

Alkoholkartlegging med AUDIT-C på Somatisk Sengepost

Bjørn Grønn

Amina Inova

Annie Diesen

Emilie Wang

Kristin A. Kjær



Innholdsfortegnelse

Innledning	4
Kunnskapsgrunnlag	6PICO-spørsmål og søkestrategi 7
NICE-retningslinjer	8
Bør man gjøre alkoholkartlegging av alle voksne pasienter på somatisk avdeling?	9
Screeningverktøy	10
Intervensjon	15
Henvisning til spesialisthelsetjenesten	19
Vår samlede vurdering av NICE-retningslinjen	20
Dagens praksis, tiltak og indikatorer	23
Dagens praksis	23
Tiltak	24
Kvalitetsindikatorene	24
Prosess, ledelse og organisering	26
Diskusjon	28
Konklusjon	30
Referanser	31

Sammendrag

Alkohol er en viktig årsak til dødsfall og sykkelighet i den vestlige verden. Det har kommet nasjonale faglige retningslinjer, samt retningslinjer fra “National Institute of Health and Care Excellence” (NICE) for å sette et større fokus på rusmiddelbruk i den somatisk helsetjeneste og alkoholkartlegging av pasienter innlagt på sykehus. Vi ønsker derfor å undersøke muligheten for innføring av alkoholkartlegging ved bruk av screeningverktøyet AUDIT-C på lungeavdelingen på Akershus sykehus, slik at flere personer kan få identifisert sitt alkoholoverforbruk og behandling for dette.

Ved gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for screening av alkoholoverforbruk og valg av screeningverktøy var det utilstrekkelig evidens med tanke på studier gjennomført på sykehus. Det finnes behandling, men da denne i hovedsak er studert i primærhelsetjenesten, er det usikkert i hvilken grad behandlingen har effekt på sykehus. Anvendbarheten i det norske helsevesenet er også usikker.

Arbeidsgruppen til prosjektet vil bestå av representanter fra de ulike involverte gruppene ansatte, inkludert en avdelingssykepleier. Prosjektet har forventet varighet på 6 måneder, og det er utarbeidet en plan for hele perioden. Selv om vi tenker det er viktig å plukke opp personer med risikofyllt og skadelig alkoholforbruk, for å da starte intervensjon før de utvikler avhengighet, synes vi ikke kunnskapsgrunnlaget er sterkt nok til at vi kan anbefale gjennomføring av prosjektet.

Innledning

Alkohol, på lik linje med andre påvirkelige livsstilsfaktorer som røyking, diett og inaktivitet, er indirekte årsak til de fleste tapte leveår og år levd med sykkelighet, altså Disability-Adjusted Life Years (DALYS) i den vestlige verden. Globalt står skadelig alkoholkonsum for over 3 millioner (5.3%) dødsfall årlig (1). Det vil si at alkoholkonsumet fører til flere globale dødsfall enn tuberkulose (2.3%), HIV/AIDS (1.8%), diabetes (2.8%), og ulykker (2.5%) (1). Skaden er størst i Europa, med et tap av 10.3 million DALYS (6.8% det totale tap av DALYS) i 2016 (2). I Norge rapporteres det at 85% av den voksne befolkningen har drukket alkohol det siste året (3). Videre estimerer Norsk Helseinformatikk (NHI) at ca.10% av befolkningen drikker såpass mye at det medfører en stor risiko for både helseskade og avhengighet. Disse 10% antas å drikke 50% av all alkohol som konsumeres i landet (4).

Alkoholoverforbruk er en samlebetegnelse som omfatter begrepene risikofylt bruk, skadelig bruk og alkoholavhengighet, listet etter økende alvorlighetsgrad (5):

- **Risikofylt bruk** defineres som når individet har et forbruksmønster som tilsier at personen har noe økt risiko for å utvikle skadelig bruk eller alkoholavhengighet. Dette tilsvarer mellom 14-35 alkoholenheter (179-448 gram alkohol) for kvinner og 14-50 enheter (179-640 gram alkohol) for menn i uka.
- **Skadelig bruk** defineres som når individet har et forbruksmønster som tilsier at personen har høy risiko for å utvikle avhengighet, og at mengden eller mønsteret av forbruket over tid kan medføre fysisk eller psykisk skade hos brukeren. Dette tilsvarer et ukentlig konsum over 35 enheter for kvinner og over 50 for menn.
- **Avhengighet (ICD-10-diagnose)** defineres som at personen er fastlåst i et mønster av tanker og følelser knyttet til bruk av alkohol som kan påvirke deres nevrologiske, psykologiske, sosiale, og kulturelle forhold. Kriterier for å oppfylle avhengighetsdiagnosen er uavhengig av mengden alkoholenheter som konsumeres.

Fra helsevesenets standpunkt kan det være relevant å intervensere på alle disse stadiene for å forhindre senere helserelaterte problemer (5). Disse helserelaterte problemer kan hovedsakelig plasseres i 4 brede kategorier: kreft (29% av alkoholrelaterte dødsfall), levercirrhose (20%), kardiovaskulære sykdommer (19%), og ulykker (18%) (2). Forhøyet alkoholforbruk forbindes videre med økt vold, voldelig seksualisering av kvinner, langtids/korttidsfravær fra arbeidsplassen og uføretrygd (6,7).

På norske sykehus blir kartlegging av alkoholforbruk utført i akuttinntaket som ledd i innkomstjournalens punkt om stimulantia. Etter vår erfaring blir dette ofte bare stående som en setning i journalen som sjelden fører til videre oppfølging. En studie fra Sørlandet sykehus fra 2013-2015 viste at langt færre av de innlagte blir spurt om sine alkoholvaner enn sine røykevaner (44% vs 62%)(8). Samtidig viste en omfattende metaanalyse fra England at kun 30-40% av alle pasientene innen primær- og spesialisthelsetjenesten ble spurt om sine alkoholvaner (9). På bakgrunn av dette, fremstår det sannsynlig at et økt fokus på alkoholvaner blant pasienter innlagt på sykehus vil kunne plukke opp flere med skadelig bruk og dermed bidra til at flere får relevant behandling.

I 2010 lagde NICE (National Institute for health and Care Excellence) en rekke retningslinjer for den britiske offentlige helsetjenesten, for å tidlig fange opp og forhindre overforbruk av alkohol (5). Noen år senere kom Helsedirektoratet med norske retningslinjer, som anbefaler at den somatiske helsetjenesten bør ha kontinuerlig fokus på å fange opp pasienter med rus- avhengighetstilstander gjennom kartlegging og henvisning til adekvat hjelp i kommune eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (10). Det anbefales bruk av brief-intervention, en form for samtaleterapi (se under Intervensjon) som behandling dersom man blir plukket opp av screeningverktøyet, eventuelt henvisning til spesialisthelsetjenesten dersom nødvendig (10).

Vi ønsker dermed å iverksette et system for bedre kartlegging av alkoholvaner på somatiske sykehusavdelinger, for å kunne tilby pasienter bedre oppfølging og behandling hvis de har et alkoholoverforbruk. Videre fremlegges en plan for hvordan dette kan gjennomføres på lungeavdelingen på AHUS.

Kunnskapsgrunnlag

PICO-spørsmål og søkestrategi

For å strukturere og presisere problemstillingen vår, formulerte vi to PICO-spørsmål. Vi valgte å ha et spørsmål for screening og et for intervensjon, fordi det kun er hensiktsmessig å gjøre en alkoholkartlegging dersom det finnes effektiv behandling for personer som har et alkoholoverforbruk. Målet er å foreta et grundig og systematisk søk etter kunnskapsgrunnlaget for alkoholkartlegging og relevante screeningverktøy, for å deretter tilby behandling til de som trenger det.

PICO-spørsmål 1

P: Voksne pasienter innlagt på somatisk avdeling

I: Alkoholkartlegging med screeningverktøy

C: Ingen alkoholkartlegging

O: Identifisering av pasienter med alkoholoverforbruk.

