunkt i hvilken grad behandlingsforløpet påvirkes signifikant av et risikofylt alkoholforbruk, og så gi relevant og begrunnet informasjon om konsekvenser

av alkoholforbruk til pasienter som skal gjennomføre dette behandlingsforløpet. Dette innarbeides som en del av prosedyrene overfor alle aktuelle pasienter.

Ved en slik framgangsmåte unngår man kartlegging som ikke alle pasienter ønsker, og en unngår situasjoner som kan oppfattes som moraliserende eller stigmatiserende. Det er likevel viktig å ha et oppfølgingsopplegg eller en beredskap for trinn 2 klar, dersom pasienten åpenbart har behov for ekstra informasjon eller motiverende tiltak - eller hvis pasienten har spesielle ønsker om dette.

1 Innledning

Målet med prosjektet "Alkohol som helserisiko faktor. Organisering av forebyggende og helsefremmende tiltak i sykehus", er å undersøke organisatoriske forutsetninger for iverksetting av kvalitetssikringssystem for identifikasjon, intervensjon og oppfølging av pasienter i forbindelse med bruk av alkohol. Den overordna problemstillingen er hvordan organisering av tjenestene kan forbedre pasientforløpet spesielt med tanke på pasientens forbruk av alkohol. Prosjektet er en pilotstudie, og skal gjennomføres på Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Stavanger Universitetssykehus (SUS).

Denne rapporten presenterer første fase i en følgeforskningsprosess der vi studerer intervensjoner rettet mot tre pasientgrupper:

- 1) Gjennomføring av prosedyrer for oppfølging av unge personer med alkoholintoks. Her er det iverksatt utprøving av prosedyrer.
- 2) Pasienter med kjent rusmiddelavhengighet som er innlagt for en somatisk lidelse. Det er i denne sammenheng store utfordringer knyttet overdoseproblematikk, anestesi, smertelindring, oppfølging og medisinerings og pasienter som er på jakt etter rusmidler.
- 3) Vanlige pasienter på sykehus innlagt for medisinsk og/eller kirurgisk behandling.

Det er et mål i prosjektet å undersøke organisatoriske forutsetninger for iverksetting av systemer for identifikasjon av risikofylt rusmiddelforbruk, intervensjoner og tiltak overfor risikogrupper og videre oppfølging av pasienter. Det er spesielt intervensjonene overfor ordinære pasienter som er en nyskaping. Det dreier seg i første rekke om å avdekke alkoholforbruk over WHO sine grenseverdier for å forebygge komplikasjoner etter operasjoner eller annen behandling.

I denne første fasen av prosjektet foretas en "baselinekartlegging" av kompetanse blant ansatte og av organisatoriske forhold. Det er gjennomført samtaler med ansatte om muligheter og begrensninger for implementering av prosedyrer. Vi har også gjennomført en litteraturstudie og samlet inn dokumentasjon om temaet. Dessuten har vi hentet inn erfaringer fra to danske og ett britisk sykehus for å illustrere ulike modeller for implementering av prosedyrer for alkohol som risikofaktor og erfaringer på bakgrunn av dette. Det empiriske grunnlaget for denne første fasen (pilotprosjekt) er således litteratur og dokumenter om organisering og kompetanse i sykehusene, feltstudier i tre andre sykehus, og intervjuer med nøkkelpersonell ved HUS og SUS

I dette prosjektet har vi diskutert to modeller: En ekspertmodell og en integrert modell. I ekspertmodellen opprettes en egen gruppe helsearbeidere som ivaretar prosedyrene. I den integrerte modellen utføres prosedyrene av personell ved de aktuelle klinikkene.

1.1 Rus-somatikk satsingen

Arbeidet vi dokumenterer i denne rapporten har bakgrunn i Rusreformen fra 2004. Rusreformen aktiviserte spesialisthelsetjenesten ikke bare i forhold til ansvaret for rusbehandling, men også for å øke oppmerksomheten mot tematikken rus i hele sin virksomhet. Det er spesielt alkoholens betydning i det mer generelle sykdomsbildet som ble løftet fram, og det ble pekt på at alkohol var blant de store tabu som det var vanskelig å snakke om, samt at det manglet kunnskap om temaet blant helsearbeidere flest.

Etter 2004 har rus blitt plassert på topp blant prioriterte saker fra sentrale myndigheter og dette er raskt blitt innarbeidet i strategidokumenter både på regionalt og lokalt nivå i helseforetakene.

SUS startet arbeidet med rus og psykiatri allerede i 2004. Et eget team for rus, somatikk og psykiatri ble etablert for å jobbe med alle hovedområdene i forbindelse med implementeringen av rusreformen. Avdeling Unge voksne, ved Psykiatrisk klinikk, fikk ansvaret for dette arbeidet. Sykehuset etablerte også et samarbeidsforum for rus 2004 hvor alle avdelingsledere var representert.

Arbeidet bestod i første omgang å lage samarbeidsavtaler med private rustiltak og å lage felles handlingsplaner for SUS. Utviklingen av planarbeidet var hele tiden forankret i sykehusets ledergruppe. Det ble gjennomført en rekke prosjekter knyttet til rus og somatikk, tidlig intervensjon, pasientflyt, kunnskapsoppbygging og veiledning. Det ble opprettet en egen legestilling med ansvar for rus og det ble utpekt ressurspersoner på somatiske poster og MOBA. Rus og somatikk satsingen avdekket behov for kunnskap om hvordan man skulle avdekke rusproblemer hos pasienter og foreta intervensjoner.

Helseforetaket i Bergen etablerte Rusmedisinsk team i september 2007. Ved inngangen til 2009 er det etablert en egen Avdeling for rusmedisinsk kompetanse og koordinering. Rus er også et klart profilert tema i den ferske strategiplanen for Helse Bergen (2008-2012). Hovedutfordringene som nevnes er underdiagnostisering og underbehandling, behov for økt kompetanse og forskning, og problematikken rundt pasientflyt internt i foretaket og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KoRFor) ble vedtatt opprettet 2007 som følge av det Regionale Helseforetakets prioritering av rusfeltet etter rusreformen. Rus-somatikksatsingen var blant de første tiltakene KoRFor satte opp på sin arbeidsplan i forbindelse med etableringen. Rusintervensjoner i somatikken ble satt opp som eget forskningstema for senteret. Dermed ble Rus-somatikk strategiene med noe ulik bakgrunn og utforming i de to foretakene, samlet i et tettere fellesskap knyttet til aktiviteten i Kompetansesenter for rusmiddelforskning, Helse Vest.

Denne rapporten vil presentere og analysere initiativer for å utvikle intervensjoner for rusproblematikk ved somatiske avdelinger i heleforetakene i Bergen og Stavanger. Rapporten oppsummerer funn, utviklingstrekk og hypoteser i forbindelse med det vi har betegnet som ”organisasjons-baseline rus-somatikk”.

1.2 Begrunnelse og utgangsmoell

Arbeidet med rustematikken i somatikken er en tydelig nyskaping i oppfølgingen av rusreformen, og initiativene m ter et behov som har vært uttrykt over lengre tid. Dette er behov i forhold til den konkrete pasientbehandling, så vel som behov for kompetanse og oppmerksomhet i den kliniske virksomheten mer generelt. På et mer overordnet nivå i folkehelsepolitikken er denne innsatsen knyttet til kunnskapen om at økningen i forbruk på befolkningsnivå gir økning i alkoholrelatert sykkelighet i somatikken (Rossow 2007).

På det individuelle planet har det vist seg at pasienter som gjennomgår akutt kirurgi er meget motivert for livsstilsendringer, inkludert endringer i drikkevaner (Tønnesen m.fl. 1991). Studier ved Bispebjerg hospital, København, dokumenterte den positive effekten av redusert alkoholinntak gjennom flere studier, og kom etter hvert til å inkludere studier av intervensjoner i forhold til planlagt kirurgi (Tønnesen 1991, 2002, 2003, Juul Jørgensen m.fl. 2003, Mundt m.fl. 2003). Studiene viste at det ville være store økonomiske besparelser knyttet til redusert alkoholbruk f r og etter kirurgisk inngrep.

Ved operative inngrep anbefales pasienten til å ikke å bruke alkohol i avgrensede perioder før og etter operasjon (Juul Jørgensen m.fl. 2003). Kvalitetssikringsrutinene følger et mønster for identifikasjon, intervensjon og oppfølging. Første fase er identifisering av alkoholbruk. Hvis pasienten har et forbruk over WHO's grenseverdi (14 alkoholenheter per uke for kvinner og 21 enheter for menn) iverksettes tiltak overfor pasienten. Intervensjonen organiseres i pre- og postoperative tiltak. Dett er tiltak som krever en spesiell organisering av tjenester og aktiv samhandling med pasienten. Artikkelen "Basale journalopplysninger om risikofaktorer" (Tønnesen m.fl. 2008) konkluderer med at basal registrering av bl.a. alkoholforbruk lar seg gjennomføre og er relevant for voksne pasienter.

I internasjonal sammenheng stiller man ikke på bar bakke med hensyn til strategier og kunnskap om effekter av ulike tiltak. I den tidlige fasen av arbeidet i Stavanger og Bergen har det vært viktig å etablere kontakt med miljøer i flere land for å trekke veksler på tidligere erfaringer og opparbeidet kunnskap.

1.3 Rapportens innhold og dokumentasjonsgrunnlag

Gjennomgangen og drøftingen i denne rapporten baserer seg på litteraturstudier, studier av dokumentasjon fra konkrete prosjekter, informasjon fra studieturer og informantintervjuer. Intervjuene i Stavanger og Bergen er gjennomført med litt forskjellig utgangspunkt. I Stavanger var flere tiltak satt i verk, mens Bergen var inne i en oppbyggingsfase. Intervjuene i Stavanger er dermed noe mer standardiserte, mens Bergensintervjuene er helt åpne, og preget av samtale og diskusjon. Intervjuene er oppsummert i referater. Liste over alle informanter i Bergen og Stavanger og intervjuguide fra Stavanger er vedlagt. Deltakelse på samlinger for nettverket av helsefremmende sykehus og på studieturene har også bidratt med mye uformell informasjon som har utdypet v r forståelse av arbeidet med rus&somatikk-strategien.

Kapittel to presenterer konseptet klinisk forebygging og hvordan det tenkes om spørsmålet om påvirkning av atferd i sykehussammenheng.

I *kapittel tre* presenterer vi en gjennomgang av litteratur om feltet, herunder om organisasjonsstudier av iverksetting, rus i helsetjenestene, korte intervensjoner og integrerte versus ekspertmodeller for implementering av tiltak.

Vi har vært på tre studieturer til relevante sykehus som har prøvd ut ulike modeller for implementering av strategier for intervensjoner knyttet til rus (og andre livsstilsfaktorer). Vi besøkte Bispebjerg Hospital i København og Odense Universitetshospital, begge i Danmark, og St. Marys i London. Ved besøkene fikk vi treffe de sentrale personene i de ulike satsingene/prosjektene, samt fikk med oss relevant dokumentasjon. Erfaringene fra disse studieturene er beskrevet i *kapittel fire*.

Vi har også gjennomført intervjuer med relevant personell ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Stavanger Universitetssykehus (SUS). Dette er personell ved avdelingene og ved ekspertteamene om rus, samt personer i ledelsen. 16 informanter ble intervjuet ved SUS. Dette er representanter fra aktuelle poster; ledere, leger, sykepleiere og sosionom. Videre er det intervjuet representater fra Rogaland A-senter og fire personer fra ledergruppen ved SUS. De tre informantene ved HUS arbeider i Rusmedisinsk team og i ledelsen ved sykehuset. Intervjuene tok for seg dagens situasjon mht rus-somatikk-strategien, behovet for kunnskap og hvilken organisering man så som mest hensiktsmessig for implementering av rus-somatikk-strategien. Vi har også gått igjennom dokumenter fra de to sykehusene. Vår gjennomgang og drøfting av situasjonen ved de to sykehusene er presentert i *kapittel fem og seks*.

I *kapittel syv* foretar vi en oppsummerende drøfting av gjennomgangen i de foregående kapitlene og kommer med noen anbefalinger til veien videre for rus-somatikk-strategien i Helse Vest.

2 Alkoholintervensjoner i sykehus

Direkte kontakt med andre miljøer som har drevet rusintervensjoner i somatisk virksomhet var viktig i forbindelse med oppbygging av tiltak ved HUS og SUS. Forskerne i prosjektet har dels deltatt på studieturer arrangert av sykehusene og dels reist på egne turer til aktuelle miljøer. Forskerne har besøkt tre sykehus med ganske ulike modeller for alkoholinnsetser i en somatisk setting. Dette er Bispebjerg Hospital i København, Odense Hospital og St. Mary's Hospital i London.

