



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Ubenyttet behandlingstilbud ved rusakuttmottak – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

ELINE BORGER ROGNLI

elboka@ous-hf.no

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: forskningsidé, skaffet midler, lagt til rette for innsamling av data, analyse av data, hovedansvar for skriving av manuskript.

Eline Borger Rognli er ph.d., spesialist i rus- og avhengighetspsykologi og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTINE KIHLE DALSRUD

Barn av rusmisbrukere

Oslo

Forfatterbidrag: datainnsamling, transkribert intervjuer, deltatt i analyse av data, skriving av manuskript.

Martine Kihle Dalsrud er adjunkt og fagansvarlig. Hun er under videreutdanning i samarbeidsbasert forskning i psykisk helsearbeid.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINDA ELISE COUËSSUREL WÜSTHOFF

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

og

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: skriving av manuskript.

Linda Elise Couëssurel Wüsthoff er ph.d., spesialist i psykiatri og samfunnsmedisin og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ESPEN AJO ARNEVIK

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: forskningsidé, analyse av data, skriving av manuskript.

Espen Ajo Arnevik er ph.d., psykolog og seksjonsleder.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Nasjonalt pasientforløp (tidligere kalt pakkeforløp) for oppfølging etter rusmiddeloverdose er en viktig del av nasjonal overdosestrategi og trådte i kraft 1. januar 2022. Fire år forut for dette ble det innledet et samarbeid mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus, for å gjøre det samme som nå beskrives i nasjonalt pasientforløp: å gi et akutt oppfølgingstilbud i spesialisthelsetjenesten etter overdose. Tilbudet ble lite benyttet, og hensikten med denne studien var å undersøke hvorfor.

MATERIALE OG METODE

Vi benyttet et kassusstudiedesign og gjennomførte tolv kvalitative intervjuer med representanter fra ambulansetjenesten, rusakuttmottaket og brukergruppen. Intervjuene ble analysert med tematisk analyse.

RESULTATER

Analysen avdekket fem tematiske områder med ulike forklaringer på hvorfor tilbudet ikke ble benyttet. Det var utilstrekkelig informasjon om tilbudet, og inntakskriteriene var uklare. Omstendelig kommunikasjon mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket gjorde at tilbudet ikke fungerte som akuttjeneste. Brukernes ønsker etter en overdose var bare delvis sammenfallende med tilbudet, og i tillegg kunne tilbudet være forbundet med sanksjoner.

FORTOLKNING

Resultatene viser at ting kunne ha vært gjort annerledes lokalt, men også at innholdet i det nasjonale pasientforløpet er uklart, og at overordnede føringer kan gjøre at tilbudet ikke oppleves trygt. Kunnskapen fra denne undersøkelsen vil kunne bidra til å avdekke områder for forbedring av det nasjonale pasientforløpet for oppfølging etter rusmiddeloverdose.

HOVEDFUNN

Samarbeid mellom ambulansetjeneste og rusakuttmottak ble vanskelig fordi behandlingstilbudet var uklart utformet.

Kommunikasjonslinjene ble for komplekse til at tilbudet kunne fungere som akuttjeneste.

Brukerne hadde delvis andre behov etter en overdose enn det spesialisthelsetjenesten vektla i sitt tilbud.

Antall årlige overdosedødsfall i Norge har de siste ti årene ligget relativt stabilt på mellom 240 og 280, hvilket sett i forhold til befolkningstall, er blant de høyeste i Europa (1). I Norge har andelen fatale overdoser med heroin vært fallende de siste årene, mens det har vært et økende antall overdoser knyttet til andre opioider, som metadon, buprenorfin og sterke smertestillende medikamenter (2). Omkring en tredjedel av de dødelige overdosene i Norge skjer i Oslo (3), og omkring en tredjedel av de som dør av overdoser her, er tilreisende uten registrert bolig i byen (4). Oslo er således i en særstilling når det gjelder overdoser. Byrådet har utarbeidet en Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene (5), basert på nasjonal strategi for overdoseforebygging (6,7) og strategisk plan for rusfeltet i byen (8).

Nasjonal strategi for å forebygge overdoser og overdosedød ble implementert av Helsedirektoratet for perioden 2014–17 (6), og en revidert strategi gjelder for perioden 2019–22 (7). En rekke ulike tiltak inngår i planene, inkludert økt tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), lavterskel-substitusjonsbehandling og tilgjengeliggjøring av motgiften nalokson som nesespray samt kampanjen Switch, som har som mål å motivere brukere til å innta rusmidler på tryggere måter. Et annet tiltak i overdosestrategien er å

utarbeide nasjonalt pasientforløp (tidligere kalt pakkeforløp) for oppfølging etter ikke-dødelig overdose. Dette er betydningsfullt, fordi det å ha en ikke-dødelig overdose er en av de sterkeste risikofaktorene for senere å dø av overdose (9).