Vi foretok et pyramidesøk ved bruk av McMaster Plus med søkeordene «alcohol screening» AND «hospital admission». Dette ga 50 treff på UpToDate og 12 treff på Best Practice (BMJ). Med de samme søkeordene fant vi 5 studier, inkludert én randomisert studie ved bruk av søkemotoren Pubmed. For kliniske oppslagsverk var det to treff på UpToDate, et oppslagsverk om alkoholkartlegging i primærhelsetjenesten (11) og et om perioperative pasienter (12), men disse pasientgruppene var ikke i samsvar med pasientgruppen fra vårt PICO-spørsmål. Vi gikk videre på Helsedirektoratets hjemmeside med søkeordene «alcohol somatisk avdeling». Der fant vi to nasjonale faglige retningslinjer (10,13) med anbefalinger gjeldende alkoholkartlegging på somatiske avdelinger. Anbefalingene var derimot svært generelle og inneholdt ingen konkrete tiltak. Det var også lite kunnskapsgrunnlag som kun var basert på noen få enkeltstudier. Vi bestemte oss derfor for å søke etter kunnskapsbaserte retningslinjer fra andre land som omtaler pasienter på sykehus. Tre britisk retningslinjer utarbeidet av NICE i 2010 og 2011 tar for seg alkoholkartlegging, bruk av screeningverktøy

og intervensjon av alkoholproblemer hos alle over 10 år (5, 14, 15). Retningslinjene er dermed svært relevante til å besvare vårt PICO-spørsmål.

PICO-spørsmål 2

P: Voksne pasienter med et alkoholoverforbruk

I: Behandling

C: Ingen behandling

O: Mindre alkoholinntak, lavere mortalitet

For retningslinjer om intervensjon etter alkoholkartlegging, foretok vi et søk på McMaster Plus med ordene «alcohol intervention», da vi også ville finne ut om det finnes effektiv behandling for personer vi ønsker kartlegging på. Søket ga 50 treff på UpToDate og BMJ. Anbefalingene fra UpToDate og BMJ gjaldt pasienter med ICD-10 diagnosen alkoholavhengighet, men nevner ikke behandling for de med risikofyllt eller skadelig forbruk. Da det er anbefalt ulik behandling for disse gruppen fortsatte vi søket. Risikofyllt og skadelig alkoholforbruk kan regnes som tidligere stadier av alkoholoverforbruk før alkoholavhengighet, og det er nettopp disse tidligere stadiene man ønsker å fange opp ved hjelp av screening (16). NICE-retningslinjene tar derimot for seg intervensjon for pasienter med risikofyllt bruk, skadelig bruk og alkoholavhengighet, og disse retningslinjene er derfor mer appliserbare til vårt prosjekt. Vi har derfor valgt å bruke NICE-retningslinjer som evidensgrunnlaget for intervensjon etter screening.

NICE-retningslinjer

National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE) er en organisasjon tilhørende den nasjonale helsemyndigheten i England og Wales, og er ansvarlig for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for klinisk praksis i Storbritannia (17). NICE har utarbeidet tre retningslinjer som adresserer alkoholrelaterte problemer blant personer over 10 år (5, 14, 15). Retningslinjene tar for seg både identifisering av pasienter med alkoholoverforbruk, tilgjengelige screeningverktøy, anbefalt intervensjon og behandling av akutte eller kroniske komplikasjoner av alkoholoverforbruk.

Vi har valgt å kun fokusere på anbefalingene som er relevant til våre PICO-spørsmål. Disse anbefalingene finnes i NICE-retningslinjen med navnet “Alcohol-use disorders: prevention(2010)” (5). Evidensgrunnlaget for NICE-anbefalingen, som er relevante for våre problemstillinger er hovedsakelig fra en systematisk oversikt (18). Denne tar for seg effektiviteten av screening og brief intervention for forebygging og tidlig identifisering av alkoholoverforbruk (mer om innholdet i oversikten og kvaliteten av den blir tatt opp senere i kapittelet). Oversikten er produsert av School of Health And Related Research (SchARR) Public Health Collaboration Centre på et oppdrag fra NICE.

NICE benytter de samme definisjonen for grad av alkoholoverforbruk som vi har beskrevet i innledningen. Målet til retningslinjene er å identifisere pasientene som ikke selv søker hjelp for sitt alkoholoverforbruk så tidlig som mulig, og tilby dem behandling for å hindre fysiske og psykiske komplikasjoner.

Bør man gjøre alkoholkartlegging av alle voksne pasienter på somatisk avdeling?

NICE anbefaler at helsepersonell rutinemessig bør utføre alkoholkartlegging som en integrert del av sin praksis. En slik screening bør eksempelvis skje under innkomst av nye pasienter, kartlegging av andre sykdommer, behandling av kroniske tilstander eller mindre skader, ved svangerskapskontroller og promotering av seksuell helse. Hvis det ikke lar seg gjøre å screene alle, skal man fokusere på grupper med økt risiko for alkoholrelaterte problemer.

Evidensgrunnlaget for å anbefale screening er basert på to kliniske problemstillinger; finnes det effektive screeningverktøy for å identifisere personer med risikofylt og skadelig alkoholforbruk, og finnes det effektiv behandling for å redusere alkoholforbruket og mortaliteten til disse pasientene? NICE har derfor gjennomgått studier som ser på effektiviteten av screeningverktøy, og studier som omhandler effektiviteten av brief intervention. Totalt har NICE gjennomgått 51 studier som undersøker ulike typer screeningverktøy. Opptil halvparten av studiene har undersøkt effektiviteten av AUDIT enten alene, eller sammenlignet med andre screeningverktøy. De fleste studiene konkluderer med at AUDIT har god evne til å identifisere risikofylt og skadelig alkoholbruk, og bedre sensitivitet

og spesifisitet sammenlignet med andre verktøy som CAGE, CRAFFT og RAPS-Q. Dessverre er det stor spredning i den rapporterte sensitiviteten og spesifisiteten til å identifisere alkoholoverforbruk blant studiene, og flesteparten av studiene har primærhelsetjenesten som sin pasientpopulasjon.

For behandling har NICE kun undersøkt én type behandling, brief intervention. Totalt 27 systematiske oversikter tar for seg effektiviteten til brief intervention. Dette skal vi presentere mer detaljert senere i oppgaven, men generelt sett er det rapportert en reduksjon av alkoholkonsum, morbiditet og mortalitet ved bruk av brief intervention, spesielt i primærhelsetjenesten. NICE har dermed valgt å anbefale screening på alle voksne personer, siden det både finnes evidens som støtter bruk av screeningverktøy og effektiv behandling i etterkant.

NICE sin anbefaling om screening gjelder generelt alle voksne personer, kunnskapsgrunnlaget er derfor også relativt omfattende. Vi har derfor forsøkt å selektere ut de delene av kunnskapsgrunnlaget som er relevant i forhold til vårt mikrosystem med tanke på type screeningverktøy og pasientgruppe. Dette presenteres i de kommende avsnitt.

Screeningverktøy

NICE-retningslinjene anbefaler å bruke AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) som førstevalg som screeningverktøy. Det bør brukes for å avgjøre om man bør starte intervensjon med brief intervention eller om pasienten bør henvises til spesialist (5). AUDIT-C er en kortversjon av AUDIT som inneholder 3 av 12 de originale spørsmålene i AUDIT (20) og blir anbefalt av NICE ved tidsknapphet.