Modellen ved Bispebjerg var viktig i den tidlige fasen av russatsingen. Som modell for intervensjon er den eksemplarisk, i og med at den er godt dokumentert og også bygger på kliniske studier som viser effekten av å ikke drikke alkohol i en viss periode før og etter et kirurgisk inngrep. Kontakten med Bispebjerg er bygd opp gjennom gjensidige besøk og samarbeid om en stipendiatstilling der en konkret modell for intervensjon skal prøves ut. Våren 2009 gjennomførte man en pasient-baseline undersøkelse i Stavanger og Bergen (Korfor 2008). Formålet med undersøkelsen var å undersøke prevalensen av pasienter med forhøyet helserisiko på de fem risikoområdene: alkoholforbruk, røyking, manglende fysisk aktivitet, overvekt og underernæring. Data om prevalens er helt nødvendige for å kunne planlegge de tilbud og de kliniske prosjektene som inngår i denne handlingsplanen. Undersøkelsen ble gjennomført som et samarbeid med sykepleierutdanningene i Stavanger og Bergen, og var en survey blant alle pasienter som er innom sykehuset i løpet av en periode på en uke.

Modellene ved Odense og St. Mary's er i større grad utviklet på bakgrunn av erfaringsbasert kunnskap, og er ikke like klart utformet ut fra klart definerte kriterier slik som ved Bipsbjerg. Odense Hospital har hatt et prosjekt i barneavdeling rettet mot foreldre og en såkalt pasientskole for kroniske lidelser. Ved St.Mary's var innsatsen organisert rundt en "Alcohol Nurse Specialist" i en akuttavdeling. Prinsippet her dreide seg om å gi rådgivning om alkoholbruk i forbindelse med akuttinnleggelse.

Et viktig element i Bispebjergmodellen er innsatsen for et helsefremmende sykehus. Dette er et vesentlig forebyggings- og folkehelseelement som også er en del av en større innsats i WHO for helsefremmende arbeid i sykehus. Gjennom samarbeidet med Bispebjerg har dermed både Stavanger og Bergen tatt inn dette elementet i sin satsing på rus. At forebygging tematiseres i klinisk sammenheng er ikke nytt i noen av foretakene, det er ganske godt utviklet både i forhold til røyking og kosthold. Klinisk forebygging i sammenheng med skadelig alkoholforbruk representerer likevel en nyskaping ved de fleste somatiske avdelinger.

2.1 Konseptet klinisk forebygging

Bispebjerg Hospital ble utnevnt som modellsykehus for forebygging allerede i 1994. Dette skjedde gjennom et samarbeid mellom WHO og København kommune (Dahlager, 2005:10). En statusrapport fra 1998 formulerte et ferdig program med klar oppgavefordeling i forbindelse med innsamling av opplysninger og rådgivning, og

dannet grunnlaget for etableringen av Klinisk enhet for sykdomsforebygging, våren 1999. Enheten skulle være en landsdekkende utviklingsenhet for klinisk forebygging (Mundt m.fl. 2003, 13). Målsetningen var å utvikle metoder til iverksetting, evaluering og dokumentasjon av forebyggingsaktivitet og rehabiliteringstilbud på landets sykehus, så vel som å arbeide med utdanning og sikre tverrsektoriell sammenheng i innsatsen.

Health Promotion-bevegelsen har tradisjonelt blitt oppfattet som et korrektiv til det ekspertstyrte helsevesenet (Aarø, 1994). Tenkningen bak bevegelsen la vekt på sosiale forhold som vesentlige i forhold til individuelle valg av livsstil, og rettet oppmerksomheten spesielt mot primærforebyggende aktiviteter. Å trekke dette arbeidet inn i sykehuset og samtidig koble det så direkte til virkemidler for individuell rådgivning kan dermed oppfattes som et brudd med det som tradisjonelt er oppfattet som helsefremmende arbeid. I virksomheten knyttet til nettverket for helsefremmende sykehus i WHO, er det derimot en strategi for ekspansjon, for å jobbe helsefremmende på nye arenaer.

Rapporten "Alkohol – forebyggelse på sykehus" (Mundt m.fl. 2003), dokumenterer hvordan en helsefremmende strategi rent praktisk er gjennomført innenfor rammene av Klinisk enhet for forebygging.

2.2 Den forebyggende samtalen

Innsatsen ved Bispebjerg er utviklet over mange år, og er svært godt dokumentert. En viktig årsak til at Bispebjerg framstår som spesielt, er at innsatsen er knyttet direkte til forskning. En viktig forutsetning for dokumentasjonen er at strategien når det gjaldt alkohol skulle få samme status og form som andre ytelser i sykehuset. Som del av denne normaliserings- og integreringsprosessen ligger også at det skulle utvikles en alkoholpolitikk for *hele* sykehuset; pasienter, pårørende og personale.

Et første trinn i den sammenheng var faktisk å sikre et alkoholfritt miljø internt i sykehuset. Det ble blant annet vedtatt å ikke lenger selge alkohol i kantinen i 1997 (Mundt 2003: 172). Det metodiske grepet som ble tatt i forhold til pasienten var innføringen av "Den forebyggende samtalen". Det ble utarbeidet konkrete prosedyrer rundt hvordan spørsmålet om alkohol skulle tas opp i en samtale, med vektlegging på hvordan spørsmålene skulle stilles og hvordan ambivalensen som ofte er knyttet til dette skulle håndteres. Det ble utarbeidet et balanseskjema for pasienten der han/hun kunne fylle ut fordeler og ulemper med å kutte ned på eller avstå fra alkohol (Mundt m.fl., 2003: 139-40).

Mulige problemer knyttet til innføringen av tiltak på alkoholområdet tematiseres i liten grad hos Mundt. Holdningen hos pasientene betegnes som positive så lenge tilbudet om forebygging gis i respekt for den enkelte pasient. De organisatoriske forutsetningene omtales i relativt generelle ordelag. I forhold til det kunnskapsmessige grunnlaget for tiltaket pekes det på at legene trenger den siste evidensbaserte kunnskap om alkohols betydning for sykdom, behandling og prognose. Pleiepersonalet trenger å utvikle sin kompetanse i hvordan snakke med pasienten om alkoholvaner og rådgi om endring. Det etableres et slags skille mellom dem som trenger kunnskap om prosedyrene og dem som trenger den forskningsmessige kunnskapen bak disse prosedyrene. Utover dette, legges

det vekt på konkrete forhold rundt bruken av opplæring, retningslinjer, monitorering, utforming av klare linjer for henvisning, lederforankring og innarbeiding i DRG systemet for å etablere et tydelig økonomisk insitament.

2.3 Påvirkning av atferd – et faglig utfordrende tema

Den forebyggende samtalen som konsept problematiseres i liten grad i forbindelse med igangsettingen av nye typer intervensjoner i somatikken. Oppmerksomheten har først og fremst vært rettet mot utforming og iverksetting av nye prosedyrer. Forskningsmessig har ”Brief interventions” fått mye støtte, og gode erfaringer med korte intervensjoner i allmennpraksis har blitt et av hovedargumentene for å iverksette intervensjoner også i kliniske avdelinger. Det er likevel en diskusjon om hva som er den egentlige kilden til effekten av ”brief interventions”, om det er selve intervensjonen, eller det at vedkommende pasient har besluttet å gå inn i en behandlingskontekst (Bergmark 2007, kommentar til Babor og Del Boca)

Ole Jørgen Skog (Elster and Skog 1999, Skog 2006) er blant dem som har arbeidet mest med spørsmålet om rasjonalitet og avhengighet. Han tar i bruk begrepene fremtidsorientering og diskonteringskurver, for å betegne aktørenes subjektive vurdering av framtidig belønning og straff. Tidsdimensjonen blir her vesentlig for å forstå beslutninger som tas. Diskonteringen dreier seg om hvordan den langsiktige konsekvensen vurderes i forhold til kortsiktig belønning. Framtidig straff oppfattes klarere for dem som i liten grad neddiskonterer (Skog 2006, 124). For de fleste gjelder det at vi er mindre motivert jo lengre inn i framtiden straffen ligger. For den avhengige blir det svært vanskelig i situasjoner der de får belønning før straff. (Konflikt i motivasjon, ”hyperbolic discounting”).

I arbeidet med intervensjonene har det vært en målsetning å normalisere tiltaket i størst mulig grad, både gjennom å integrere det i standard prosedyrer og gjennom å plassere alkohol som et tema på linje med andre livsstilsspørsmål. Det er likevel slik at en gjennom å trekke dette arbeidet inn i sykehuset utvider arbeidsområdet for institusjonen. Lise Dahlager betegner innføringen av livsstilsrelaterte forebyggingssamtaler som et program for å ”... reorganisere institusjoner, arrangere rum og regulere adfærd..” (Dahlager, 2005: 93). Dahlager retter spesielt oppmerksomheten mot hvordan praktikerne forholder seg til kravet om ”dokumentert effekt” av informasjon og til pasienten sitt ”krav” om informasjon om risikofaktorene knyttet til egen røyking eller alkoholforbruk. Hun mener det er paradoksalt at pasientens krav om å få informasjon står sterkt samtidig som at den dokumenterte effekten av informasjonen er dårlig. I praksis betyr dette at det forblir et valg å endre atferd, mens det å få informasjon blir obligatorisk (Dahlager 2005: 100). Deler av Dahlagers materiale er hentet fra Bispebjerg Hospital, og hun stiller spørsmål også ved pasientenes ønske om livsstilssamtaler. En undersøkelse fra 1997 viste at kun 12% av dem som drakk over gjenstandsgrensen (som var 18% av pasientene som var undersøkt) og 9% av røykerne ønske sykehusets hjelp til å redusere/slutte (Dahlager, 2005: 99-100)

3 Litteraturstudie: iverksetting i sykehus

Som forberedelse til baseline-studien ble det gjennomført en litteraturstudie for å få opp aktuelle organisasjonsstudier av iverksetting av nye tiltak i sykehus. Ønsket var at dette skulle bidra som innspill til iverksettingsprosessen så vel som til vårt teoretiske grunnlag for å gjøre følgeforskning i forbindelse med rus-somatikk satsingen.

3.1 Organisasjonsstudier – intervensjoner

Gjennom forskningsoversikten ønsker vi å gi en oversikt over forskningsbasert kunnskap om *organisasjonsmessige betingelser* for iverksetting av tiltak rettet mot *skadelig rusmiddelbruk* innenfor *somatikken*. Temaene omfatter behandling av rusproblemer og avhengighet i en klinisk setting som ikke er definert som "avhengighetsbehandling" i tradisjonell forstand. Videre retter litteraturstudien seg ikke mot det som tradisjonelt betegnes som kliniske medisinske studier (av effekt), men mot organisasjonsstudier eller studier av sosiologisk karakter som dokumenterer iverksettingsprosesser. De iverksettingsprosessene vi ønsker å få mer kunnskap om dreide seg både om organisasjonsendringer og fagspesifikke endringer i behandlingsmetoder og praksis. Dette er endringer som har politiske så vel som faglige begrunnelser, og som har betydning for yrkesutøvelse, organisering og innholdet i behandlingen pasienten får. Hvordan er slike prosesser studert, og hva forteller studiene om betingelser for iverksetting?

Litteraturstudien er gjort som en "review". Med dette mener vi at vi la større vekt på å få en oversikt over aktuell litteratur enn å ha en målsetning om å få ut anbefalinger eller konklusjoner fra den eksisterende litteraturen, slik vi ville ha gjort i en form for meta-analyse.

Kunnskapsoppsummering med vektlegging på organisatoriske betingelser, omfatter:

- Studier av endringsprosesser i sykehus, både gjennom organisasjonsendringer og gjennom innføring av nye behandlingsformer og strategier.
- Metodiske innspill til gjennomføring av organisasjonsstudier i klinisk sammenheng.

Det ble gjort søk i ISI Web of Science, IBSS og PubMed. Vi fant en stor litteratur om organisasjonsmessige betingelser for endringer i helsetjenesten generelt, men det var vesentlig mer begrenset med treff når søket ble rettet mot tiltak i forhold til alkohol. Alkohol som søkeord ledet i hovedsak til kliniske studier av effekt av tiltak, mens narkotika som søkeord i noe større grad ledet mot organisasjonsstudier.