Nasjonalt pasientforløp for akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose trådte i kraft 1. januar 2022 (10). Her beskrives ansvarsområder for ulike instanser samt hvordan instansene skal samarbeide. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal i alle helseforetak ha lege i døgnkontinuerlig vakt samt et akutttilbud som inneholder undersøkelse, vurdering, polikliniske intervensjoner og eventuelt døgninnleggelse. En person som har hatt overdose, skal altså kunne ivaretas akutt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med sikte på å motta videre og mer langvarig oppfølging og hjelp der eller i kommunen.

KONTEKST FOR STUDIEN

I 2018 inngikk tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus et samarbeid. Personer som tidligere ville ha blitt forlatt på overdosestedet etter oppvåkning av ambulansetjenesten, skulle nå tilbys innleggelse ved rusakuttmottaket. I tillegg til å gi akutt hjelp kunne rusakuttmottaket sørge for aktivering av eksisterende hjelpetilbud rundt pasienten eller henvise til ny behandling dersom det var ønskelig. Mens forløp ved akutte medisinske hendelser vanligvis baseres på vurdering av helsepersonell, legges valget om videre behandling etter en rusmiddeloverdose i større grad til pasienten selv. Til tross for at de akkurat har blitt reddet fra å dø, er det mange rusmiddelavhengige som velger å ikke ta imot videre hjelp, og som blir værende på overdosestedet uten videre observasjon og oppfølging, noe som gjenspeiles i samarbeidsprosjektets arbeidstittel – «De som ellers ville blitt forlatt».

Anslag fra ambulansetjenesten tilsa at blant 500–600 årlige overdoseutrykninger ble 10 % fraktet til somatisk akuttmottak og 30 % til Oslo kommunale legevakt, mens resten ble værende på overdosestedet. Det var disse resterende 60 %, som sto uten noe helsetilbud, som nå skulle tilbys bedre hjelp. De involverte antok at ikke alle ville takke ja, men et anslag på to pasienter i uken, altså omkring 100 pasienter i året, syntes å være realistisk.

Da samarbeidet ble inngått, ble det knyttet følgeforskning til tilbudet for å se på pasientkarakteristika og blodkonsentrasjoner av rusmidler hos pasientene (11). Vi fulgte derfor nøye med på hvor mange som benyttet seg av tilbudet. Antallet overdosepasienter som kom til rusakuttmottaket, varierte fra måned til måned gjennom det første året, men nådde aldri det estimerte antallet. Utover i 2019 stoppet ankomsten av overdosepasienter til rusakuttmottaket helt opp.

Rusakuttmottaket og ambulansetjenesten hadde brukt mye ressurser på å etablere samarbeidet. I tillegg til møter og tid til planlegging, hadde rusakuttmottaket kjøpt inn nytt utstyr, hevet kompetansen hos de ansatte, etablert nye prosedyrer for å ta imot pasientgruppen og kjørt simuleringer av overdoseinnleggelse. Vi ønsket å finne ut hvorfor et slikt nyopprettet og tilsynelatende godt tilbud, som både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus hadde investert mye i, ikke ble benyttet. Da inklusjon i følgeforskningen ble avsluttet fordi pasientgrunnet uteble, omdisponerte vi prosjektpressur til å undersøke dette.

Hensikten med denne undersøkelsen var å utforske hvorfor et spesifikt oppfølgingstilbud etter overdose, som ble etablert forut for det nasjonale pasientforløpet, men som likner på det samarbeidet og tilbudet som det nasjonale pasientforløpet beskriver, ikke fungerte. Vårt forskningsspørsmål var: «Hvorfor sluttet pasienter å komme til rusakuttmottaket etter overdose?»

Materiale og metode

VALG AV METODE

Målet vårt var, så godt som mulig, å forstå et fenomen som hadde pågått over tid i en gitt kontekst. Vi vurderte at en kvalitativ tilnærming og et kassusstudiedesign var egnet metode (12). Vi anså det verken som mulig eller ønskelig å finne én objektiv sannhet eller ett svar på vårt spørsmål, men antok at ulike personer og kilder ville gi ulike og utfyllende forståelse. Ved å hente data fra flere subenheter, i et såkalt *embedded case study*-design (13), ønsket vi å oppnå en bred, helhetlig og nyansert beskrivelse av vårt kasus: Det ubenyttede behandlingstilbudet på rusakuttmottaket. Subenhetene vi rekrutterte informanter fra, var rusakuttmottaket, ambulansetjenesten og brukergruppen.