For prosjektet vårt ønsket vi å bruke et screeningverktøy som er validert og passende for vårt mikrosystem. Verktøyet bør ta lite tid å gjennomføre, helst kun 3-5 spørsmål, og bør være testet på ulike subgrupper. Det er ønskelig at verktøyet korrelerer med graden av overforbruk, altså at den totale poengsummen pasienten oppnår ved bruk av screeningverktøyet kan indikere om pasienten har et risikofyllt bruk, skadelig bruk eller avhengighet. Dette kan hjelpe oss til å avgjøre hvilken grad av intervensjon pasienten trenger. Ved AUDIT-C (eller AUDIT) korrelerer økende poengsum med økende grad av risiko for å utvikle avhengighet, i motsetning til flere andre screeningverktøy som kun gir svar på om

personen har økt risiko eller ikke. AUDIT-C kan derfor indikere valg av ulik intervensjon. I tillegg er ulike cut-off-verdiene assosierte med ulike sykdommer og skader (19). Vi har derfor gjort en gjennomgang av evidensgrunnlaget for AUDIT-C, kortversjonen av gullstandarden AUDIT, da AUDIT-C kan være passende å bruke i vårt mikrosystem.

	0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Antall poeng
Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer	
Hvor mange alkoholenheter tar du på en typisk drikkedag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere	
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten alltid	
Total poengsum						

Figur 1: AUDIT-C

AUDIT-C er et validert verktøy i primærhelsetjenesten (20) som består av 3 spørsmål der man maksimalt kan oppnå 12 poeng (figur 1). AUDIT-C er vist å være tilsvarende like god som AUDIT (21, 22, 23, 24) og er derfor anbefalt i NICE-sine retningslinjer. NICE har anbefalt at AUDIT-C skal tolkes etter ulike poengsummer/skår (figur 2)(24).

<ul style="list-style-type: none"> - Poengsum ≤ 4. Pasienten har liten risiko for å utvikle skadelig bruk eller alkoholavhengighet. - Poengsum 5-7. Risikofylt drikking. Pasienten har økt risiko for utviklingen av avhengighet. Det bør gjennomføres brief intervention. - Poengsum 8-10. Skadelig drikking. Pasienten er i høy risiko for å utvikle avhengighet. Det bør derfor gjennomføres brief intervention. - Poengsum ≥ 11. Indikerer at pasienten mulig er avhengig. Det bør vurderes om pasienten skal henvises til spesialist (TSB).
--

Figur 2: NICE sin anbefalte tolkning av AUDIT-C.

Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget for AUDIT-C anbefalingen.

Kunnskapsgrunnlaget NICE-retningslinjen har lagt til grunn for bruken av AUDIT-C er basert på fire enkeltstudier og to systematisk oversikt gjort i primærhelsetjenesten (25). Kun én studie er gjort i sykehus, og denne tar for seg bruk av AUDIT-C i akuttmottak (26). NICE har selv vurdert alle studiene til å være av høyeste grad av kvalitet. Vi har valgt å vurdere den systematiske oversikten som sammenlikner AUDIT med AUDIT-C, da den andre oversiktsartikkelen kun så hvor god AUDIT-C er til å oppdage overforbruk av alkohol sammenlignet med AUDIT i den eldre befolkningen. I tillegg har vi vurdert den eneste primærstudie som er gjort i sykehus, da vi tenker å screene våre pasienter på sykehus (26,27).

“Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use?” (27)

Hva viser den systematisk oversikten?

Oversiktsartikkelen sammenlikner om AUDIT-C er like nøyaktig (like sensitiv og spesifikk) som AUDIT til å fange opp og diagnostisere overforbruk av alkohol. Oversikten har inkludert 14 studier som direkte har sammenlignet AUDIT-C med AUDIT av 194 artikler funnet. Inklusjonskriteriene som var klart definert på forhånd, var bruk av både AUDIT og AUDIT-C, referansestandard på alkoholoverforbruk, nok data til å reprodusere en 2x2 tabell over sanne og falske positive og negative for begge screening verktøy. 8 studier ble gjort i Europa, 5 i USA og 1 i China. Av de inkluderte studien var de fleste utført i primærhelsetjenesten og kun èn ble utført på inneliggende pasienter. Oversikten finner at det ikke er statistisk forskjell mellom den samlede nøyaktigheten av AUDIT og AUDIT-C for risikofylt bruk, skadelig bruk og generelt overforbruk. Sammenslåtte data antydde at AUDIT mulig var noen bedre på å oppdage avhengighet enn AUDIT-C, men ingen sikre funn. Det var stor heterogenitet mellom de inkluderte enkeltstudiene og de benyttet ulike cut-off-verdier for ulik grad av overforbruk for AUDIT-C og for referansen AUDIT. Heterogeniteten i resultatene mellom enkeltstudiene var større for AUDIT-C noe som kan tyde på at verktøy er mer sårbart for variasjon hos ulike subgrupperinger.

Kan vi stole på resultatene?

Forfatterne har gjort søket i de største databasene. De har hatt klare inklusjonskriterier og de har definert gradene av alkoholoverforbruk. De ulike studiene som ble inkludert i oversiktsartikkelen har stor variasjon i hva de legger i definisjon av risikofylt drikking med variasjon fra 196-280 g for menn og 98-169 g for damer, noe som er ulik fra vår definisjon (179-640g for menn og 179-448g for kvinner). Forfatterne har oppgitt interessekonflikter. Få av de inkluderte studiene har blindet tidligere test-resultat eller blindet cut-off-verdier. Dette gjør at det er økt fare for rapporteringsbias. Forfatterne har vurdert metodesvakhet i enkeltstudiene etter følgende 7 kriterier: representativitet, akseptabel tidsintervall mellom de to testene, referanse resultat blindet, index (første) test blindet, relevant klinisk informasjon, rapportering av ikke-tolkbare resultat, og forklart frafall. De benyttet QUADAS-tool som er et verktøy for å vurdere metodisk heterogenitet, 4 av 11 kriterier måtte være oppfylt for å bli inkludert i oversikten. De har foretatt meta-analyser og gjort analyser av subgrupper etter alder, kjønn og graden av alkoholoverforbruk, dette gjør at resultatet blir presentert mer nyansert. Samlet er dette en liten studie med stor heterogenitet mellom enkeltstudiene og det er derfor vanskelig å trekke slutninger ut fra denne studien og vi kan ikke sikkert si om AUDIT-C er like treffsikker som AUDIT for å oppdage de ulike gradene av alkoholoverforbruk.

Er resultatet overførbart og anvendbart?

Her er vi usikre om resultatene er overførbare. De ulike studiene har benyttet ulike cut-off-verdier for gradene av overforbruk. Det er liten felles konsensus for hvilke cut-off-verdier som bør benyttes for ulike subgrupper og to av de inkluderte studiene (Bradley et al 2007 og Gual et al 2002) har benyttet lavere cut-off-verdier for kvinner. De fleste studiene var gjort i primærhelsetjenesten og her ser man ofte en annen gruppe mer uselekterte pasienten og det er ikke sikkert AUDIT-C er like treffsikker blant inneliggende pasienter. Det finnes ikke en felles konsensus om hvilke cut-off-verdier man burde benytte for denne gruppe. Ingen av studiene som er inkludert er gjort i Skandinavia og kultur og sosioøkonomisk status er en viktig faktor for hvordan vi tolker og besvarer spørreskjema. AUDIT-C blitt testet opp mot AUDIT og ikke mot faktisk alkoholkonsum målt med f.eks blodprøve for langtidsinntak (PEth) eller selvrapportert inntak. Dette gjør at vi vet lite om den reelle treffsikkerheten til AUDIT-C. Forfatterne selv skriver at resultatene er bygget opp av et

fåfall av heterogene studier og at resultatene ikke kan benyttes til å konkludere med at testene er like gode.

“Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? (26)”

Hva viser studien?

Studien sammenligner egenskapene til AUDIT-C med AUDIT for å fange opp risikofylt drikking i et akuttmottak i Spania, hos pasienter som kommer inn etter bilulykke. Studien viste at AUDIT-C har en sensitivitet på 76 % og en spesifisitet på 73 % ved en poengsum på ≥ 5 hos menn, samt en sensitivitet på 100% og spesifisitet på 95 % ved en poengsum på ≥ 4 hos kvinner for å identifisere risikofylt drikking, sammenlignet med AUDIT.