Vi valgte å konsentrere litteraturgjennomgangen til to større review artikler som bygger på omfattende litteraturgjennomgang (Grol m.fl. 2007, Greenhalgh m.fl. 2004). Videre gikk vi grundig gjennom en spesialutgave av tidsskriftet *Journal of Substance Abuse Treatment* der temaet var "Organisational Readiness for Change". (*Journal of Substance*

Abuse Treatment (vol 33 (2), sept 2007). Utgaven inneholder en samling på 10 artikler som er skrevet på bakgrunn av en omfattende undersøkelse av endringsprosesser i 800 behandlingsprogram (drug treatment) over hele USA. Samlingen av artikler representerer et godt eksempel på en vel dokumentert og analysert endringsprosess, og danner som sådan et godt utgangspunkt til å stille aktuelle forskningsspørsmål og utvikle forskningsdesign i forhold til rus-somatikk satsingen.

3.1.1 Endringsarbeid i helsetjenesten – innspill fra litteraturen

Studier av helsetjenesten er et omfattende område i organisasjonsforskningen. I vår gjennomgang av aktuell litteratur søkte vi etter forbindelser mellom organisasjonsstudier og konkrete studier av iverksetting i sykehus. Erkjennelsen av at sykehus er en kunnskapsbedrift der fagfolk driver sitt arbeid på selvstendige vilkår er bredt anerkjent i litteraturen på feltet. At vår studie også tar inn kunnskap om konteksten for iverksettingen av tiltakene får støtte av litteraturen fordi den peker på konteksten som svært viktig.

Greenhalgh m.fl. (2004) presenterer et stort materiale i sin artikkel "Diffusion of Innovations in Service Organisations". Litteraturoversikt presenterer studier av spredning av innovasjoner i helsetjenester, samt tidligere litteraturstudier og meta-analyser. Totalt omfatter sluttrapporten 495 kilder, hvorav 213 er empiriske studier og 282 er ikke-empirisk. Forfatterne betegner sin studie som en "meta-narrative review" der det er viktig å få fram den historiske utviklingen av begreper og teorier i studiet av innovasjoner i helsetjenesten.

Innovasjoner og endringer kan foregå i mer og mindre planlagte prosesser, der "diffusion" betegner en form for passiv spredning og "dissemination" betegner en mer planlagt og aktiv spredning. Videre skiller de i prosessen mellom en fase med "implementation" (iverksetting) og en fase for "sustainability" (vedlikehold/rutinisering).

Oversikten analyserer studier av helsetjenester og organisering, studier som har sett på ulike aspekter av forløpet fra innovasjon, iverksetting og vedlikehold (bærekraft). De fant lite på det siste elementet i litteraturen, og fant det også nyttig å inkludere noen "landemerke-studier" fra andre sektorer. Tidligere meta-analyser av organisatoriske forutsetninger for innovasjoner ga et samlet bilde av at funksjonell differensiering, spesialisering, oppmerksomhet mot profesjonell kunnskap, slack i ressursgrunnlaget og desentralisert beslutningsmyndighet var faktorer som var positive for innovasjonsprosesser. Sentralisering av beslutningsmyndighet og prosess, var den enkeltfaktor som framsto som mest negativ i disse studiene. Yrkesutøvelse og kunnskapsgrunnlag blir et positivt kjernepunkt i mange av studiene: "... An organization that is systematically able to identify, capture, interpret, share, reframe, and recodify new knowledge; ...(Greenhalgh m.fl. 2004: 606) er bedre i stand til å inkludere og nyttiggjøre seg denne og ta opp innovasjoner.

Materialet grupperes i 13 forskningstradisjoner, hvorav tre er spesielt interessante for vår studie. Det er tradisjonene som betegnes som "medisinsk sosiologi", "Studies of organizational process, context, and culture" og "Knowledge utilisation" De to siste

ligger nært det som kan klassifiseres som institusjonelle og organisasjonssosiologiske studier.

Medisinsk sosiologi studerer de sosiale dimensjonene i medisinske virksomheter, med en spesiell oppmerksomhet mot sosiale strukturer, normer, handlinger og praksiser. Forståelsen av endring knyttes her til endringer i normer, relasjoner og verdier som er grunnlag for klinisk praksis.

Mens den medisinske sosiologien er klart forankret i sosiologi, er organisasjonsforskningen mer tverrfaglig, med innspill fra ledelsesforskning, sosiologi og antropologi, i tillegg til organisasjonsteori. Her legges det vekt på kulturelle endringer operasjonalisert som ”.. meaning systems, language, traditions, accepted ways of doing things.” (Greenhalgh m.fl. 2004: 588) Spredning av innovasjoner forutsetter også her endring i kultur, verdier og identiteter. Studiene av ”knowledge utilisation” kan også betegnes som translasjonsforskning. Oppmerksomheten rettes mot hvordan individer og grupper konstruerer og fortolker kunnskap. De viser at kunnskapsoverføring skjer både eksplisitt og mer taust (tacit) som noe som gradvis innarbeides, kommer inn under huden.

Disse perspektivene peker på betydningen av å ikke ha en rent instrumentell oppfatning av iverksetting og endring i et sykehus. Sykehuset som institusjon er en kunnskapsbedrift som produserer tjenester. Arbeidet i seg selv krever et spekter av overveielser og begrunnelser som gjøres av yrkesutøverne innenfor faglige, kulturelle og verdimessige rammer.

For oss er det viktig å legge vekt på nødvendigheten av å forstå særtrekkene ved sørvis- og tjenesteytende organisasjoner i forhold til andre typer produksjonsbedrifter. I den sammenheng mener Greenhalgh et al (2004) at empiriske studier av innovasjon i produksjonsbedrifter har begrenset overføringsverdi, samtidig som det er begrenset med studier av innovasjoner i tjenesteytende organisasjoner:

”..the limited generalizability of the empirical work on product-based innovation in companies to process innovation in service organization; and the near absence of studies focusing primarily on the sustainability of complex service innovations. “ (Greenhalgh m.fl. 2004: 614)

Forskningen bør ha en ambisjon om å avdekke hva som er sammenhengen mellom intervensjon og effekter. For å få denne innsikten er det nødvendig å ha en forståelse av hele prosessen og en mest mulig helhetlig kontekst. Tverrfaglige tilnæringer og inkludering av praktikere i forskningsprosessen er blant de videre anbefalingene for å gjennomføre god forskning om innovasjoner i offentlig tjenesteyting.

Nytten av å ha et teoretisk grunnlag eller et teoretisk perspektiv i forbindelse med endringsarbeid i klinikken er understreket også av Grol m.fl. (2007). De slår fast at endringsarbeid hovedsakelig er rettet mot yrkesutøvernes kunnskap, rutiner eller holdninger selv om: ”... improvement may be impeded by a much broader range of economic, administrative, and organizational factors or those relating to patients’ beliefs and behavior.” (Grol m.fl. 2007: 94). Grol m.fl. gir et viktig bidrag gjennom å inkludere pasientene som selvstendige aktører i iverksettingsprosessen.

Greenhalgh (2004: 615-16) gir følgende anbefalinger for forskningsprosessen i studiet av iverksetting i sykehus:

- a) Kontekstforståelse (samspill): Forskningen bør anerkjenne gjensidigheten mellom programmet og konteksten der det gjennomføres. Omgivelsene representerer en "dynamic, shifting baseline" – et "variabelt utgangspunkt" for enhver programaktivitet.
- b) Felles begreps utvikling og målemetoder: "Standardized approaches" for nøkkelvariabler og confounders (forstyrrende elementer) – for å bidra til sammenligning mellom studier.
- c) Samarbeid og koordinering: Studier av flere program i sammenheng bør fremmes, for å bidra til systematiske studier av iverksetting i ulike kontekster.
- d) Flerfaglig og flermetodisk: Erkjenne begrensningen i eksperimentell metode og inkludere et bredt spekter av metoder som legger vekt på en fortolkende tilnærming (interpretive approaches)
- e) Detaljert: Dokumentasjon for framtidige studier og etterprøvbarehet.
- f) Yrkesutøvere som aktive deltakere i prosjektet: Forskerne bør ha praktikere som "on the ground" deltakere i prosjektet.

Studiene som ble presentert i *Journal of Substance Abuse Treatment* (vol 33(2)) pekte også på pasienter og yrkesutøvere som vesentlige aktører i forbindelse med iverksetting av nye tiltak i klinikken. Analyser av materialet fra ansatte viste at oppfatning av *behov* for endring var blant de viktigste forutsetningene for vellykket innovasjon i sykehus. Courtney m.fl. (2007) betegnet dette som et tolkningsfellesskap som utgjør en felles forståelse av at en innsats er av det gode, det gir innsatsen legitimitet. Ulike oppfatninger blir dermed en mulig trussel mot en vellykket intervensjon. Videre viser studier av innovasjoner i sykehus at prosesser knyttet til opplæring og medbestemmelse er av avgjørende betydning – og videre en beredskap knyttet til å dra nytte av de tiltak som settes i verk (Simpson m.fl. 2007). Disse funnene er helt i tråd med generell forståelse i organisasjonsteorien, der det å etablere et fellesskap for endring blir oppfattet som grunnleggende for gode iverksettingsprosesser. Ut fra studier av flere iverksettingsprosesser anbefaler Joe m.fl. (2007) at det skapes "program communities" for konkrete innsatser.

3.1.2 Rus i helsetjenestene; overordnede endringsprosesser

På et overordnet nivå har det skjedd ganske dyptgående endringer i samfunnets håndtering av behandling for rusmiddelproblemer over en lengre periode. Rusreformen kan i en forstand betraktes som et endepunkt for denne prosessen med integrasjon av rus i den ordinære spesialisthelsetjenesten. Dette som kan betegnes som en medikaliserings- og normaliseringsprosess er viktige elementer i konteksten for arbeidet med å innarbeide russspørsmål i somatikken.

Når vi nå skal arbeide mer direkte med alkoholspørsmålet inn mot somatisk behandling er det nyttig å ha en bevissthet om hva som har vært helsetjenestens rolle i forhold til skadelig bruk av alkohol. I historisk sammenheng har behandlingsregimene i ulik grad

vært knyttet til kontrollpolitikken, helsetjenesten har tradisjonelt kommet inn seint i alkoholbehandling, og den har jobbet avgrenset i forhold til den bredere sosialfaglige innsatsen i hjelpeapparatet for øvrig. Innsatsen med å innarbeide alkoholspørsmålet i somatikken dreier seg om tidlig intervensjon og rådgivning – avdekke, identifisere, veilede – på et område som fortsatt er omgitt av tabu og stigma og der spesialisthelsetjenesten har liten erfaring.

Både i norsk og nordisk sammenheng har rusbehandling hatt en plassering som særomsorg, og saken har vært omgitt av en form for marginalitet både faglig og politisk. Det har gjennom flere år nå gjort en rekke tiltak for å heve den rusfaglige kompetansen i helsetjenestene. En omfattende antologi av historiske studier av behandling av rusproblemer og rusavhengighet i de nordiske land (Edman og Stenius, 2007) gir en grundig dokumentasjon av hvordan feltet samlet historisk har stått nærmere det sosialfaglige enn det helefaglige feltet. Den viser også utfordringene knyttet til å tilby former for behandling til en pasientgruppe som ofte ikke ønsker å motta det som blir tilbudt, eller som er preget av betydelig ambivalens i forhold til hvilken hjelp de vil ha.

3.1.3 Integrering av rus i primærhelsetjenesten

Arbeidet med å inkludere rusmiddelproblemer som tema i somatikken kan også trekke nyttige veksler på arbeidet med å integrere innsatser for ”brief interventions” i primærhelsetjenesten. ”Brief interventions” er en form for befolkningsstrategi på linje med strategien for å gjøre alkoholforbruk til tema i generell pasientbehandling. Aasland et al, (2008) knytter metoden med korte intervensjoner til tenkningen rundt forebyggingsparadokset. Paradokset ble begrepsfestet av epidemiologen Geoffrey Rose i 1979, som viste at omfanget av alkoholproblemer i samfunnet i større grad er påvirket av moderate konsumenter enn av storkonsumenter, fordi det er *så mange* moderate konsumenter. Dette gjelder selv om det individuelle risikobildet er mer problematisk for stor-konsumenter. For samfunnet er det altså potensielt mye å hente på forebyggingsinnsatser i forhold til moderat konsum, selv om det for den enkelte er begrenset gevinst.

Interesse for ”brief interventions” i WHO fra 1980 – søken etter strategier som kunne brukes i primærhelsetjenesten med minimum av tid og ressurser. Det ble gjort et metodisk skille mellom screening og intervensjon. Arbeid med skiller mellom ”hazardous” (risikofylt) og ”harmful” (skadelig) consumption – den første fordrer en *informasjonsstrategi* – den andre en mer *intervensjons/behandlings*-strategi. Ingen av tilstandene betyr nødvendigvis at personen er avhengig. På bakgrunn av denne forsknings/utviklingsprosessen, ble det formulert et 10-leddet spørreskjema som fikk navnet AUDIT, primært for bruk i primærhelsetjenesten.