INFORMANTER OG GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLING

Informantene våre var til sammen tolv personer: tre ansatte ved rusakuttmottaket, tre ansatte i ambulansetjenesten og seks representanter for brukergruppen. Intervjuene ble gjennomført av andreforfatter (MKD), som er ansatt i organisasjonen Barn av rusmisbrukere. Intervjuene var semistrukturerte og ble gjennomført i henhold til en intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp med diktafon og transkribert.

Fra ambulansetjenesten og rusakuttmottaket ønsket vi informanter som hadde vært involvert i samarbeidet, og som gjennom det hadde en særskilt erfaring og ekspertise. Vi ønsket også at informantene skulle komme fra ulike yrkesgrupper, slik at de representerte yrkessammensetningen der de jobbet. Henvendelse ble gjort i lederlinjen, og nærmeste leder valgte ut tre informanter fra hvert sted basert på våre føringer. Informantene fikk lese en kort vignett som beskrev det etablerte samarbeidet og hvordan tilbudet gradvis ble mindre benyttet (appendiks 1). Intervjuguiden tok utgangspunkt i et sett med overliggende tema, og det ble stilt åpne og utforskende spørsmål for å få rike beskrivelser ut fra informantenes perspektiver, uten å legge føringer på svarene (14, appendiks 2). Intervjuene varte mellom 15 og 37 minutter.

Informanter fra brukergruppen var såkalte representative informanter, altså personer som velges ut etter et sett karakteristika (bruker illegale opioider og har livsstil og omgivelser der overdoser forekommer), og som på mange måter er «i samme båt» og trolig deler oppfatninger og erfaringsgrunnlag med personene som tok overdose i løpet av prosjektperioden (14). Vi ønsket at stemmene til de som er tett på overdoseproblematikken, skulle bli hørt, og mente derfor det var riktig å intervju personer med pågående rusmiddelbruk fremfor mer profesjonelle brukerrepresentanter. Informantene ble rekruttert ved at intervjueren var til stede ved brukerrommet og akuttovernattingsstilbudet til et mottakssenter i Oslo sentrum. De ansatte informerte og spurte de tilstedeværende brukerne, og formidlet kontakt til intervjueren. Intervjuene ble gjennomført i et skjermet rom. Intervjuene med deltagerne fra brukergruppen gikk rett på spørsmålene «Ville du ha ønsket å bli brakt til rusakuttmottaket dersom du hadde hatt en overdose?», «Hvorfor / hvorfor ikke?», og «Hva vil du oppleve som god hjelp om du noen gang tar eller har tatt overdose?» (appendiks 3). Informantene ble altså ikke spurt om sine egne erfaringer med overdose eller med rusakuttmottaket. Intervjuene varte mellom tre og åtte minutter.

DATAHÅNDBLÅNDING OG ANALYSE

Utover stemmeopptak ble ingen personsensitive data innhentet. Dataene ble håndtert etter rutiner ved Oslo universitetssykehus og lydfilet slettet etter transkribering.

Analysen av intervjuene ble gjennomført av tre av forfatterne (EBR, MKD og EAA) ved bruk av tematisk analyse (15), en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (tema) på tvers av kvalitative data. Først gjorde vi oss kjent med de transkriberte tekstene hver for oss og lagde tekstmære koder knyttet til korte tekstsekvenser. Deretter gikk vi gjennom transkripsjonene sammen og reviderte noen av kodene. Et siste analysesteg besto i å kategorisere de tekstmære kodene i overordnede tema og finne egnede navn til disse temaene. Disse er presentert nedenfor som resultater. Revisjon av koder og overordnede tema ble gjort i flere runder, og vi fortolket informasjon fra de tre subenhetene og de tolv intervjuene i lys av hverandre.

POSISJONERING

To av forfatterne (EBR og EAA) har vært ansatt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Oslo universitetssykehus. Førsteforfatter har i rollen som prosjektleder for følgeforskningen fulgt prosessen ved rusakuttmottaket. En av forfatterne (LECW) har vært ansatt i den kommunale rushelsetjenesten i Oslo. Tre av fire forfattere (EBR, EAA, LECW) er ansatt i samme organisasjon som den som blir undersøkt i studien. Intervjuene ble gjennomført av andreforfatter (MKD), som ikke har tilhørighet til noen av de intervjuede organisasjonene. Vi har vært oppmerksomme på faren for at både forforståelser hos forskerne og bindinger til den ledelsen som blir beskrevet i studien, kunne prege analysen og fortolkningen av resultatene. Vi har for å motvirke dette fulgt metodikken nøye og diskutert disse utfordringene i gruppen. Analysene og tekstkodene ble lagt så tett opp til transkribert tekst som mulig i de innledende analysefasene, med lite tolkning utover det som kom til uttrykk i dataene.