Kan vi stole på resultatet?

Studien var primært designet for å se på effekten av intervensjon ved risikofylt drikking. Sammenligningen mellom AUDIT og AUDIT-C er publisert etter subanalyser, og var ikke tenkt med i det opprinnelige studiedesignet. Da AUDIT-C består av 3 spørsmål fra AUDIT, kunne forfatterne i ettertid hente ut svarene på disse tre spørsmålene og sammenligne dataene mellom AUDIT og AUDIT-C. utfordringen med å benytte seg av disse resultatene er at AUDIT i seg selv er et screeningverktøy med usikker treffsikkerhet. Dermed kan vi ikke si noe sikkert om den reelle treffsikkerheten til AUDIT-C, men kun hvordan den gjør det sammenlignet med AUDIT. Det er også utfordrende at studieforfatterne har benyttet andre alkoholenhet-standarder enn NICE (1 alkoholenhet er 10g vs 13g). Kun 120 personer av 971 identifiserte trafikkulykke-pasientene, deltok da deltakelse i studien var frivillig. Kun 33% av de som valgte å delta hadde positiv alkohol-spytt-test i mottaket. Når inklusjonsraten (12%) er så lav er det stor sannsynlighet for seleksjonsbias.

Er resultatet overførbart?

Studien er gjort i Spania på pasienter som er vært i en bilulykke. Gjennomsnittlig alder hos pasientene var 27 år. Denne pasientpopulasjonen er annerledes enn pasienter på en lungeavdeling, der vi vil gjøre vårt prosjekt. Det ble ikke gjort subanalyser for ulike aldre eller etnisitet, for å undersøke om eventuelle alder påvirker skåren. I denne studien fant forfatterne at optimal cut-off-verdi for AUDIT-C var ≥ 5 for menn og ≥ 4 for kvinner, for risikofylt bruk. Dette er en annen poengsum enn NICE har benyttet (figur 2) og igjen illustreres det at det er liten konsensus om hva som er optimale cut-off-verdier for de ulike gradene av alkoholoverforbruk og for ulike subgrupper. Det er ikke gjort lignende studier i Norge for å validere AUDIT-C her. Det ser ut som om testegenskapene varierer med omgivelser, pasientpopulasjon og definisjon eller cut-off-verdi på alkoholoverforbruk. Vi vurderer at det derfor er usikkert om tallene er overførbare til vår pasientpopulasjon på en sengepost i Norge.

Intervensjon

NICE-retningslinjene anbefaler brief intervention for personer som etter screening har blitt identifisert med risikofylt eller skadelig alkoholforbruk (tilsvarende AUDIT-C-poengsum 5-10). FRAMES (figur 3) foreslås som modell for samtalen. Samtalen bør ta 5-15 minutter og dekke; potensiell skade forårsaket av pasientens alkoholkonsum, grunner til å endre oppførsel – deriblant helsefordelene, motstand mot endring, strategier for å redusere alkoholforbruk, og konkrete mål for veien videre. Alt helsepersonell kan utføre brief intervention, men det anbefales at helsepersonell kurses i teknikken først.

Feedback - en tilbakemelding på hva som er problemet og risiko det medfører

Responsibility - pasienten gjøres ansvarlig for egen atferd, altså eget alkoholkonsum.

Advice - råd om reduksjon og hjelp til endring av atferd

Menu - presenter flere alternative strategier for å utføre endringen

Empathy - en varm, reflekterende, empati og forståelsesfull tilnærming

Self-efficacy - tro på egen mestringsevne hos pasienten som utfører forandringen

Figur 3: FRAMES-modellen, metode for å strukturere en "brief intervention".

Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget for valg av intervensjon.

NICE har gjennomgått 27 systematiske oversikter som omhandler effekten av brief intervention hos de med alkoholoverforbruk (25). Til sammen vurderer oversiktene godt over 100 primærartikler, hvorav de fleste er randomiserte studier, som i stor grad ble foretatt i primærhelsetjenesten i USA og Storbritannia. De systematiske oversiktene viste samlet en effekt av brief intervention på blant annet pasienters alkoholkonsum og mortalitet. Noen av de systematiske oversikter rapporterte derimot usikker effekt av brief intervention i andre settinger, f.eks. akuttmottak, på sengepost og i bedriftshelsetjenesten.

Seks av disse systematiske oversiktene, studerte spesifikt effekten av brief intervention på pasienter som først hadde blitt screenet for alkoholforbruk i en sykehussetting. De tre artiklene som best representerer den settingen vi ønsker i vårt kvalitetsforbedringsprosjekt, presenteres videre.

1. "Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review" (28)

Hva viser den systematisk oversikten?

Oversiktsartikkelen inkluderte 39 studier som tok for seg screening kombinert med brief intervention - 30 randomiserte studier og 9 kohortstudier. Av disse var det 32 studier som rapporterte en eller flere positive effekter av å utføre brief intervention etter screening for pasienter med alkoholoverforbruk - 10 av de 32 ble foretatt på innlagte pasienter. De positive effektene er blant annet reduksjon av alkoholkonsum (29 av 32 studier), færre sykehusinnleggelses (4 av 32 studier), færre sosiale konsekvenser relatert til alkohol, f.eks konflikter eller problemer relatert til venner, familie, skole og jobb (4 av 32 studier) og flere

henvisninger til russpesialist (4 av 32 studier) 12 av de 32 gjennomgåtte studiene rapportere også reduksjon i morbiditet og mortalitet, målt i form av reduksjon i blodtrykk, gamma-GT, føtalt alkoholsyndrom og alkoholrelaterte skader. Resultatene er ikke kvantifisert eller angitt samlet i tallverdier.

Kan vi stole på resultatene?

De inkluderte studiene ble vurdert å være av varierende kvalitet, basert på om de var randomiserte, blindede, hadde akseptabelt mengde frafall og eventuell begrunnelse for frafall. Kun én av studiene oppfylte alle de nevnte kriteriene. Det er ikke tatt stilling til hvordan screeningen er utført og eventuelle bruk av screeningverktøy. Hvor stor nytteverdien screening i seg selv bidrar med er også uklart, siden denne systematiske oversikten tar for seg effekten av screening og brief intervention som en helhet. Samtidig inkluderte noen studier pasienter med alkoholavhengighet, mens andre ekskluderte deltakere med avhengighet. Effekten av brief intervention ved ulike grader av alkoholoverforbruk er ikke tatt stilling til. Samtidig er det en svakhet at resultatene ikke er kvantifisert.

Brief intervention er en psykologisk intervensjon, og man kan tenke seg at kvaliteten av intervensjonen også vil være avhengig av erfaringen til helsepersonellet som utfører den, samt at det finnes ulike metoder å praktisere brief intervention på. Dette kan tenkes å være en feilkilde i de nevnte artiklene, da det ikke er samme person som utfører brief intervention på alle deltakerne i de inkluderte studiene.

Er resultatet overførbart og anvendbart?

Pasientpopulasjonen i enkeltstudiene inkluderte innlagte sykehuspasienter, men også universitetsstudenter, og polikliniske pasienter. Det forekommer altså stor heterogenitet mellom deltakerne i studiene med tanke på kjønn, alder og sosioøkonomisk status, faktorer som kan tenkes å være med på å påvirke hvor mottakelig en person er for denne typen intervensjon. Oversiktsartiklene presiserer ikke hvorvidt resultatene gjaldt én av disse gruppene mer enn andre. Dette utfordrer overførbarheten til vårt prosjekt.

2. “Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries” (29)

Hva viser den systematisk oversikten?

Oversiktsartikkelen gjennomgikk 13 studier som undersøkte effekten av brief intervention i akuttmottak hos pasienter med mistanke om høyt alkoholinntak. Mistanken var basert på funn av promille av ulik grense på blodprøver, utslag på ulike screeningtester og oppfylging av diagnosekriterier for risikofylt alkoholinntak. Det ble ikke observert en sikker reduksjon i mengde eller frekvens av alkoholkonsum, men oddsen for å pådra seg en alkoholrelatert skade ble derimot signifikant nesten halvert de 6-12 månedene etter intervensjon.