Den første Audit-manualen ble introdusert i 1989, og er blitt brukt i svært mange intervensjonsstudier i ulike settinger. Det er gjennomført store komparative studier i regi av WHO som viser gode effekter av korte intervensjoner. De viser at det er svært lite som skal til, i og med at det også er effekt i kontrollgruppene. Likevel har opplegget ikke fått særlig gjennomslag i primærhelsetjenesten. Aasland et al (2007, 475) slår fast at det er en lang vei over fra forskning til praksis, men at det er en økende interesse (for forskning om metoder for å bidra til opptak av forskningsbasert kunnskap i praksis.

Erfaringer fra det svenske "Riskbruksprosjektet" viser også at det blant allmennpraktikerne skjer en avveining mellom screening og bruk av skjønn i forbindelse med identifisering av et problematisk alkoholforbruk. Utstrakt bruk av screening i konsultasjonen oppfattes som et brudd på alminnelig legepraksis. Leger ønsker å stille spørsmål om alkohol når det oppfattes som "naturlig" eller "relevant" (Spak og Andersson 2009; 483). Mye av dette vil også finnes igjen i en sykehussammenheng.

3.1.4 Bidrag til følgeforskning av rusintervensjoner i somatikken

Dette utdraget fra litteraturen og historiske studier av politikfeltet kan vi reise åtte dels overlappende tema som gir grunnlag for design og forskningsspørsmål i følgeforskning av iverksetting i sykehus.

- 1) Ingen av studiene støtter en instrumentell organisasjonsforståelse, men peker på behovet for erfart nytte og opplevd behov for endring for å sikre vellykket iverksetting. Dette er en erkjennelse av betydningen av erfaringsbasert kunnskap hos dem som skal utføre arbeidet.
- 2) Videre anbefales det å skape fellesskap rundt endringsarbeidet, gjennom utvikling av "program communities" som identifiserer seg med en felles målsetning.
- 3) Manualisering får støtte, men strategien må baseres på opplevd behov både hos fagfolk og pasienter.
- 4) "Organizational stress" blir i sammenheng med utviklingsarbeid et gode, fordi det er grunnlag for erkjennelsen av behov for endring så vel som beredskap for å være med i endringsarbeidet.
- 5) De ansatte yrkesutøverne er hovedaktører i forbindelse med iverksetting i denne typen virksomhet. Spesielt de to store review-artiklene (Greenhalgh et al 2004, Grol et al 2007) gir teoretisk støtte til å rette oppmerksomheten mot fagfolkene som står i førstelinjen for iverksetting.
- 6) Videre støtter studiene et institusjonelt perspektiv på iversksettingsprosessen, der studiet også omfatter en oppmerksomhet om faglighet, normer og verdier. Grol et al (2007) sin konklusjon om betydningen av en kombinasjon av rutinisering og monitorering av nye prosedyrer kombinert med vektlegglegging på integrert omsorg i forbindelse med iverksetting i klinisk virksomhet, passer godt inn i en slik forståelse.
- 7) Grol et al (2007) inkluderer spørsmålet om endringer i pasientenes atferd som viktig variabel i studiet av iverksetting i en sykehussammenheng.
- 8) Vår dokumentasjon peker i liten grad på den underliggende motsetningen mellom forskning og utviklingsarbeid i klinikken. Ofte kan motivene falle sammen, slik at man bruker forskning for å få i gang utviklingsarbeid. Samtidig krever forskning en annen og mye mer standardisert og styrt arbeidsmetode. Vi

mener det er viktig å ha en oppmerksomhet mot ulikhetene i kravene som stilles til forskning og til klinisk utviklingsarbeid.

På bakgrunn av dette analyserer vi i det følgende den tidlige fasen av iverksettingen av rus-somatikk satsingene i Bergen og Stavanger. Vi vil søke å få fram hvordan satsingene forankres i helseforetakene, hvordan det balanseres mellom erfaringsbasert kunnskap og rutinisering, og hvordan valg underveis bidrar til å utforme og utvikle intervensjonene.

4 Erfaringer fra modeller i andre land

Litteraturen viser et ganske motsetningsfullt bilde med hensyn til anbefalinger om integrerte strategier versus en ekspertmodell. Nordiske erfaringer med ”brief interventions” i allmennhelsetjenesten viser utfordringene knyttet til å integrere nye arbeidsmåter i etablert medisinsk praksis (NAT: 2009) – det er likevel vanskelig å si noe om det er den integrerte strategien i seg selv, eller kjennetegn ved konteksten der integrasjonen skjer som er utslagsgivende. Litteraturen gir uansett en betydelig støtte til å rette oppmerksomhet mot kontekstuelle betingelser, ikke minst mot de ansatte sin faglighet og verdimesse oppfatninger.

I det følgende går vi gjennom elementer vi mener er vesentlige i modeller for alkoholintervensjoner som er valgt ved tre sykehus. Dette er sykehus som har hatt rolle som inspirasjonskilder og modeller for tiltakene i Bergen og Stavanger. Disse er Bispebjerg og Odense hospital i Danmark og St.Mary’s Hospital i London.

4.1 Bispebjerg hospital

Innsatsen for alkoholintervensjoner ved Bispebjerg Hospital er nært knyttet til dette sykehusets rolle som WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals. Arbeidet med intervensjoner foregår ut fra en egen klinisk enhet ved sykehuset; Clinical Unit for Health Promotion. Det finnes et stort antall ”Collaborating centre” i WHO, og gjennom WHO-systemet er disse gitt oppgaver som går utover det rent kliniske i sykehuset der de er lokalisert. ”Clinical Unit of Health Promotion” har dermed en rolle internasjonalt så vel som nasjonalt, og ikke bare for Bispebjerg Hospital. Den nasjonale oppgaven dreier seg om kunnskapsformidling og bistand i forbindelse med forebyggende arbeid i sykehus.

Enheten er organisatorisk plassert som en tverrgående klinisk avdeling i Bispebjerg, og finansieres av Indenrigs- og Sundhedsministeriene, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bispebjerg Hospital (Mundt m.fl. 2003: 13).

Endringsperspektivet i Bispebjerg-modellen bygger på en oppfatning om en trinnvis prosess der følelses- og holdningsmessige prosesser etter hvert følges av høyere grads handlingsprosesser. Jo flere kognitive og atferdsmessige prosesser den enkelte benytter seg av, jo større er sjansen for at endringen fastholdes. I denne tenkningen legges det vekt på at helsearbeiderne bør undersøke hvordan pasienten forholder spørsmålene om forandring er *viktig* og hvorvidt det er *mulig*. Fra sykehusets side blir det da viktig å bidra til motivasjon og bistå i pasientens beslutningsprosess. Motivasjon betraktes som en kilde til og sannsynlighet for en bestemt atferd. Motivasjonsarbeidet dreier seg om å ”... øke sannsynligheten for at pasienten vil følge anbefalt endring av alkoholvaner.. ” (Mundt m.fl. 2003, 118)

Hanne Tønnesen (2002, 2003) sitt forskningsarbeid om sammenhengen mellom komplikasjoner etter kirurgiske inngrep og høyt alkoholforbruk har vært en viktig bakgrunn for intervensjonene ved Bispebjerg. Opplegget bygger tydelig på tenkningen

fra evidensbasert medisin der valg av intervensjon skjer på bakgrunn av dokumentert effekt. Det har vært viktig å dokumentere det som gjøres samt å utarbeide standarder og målinger for det man gjør konkret. Disse standardene er testet og validert slik at de sikrer at ledelsen er ansvarlig, identifikasjon og informasjon gis til pasienter og intervensjonen blir gjennomført. Videre skal de sikre at sykehuset er en helsefremmende arbeidsplass og at det samarbeides mellom sektorer og faggrupper.

Arbeidsmåten fungerer som kvalitetssikring og begrunner at tiltakene får finansiering via DRG-systemet. Arbeidet er systematisk presentert i rapporten fra Mundt m.fl. (2003).

Ekspertmodellen er styrt gjennom en samlet policy med retningslinjer som styringsverktøy. Opplegget bygges på felles standarder for forebygging, helsefremmende arbeid og rehabilitering i sykehus (Bispebjerg hospital, 2003).

- retningslinjer for hvordan den enkelte pasients behov for forebygging eller rehabilitering kartlegges
- hvordan helsefaglig informasjon gis
- krav om at sykehus skal ha et tilbud som imøtekommer pasientens behov
- hvordan oppfølging og evaluering skal foregå
- hvordan tverrsektorielt samarbeid og sikring av personalets kompetanser skal finne sted

Ved Bispebjerg har skepsisen mot ekspert-modellen vært økende i den siste perioden. I praksis er det et fåtall som er motivert for å være med i en alkoholintervensjon. Det krever høy grad av erkjennelse om eget problem. Tønnesen peker også på en ganske grunnleggende svakhet med tanke på vitenskaplige krav for effektmål. Identifiseringen av risikoelementer blir gjort for alle pasienter, og tilfredsstillende dermed de vitenskapelige kravene. Men når man måler effekt av intervensjon gjøres det bare i en gruppe som faktisk er motivert. Det skjer en seleksjon fra identifikasjon til at folk velger å gå inn i et rehabiliteringsprogram¹. For å få en forståelse av effekt på livsstil bør dessuten effekten følges over tid. Intervensjonen ved Bispebjerg illustrerer sånn sett hvordan intervensjoner utarbeides og iverksettes gjennom prosesser som holder høyt faglig og organisatorisk nivå, men som likevel får klare begrensninger på grunn av pasientenes egne ønsker og vurderinger av behov.

4.2 St. Mary's Hospital, London

St. Mary's Hospital har integrert virksomheten i forhold til identifikasjon og intervensjon av risikofyllt og skadelig bruk av alkohol i akuttmottaket. Kontaktpersonen ved sykehuset var Adrian Brown, som er Clinical Nurse Specialist og Alcohol Liaison

¹ Intervju Sept. 2008.

ved akuttmottaket (Accident & Emergency Department). Den følgende presentasjonen bygger i stor grad på hans framstilling i muntlig gjennomgang i september 2008.

St. Mary's er et åpent sykehus for byens borgere med en integrert legevakt. Modellen ved St. Mary's bygger på en oppfatning om at pasienter kan være mer mottakelige for intervensjoner når de kommer inn akutt. Intervensjonen ble beskrevet som "opportunistic interventions for drinkers" der de benyttet situasjonen som "a teachable moment" med tanke på konsum og konsekvenser. Rådgivingen skal bidra til økt kunnskap hos den enkelte om helsekonsekvenser av for høyt alkoholkonsum og en erkjennelse av at innleggelser kan unngås hvis inntaket reduseres.

Som intervensjonsmetode har de brukt et enkelt skjema som kartlegger alkoholforbruk; "The Paddington Alcohol Test". Denne var valgt fordi den er av liten og enkel og gjennomføre. Den ble imidlertid ikke brukt som screeninginstrument for alle, men i forhold til et sett av utvalgte diagnoser der alkoholkonsum har betydning. De ansatte var opplært i bruk av testen, samtidig som det ble gjort et arbeid også på holdningssiden for å skape en felles bevissthet om betydningen av å inkludere en oppmerksomhet om alkoholkonsum i behandlingen. Det ble også understreket at pasientens egen vurdering av konsekvensene av alkoholinntaket sitt og at han/hun aksepterer problemet og ønsker hjelp og endrer sin livsstil, er helt vesentlig for å lykkes.

I testen spørres det fire grunnleggende og ikke-dømmende spørsmål for å kunne identifisere pasienter som kan dra fordel av henvisning til spesialsykepleier med kompetanse på alkoholproblematikk. Først spørres det om den innlagte pasienten drikker alkohol. Dersom pasienten svarer ja på dette spørsmålet må han gå videre og besvare spørsmålene som dreier seg om hvor mye de drikker daglig, hvor mange enheter og hvor ofte de drikker mer enn 8 enheter. Det siste spørsmålet dreier seg om pasienten selv føler at innleggelsen er relatert til eget alkoholforbruk.