ETIKK, GODKJENNINGER OG RAMMEVILKÅR

Deltagelse i studien var frivillig og basert på informert samtykke. Data som ble samlet inn, var ikke helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger, og vi intervjuet ikke pasienter. Formålet var ikke å få kunnskap om sykdomstilstandene rusmiddelavhengighet og overdose, men om et tjenestetilbud rettet mot disse tilstandene. Studien ble lagt frem til vurdering hos Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, som anså dette for å være forskning utenfor mandatet til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og tilrådte studien (20/26358).

Informert samtykke fra personer som er påvirket av rusmidler, kan være etisk utfordrende. Imidlertid blir selv personer med pågående rusmiddelbruk vurdert å være samtykkekompetente i alle livsvalg, og det er viktig at også deres stemme blir hørt. Ruspåvirkningen, samt eventuelt andre utfordringer som kjennetegner denne gruppen, fordrer tilpasset informasjon hva angår ordvalg, tempo og gjentakelser og en vurdering av om vedkommende har forstått. Dette ble forsøkt ivaretatt i intervjusituasjonen. Spørsmålene vi stilte, var ikke av en slik art at vi forventet at de ville skape ubehag eller påføre noen ulempe eller risiko for informantene. Det var ingen incentiver eller belønning for deltagelse.

Denne artikkelen følger rapporteringsanbefalinger for kvalitative studier (16).

Resultater

Gjennom tematisk analyse av de tolv intervjuene fant vi fem overordnede tema med ulike begrunnelser for hvorfor behandlingstilbudet ved rusakuttmottaket ikke ble benyttet. I det følgende vil vi beskrive disse.

TEMA 1: UTILSTREKkelig INFORMASJON

Ambulansetjenesten fikk informasjon om tilbudet før oppstart, men savnet gjentatt påminnelse etter at samarbeidet var igangsatt. Ingen av representantene for brukergruppen vi intervjuet, hadde hørt om tilbudet.

Ved rusakuttmottaket opplevde de som skulle ta imot pasientene, at de ikke var blitt tilstrekkelig informert om samarbeidet med ambulansetjenesten, og at samarbeidet internt ikke var helt på plass. De opplevde at beslutninger om den nye praksisen hadde blitt tatt høyt oppe i systemene, mens praktiske forhold lenger ned i organisasjonen og tettere på pasientene i mindre grad var blitt lyttet til. Informantene var usikre på om de hadde nok kunnskap og kompetanse, og om alle vakter var godt nok bemannet til å håndtere en eventuell akutthenvendelse. De forventet mange nye innlagte pasienter, og det virket som om de innledningsvis hadde sett for seg en større omveltning enn det som viste seg å være tilfellet. Denne usikkerheten ved oppstart ble beskrevet av både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket.

TEMA 2: UKLARE KRITERIER FOR INNTAK

Både ambulansetjenesten og rusakuttmottaket refererte til at samarbeidet i hovedsak skulle dreie seg om rene opioidoverdoser eller eventuelt opioiddominerte overdoser, og at dette kunne være vanskelig, da de fleste overdoser erfaringsmessig er blandingsintoksikasjoner. Ønsket om ikke å få inn for mange ulike typer overdoser var også knyttet til rusakuttmottakets initiale usikkerhet om egen kompetanse. Rusakuttmottaket startet altså samarbeidet med en nokså restriktiv holdning til hvilke tilstander de ville ta imot. Hva skiller en opioidoverdose fra en opioiddominert overdose, og hva betyr det at tilbudet i hovedsak er rettet mot slike overdoser? Dette virket uklart.

«Så ja, når man får veldig selekterte pasienter, da tror jeg det blir vanskelig for ambulansetjenesten å ta så mye stilling der på gata, og veie opp for alle mulige inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Rett og slett. Vi var litt for strenge, kanskje.» (Rusakuttmottaket)

Ambulansetjenesten opplevde at rusakuttmottaket i stor grad ønsket pasienter som var somatisk avklart utover den vurderingen ambulansetjenesten allerede hadde gjort. En grundig somatisk avklaring krevde at pasienten ble tatt med til legevakten. Dette var vanskelig for ambulansetjenesten, fordi det var tidkrevende, og fordi de mente pasienten ville miste motivasjonen underveis.