Kan vi stole på resultatene?

En styrke ved denne oversiktsartikkelen, er at den foretok en meta-analyse av 10 RCTer, som målte effekt av brief intervention på mengde og frekvens av alkoholkonsum, samt alkoholrelaterte skader og konsekvenser (hvilke konsekvenser ble ikke definert). Selv om meta-analysen fant at brief intervention signifikant reduserte alkoholrelaterte skader og konsekvenser, varierte graden av reduksjon mellom studiene. Samtidig har det blitt diskutert hvorvidt flauheten forbundet med alkoholrelaterte skader kan ha ført til en underrapportering av skader i noen av studiene. En annen svakhet ved meta-analysen, er at det kun var et antall på 2 til 5 studier inkludert i analysen for hvert enkelt effektspørsmål; kvantitet, frekvens, konsekvenser av inntaket, skader som følge av inntaket. De inkluderte studiene ble derimot beskrevet å være av relativt høy kvalitet, vurdert etter hvorvidt de var randomiserte, deres grad av frafall, hvorvidt gruppekarakteristika og inklusjonskriterier var godt beskrevet, hvorvidt de benyttet objektive beregninger og om de presenterte effektstørrelse. Samlet vurderer vi at dette er en god systematisk oversikt, og vi kan dermed stole på resultatene som viser at brief intervention gir en reell reduksjon i nye alkoholrelaterte skader etter intervensjon.

Er resultatet overførbart og anvendbart?

Det ble foretatt en opportunistisk screening i forkant av brief intervention, men typen screening varierte fra oppdaget promille med ulike cut-off verdier på blodprøver, til utslag på screeningverktøy som AUDIT, CAGE og PAT. Da de ulike screeningverktøyene kan tenkes å ha annen sensitivitet og spesifisitet enn AUDIT-C for grad av overforbruk, vil dette igjen påvirke hvor mange av de som fanges opp som vil ha effekt av behandlingen (endret *number needed to treat*). Dersom graden av alkoholoverforbruk er relevant for effekt av behandlingen, vil det at det er benyttet ulike screeningverktøy redusere overførbarheten til vårt prosjekt. Samtidig ble brief intervention utført av svært ulike grupper personell i de ulike enkeltstudiene, som forskningsassistenter, sykepleiere, sosialarbeidere og terapauter. Dette kan forklare den statistiske heterogeniteten som ble funnet. Det er usikkert i hvilken grad *hvem* som utfører intervensjonen er relevant for utfallet, og om det isåfall kan forventes samme utfall når dette gjøres av sykepleierne på sengepost slik vi foreslår.

3. "The effects on mortality of brief intervention for problem-drinking: a meta-analysis" (30)

Hva viser den systematisk oversikten?

De har studerte hvor stor effekt brief intervention hadde på mortalitet, blant pasienter som ikke selv oppsøker helsevesenet for hjelp med å redusere alkoholinntaket (36). Forfatterne konkluderte med at brief intervention førte til en reduksjon i mortalitet hos personer med høyt alkoholkonsum på 23-36% sammenlignet med kontrollgruppe som ikke fikk intervensjon.

Kan vi stole på resultatene?

Studien inneholdt en rekke begrensninger, blant annet et lite totalt antall inkluderte studier (til sammen ca 2400 pasienter) og ulike måter å praktisere brief intervention på. Dessuten ble begreper som «høyt alkoholkonsum» eller «drikkeproblemer» aldri konkretisert og definert. Det gjør det vanskelig å etterprøve effektene på ulike grader av alkoholavhengighet (figur 2). Mortalitetsraten er heller ikke justert med tanke på eventuelle

konfunderende faktorer som kan ha påvirkning på resultatet. Grunnet disse begrensningene må man være forsiktig med å stole på resultatet fra denne systematiske oversikten.

Er resultatet overførbart og anvendbart?

I likhet med de øvrige studiene gjennomgått, er ikke primærstudiene utført i Norge eller Skandinavia, og settingen screening og intervensjon utføres i er varierende. Analysen inkluderte fire studier, hvor kun én var gjort i spesialisthelsetjenesten. Dermed er den studerte populasjonen ikke helt den samme som den i vårt kvalitetsforbedringsprosjekt. På en annen side, i likhet med de andre studiene, hadde pasientene ikke oppsøkt helsevesenet for å få hjelp for alkoholoverforbruket deres.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

NICE anbefaler videre å vurdere henvisning til spesialisthelsetjenesten istedenfor brief intervention ved ett av følgende kriterier:

1. Ved tegn til alkoholavhengighet (AUDIT-C-poengsum >11)
2. Manglende effekt av brief intervention, men ønsker selv fortsatt hjelp.
3. Ved tegn til alvorlig alkoholrelatert helsemessig svekkelse, eller en alkoholrelatert komorbid tilstand (eksempelvis leversykdom, alkoholrelaterte psykiske problemer).

NICE begrunner dette med at studiene de har gjennomgått i deres kunnskapsgrunnlag for brief intervention ikke har inkludert pasienter med alkoholavhengighet. Samtidig ser vi at andre oppslagsverk heller ikke anbefaler brief intervention til de med alkoholavhengighet fordi kunnskapsgrunnlaget deres ikke har avdekket effekt av brief intervention hos alkoholavhengige (31).

Ved henvisning av pasienter med et av de nevnte kriteriene til spesialisthelsetjenesten, anbefaler NICE intervensjoner som kognitiv atferdsterapi, miljøterapi og atferdsterapi til pasienter med alkoholavhengighet, i tillegg til medikamentell behandling. Dette samsvarer med norske retningslinjer og andre internasjonale oppslagsverk (31, 32, 33). Da dette ikke er pasientgruppen vi har hovedfokus på, kommer vi ikke til å redegjøre nærmere for kunnskapsgrunnlaget bak dette.

Vår samlede vurdering av NICE-retningslinjen

Retningslinjen er generelt godt utarbeidet. Den ble utarbeidet i 2011 og ble oppdatert i 2019. Eventuelle svakheter og manglende evidens er gjort rede for. Anbefalingene er relativt tydelige og lette å følge. Retningslinjene er utarbeidet av en uavhengig komite og har involvert personer fra ulike bakgrunn.

Likevel ser vi noen utfordringer med å benytte retningslinjen. Forskningsgrunnlaget bak anbefalingen består hovedsakelig av studiene med høy kvalitet, men studier som omtaler screeningverktøy viser sprik i hvilke cut-off-verdier man bør velge, og det er gjort få sub-analyser på ulike undergrupper og hva effekt av screening er hos disse. Anbefalingen bygger på evidens om at det finnes gode screeningverktøy og effektiv behandling, men NICE har unnlatt å undersøke hva slags konsekvenser screening i seg selv kan føre til. Screening er relatert til en rekke ulemper slik som overdiagnostikk, overbehandling og økt ressursforbruk, og man må derfor være sikker på at fordelene ved screening veier opp for ulempene før man kan anbefale screening. Dette er ikke redegjort for i kunnskapsgrunnlaget til NICE. Grunnen til at NICE ikke har tatt stilling til dette er trolig på grunn av svært manglende forskning relatert til de positive og negative virkningene til alkoholscreening. En meta-analyse av USPSTF(US Preventive Services Task Force) fra 2018 har forsøkt å finne studier som har undersøkt om screening alene har effekt på å redusere alkoholkonsum, morbiditet og mortalitet, men dessverre fant de ingen relevante studier (34). De fant heller ingen studier som har undersøkt om screening kunne bidra til noen negative konsekvenser. Forskningen innenfor dette temaet har til nå kun vært fokusert på om de ulike screeningverktøyene er sensitive og spesifikke nok til å fange opp pasienter med alkoholoverforbruk, og om behandlingen er effektiv til å redusere alkoholforbruket, men dette mener vi ikke er godt evidens til å kunne anbefale alkoholscreening til alle pasienter innlagt på somatisk avdeling.