Oppfølgingen etter screeningen skjer gjennom et systematisk modell for Alcohol Health Work (AHW) Modellen tilbyr for det første pasienten Brief Advice (BA) fra lege eller sykepleier. Deretter tilbys Brief Intervention (BI) og vurdering fra spesialsykepleier med kompetanse på alkohol. AHW inkluderer også opplæring av sykehusets ansatte i grunnleggende oppmerksomhet rettet mot alkohol, opplæring i mer spesialisert informasjon om hvordan håndtere alkoholavvenningsproblematikk samt gi tilbakemelding om utfallet til den instans eller person som i første omgang hadde henvist pasienten. Arbeidet bestod altså av to parallelle prosesser:

- Alkoholintervensjoner i sykehus
- Støtte og utdanning/opplæring av ansatte i sykehus

Etter intervensjonen gir spesialsykepleier tilbakemelding til henvisende lege/sykepleier. Etter sykehusoppholdet kan St. Mary's henvise til et spekter av lokale tilbud med ulike former for behandlings- og rehabiliteringstilbud.

I presentasjonen framstod tilbudet ved St. Mary's som svært personavhengig og knyttet til Adrian Brown sin virksomhet. De var uklart hvordan tiltaket var forankret i ledelsen og overordnede strategier for sykehuset. Samtidig viser presentasjonen at strukturen legger vekt på å skape en sammenheng i pasientforløpet, med en oppfølging gjennom

behandlingsforløp og ut av sykehuset. Bruken av screeninginstrumentet er klart standardisert og oppfølgingsprosedyrene eksplisitt formulert.

4.3 Odense

Ved Odense hospital har man satset på en forebyggende strategi knytta til pasientenes livsstil. Ved hospitalet har man jobbet lenge med forebygging. Det er startet opp prosjekter på enkeltavdelinger, ett i Barneavdelingen og ett i Pasientskolen for kronikere, som man håper vil gi læring ut i hele hospitalet. I begge prosjektene er det involvert PhD-studenter. I utgangspunktet hadde man også tenkt å starte opp et prosjekt i Kirurgisk avdeling. Dette har vært vanskelig å få i gang; man har forsøkt to ganger uten å lykkes. En av hovedgrunnene til at det ble stoppet, var manglende ressurser.

En av de vi snakket med ved Odense uttalte i forbindelse med intervensering i forhold til alkoholbruk, at: ”Det er personalet som har vansker med å spørre, ikke pasienten som ikke vil”. Utsagnet var nok generelt, men kan kanskje også knyttes an til de vanskene man møtte med å inkludere Kirurgisk avdeling.

Motivasjonssamtale er en gjennomgående metode i begge prosjektene. Disse samtalene er basert på utforskning, samarbeid, autonomi, der behandleren blant annet skal vise empati, tydeliggjøre diskrepans, akseptere ambivalens, støtte mestringskompetanse hos pasientene, samt bruke bekreftelser, åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer i samtalene.² Kravet om evidensbasert intervensering kan vanskeliggjøre slike samtaler. Men det er pasienten som må være i sentrum, og det er viktig å motivere slik at han/hun vil motta informasjon. Det er sykepleiere/andre behandlere som gjennomfører disse samtalene.

Utgangspunktet for fokuseringen på og ønske om intervensering overfor pasientenes alkoholbruk, er at omkring 1/5 av innleggelsene er relatert til alkohol, at 1/5 av alle dansker drikker over 21 enheter (definert som risikofyllt alkoholbruk), at nesten 600 000 dansker har et skadelig forbruk, og at mange barn blir rammet av foreldrenes alkoholbruk.

Prosjektet i barneavdelingen er rettet mot foreldrene og fokuserer kun på alkohol. Utgangspunktet er at mange barn rammes av foreldrenes alkoholbruk. Ved avdelingen får alle foreldre tilbud om forebyggingssamtalen. Man har tatt i bruk CAGE-C (Cut down, Annoyance from others, feel Guilty, Early-morning Craving) som kartleggingsverktøy for alkoholbruk (begge foreldre). Det er sykepleiere ved avdelingen som gjennomfører samtalene, og overlegen ved avdelingen er involvert og positiv til prosjektet.

² For en gjennomgang av motivasjonssamtalen, se Rubak, S. m.fl. (2006): Den motiverende samtale. Systematisk oversichtsartikkel og metaanalyse. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, Januar 2006/1)

Dette prosjektet rettet seg mot pasienten og omhandler både kost, røyking, alkohol og mosjon (KRAM). Man foretar en screening i forhold til KRAM, og følger opp med en motiverende samtale ut fra dette. Prosjektet fungerer som en etterskole etter pasientskolen, og inneholder individuell oppfølging med et tverrfaglig undervisningsteam. Prosjektet baserer seg til dels på innkjøp av ressurser utenfra.

Modellprosjektene ved Odense består både av en mer integrert modell (barneavdelingen) og en mer ekspertmodell (pasientskolen), slik vi ser det. Ved den integrerte modellen er man sårbare for personellutskifting og oppfølging internt. Man har følgelig satset på å presentere noen gulrøtter for avdelingen. Ved en ekspertmodell er man avhengig av eksterne ressurser. Hva skjer når prosjektfinansieringen stanser opp, blir da et sentralt spørsmål, som for så vidt gjelder begge prosjektene. I den forbindelse jobber man med å få intervensjonen med motivasjonssamtale inn som en del av DRG-systemet.

4.4 Oppsummering: Erfaringer fra modeller i andre land

Vår vurdering er at man både satset på en mer integrert modell (barneavdelingen ved Odense og St.Marys) og ekspertmodell (pasientskolen Odense og Bispebjerg). Det er likevel vanskelig å konkludere med hvilken modell som er best egnet. Ekspertmodellen krever eksterne ressurser, og man blir i en forstand utvendig i forhold til det daglige behandlingsforløpet, noe som medfører at det blir vanskelig å identifisere og intervensjon overfor aktuelle pasienter. Den integrerte modellen krever opplæring og engasjement fra helsepersonellet ved avdelingen, noe som kan være vanskelig å få til i en travel hverdag med knappe ressurser. Vanskene med å inkludere Kirurgisk avdeling kan kanskje tolkes i den retning. Dessuten blir nøkkelpersoner særskilt viktige, og man blir sårbare for utskifting. Utdanning av personell i forhold til rusmisbruk synes å være et viktig element ved alle modellene, og kan til dels være med på å fremme engasjementet og involveringen fra helsepersonell. Også gulrøtter til avdelingen når de følger opp med identifisering og intervensjon overfor risikofullt rusbruk, blir trukket fram. Når det gjelder pasienterfaringene fra modellforsøkene, er disse få foreløpig.

De tre strategiene som er valgt ved de tre besøkte sykehusene, plasseres litt ulikt i forhold til innspill fra litteraturstudien. Bispebjerg framstår som den tydeligste modellen med solid forskningsmessig og organisatorisk forankring. Likevel viser den også noen klare svakheter i forhold til oppfølging fra fagfolkene på avdelingene og interesse fra pasientenes side. Innsatsen blir stående som ganske isolert, og treffer kanskje ikke på erfart behov verken hos yrkesutøverne i avdelingen eller hos pasientene. En mulig forklaring er at forskningsorienteringen har gått på bekostning av klinisk tilpasning.

Ved St. Mary's er intervensjonen mer avgrenset, men likevel klart forskningsmessig forankret gjennom de faglige vurderingene av hvilke diagnoser som gir grunnlag for intervensjon. Virksomheten ved St.Mary's har tydelig forbindelse ut av sykehuset, mens den organisatoriske ledelsesforankringen er mer utydelig. Det er lagt betydelig vekt på opplæring av ansatte og selve intervensjonen gjøres av sykepleier i avdelingen. Alkohol er blitt en egen spesialitet for spesialsykepleiere som har stilling som "Clinical Nurse Specialist". Dermed er dette en integrert modell som gjennom en kombinasjon av en

enkel manual (Paddington Alcohol Test) og en noe mer åpen Brief Intervention ser ut til å fungere godt i den kliniske hverdagen. Den korte intervensjonen har en tydelig målsetning om å øke pasientenes bevissthet om livsstil, men den rettes mot et begrenset utvalg av pasienter. Dermed treffer den lettere et erkjent behov både hos profesjonelle og pasienter.

Ved Odense Hospital skjer alkoholintervensjonen på to ganske ulike arenaer, som nødvendigvis krever ulike strategier. Intervensjonen ved Barneavdelingen rettes mot foreldres problematiske alkoholbruk, mens Pasientskolen retter innsatsen mot alkoholbruk hos kronikere. I begge sammenhengene finnes det klart erkjente behov for innsats og begge har den motiverende samtale som viktigste arbeidsredskap. De to arenaene krever en noe ulik organisatorisk forankring; ekspertinnsatsen i Pasientskolen krever finansiell sikring, mens innsatsen i Barneavdelingen krever at opplæring og motivasjonen blant fagfolkene opprettholdes. Arbeidet ved Odense framstår som tydelig klinisk fundert.

Dokumentasjonen fra de tre sykehusene er begrenset, og vi skal være tilbakeholdne med sterke konklusjoner. Inntrykkene sier likevel ganske mye om betydningen av at pasienter og ansatte som skal arbeide med intervensjoner erfarer et behov for at noe skal gjøres fra sykehusets side, og at det skapes et "program community". Videre ser vi betydningen av at det er en bredde i opplæringsinnsatsen slik at innsatsen blir minst mulig personavhengig. Dette er en forutsetning for en ekspertmodell, men kanskje enda viktigere i mer integrerte modeller. Til sist er det også tydelig at manualiseringen dekker en avgrenset del av det som gjøres. Selv om det skjer en standardisering også av den motiverende samtalen forblir dette en mer åpen samtale med målsetning om å påvirke pasientens holdninger og handlinger.

5 Oppbygging av rusinnsats Haukeland Universitetssykehus (HUS)

Oppbyggingen av rusinnsatsen ved Haukeland Universitetssykehus har skjedd gjennom strategiplanene fra den siste perioden, etableringen av Rusmedisinsk team i september 2007, og opprettinga av Avdeling for rusmedisinsk koordinering og kompetanse i desember 2008. I det følgende skal vi drøfte hvordan disse innsatsene plasserer seg i forhold til spørsmålet om integrert eller ekspertiseorientert strategi, og gi et bilde av hvordan innsatsen har utviklet seg i løpet av de to årene 2007 og 2008.

5.1 Strategiarbeid for rusinnsatser i Helse Bergen

Helse-Bergen kunne i forbindelse med rusreformen i 2004, betegnes som en liten og delvis ny aktør på rusfeltet. Porteføljen i rusbehandling var svært liten sammenlignet med de store private aktørene i rusbehandlingen som Bergensklinikkene og Blå Kors.

Etter rusreformen valgte Helse-Bergen i første omgang å flytte alt som hadde med rus å gjøre over i psykiatrien. Helse Bergen sin egen virksomhet bestod da av Floen kollektivet og to Psykiatriske ungdomsteam som ble slått sammen. I 2007 ble dette endret, og rus ble lagt direkte under toppledelsen i Helse-Bergen, og ledelsen fikk ansvar også for å kjøpe og selge gjestepasientplasser på "spot". I styringsdokumentene fra Helse Vest ble Helse Bergen tildelt den koordinerende rollen i området, men de manglet likevel tyngde i forhold til de private institusjonene. For å utvikle egentyngden har ledelsen i Helse Bergen hatt mange runder i forhold til sine "egne" virksomheter – for å videreutvikle det som er i Floen og PUT. Floen ble betydelig styrket med faglig personale i løpet av 2008.

Ved utgangen av 2008 ble det etablert en "Avdeling for rusmedisinsk kompetanse og koordinering". Avdelingen skal ta seg av arbeidet med døgnplasser og gjestepasienter. Videre skal den ha ansvar for samarbeidsavtaler med private og kommunene og utvikle forbindelsene til kliniske avdelinger. Rusmedisinsk team skal ligge i denne avdelingen.

Arbeidet med rustematikken er tydelig forankret i strategidokumenter i Helse-Bergen nå, både i Strategiplan 2008-2012 og i en egen Rusplan som ble vedtatt i juni 2008. Fra sykehusets side understrekes det at oppmerksomheten ikke bare rettes mot behandling, men at inkludering av rus i spesialisthelsetjenesten også dreier seg om å arbeide forebyggende knyttet til pasientforløp i sykehuset mer generelt.

Valget av et perspektiv som inkluderer hele pasientforløpet bygger blant annet på en erkjennelse av at det er svært mange ruspasienter i Helse Bergen (HB) som oppfattes som en stor utfordring også for somatikken. De blir ikke møtt på en god måte, blant annet på grunn av manglende kompetanse blant helsepersonell. De følges heller ikke opp med videre tiltak. De utkvitteres mens systemet ofte trekker et lettelsens sukk. Behovet for ruskompetanse i somatikken omfatter også ikke-erkjente rusproblemer som er underliggende for ulike sykdommer. Strategiplanen (2008-2011) presenterer tre

hovedutfordringer på rusfeltet; underdiagnostisering/underbehandling, kompetanse på rus og ferdigheter til å møte disse problemene, og pasientflyt internt i foretaket og i forhold til kommunen og private institusjoner.