Det virket uklart hva slags rolle rusakuttmottaket skulle ha i forhold til andre aktører. De skulle ikke være en åpen variant av legevakten der ambulansen bare kunne kjøre rett inn. Ei heller skulle de være tradisjonell spesialisthelsetjeneste med henvisning, vurdering og selekterte pasienter. Hvor rusakuttmottakets overdoseoppfølgingstilbud skulle ligge mellom disse ytterpunktene, hva som skulle til for å komme til rusakuttmottaket, og hvem som hadde myndighet til å beslutte dette, virket uklart for informantene.

«Det fungerte jo veldig bra i begynnelsen, og så føler jeg [...] at det var mer og mer krav til somatisk avklaring før du kunne komme på RAM [...], og da er det en del av rusavhengige som mister motivasjonen. Og så innom legevakta, og mange vil jo ikke inn på legevakta. Og når vi da tilbyr 'men hva med RAM?', så er det 'ja', og så er det å kontakte RAM og konferere med RAM, så vil de ha den somatiske avklaringen på legevakta ... Da blir det for mye for en del rusavhengige.»

(Ambulansetjenesten)

TEMA 3: OMSTENDELIG KOMMUNIKASJON

Uklarhetene rundt hvilke typer overdoser som kunne tas imot, og hvor somatisk avklaring skulle gjøres, virket å ha vanskeliggjort kommunikasjonen. Ambulansetjenesten opplevde at det var vanskelig å få gjort avtale om innleggelse ved rusakuttmottaket, at det ikke var sikkert at de fikk pasienten innlagt selv om de tok pasienten med dit, og at man måtte gjennom flere telefoner og ledd med vurderinger.

Videre sto rusakuttmottakets ønske om somatisk avklart tilstandsbilde og opioiddominerte overdoser i kontrast til ambulansetjenestens akutte fokus.

Ambulansetjenesten vektla at deres oppgave var å ivareta pasientens akutte behov etter oppvåkning og raskt komme til avklaringer om videre hjelp. De beskrev at pasientene kunne være irriterte etter oppvåkning, og at de måtte dosere motgiften riktig. Ideelt sett skulle de ha etablert kontakt uten å fjerne rusen helt.

Ambulansetjenesten hadde flere mulige steder å ta pasientene med til etter en overdose. Rusakuttmottakets tilbud var et nytt alternativ som kom i tillegg til etablerte og velkjente steder som den kommunale legevakten og kommunale, private eller ideelle lavterskeltilbud. Selv om de ved overdoser fikk automatisk påminnelse på skjerm i bilen om å vurdere rusakuttmottaket, var det viktigste å få avklart transport til *et eller annet* sted, særlig for de mest sårbare. Ambulansepersonalet måtte ta raske og pragmatiske beslutninger på vegne av pasienter med svak eller fluktuerende motivasjon samtidig som de hadde andre oppdrag som ventet. Linjen inn til rusakuttmottaket virket ikke å være optimalt tilpasset denne virkeligheten.

«For da har du jo i utgangspunktet to ledd med vurderinger som skal gjennom, da. Jeg skal først se på pasienter og gjøre min vurdering og gi et svar til den som spør. Så skal tolkningen gjennom to personer før det blir tatt en avgjørelse. Og da kan jo den tolkninga være veldig annerledes. Så kanskje det er litt vanskelig å komme inn.» (Ambulansetjenesten)

TEMA 4: BRUKERNES ØNSKER

Brukerne understreket at de ved en overdose først og fremst ville ha ønsket seg livreddende hjelp med motgift. Flere sa at de kun ville ha «passe mengde» motgift, slik at de slapp å våkne opp abstinent. Det ble poengtert at et eventuelt ønske om videre hjelp måtte komme fra brukeren selv, og at man ikke kan tvinges eller presses. Både brukerne og informantene fra ambulansetjenesten vektla at det i utgangspunktet ikke er behandling man er orientert mot når man akkurat har våknet fra en overdose.

«Altså, det første hadde så klart vært å overleve. Og så minst mulig skader i hjernen som mulig, da, for du stopper jo å puste, ikke sant, når du tar en overdose – spør litt hva, men som regel. Jeg skulle ønske jeg fikk rask hjelp, og gode tips til hvordan jeg kan unngå det igjen.» (Bruker)

Det ble videre understreket av brukere og ambulansetjenesten at mange trenger å få dekket grunnleggende behov og å få omsorg etter oppvåkning. Dette kan dreie seg om en seng å sove i, mat og drikke, dusj og sårstell.