Det meste av forskningen er gjort i allmennpraksis og det finnes lite evidens for å screene i en sykehussetting. For behandling er det vist at brief intervention kunne ha en fordelaktig effekt på de med alkoholoverforbruk i primærhelsetjenesten, men det finnes lite evidens for effekt av brief intervention på sykehus. Vi vurderer derfor at evidensen for settingen vi ønsker å bruke trolig er svak. I tillegg er nesten all forskningen gjort utenfor

Skandinavia og usikkerheten rundt overførbarheten er derfor stor. Det er heller ikke gjort rede for hvorfor NICE valgte å anbefale brief intervention som førstelinjebehandling for pasienter med risikofylt og skadelig alkoholforbruk i stedet for andre former for psykososial terapi. I kunnskapsgrunnlaget har man kun gjennomgått studier som tar for seg effektiviteten av brief intervention, uten at det har blitt gjort sammenligning med andre behandlingsalternativer.

Dette gjør at vi samlet sett ser utfordringer ved å benytte denne retningslinjen i Norge for pasientgruppen som er tiltenkt i vårt prosjekt.

Enkeltstudie fra Pubmed

Vi klarte kun å finne fem studier som omhandler alkoholscreening på sykehus, én av disse er en randomisert kontrollert studie fra 2015 som sammenligner effektiviteten av brief intervention etter alkoholscreening versus screening alene (35). Denne studien er ikke en del av kunnskapsgrunnlaget til NICE-retningslinjer, da den er publisert etter at retningslinjen ble laget, men likevel er den svært relevant for vår problemstilling.

Hva viser den systematisk oversikten?

Studien inkluderte 124 voksne deltakere fra enten medisinsk sengepost eller ortopedisk sengepost fra et sykehus i Glasgow, som ble identifisert til å ha risikofylt eller skadelig alkoholforbruk ved bruk av screeningverktøy FAST. FAST består av 4 spørsmål fra AUDIT, men spørsmålene er til forskjell fra AUDIT-C, mer fokusert på hvordan alkoholkonsumet har påvirket personens funksjonsnivå i stedet for den konkrete alkoholmengden personen inntar. Intervensjonsgruppen fikk igangsatt brief intervention under innleggelsen, mens kontrollgruppen kun fikk et informasjonsskriv om alkoholoverforbruk. Etter 6 måneder så man en reduksjon i alkoholkonsum i begge grupper, der intervensjonsgruppen reduserte sitt alkoholkonsum med 97 g/uke, mens kontrollgruppen kun hadde en reduksjon på 12 g/uke. Det var også rapportert at intervensjonsgruppen hadde en absolutt alkoholkonsum som var 6 enheter (50g) lavere per uke enn kontrollgruppen, men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Ut i fra denne randomiserte kontrollerte studien kan det se ut som alkoholscreening alene har en viss effekt for reduksjon av

alkoholkonsum for pasienter med risikofylt eller skadelig forbruk, men reduksjonen var større hvis man i tillegg satte i gang med brief intervention på sykehuset.

Kan vi stole på resultatene?

Da studien er en RCT kan resultatene virke mer troverdige. Den er ensidig blindet og resultatene er derfor mindre utsatt for "confirmation bias". Samtidig nevner forfatterne av studien at det muligens har fremkommet en viss seleksjonsbias i deres utvalg. Ut fra 330 potensielle pasienter fikk de kun frem relevant data for 87, i hovedsak grunnet manglende samtykke til å delta i forskningsprosjektet. Flere av disse pasientene nevnte frykt for stigmatisering, samt frykt for tap av økonomisk støtte som grunner til å ikke delta. Videre nevner de da at studiepopulasjonen på 87 ble alt for liten for å hente ut signifikant data. Studien har kun sett på effekten etter 6 mnd og vi vet lite om langtidseffekten av intervensjonen.

Er resultatet overførbart og anvendbart?

Det er brukt et annet screeningverktøy enn AUDIT-C, slik at resultatene ikke kan med sikkerhet overføres til vårt prosjekt. Det er også uklart hvordan cut-off verdiene for FAST korrelerer med cut-off verdiene for AUDIT-C for ulike grader av alkoholoverforbruk.

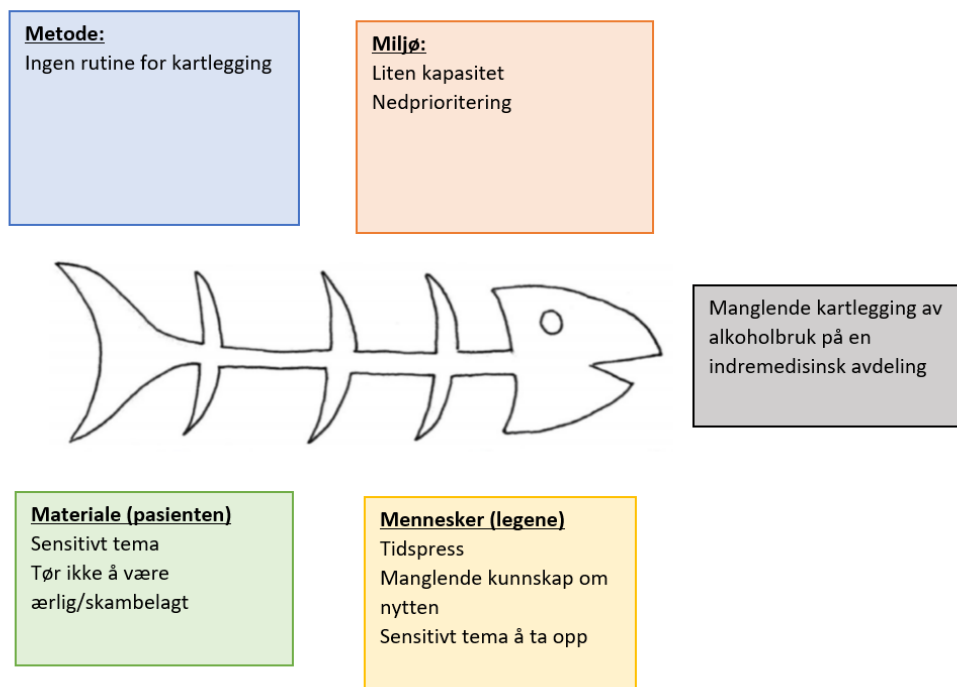
Dagens praksis, tiltak og indikatorer

Dagens praksis

Vi har valgt lungeavdelingen på Akershus sykehus som vårt mikrosystem for implementering av alkoholkartlegging ved bruk av AUDIT-C. Avdelingen er delt i fire tun med syv sengeplasser i hvert tun – 28 plasser totalt. Årlig ca. 3000 pasienter som ligger inne på heldøgn. Gjennomsnittlig liggetid på avdelingen er 4,2 døgn.

Avdelingen har ikke oversikt over antall pasienter med alkoholoverforbruk de har innlagt til enhver tid, blant annet grunnet fravær av rutiner for kartlegging av alkoholforbruk på avdelingen, og at dette gjøres i akuttmottaket. De påpeker samtidig at kartlegging av alkoholforbruk ofte glipper, da pasienten i akuttmottaket eller på sitt første inneliggende døgn på sykehus, ofte er for dårlige for slik kartlegging. De er først oppmerksomme på problemet hvis alkoholoverforbruket er kjent fra før, eller om innleggelsen skyldes alkoholrelaterte helseproblemer. På lungeavdelingen blir det heller ikke lagt vekt på alkoholbruket kartlagt i innkomsten, så fremt ikke pasienten er preget av sitt overforbruk, f.eks. i form av abstinenser.