For å skape bedre sammenheng i behandlingstilbudet også ut av sykehuset er det etablert samarbeidsavtale med Bergen kommune om akuttavrusning. Med hensyn til "kronikeromsorgen" var det høsten 2008 fortsatt svært mange som ble sendt ut av regionen. HB er blant dem som sender relativt mange ut. Hver år gjelder dette 40-50 pasienter med unge med spesielt store rusproblemer og en gruppe av eldre LAR-pasienter (Rusplan for HB 2008).

5.2 Rusmedisinsk team

Rusmedisinsk team ble etablert 1. september 2007. Strategiplanen (2008-2012) legger opp til at Rusmedisinsk team skal ha kompetanseheving i forhold til pasienter med rusrelaterte problemer som sin hovedoppgave.

Ledelsen oppfatter klart at Rusmedisinsk team sin primæroppgave er å bygge opp kompetanse, få rustematikken inn i undervisning og drive opplæring blant ansatte i foretaket.

I oppstartsfasen for Rusmedisinsk team ble det lagt stor vekt på å få oversikt over erfaringer fra andre institusjoner. Tenkningen i den tidlige fasen kom til å bygge tydelig på modellen fra Bispebjerg. I en periode ble det planlagt å etablere en egen poliklinikk for helserådgivning rettet spesielt inn mot pasienter med for høyt alkoholkonsum der elementene fra Bispebjerg (forebyggelsesskjema og forebyggelsessamtalen) skulle brukes.

Det som viste seg enklest å komme i gang med var likevel informasjons- og opplæringstilbudet overfor stab og studenter.

Høsten 2008 var noe gjennomført, mens oppleggene for E-læring var nesten ferdig utarbeidet:

- 1) Kurs for turnuskandidater; to-dagers kurs - gjennomført for tre grupper. Hvert kull skal ha kursing.
- 2) E-læringskurs. Dette var tenkt som et kurs for brede grupper av ansatte, men er nå tatt vesentlig ned. Høsten 2008 ble E-læringstilbudet utformet som to typer kurs rettet mot ulike faser i den helsefremmende innsatsen. A) Et E-læringskurs bygd spesifikt rundt identifikasjonsskjemaet (Audit C) og prosessen med å kartlegge og avgjøre om pasientene skal få tilbud om livsstilsrådgivning/samtale, samt kommunikasjon i forbindelse denne prosessen (identifikasjonskurs). B) Et litt mer omfattende E-lærings-kurs for livsstilssamtalen.

Innholdsmessig var kursene på plass høsten 2008, men det manglet noen avgjørelser i forbindelse med igangsetting. Planen var å starte identifikasjonskurset i februar 2009, mens kurset i forbyggingssamtalen ikke var planlagt før høsten 2009. I perioden fram til at ansatte hadde gjennomgått opplæring i gjennomføring av livsstilssamtalen, skulle

ansatte fra Rusmedisinsk team delta aktivt i forbindelse med utprøvinger, ved å selv gjennomføre livsstilssamtaler.

Den "Helserådgivende poliklinikk" ble våren 2008 planlagt som en egen enhet med 3-5 ansatte. De skulle rette oppmerksomheten mot livsstil både før, under og etter innleggelse. De skulle også ha en form for ambulant funksjon med muligheter for oppsøkende og konsulterende innsats under innleggelse. Tanken var også at de skulle ha en rolle i oppfølging etter behandling.

Videre arbeid med å konkretisere denne innsatsen skulle rettes mot kirurgisk og medisinsk avdeling. Rusmedisinsk team var bevisst på at personalet på postene hadde en viss skepsis mot å legge inn helserådgivning som del av virksomheten.

Høsten 2008 ble opplegget for en egen klinikk for alkohol mer og mindre forlatt. Arbeidet gikk da i retning av en integrert modell med samarbeid med Lærings- og mestringssenteret om en "Helsefremmende poliklinikk". Begrunnelsen var blant annet at forskning viser at ca 40 % av dem som kommer i kontakt med sykehuset har en eller flere livsstilsrelaterte problematikker som har betydning for sykdomsutvikling og behandlingsforløp. Videre beskrev Teamet at det ble vanskelig å holde fast på et perspektiv med kun alkohol da de begynte å arbeide konkret med dialoger i forhold til livsstilssamtalen. Det virket "kunstig" – og det var vanskelig å tro at det kunne fungere.

Den nye modellen fra høsten 2008 gikk ut på at pasienter i risikozonen skal bli møtt med tilbud om en livsstilssamtale. 2-3 sykepleiere for hver post skal utdannes til gjennomføring av en halv times samtale som dreier seg om hvordan livsstil påvirker sykdom og behandlingsforløp. Samtalen skal være individuelt tilpasset. Dette tilbudet skal være blant det første man møter ved posten.

Dette ble dermed en mer integrert intervensjon enn det som opprinnelig var planlagt – den blir tydeligere individuelt tilpasset, samtidig som den vil omfatte livsstil mer generelt.

Gjennom samarbeidet med andre aktører ble det etter hvert aktuelt for Rusmedisinsk team å involvere HUS i nettverket for Helsefremmende sykehus. Utover året i 2008 framstod det som ganske klart at det var stor grad av usikkerhet om HUS skulle gå inn i dette. Tenkningen om forebygging har sterk støtte på toppen i Helse Bergen, men ledelsen oppfattet likevel det helsefremmende arbeidet og rusarbeidet som to ganske atskilte temaer, der spørsmålet om det internasjonale nettverket for helsefremmende sykehus må behandles i en egen prosess.³ Fra ledelsen i Helse Bergen var det et klart ønske om å sikre innsatsen i forhold til opplæring og rusinnsatser i forhold til pasientforløpet. Primært skulle Rusmedisinsk team utvikle rusinnsatsen i den kliniske virksomheten og spesielt knyttet til alkohol som et folkehelseanliggende.

5.3 Status ved "baseline"

I figuren under viser status for rus-somatikk-satsingen ved Haukeland Universitetssykehus. Kolonnen til venstre beskriver det vi anser som fire hovedmomenter i handlingsplanen for rus og somatikk, og kolonnen til høyre beskriver status på undersøkelsestidspunktet⁴.

Hovedmoment handlingsplanen for Rus&Somatikk	
A. Opplæring av helsepersonell	I gang med opplæring på poster/avdelinger
B. Livsstilssamtaler for identifikasjon og intervensjon	Planlagt pilot
C. Helsefremmende poliklinikk	Under planlegging
D. Rusmedisinsk Team Avdeling for rusmedisinsk kompetanse og koordinering	Etablert
	Planlegges i 2009

⁴ Opprettelse av Avdeling for rusmedisinsk team og koordinering ved Haukeland Universitetssykehus ble vedtatt i 2008 og skal igangsettes fra 2009.

6 Oppbygging av rusinnsats i Stavanger Universitetssykehus (SUS)

Stavanger universitetssykehus vedtok i april 2008 strategi og handlingsplan for rus og somatikk⁵. Målet for planen er å forbedre behandlingskvalitet for pasienter ved å identifisere og intervenere overfor pasienter med skadelig rusmiddelbruk. Planen blir sett i sammenheng med WHO's nettverk av helsefremmende sykehus⁶ (livsstil/helsestrategi rettet mot røyking, overvekt, fysisk aktivitet, underernæring). Når det gjelder alkohol, inneholder planen prosedyrer for intervensjoner og prosedyrer for pasienter med intoks/eller skade etter rus, pasienter med kjent rusmiddelavhengighet eller pasienter med risikofullt alkoholforbruk.

6.1 Innsatser

Erfaringer som inngår i Rus & somatikk prosjektet er hentet fra medisinsk klinikk og MOBA. I undersøkelsesperioden var det ikke satt i gang tiltak på kirurgiske poster. Kompetansesenter for rus har satt i gang flere prosjekter, bl.a. et dr. grads prosjekt på kirurgisk-ortopedisk klinikk. Erfaringer fra disse prosjektene blir ikke rapportert her.

Innsatsene på medisinsk avdeling omfatter post for infeksjonsmedisin (3F) mage, tarm sykdommer (6G) og poster for akutt mottak, observasjon- og behandling (MOBA). På postene er det satt i gang forsøk med å innarbeide nye rutiner for voksne med rusproblemer. Det er gjennomført skoloring av ansatte og det er satt av stillingsandeler for lege og sykepleiere som skal bistå dette arbeidet.

MOBA har faste rutiner ved intoks (suicidale) og samarbeider her med Psykiatrisk klinikk. Avdelingen har nylig innført faste prosedyrer og rutiner for barn under 18 år ved intoks. Pasientene og foreldre tilbys samtale med sosionom på sykehuset

Sykehuset har inngått samarbeid med Rogaland A-senter⁷ om ruspasienter. Pasienter med kjent rusproblem får tilbud om samtale med fagperson fra a-senteret.

5 Rus og somatikk – strategi og handlingsplan for 2008 og 2009. Behandlet i SUS ledergruppe 22.04.09. Utarbeidet av KoRFor – Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

6 The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. World Health Organization Europe. WHOLIS Number E90777.

7 Rogaland A-senter er et behandlings- og kompetansesenter for rusrelaterte vansker, eid av Kirkens bymisjon. Senteret har driftsavtale med Helse Vest.

6.2 utfordringer

Utfordringer knyttet til Rus og somatikk satsingen dreier seg i stor grad om pasienter med risikofullt forbruk, men hvor problemet ikke er erkjent av pasient eller ikke kjent av sykehuspersonalet.

En utfordring er å identifisere rusbruk hos pasienter som ikke sjøl har definert sitt rusproblem eller høyt forbruk av alkohol. Flere av de ansatte som arbeider ved de aktuelle postene erfarer at det ikke er lett å identifisere pasienter i "grenseland". Sykehuset har gode rutiner ved inntoks og kjent rusmiddelmissbruk, men for pasienter med ikke kjent risikofullt forbruk er prosedyrer ikke på plass, verken når det gjelder identifisering eller intervensjoner. Det er behov både for ytterligere skoleing av ansatte, for kunnskap om teknikker for å identifisere rusproblemer og gjennomføre samtaler om rusforbruk. Man har erfart at det er en utfordring å ta opp "den vanskelige samtalen" om pasienters rusbruk. Dette gjelder ikke minst ønsket om å registrere alkoholforbruk i form av alkoholenheter hos pasientene. Ansatte er svært utrygge på å kommunisere med pasienter om rus, hevder en av de ansatte.

For å styrke motivasjonen til å følge opp Rus & somatikk strategien på de enkelte postene, er det også en oppfatning blant ansatte at legene må følge opp med utprøving av rutiner.

De ulike postene har liten erfaring med intervensjoner når det gjelder rus. Også på dette feltet er det behov for mer skoleing. På postene er man ikke helt tilfreds med opplegget for å gi pasientene informasjon.

Det er ulikt syn på sykehusets oppgaver i forhold til intervensjon og oppfølging av pasienter. Her må man skille mellom oppfølging av pasienter med kjent rusproblem og pasienter med risikofyllt forbruk. Der hvor rusproblemene er kjent, er det sykehusets oppgave å henvise pasientene til andre instanser, f. eks. Rogaland A-senter. Generelt må strategien være å kunne samarbeide med andre instanser, når pasienter har behov for oppfølging og behandling for rusmiddelmissbruk, mener ansatte.

Fra medisinsk avdeling rapporteres at det ikke er lett å dokumentere virkninger av alkohol i forbindelse med behandling. Effekter av å redusere forbruk er bedre dokumentert ved kirurgisk behandling, og kirurgene har trolig mer å hente på kortsiktig reduksjon av alkoholinntak enn. Effekten er trolig mindre på medisinsk klinikk, mener fagpersonell. Det kan likevel se ut som om bevisstheten om rus er større i medisinsk avdeling enn på kirurgiske avdelinger. Ved medisinsk avdeling ser man imidlertid verdien i å kunne gi informasjon til pasientene om skadevirkninger ved alkoholforbruk i forbindelse med behandling. Opplysning og informasjon forventes å ha en forebyggende effekt. Mange informanter er opptatt av at det er stort tidspress på medisinsk klinikk og at rus er et område som lett kan forsvinne ut av fokus.

Av de pasientene som behandles ved medisinsk avdeling er ca 10 prosent rusrelatert, og av disse gjelder syv-åtte prosent alkohol.