«Jeg tror nesten man trenger litt hjelp til å tenke, rett og slett, for å finne ut hva man skal gjøre. Jeg tror ikke det er det man tenker automatisk, at man ønsker seg dit eller ønsker institusjon eller... [...] Gi en god seng og god mat, og det er liksom det. Ja, primærbehovene.» (Bruker)

TEMA 5: SANKSJONER

Informanter fra rusakuttmottaket og ambulansetjenesten pekte på forhold ved tilbudet som kunne oppleves som problematiske for pasientene, og som kunne hindre brukerne i å benytte seg av det. Et slikt forhold var rusakuttmottakets rutine med å destruere rusmidler pasientene hadde med seg ved innleggelse. Informantene beskrev dette som etisk vanskelig og i konflikt med verdien om å ivareta pasientenes autonomi, og ytterligere komplisert gjennom at enkelte av pasientene bare var delvis bevisste ved ankomst til rusakuttmottaket.

«Ved et par anledninger, så beslagla vi opiater for store gateverdier. Mot pasientens vilje eller når pasientene ikke var våkne til å ta vare på det selv.» (Rusakuttmottaket)

En annen utfordring var informasjonsflyt og mulige konsekvenser for videre behandling. Innleggelse ved rusakuttmottaket dokumenteres i samme journalsystem som det som benyttes av spesialisthelsetjenestens poliklinikker og døgnsesjoner, og mange i behandlingssystemet vil derfor kunne få informasjon om overdosen. Informanter fra rusakuttmottaket mente at noen pasienter var redde for å miste hjelpetilbud som LAR-medisiner eller eksisterende behandlingsplass dersom overdosen ble kjent.

Diskusjon

I denne kausundersøkelsen fant vi flere forhold som belyste hvorfor tilbudet på rusakuttmottaket etter overdose ikke ble benyttet. For det første virket informasjonen innad i rusakuttmottaket og ut til ambulansetjenesten utilstrekkelig. Videre var inntakskriteriene uklare, slik at det var usikkerhet om hvilke overdoser som kunne tas imot, og hvor omfattende somatisk avklaring som var nødvendig forut for innleggelse. Omstendelig kommunikasjon mellom ambulansetjenesten og rusakuttmottaket gjorde at tilbudet fungerte dårlig som akuttjeneste, og disse kommunikasjonsvanskene hang trolig sammen med at innholdet i tilbudet og ansvarsfordelingen ikke var tydelig nok definert. Videre var behovet hos brukergruppen orientert vel så mye mot omsorg og varme som mot behandling. Selv om dette er behov som kan dekkes hos rusakuttmottaket, er vårt inntrykk at kommunale lavterskeltilbud har sterkere profilering og kanskje høyere troverdighet med hensyn til varme og omsorg enn det spesialisthelsetjenesten har. Til slutt ble risikoen

for at pasientene møtte sanksjoner i form av destruksjon av rusmidler og tap av behandlingstilbud, trukket frem som noe som gjorde tilbudet ved rusakuttmottaket lite attraktivt.

Implementering av ny klinisk praksis er en krevende prosess og fordrer endringer på individ-, ledelses- og organisasjonsnivå. Flere forhold kan vanskeliggjøre implementeringsprosesser: fravær av leder, vansker med teamarbeid, mangel på spesialisert personell, uklarheter ved innholdet i den nye praksisen, mangel på kjennskap til den nye praksisen og helsepersonells usikkerhet om egen kompetanse (17). Man lykkes best med implementering av ny klinisk praksis i helsetjenesten dersom man har en aktiv strategi bestående av mange samtidige tiltak, herunder lederfigurer som målbærer endringen, aktive opplæringsmøter (workshops), repetering av ny praksis, sjekkpunkter for hvordan det går med implementeringen, tilbakemeldinger og påminnelser (18).

I vår undersøkelse ble ikke ledelsesinvolvering nevnt av informantene, men det ble heller ikke spurt spesifikt om det. Usikkerhet med hensyn til egen kompetanse hos ansatte ved rusakuttmottaket kan ha påvirket samarbeidet innledningsvis. Uklart innhold i selve praksisendringen (type overdoser og grad av somatisk avklaring) virker å ha gjort kommunikasjonen vanskelig. Videre fikk vi inntrykk av at det i liten grad var lagt inn sjekkpunkter og tilbakemeldingssystemer for å monitorere og justere implementeringsprosessen. Det virket ikke å foreligge noen eksplisitt tenkning rundt selve implementeringen, i alle fall ikke som fremkom i våre data. Helsetjenesten iverksetter nye rutiner og tiltak regelmessig, og vi har forståelse for at dette til en viss grad anses som en del av daglig drift. Et teoretisk rammeverk for implementeringsprosesser, for eksempel det beskrevet av Damschroder og medarbeidere (19), kan likevel være nyttig å bruke når større endringer skal gjennomføres.