Tidspress oppgis som hovedutfordringen for å drive kartlegging av pasienter for alkohol. De oppgir også manglende kapasitet med tanke på personell. Det å ta opp alkoholforbruk med pasientene, blir ikke sett på som vanskelig for helsepersonell ved avdelingen, men det foreligger samtidig et inntrykk av at dette kan være et sensitivt tema for pasientene, og de har ikke nok ressurser til å virkelig grave i slike sensitive spørsmål (figur 4).



Figur 4: Fiskebensdiagram over utfordringene ved kartlegging av alkoholforbruk på sykehus

Tiltak

Tiltakene vi vil iverksette for å kartlegge pasienter for alkoholforbruk på lungeavdelingen er først og fremst bruk av AUDIT-C på alle inneliggende pasienter.

Ved AUDIT-C-poengsum >4 for både kvinner og menn vil legen notere poengsummen som et eget punkt i epikrisen. Det vil også noteres at poengsummen tyder på at pasienten har økt risiko for utvikling av avhengighet, og fastlegen oppfordres til å intervensere i form av f.eks. brief intervention - slik NICE-retningslinjene anbefaler. Ved AUDIT-C-poengsum >11 , noe som tyder på en mulig avhengighetslidelse, vil LISene på avdelingen selv ta dette opp med pasienten under innleggelsen, og tilby henvisning til TSB.

Kvalitetsindikatorene

Vi har valgt å bruke prosessindikatorer for å måle eventuell forbedring i kartlegging av alkoholoverforbruk på lungeavdelingen:

- Andel pasienter der alkoholforbruk blir kartlagt ved bruk av AUDIT-C
- Andelen av pasienter som har fått avdekket alkoholoverforbruk, der det er iverksatt tiltak (AUDIT-C poengsum notert i epikrisen/tatt opp av legene på avd./henvist til TSB)

Kvalitetsindikatorerne er relevante, da de er et direkte mål på det vi ønsker å få gjennomført – å øke antallet pasienter på en somatisk sengepost som får alkoholforbruket sitt kartlagt. Det er også viktig å måle antall pasienter det er blitt gjort tiltak på da vi ikke kartlegger for statistikkens del, men fordi vi ønsker å forbedre et område innen sykehuspraksis gjennom konkrete tiltak.

Indikatorerne er svært pålitelige, og man kan operere med konkrete tall og verdier som ikke er særlig åpne for tolkning, og som vil måles likt av alle. De kan primært påvirkes ved eventuelle svakheter i selve registreringen, f.eks. at legen glemmer å notere AUDIT-C-poengsum i epikrisen, eventuelt at personen som fører statistikken gjør feil i selve registreringen.

Prosess, ledelse og organisering

Som en del av forberedelsen, gjennomgås vårt kvalitetsforbedrende prosjekt, inkludert bakgrunn, prosess og organisering med ledelsen. Ledelsens følelse av engasjement og eierskap for prosjektet, er viktig for at holdningene og rutinene vi ønsker å implementere skal vedvarende. Før oppstart av prosjektet ønsker vi å bruke en av avdelingens ukentlige undervisningsdager til å informere de ansatte om kunnskapsgrunnlaget, og verdien av å avdekke alkoholoverforbruk og intervensere.

For at prosjektgruppen skal kunne representere de ulike involverte partene i prosessen, ønsker vi at den inkluderer fagsykepleier, en sykepleier fra post, avdelingssykepleier, en LIS og avdelingsoverlege.

Kvalitetsforbedringsprosjektet er forventet å vare i 6 måneder. Kartleggingen utføres i praksis av sykepleier på pasientens 2. inneliggende døgn. Tidspunktet er valgt fordi pasientene på dag én ofte er dårlige i pusten og slitne etter flere timer i akuttmottaket. På dag to er det roligere for pasienten, og de har ofte kommet seg litt. Samtidig skrives mange ut allerede på andre eller tredje dag. Da det ikke foreligger tydelig kunnskapsgrunnlag for om kartlegging bør utføres av lege eller sykepleier, har vi i stor grad vektlagt avdelingens ønske vedrørende dette. Samtidig er avdelingens sykepleiere også oftere i kontakt med pasientene og kan dermed lettere angripe temaet alkoholvaner.

Første tidspunkt for evaluering av prosjektet er tenkt når prosjektet er halvveis, altså i uke 12. Dette gjøres med hele prosjektgruppen tilstede. Det utføres så eventuelle justeringer i planen. Prosjektet evalueres igjen etter totalt seks måneder, og det vurderes hvorvidt det er behov for å kontinuere i noen måneder til.

Resultatet av kartleggingen opprettes i et journaldokument med navnet "AUDIT-C", og epikriseskrivende lege viderefører denne informasjonen til epikrisen. Underveis i utførelsen vil det være nødvendig med registrering av statistikk med utgangspunkt i de valgte kvalitetsindikatorene. Prosjektleder vil ha ansvar for føring av denne statistikken, som skal presenteres for de ansatte omtrent annenhver uke (tabell 5). Tallene vil presenteres grafisk på

en skjerm, lokalisert på vaktrommet til hvert tun, der det også vil være fokus på endring fra forrige registrerte periode. Samtidig ses det nyttig med andre visuelle påminnelser, i hovedsak plakater, i nærheten av datamaskiner der journalnotatene skrives.

Det overordnede målet er å øke andelen pasienter som får kartlagt sitt alkoholforbruk til 100% i løpet av de 6 månedene prosjektet skal pågå. Vi tenker å ha noen delmål på veien; en økning til 50% i løpet av 2 måneder, deretter en økning til 75% etter ytterligere 2 måneder, og til slutt en økning som tilsvarer 100% etter enda 2 måneder.

Uke 1 :	Snakke med ledelse, lage arbeidsgruppe
Uke 2 :	Informere de ansatte, f.eks. på morgenmøtet. Ha presentasjoner.
Uke 3 :	Starte implementering på en mandag. Alle innlagte på 2. dag, screenes.
Uke 4 :	Registrere statistikk på mandag. Kontinuere implementering.
Uke 5 :	Registrere statistikk på mandag. Kontinuere implementering.
Uke 6 :	Ha innlegg på mandag der de foregående ukens statistikk presenteres. Kontinuere implementering.
Uke 7 :	Registrere statistikk på mandag. Kontinuere implementering.
Uke 8 :	Kontinuere implementering.
Uke 9 :	Ha innlegg på mandag der de foregående ukens statistikk presenteres. Kontinuere implementering. Registrere statistikk fra de to siste ukene på mandag.
Uke 10 :	Kontinuere implementering.
Uke 11 :	Registrere statistikk på mandag. Kontinuere implementering.
Uke 12 :	Evaluere med prosjektgruppe. Vurdere nødvendige endringer. Tilbakemelding fra personalet.
Uke 13 :	Implementere nye endringer etter evaluering.
Uke 14-18 :	Fortsettelse med å føre statistikk annenhver mandag. Kontinuere.
Uke 19 :	Nytt innlegg på mandag der statistikk presenteres.
Uke 20-23 :	Fortsettelse med å føre statistikk annenhver mandag. Kontinuere.
Uke 24 :	Oppsummere. Stor bløtkake. Planen er å avvile prosjektoppfølgingen, men det bør gjøres en vurdering på om det bør endres eller videreføres en stund til.

Tabell 5: Ukeplan for prosjektet

Diskusjon

Med prosjektet vårt ønsket vi å tilby pasientene hjelp for å forhindre alkoholrelaterte skader, og spare samfunnet for kostnader relatert til alkohol. I en rapport skrevet for Sosial- og helsedirektoratet, ble det estimert at alkoholoverforbruk koster det norske samfunnet mellom 18-19,6 milliarder årlig (36). Vi håpet derfor at man med alkoholkartlegging vil kunne plukke opp flere med alkoholoverforbruk og starte intervensjoner, som igjen kan spare samfunnet for ekstra kostnader. Dette forutsetter dog at det finnes effektiv behandling for alkoholoverforbruk.