Kvinneklinikken har ikke satt i gang egne tiltak i forbindelse med Rus og somatikk-prosjektet, men klinikken har lang tradisjon med oppmerksomhet på rus hos mødre og har rutiner ved rusproblemer hos gravide. Ved klinikken følger man opp Sosialtjenesteloven og tiltak rettet mot gravide mødre. Sosionom tilbyr samtaler ved rusproblemer hos foreldre.

6.3 Organisering av tiltak i rus-somatikk-satsingen

I Rus&somatikk strategien er det foreslått to modeller for å organisere innsatsen på sykehuset. Det skilles her mellom en modell der tjenesten er integrert i de aktuelle postene og en modell med et eksternt ekspertteam som skal utføre tjenester for postene.

I strategiplanen går sykehuset inn for å etablere en ressursenhet for rus og somatikk. Hensikten med rusenheten er å sikre et tilfredsstillende pasientforløp og å bygge opp kompetanse som ikke kan legges til den enkelte post eller avdeling. En tenker seg at enheten organiseres som en egen poliklinikk med DRG-finansiering.

I denne kartleggingen har vi spurt informantene om synet på etablering av en slik ressursenhet.

Kommentarer fra ansatte er at en slik enhet kan bli vanskelig å kommunisere ut i avdelingene. Hvis den skal lykkes må den oppleves som nyttig og må kunne avlaste avdelingene. Hvis et ressurstema kun kan tilby veiledning, er det fare for at den ikke blir brukt, mener ansatte. Enheten må være fleksibel og kunne ta samtaler med pasientene. Det legges også vekt på at enheten må ha tverrfaglig kompetanse og må kunne fungere ambulant innenfor sykehuset. For at det hele skal fungere må det etableres gode rutiner som sikrer kommunikasjon med avdelingene.

Alternativet til et ressursteam er å integrere rus-somatikk-arbeidet i avdelingene. Når det gjelder denne modellen, påpekes det at aktiviteter kan være vanskelige å planlegge ute i avdelingen fordi det skjer ting hele tiden og det kan bli vanskelig å planlegge en samtale. Oppfatningen er at avdelingene har for liten tid til å holde oppe oppmerksomheten på rus. Det er liten tradisjon for å snakke om rus blant sykepleierne. Stor utskifting av personale gjør det vanskelig å beholde stabil kompetanse på postene. Det er imidlertid viktig å ha ressurspersoner på avdelingene som kan fungere som kontaktperson med en ressursenhet og holde oppe interessen på avdelingene.

I tillegg er det noen nødvendige forutsetninger for at et system skal fungere. Det må være vedtatte faste prosedyrer for oppdagelse og intervensjon og personalet må ha tilstrekkelig opplæring.

MOBA (mottak, observasjons- og behandlingsavdelingen) er et hovedsted for ikke planlagte innleggelses. Avdelingen har stor gjennomstrømning av pasienter, noe som gir et godt nok grunnlag for å innføre en integrert modell.

6.4 Konklusjon

I rus og somatikk satsningen er det iverksatt en rekke tiltak på medisinsk klinikk og på akuttmottak, observasjons- og behandlingsenheten. Det er gjennomført opplæring knyttet til identifisering og intervensjoner og det er avsatt stillingsressurser til dette arbeidet.

Hittil er innsatsen i stor grad organisert integrert i de enkelte postene. Det er ikke opprettet eget rusteam.

I løpet av 2008 rapporterer ansatte om styrket oppmerksomhet om rusproblemer. Det er etablert et tiltak for barn under 18 år med inntoks. Prosedyrer for inntoks hos voksne var innført før rus&somatikk prosjektet. I tilfeller der rusmiddelmissbruk er kjent, kan sykehuset henvide pasient til samtale med representant for Rogaland A-senter.

De største utfordringene er knyttet til kartlegging og identifisering av forbruk der stort forbruk ikke er åpenbart. Ansatte rapporterer også om utfordringer med å ta opp og gjennomføre samtaler med pasienter om rus i slike tilfeller.

Implementering av en rus-strategi må konkurrere med de vanlige hovedoppgavene på postene. Selv om oppmerksomheten om rus er styrket og ansatte er motivert for russatsingen, opplever de konflikt med prioritering av oppgaver. For å løse dette dilemmaet peker ansatte på at identifisering og intervensjoner i forhold til rus må inn i faste prosedyrer, for å sikre god oppfølging. Hittil er det ikke etablert slike prosedyrer, bortsett fra tiltak overfor barn under 18 år med inntoks. Samarbeide med Rogaland a-senter om voksne med kjent rusmiddelmissbruk fungerer godt.

Vår konklusjon er at identifisering og intervensjoner overfor pasienten med risikofylt alkoholforbruk er krevende å organisere på somatiske poster på medisinsk avdeling og på MOBA. Gevinst i forhold til diagnoser er i mange tilfeller usikker og tiltak risikerer derfor å bli nedprioritert. Det er interesse blant personalet å følge opp russatsingen, men det kan bli en utfordring å holde oppmerksomheten på rus i en travel hverdag. Russatsingen har høy grad av legitimitet, men arbeidet med identifisering og intervensjoner må ofte vike for mer presserende oppgaver.

Gevinsten ved å redusere alkoholforbruk er bedre dokumentert i forbindelse med kirurgiske inngrep, men kirurgiske poster har vært lite involvert i rus-somatikk-satsingen så langt.

6.5 Status for rus-somatikk-satsing ved SUS

I pasientkategori med intoks og skader fra akutt rus er det rettet fokus mot unge under 18 år med varsling av foreldre og tilbud om samtale. For voksne over 18 år, er det tilbud om samtale med representant fra Rogaland A-senter. Pasienter med kjent rusmiddelavhengighet får også dette tilbudet.

Når det gjelder pasientkategorien med risikofylt, men ikke kjent alkoholmissbruk, er helsepersonell skolert for å kunne identifisere og å gjennomføre samtaler for denne pasientgruppen på akutt mottak og på et par medisinske poster. Kirurgiske poster er

foreløpig ikke med i satsingen. Det er ikke etablert faste prosedyrer for identifikasjon og intervensjon for denne pasientgruppen.

I figuren under har vi forsøkt å skissere status for rus-somatikk-satsingen på SUS. Mørkere farge indikerer områder hvor en kommet lengre enn de lyse områdene.

<i>Pasient-kategorier</i>	<i>1. Skader fra akutt rus, med særskilt fokus på unge og alkohol</i>	<i>2. Kjent rusmiddel-avhengighet</i>	<i>3. Risikofyll rusmiddelbruk – konsentrert om alkoholbruk</i>
Hovedmoment handlingsplanen for Rus&Somatikk			
A. Informering og skolering av helsepersonell	I stor grad på aktuelle poster/klinikker	Til en viss grad på aktuelle poster/klinikker	I varierende grad på noen poster/klinikker
B. Rutiner/prosedyrer for identifikasjon og intervensjon	Innarbeidet rutiner/prosedyrer (voksne og under 18 år)	Til en viss grad på aktuelle poster/klinikker avtaler om henvisning videre	I liten grad
C. Oppbygging av en Livsstils-ressursenhet	Ikke etablert		

7 Avslutning

Målsetningen for dette arbeidet har vært å få en forståelse av hva som er status ved oppstart av rus-somatikk-satsingen, og hvordan det skjer tilpasninger og endringer gjennom den tidlige iverksettingsprosessen. Den konkrete studien dekker i overkant av ett år i denne prosessen og illustrerer at endringer skjer fortløpende. I framstillingen har vi lagt vekt på spørsmål om:

- Balanseringen mellom ekspertiseorientert versus integrert organisasjonsmåte
- Hvilken type rusmisbruk, erkjent versus ikke erkjent
- Ledelsesforankring
- Iverksettingsmetode: opplæring, monitorering og standardisering

Vi vil i det følgende diskutere hvordan disse avveiningene blir gjort i Stavanger og Bergen, og se det i lys av modellene ved sykehusene vi har besøkt i forbindelse med denne studien.

7.1 Oppsummerende diskusjon

Ekstern ressursenhet

Innsatser på Bispebjerg hospital og livsstilskolen ved Odense representerer i stor grad en ekspertmodell. Rusmedisinsk team ved HUS kan også betegnes som en ekspertstrategi. Ved en slik strategi er det vesentlig at pasienter/brukere opplever tilbudet som nyttig. På Bispebjerg var det for eksempel vanskelig å rekruttere et bredere utvalg av pasientene. En sykepleier med ansvar for identifikasjon og motivasjonssamtaler sa det slik: ”Vi er veldig flinke til å identifisere om folk røyker eller drikker, men det er ingen kopling mellom identifikasjon og intervensjon.” Derfor var de i en prosess der hele tiltaket ble omformulert i retning av en mer integrert modell. For å klare å motivere pasientene som trenger tiltak, måtte motiveringen skje av behandlerne ute på avdelingen. Strategien med en ekstern fagperson som pasientene ble henvist til, fungerte ikke etter hensikten. Heller ikke den integrerte modellen fungerte, skulle det vise seg. På kirurgisk klinikk hadde man tilbud om samtaler, men nesten ingen pasienter ville delta i samtaler. Erfaringene var også at de samtaler som ble gjennomført, ga liten effekt. Konklusjonen på Bispebjerg var derfor å avslutte tilbudet om samtaler som gjelder bruk av alkohol. Dermed mistet mye av russtrategien sin aktualitet.

SUS har gode erfaringer med utenforstående ekspert til oppfølgende samtaler, men det skjer i forhold til kjent og erkjent rusproblem. Dette er arbeidet er et resultat av et samarbeid mellom sykehuset og Rogaland a-senter. Ekspertmodellen viser større svakheter i forhold til det å fange opp pasienter med ikke kjente eller erkjente rusproblemer. Rusmedisinsk team i Bergen var i utgangspunktet en ekspertstrategi. Det at virksomheten ble knyttet nærmere opp til Lærings- og mestringssenteret, kombinert

med kompetanseoppbygging ved alle avdelingene, har imidlertid endret satsingen. Den framstår nå som en vesentlig mer integrert tosidig strategi: bruk av ekspertise ved Lærings- og mestringssenteret i samarbeid med personell i avdelingene.

Erfaringen fra Bispebjerg, Odense og Stavanger viser at kommunikasjon med avdelingene krever tverrfaglighet og et ambulant tilbud (til avdelingene). Samtidig må det vedtas faste prosedyrer for gjennomføring av identifikasjon og intervensjon, slik at ekspertisenheten kan bli koblet inn. For at dette skal kunne bli et bærekraftig opplegg, må ekstern ressursenhet være en reell nytte for avdelingene ved å kunne avlaste postene, for eksempel ved gjennomføring av motivasjonssamtaler.

Integrert modell

Barneavdelingen ved Odense og SUS har kommet lengst i retning av en integrert modell. Problemstillingen her blir å skape legitimitet på avdelingene for å sette av tid og ressurser til arbeidet. Selv om det settes av konkrete ressurser til arbeidet (for eksempel ved en halv stilling), er det en fare at en slik person kommer i en mellomposisjon mellom avdelingens ordinære arbeid og rusintervensjonen. Man blir avhengig av ressurspersoner og det er svært sårbart for utskifting. En integrert strategi må gå lengre enn kun å plassere ansvaret på én person i en avdeling. Identifikasjon og intervensjon må innarbeides i ordinære rutiner og prosedyrer for å overvinne en svak tradisjon for å gå inn i rustematikken i spesialisthelsetjenesten. Motivasjonssamtaler må prioriteres på linje med behandlingen for øvrig og, som for ekspertmodellen, er opplevd nytte og relevans nødvendig for å opprettholde systemet over tid.

Det mulige mer enn det kunnskapsbaserte

Hvordan formidles og tolkes spørsmålet om medisinsk gevinst av rusintervensjoner i somatikken? Presentasjonen av Bispebjergmodellen var en tydelig opptakt til rus-somatikk-satsingen innen kirurgi. På tross av dokumentasjonen, har det likevel vært vanskelig å gjennomføre identifikasjon og intervensjon på kirurgiske poster. Ved SUS har man derimot gjort forsøk med intervensjoner på medisinske poster og på MOBA. Det ser således ut som man har kommet lengst med intervensjoner der effekten i minst grad er dokumentert, nemlig ved medisinsk avdeling. Innsatsen er dessuten i stor grad rettet mot pasienter med kjent rusproblem og i mindre grad mot pasienter med ikke kjent rusproblem. Spørsmålet er følgelig hvorvidt det er et samspill mellom erfarte behov, erkjente helsegevinster og de ressursene som går med. I lys av dette kan det se ut som om man velger en modell som ikke krever like mye interne ressurser på avdelingene, slik en integrert modell vil kreve.