Uklarhet rundt somatisk avklaring handlet om hvem som hadde myndighet til å ta beslutninger, og hvilke pasienter som skulle hvor. Denne uklarheten gjenspeiles i styringsdokumentene. I Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid står det at «ambulansetjenesten tilbyr personer som er behandlet for overdoser direkte inntak ved rusakuttmottaket. Det betyr i praksis at personer som har hatt en overdose ikke trenger å være innom legevakten (OKL) for medisinsk avklaring før de transporteres til rusakuttmottaket på Aker» (5, s.17). Denne oppfatningen ble ikke uttrykt i våre intervjuer, hvor det snarere fremkom at det var ønskelig med somatisk avklarte pasienter utover det ambulansetjenesten kunne utføre. Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling er i kapitlet om oppfølging etter rusmiddeloverdoser (10) tvetydig med hensyn til somatisk avklaring. I kapittel 4.2 virker det som om den skal gjøres i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): «Overdosepasienter bør ikke forlates på hendelsesstedet uten at de har fått tilbud om observasjon og oppfølging. Oppfølgingstilbudet kan være i somatikk, psykisk helsevern, TSB og/eller kommunen, avhengig av pasientens behov. Observasjon bør vare i minst to timer» (10). Videre står det imidlertid at «når pasientens liv og helse er i fare på grunn av rusmiddelinntak, og pasientens akutte somatiske og psykiske helsetilstand er avklart, er det behov for akutt intervensjon i TSB». Her virker det altså som om somatisk avklaring skal komme forut for akutte tjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Større tydelighet rundt somatisk avklaring, hvem som tar beslutninger, og hva slags pasienter, overdoser og tilstander som skal tas imot i tverrfaglig spesialisert rusbehandling sine akutte tjenester, synes å være nødvendig.

Et annet forhold vi vil trekke frem, er dilemmaet knyttet til funn av rusmidler og destruksjon av disse. Muligheten for kroppsvisitering og undersøkelse av pasientens rom og eiendeler, samt beslag og tilintetgjøring av rusmidler, er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens og helse- og omsorgstjenestelovens forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon § 8 og § 9 (20). Institusjonens leder kan vedta at ulovlige rusmidler kan beslaglegges, hvorpå politiet skal kontaktes. Det virker sannsynlig at visshet om at rusmidler blir destruert, dersom det var kjent i brukergruppen, vil kunne hindre mennesker som trenger hjelp, i å søke hjelp. Overdoser er akutte hendelser der pasientene

ikke har tid til å legge fra seg rusmidler de har på seg, og dette skiller således overdoseinnleggelse fra elektive innleggelser. Løsninger der rusmidler registreres og oppbevares under innleggelse og leveres tilbake ved utskrivelse, virker imidlertid vanskelige og kanskje lovstridige. Det synes også paradoksalt å ved utskrivelse informere om overdosefare knyttet til redusert toleranse for rusmidler etter flere dager uten rusmiddelbruk, samtidig som man gir pasienten tilbake potensielt dødelige doser av illegale rusmidler. I Helsedirektoratets kommentar til helsepersonelloven § 21 står det om grunnlaget for taushetsplikten at den skal «sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten slik at personer ikke unnlater å oppsøke hjelp av frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysninger» (21). Denne grunnlagstenkningen kan overføres til beslag av rusmidler. Spørsmålet vil da være hva som er til størst fare for brukerne – at de unnlater å komme til behandling, eller at de får levert tilbake rusmidler etter endt opphold. Videre bør man se på hvilke kompensatoriske tiltak man kan bruke for å dempe disse farene. Vi mener at informasjon og tiltak beskrevet i overdosestrategien (7) kan redusere overdosefare dersom rusmidler leveres tilbake, og at det er avgjørende viktig at ikke frykt hindrer brukerne i å søke hjelp.