Erfarte problemområder

Den viktigste erfarte motsetningen som trer fram i materialet, er mellom tradisjonell klinisk virksomhet og utviklingsarbeid. I utviklingsarbeid må en foreta avvik fra etablerte rutiner, noe som oppfattes som en merbelastning. Denne motsetningen kan til dels løses ved to tilnærminger: a) Man etablerer en fellesforståelse av situasjonen basert på dialog mellom de sentrale aktørene på avdelingsnivå, samtidig som b) ledelsen vedtar at rus-somatikkstrategien skal implementeres og etablere prosedyrer som avdelingene skal følge opp.

En annen mulig motsetning kan en se mellom utviklingen av et behandlingsforløp og målsettingen om forskning. Denne motsetningen skyldes at forskning krever en mer stringent metode og dokumenterbare prosjekter enn et utviklingsprosjekt. Det er også slik at et forskerprosjekt ofte opererer til dels på siden av den daglige behandlingen og er midlertidig, og således ikke klarer å gripe inn i behandlingsforløpet. Det er vanskelig å tjene to herrer samtidig.

Det samme kan sies om forholdet mellom det å utvikle en behandlingsmodell og å drive med intervensjoner rettet mot den enkeltes livsstil. Ved å forskyve målsettingen fra å utvikle en behandlingsmodell, der man skal få pasienten til å avstå fra alkohol før og etter et operativt inngrep, til å gjelde livsstil mer generelt, endres innholdet i intervensjonen, og muligheten for å oppnå den første målsettingen svekkes.

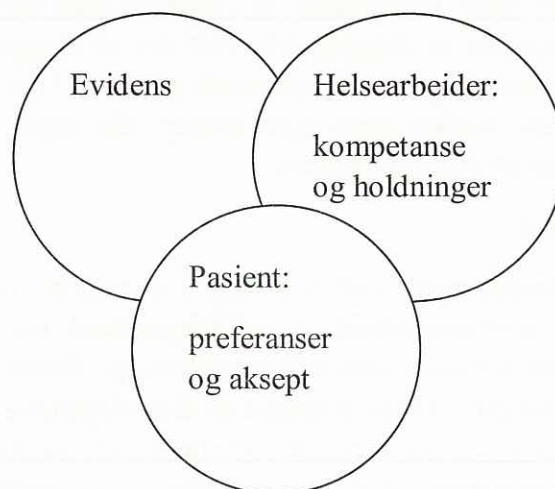
7.2 Anbefalinger

En fare ved Rus-somatikk-strategien er at man vil for mye på kort tid. Slik vi ser det, er det nødvendig å forenkle satsingene. Ved tidsknapphet er det vanskelig å få personalet til å gjøre en ekstra innsats.

Vår hovedanbefaling går i en forstand i motsatt retning av det man til nå har satset på. I strategiplanen fra SUS legger man vekt på å kartlegge mulig risikofylt alkoholforbruk der dette ikke er åpenbart. Resultatet av kartleggingen avgjør om det skal settes i gang intervensjoner overfor pasienten med informasjon og tilbud om samtale.

Ved valg av strategi må man ta hensyn til flere samtidige forhold (se figuren under).

1. Evidens
2. Personalets kompetanse og holdninger
3. Pasientens preferanser og aksept



Man kan si at en balanse mellom de tre faktorene er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for gjennomføring av russtrategi i somatiske avdelinger. Det er også en fjerde betingelse som omhandler økonomi og krav til effektiv drift på poster/avdelinger. På dette området har russatsingen støtt på begrensninger.

Erfaringer fra andre sykehus tyder på at postene må ha et eierforhold til rus-somatikk satsingen, hvis den skal få prioritet og følges opp ute i sykehuset. Men selv da, er man ikke garantert at strategien blir virksom. På Bispebjerg hospital erfarte man at pasienter ikke vil ta i mot tilbud om motiverende samtale, og man sluttet derfor å gi dette tilbudet. Når det gjelder russatsingen i Helse Vest, har man ikke tiltrekkelige kunnskaper om pasientenes preferanser.

På grunnlag av erfaringer fra rus-somatikk-satsingen er vårt forslag at alle pasienter som skal gjennom en behandling (medisinsk eller kirurgisk) der det er dokumentert at det å avstå fra å bruke alkohol gir en positiv medisinsk effekt, skal få informasjon. Man bør altså ta utgangspunkt i hvilken grad behandlingsforløpet påvirkes signifikant av et risikofyllt alkoholforbruk, og så gi relevant og begrunnet informasjon om konsekvenser av alkoholforbruk til pasienter som skal gjennomføre dette behandlingsforløpet. Dette innarbeides som en del av prosedyrene overfor alle aktuelle pasienter.

Ved en slik framgangsmåte unngår man en kartlegging som ikke alle pasienter ønsker, og en unngår situasjoner som kan oppfattes som moraliserende eller stigmatiserende. Det er likevel viktig å ha et oppfølgingsopplegg eller en beredskap for trinn 2 klar, dersom pasienten åpenbart har behov for ekstra informasjon eller motiverende tiltak - eller hvis pasienten har spesielle ønsker om dette.

Dersom alkoholforbruk er over kritiske grenseverdier, må altså pasienten få informasjon om tiltak som kan hjelpe til å redusere forbruket. Eksempelvis kan bruk av antabus være et slikt tiltak eller bruk av motivasjonsprogram av typen "Balanse". I tilfeller der det er en klar effekt av å redusere alkoholforbruket, er det derfor viktig at helsepersonell har kontakt med pasienter gjennom behandlingsforløpet og tar opp temaet alkohol med pasienten. Dette krever en god oppslutning om russtrategien av helsepersonell i alle ledd av behandlingen.

I praksis betyr dette at den aktuelle posten må ha beredskap for å kunne håndtere slike situasjoner. Med den opplæring som har funnet sted som om rus-somatikk-strategien, mener vi denne beredskapen bør inngå som en av postenes kompetanseområder, og at man derfor velger en integrert modell. På SUS er personale som er involvert i russatsingen, sterkt motivert for arbeidet og blant andre ansatte synes flere å se betydningen av dette arbeidet. I konkurranse med andre oppgaver innenfor knappe ressurser må likevel russatsingen ofte vike. Spørsmålet om evidens må også tas med i betraktning. Effekter av avholdenhet fra alkohol i forbindelse med medisinske tilstander er i liten grad dokumentert, mens det er bedre dokumentasjon innen kirurgi.

Referanser

- Bergmark, A (2007): Guidelines and evidence-based practice. *NAT* vol 24, 2007, 589-599
- Baklien, B. (1993): Evalueringsforskning i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning* vol. 34, s261-274.
- Courtney, K.O., Joe, G.W. m.fl. (2007): Using organizational assessment as a tool for program change. *Journal of Substance Abuse Treatment* **33**(2): 131-138.
- Czarniawska, B. (1998): A narrative approach to Organisation Studies. *Qualitative Research Methods*, vol 43. Sage Publications.
- Dahlager, L. (2005): *I samtalens rum; en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Københavns universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Pd.d.-afhandling
- Det svenske Nätverket for Hälsofrämjande Sjukhus (2007). *Patienters alkoholvanor samt motivasjon til förändring*. Temagruppen för alkohol og prevention innom HFS.
- Edman, J. og Stenius, K. (2007): From Sanatoriums to Public Injection Rooms. Actors, Ideas and Institutions in the Nordic Treatment Systems. In Edman, J. and Stenius, K. (eds.) (2007): *On the Margins, Nordic Alcohol and Drug Treatment 1885-2007*. Nordic Centre for Alcohol and drug research (NAD): Publication 50
- Elster, J and Skog, O.J. (1999): Introduction. In Elster, J. and Skog O.-J. (eds.) (1999): *Getting Hooked; Rationality and Addiction*. Cambridge University Press
- Fagen, K. (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Greenwood, D. J. & Levin, M. (1998): *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. Sage Publications.
- Hallder, B. (2000): *Fokusgrupper*. Samfunnslitteratur.
- Greenhalgh, T., G. Robert, et al. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly* **82**(4): 581-629.
- Grol, R.P.T.M., Bosch, M:C: et. Al (2007): Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Quarterly*, vol 85, no1, pp. 93-138.
- Grund, J. (2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, O. (1991): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Joe, G.W., Broome, K.M. m.fl. (2007): Counselor perceptions of organizational factors and innovations training experiences. *Journal of Substance Abuse Treatment* **33**(2): 171-182.
- KoRFor - Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (2008): *Rus og somatikk – strategi og handlingsplan for 2008 og 2009*. Stavanger Universitetssykehus.
- Lindøe, P. H. (2003): *Efaringslæring og evaluering*. Tiden Norsk Forlag.
- Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn J.B. & Ghoshal, S. (2003): *The Strategy Process, Concepts, Contexts, Cases* Pearson Educational Ltd. Essex, England. Global Fourth Edition. Second European edition.
- Morgan, D. L. (1988): *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mundt, K., Jensen, M., Kann, A., Nielsen, A.S., Grønæk, M., Tønnesen, H. (eds.) (2003): *Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger*. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital.
- Powell, W. W., & DiMaggio P. J. (Red.) (1991): *The new institutionalism in organisational analysis*. The University of Chicago Press.
- Rossi, P. H. & Friedman, H. E. (1993): *Evaluation. A Systematic Approach*. Sage Publications.
- Scott, W. R. (2001): *Institutions and organizations*. Sage Publications.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., Caronna C. A. (2000): *Institutional Change and Health organisations. From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press.
- Simpson, D. D. og P. M. Flynn (2007): Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment* **33**(2): 111-120.
- Skog, O.-J. (2006): *Skam og skade; Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spak, F. and Andersson, A (2008): Large scale implementation of early identification and brief intervention in Swedish primary health care – will it be successful? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 25, 477-488.
- Tønnesen, H. (2003): Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Danish Medical Bulletin*. Vol 50 No. 2/May 2003.
- Tønnesen, H., m.fl. (1991): *Ankle fractures and alcoholism. The influence of alcoholism on morbidity after malleola fractures*.
- Tønnesen, H. (2002): *Alcohol abuse and postoperative morbidity*. Lægeforeningens forlag. København.

Tønnesen, H. (2003). Alcohol abuse and postoperative morbidity, i *Danish Medical Bulletin* Vol. 50 No. 2/May 2003.

Tønnesen, H. m.fl. (2008): Basale journalopplysninger om risikofaktorer, i LRG – VPORT VP 51314 kaos: 1163 dato: 3.3.2008.

Juul Jørgensen, S. m.fl. (2003): *Operation - Komplikasjoner kan forebygges*, Klinisk Enhed for Sydomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital 2003

Aarø, L.E. (1994): Health promotion; moderne forebygging med radikal profil? Elvbakken K.T., Fjær, S., Jensen T.Ø. (red.) (1994): *Mellom påbud og påvirkning; tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*. Oslo: adNotam Gyldendal.

Aasland, O.G., Nygaard, P., Nilssen, P. (2008): The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. An historic overview with special attention to the WHO initiatives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 25, 469-476.

Nettsted: <http://www.kliniskforebyggelse.dk/>

<http://clinicalhealthpromotion.dk/Index.html>

Vedlegg

Personer intervjuet ved Stavanger Universitetssykehus og Rogaland A-senter.

Møyfrid Lode, sykepleier Mottak og behandlingsenhet (MOBA)

Ole Petter Halvorsen, overlege MOBA/Medisinsk klinikk

Ole-Kristen Zweidorf, overlege MOBA

Marit Quam, prosjektleder MOBA

Eva Friestad, sosionom, SUS

Marianne Amdal, sykepleier MOBA

Kine Coward Lindstad, sykepleier Medisinsk klinikk

Kari Jakobsen Husa, sykepleier Medisinsk klinikk

Rasmus Sand, seniorrådgiveren Rogaland A-senter

Stein Tore Nilsen, fagdirektør SUS

Sverre Uhlving, direktør Medisinsk avdeling

Sissel Moe Lichentberg, direktør Kvinneklinikken

Randi Mobæk, direktør Avdeling unge Voksne

Kjersti Egenberg, direktør Rogaland A-senter

Espen Enoksen, leder KorFor

Åse Kristiansen, Rogaland A-senter, innlegg på konferanse om Rus og somatikk.

Bergen:

Brit Petersen, direktørens stab, HUS

Svein Skjøtskift, psykiater, leder Rusmedisinsk team

Svein Tore Daltveit, sykepleier, Rusmedisinsk team

Arild Opheim, psykolog, Rusmedisinsk team