KONKLUSJON

Basert på funnene i denne undersøkelsen trer følgende forhold frem som viktige for at nasjonalt pasientforløp for oppfølging etter overdoser skal fungere: Det må være entydig hvem som skal gjøre somatisk avklaring, og hvem som skal vurdere og beslutte inntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dersom hensikten med det nasjonale pasientforløpet er å forenkle behandlingsforløpet etter overdose, bør tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjøre den somatiske avklaringen, slik at ambulansetjenesten i større grad kan kjøre direkte dit. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling må bemannes med utstyr og kompetanse til å gjøre denne jobben, og dessuten ha samarbeidsrutiner med somatiske avdelinger ved sykehuset dersom det skulle bli behov for mer ressurser. Det må være tydelig hvilke overdosetilstander som kan tas imot. Inicialt virker det fornuftig å heller starte med noe vide inklusjonskriterier og eventuelt stramme inn, enn å starte med en for snever definisjon av målgruppen. Tilbudet bør være preget av omsorg, mat og drikke, varme og hvile, og med få ting å ta stilling til. Dette må samtidig kombineres med nødvendig spesialisert helsehjelp og overvåking. Valg om videre oppfølging og behandling kan introduseres etter hvert. Det bør være et garantert fravær av sanksjoner, og en atmosfære preget av trygghet, tillit og respekt.

Vi ønsker å gi honnør til de som ble intervjuet, og til lederne som la til rette for denne undersøkelsen. Det muliggjør lærdom for andre og et bedret tilbud til våre pasienter.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2021. Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en Lest 28. 6.2022.
2. Edvardsen HME, Clausen T. Opioid related deaths in Norway in 2000-2019. *Drug Alcohol Depend* 2022; 232: 109281. [PubMed][CrossRef]
3. Edland-Gryt M, Bryhni A, Skretting A et al. Rusmidler i Norge 2010. <https://www.fhi.no/publ/2010/rusmidler-i-norge-2010/> Lest 25.1.2023.
4. Gjersing L, Biong S, Ravndal E et al. Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008 - En helhetlig gjennomgang. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), 2011.

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf> Lest 25.1.2023.

5. Oslo kommune. Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13319176-1553606799/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Rusomsorg/Fag%20og%20kompetanse%20-%20Rusomsorg/Div/Oslostandard%20for%20overdoseforebyggende%20arbeid%20i%20bydelene%202019.pdf> Lest 28.6.2022.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2014 - 2017. https://www.regjeringen.no/contentassets/43121155483947d79316af20c68e6d7d/overdosestrategi_230414.pdf Lest 25.1.2023.
7. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/Nasjonale%20overdosestrategi%202019-2022.pdf/_/attachment/inline/5efd8153-a89b-480b-82c8-abf71ff4f846:9d5f7b89a3cc879da3d6844077f9ac43023bcfd0/Nasjonale%20overdosestrategi%202019-2022.pdf Lest 25.1.2023.
8. Oslo kommune. Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13356332-1580303237/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%20C%20foretak%20og%20ombud/Velferdsetaten/Byr%C3%A5dets-strategiske-plan-for-rusfeltet-i-Oslo.pdf> Lest 20.6.2022.
9. Armoon B, Mohammadi R, Moghaddam LF et al. Type of drug use and risky determinants associated with fatal overdose among people who use drugs: a meta-analysis. *J Subst Use* 2021; 0: 1-11. [CrossRef]
10. Helsedirektoratet. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/akuttbehandling-og-oppfolging-etter-rusmiddeloverdose> Lest 25.1.2023.
11. Edvardsen HME, Aamodt C, Bogstrand ST et al. Concentrations of psychoactive substances in blood samples from non-fatal and fatal opioid overdoses. *Br J Clin Pharmacol* 2022; 88: 4494-504. [PubMed][CrossRef]
12. Stake RE. *The art of case study research*. Los Angeles, CA: Sage Publications, 1995.
13. Yin RK. *Case study research. Design and methods*. 5. utg. Los Angeles, CA: Sage publications, 2015.
14. Weiss RS. *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York, NY: Simon and Schuster, 1995.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101. [CrossRef]
16. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014; 89: 1245-51. [PubMed][CrossRef]
17. Correa VC, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Res Policy Syst* 2020; 18: 74. [PubMed][CrossRef]
18. Goorts K, Dizon J, Milanese S. The effectiveness of implementation strategies for promoting evidence informed interventions in allied healthcare: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 241. [PubMed][CrossRef]
19. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4: 50. [PubMed][CrossRef]
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-26-1003> Lest 15.6.2022.
21. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer> Lest 11.11.2022.

Publisert: 27. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0471

Mottatt 5.7.2022, første revisjon innsendt 11.11.2022, godkjent 1.2.2023.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. oktober 2023.