Ved oppstart av prosjektet kom det frem at alkoholkartlegging i akuttmottaket på Ahus ofte glipper. LIS-ene informerte videre at det som eventuelt kommer frem i inntakjournalen om alkoholvaner ikke blir fulgt opp på avdeling, med mindre pasienten har behov for behandling av abstinenser. Dette tyder på at personer med avhengighetslidelse blir fanget opp, men de med et risikofyllt eller skadelig alkoholbruk gjerne glipper. Vi så potensiale for å fange opp disse pasientene ved hjelp av screening, og slik intervensjoner på et tidligere stadium.

Retningslinjene lagt frem av både NICE og Helsedirektoratet tyder på at helsevesenet ønsker et større fokus på å fange opp alkoholoverforbruk. Helsedirektoratets retningslinjer er ganske vage, noe som har medført at screening ved bruk av verktøy som AUDIT-C ikke regelmessig anvendes i Norge (10, 13). Som en del av kunnskapsgrunnlag, har NICE også undersøkt faktorer som påvirker implementering av alkoholscreening og brief intervention (17). Det er rapportert en rekke barrierer for implementering både i primærhelsetjenesten og sykehus. De viktigste viste seg å være tidsmangel, økt arbeidsmengde, manglende finansiering og lite støtte fra ledelsen. Disse barrierene støttet vi også på under samtale med lungeavdelingen på Ahus, som i hovedsak mente at prosjektet kunne være ressurskrevende og upassende i deres setting. Dette var fordi prosjektet krevde store ressurser fra personalet til å gjennomføre screeningen, opplæring og gjennomføring av intervensjonen (brief intervention), og/eller henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Legene på avdelingen mente også at utfyllende utspørring om alkoholvaner kunne virke stigmatiserende og unyttig på

lungeavdelingen, og at et slikt pilotprosjekt kunne vært mer passende på andre avdelinger. Avdelingen foreslo også å ansette en ekstern prosjektleder, siden ingen av de ansatte på avdelingen hadde tid til overs til å lede prosjektet. Med manglende lederstøtte fra avdelingen og generelt lite engasjement fra mikrosystemet, vil det være veldig vanskelig å få gjennomført et slikt forbedringsprosjekt i praksis.

NICE-retningslinjene legger videre til grunn at forskningen viser effekt med nedgang i alkoholinntak etter screening og behandling av de med alkoholoverforbruk (18). Samtidig ser vi problemer med hvorvidt forskningsgrunnlaget er overførbart til vårt prosjekt i en sykehussetting. All forskningen hittil gjort på sykehus, er i utlandet. Det er lite forskning på hvilke screeningverktøy som bør benyttes og ulike situasjoner og populasjoner. Det er sprik i cut-off-verdier anbefalt for de ulike screeningverktøyene, noe som gjør det problematisk å vite hvilket screeningverktøy man bør benytte og hvordan man skal tolke resultatet. Her er det behov for mer forskning, særlig i en sykehussetting og for ulike pasientpopulasjoner, før man med sikkerhet kan anbefale alkoholscreening for pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger.

Når man kartlegger pasienter er det en viktig forutsetning at det finnes behandling, så pasienten ikke bare får et stigmatiserende stempel. Det er vist at brief intervention reduserer alkoholinntak, alkoholrelatert morbiditet og mortalitet for de med risikofyllt og skadelig, men hvorvidt resultatene er overførbare til vårt prosjekt er usikkert. Vi har funnet en RCT som er gjennomført i etterkant av NICE-anbefalingene, som fant at pasienter som får brief intervention har en større signifikant reduksjon av alkoholforbruket enn ved screening alene (35). Likevel er det en studie med liten pasientpopulasjon som har begrensninger i form av både seleksjonsbias og "confirmationsbias". Derfor mener vi at kunnskapsgrunnlaget bak effektiviteten av brief intervention utført på sykehus er for svakt.

I prosjektplanen har vi lagt opp til at pasienten henvises tilbake til fastlegen for videre oppfølging med brief intervention. Tanken bak dette var å spare tid for legene på avdeling, siden tidsmangel ble angitt som et stort problem. I tillegg er det som sagt bedre evidens for effektivitet av brief intervention i primærhelsetjenesten. Dessverre er ikke dette en god løsning, fordi en slik forskyvning av ansvar fra sykehuslegen til fastlege kan føre til mindre

kontinuitet i behandlingsforløpet. Ideelt ville vi anbefalt at brief intervention gjøres av legene på avdelingen, men dette krever ytterligere mobilisering av ressurser på sengeposten. Ikke alle leger er kjent med hvordan man bør gå frem ved brief intervention, og legene bør kurses i brief intervention før implementering. Heller ikke alle fastleger føler seg nødvendigvis kjent eller komfortable med metoden, noe som igjen kompliserer vårt prosjekt.

Konklusjon

Alkohol er et stort samfunnsproblem som bidrar til høy global dødelighet, mye ressursbruk og tap av arbeidskraft (2). For enkeltindividet kan alkoholoverforbruk føre til ulykker og utvikling av en rekke alvorlige sykdommer (4).

Vi ønsket å se på mulighetene for å redusere helsemessige skader relatert til alkohol med systematisk kartlegging ved hjelp av AUDIT-C. Mange pasienter med risikofylt eller skadelig alkoholforbruk fanges ikke opp, og det er et forbedringspotensial for kartlegging av alkoholvaner hos disse pasientene på sykehus. Alkoholscreening er også anbefalt av NICE-retningslinjer. Kunnskapsgrunnlaget som disse retningslinjene bygger på er derimot svakt i sykehussetting, og det er usikkert hvor overførbart studiene er til det norske helsevesenet. I tillegg opplevde vi motstand og lite motivasjon blant de ansatte på avdelingen til å gjennomføre prosjektet. Selv om AUDIT-C kan brukes for å gjøre alkoholkartlegging på en rask og enkel måte, er det ikke hensiktsmessig å implementere et slikt tiltak hvis det ikke er godt evidensgrunnlag som støtter screening på sykehus. Dessuten er det per dags dato også lite forskning som tyder på at brief intervention har effekt på alkoholreduksjon ved gjennomføring på sykehus. Vi anbefaler derfor å ikke gjennomføre kvalitetsprosjektet vi har foreslått på lungeavdelingen på AHUS inntil fremtidig forskning tilsier noe annet.

Referanser

- 1) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internett][sist oppdatert 2018; hentet 01.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
- 2) World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019 [Internett][sist oppdatert 2019; hentet 01.03.21]. Tilgjengelig fra: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
- 3) Tonje Isabell Sandø. Rus i Sommatikken Prosjektrapport [Internett]. St. Olavs Hospital; april.2018 [Oppdatert 20.08.2020; hentet 11.03.2021] Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/avdelinger/Documents/Prosjektrapport%20rus%20i%20sommatikken240418.pdf>
- 4) NHI. "Alkoholisme, Problemet." [Internett][sist oppdatert 11.04.18. Hentet 11.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-problemet/>
- 5) NICE. Alcohol-use disorders: prevention. [Internett][sist oppdatert 2010; hentet 30.4.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24>
- 6) FHI. "Negative Konsekvenser Av Alkoholbruk for Andre Enn Brukerne." [Internett][sist oppdatert 05.12.19. Hentet 11.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/negative-konsekvenser-av-alkoholbruk-for-andre-enn-brukerne/?term=&h=1>
- 7) Akan. "Arbeidsplassen Som Forebyggende Arena." [Internett][Hentet 11.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://akan.no/akan-modellen/arbeidsplassen-som-forebyggende-arena/>
- 8) Vederhus, John-Kåre, Ole Rysstad, Frode Gallefoss, Thomas Clausen, Øistein Kristensen. "Kartlegging Av Alkoholbruk Og Røyking Hos Pasienter Innlagt I Medisinsk Avdeling." Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2015; 135-1251-5
- 9) Mitchell, A., Meader, N., Bird, V., & Rizzo, M. (2012). Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: Meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 201(2), 93-100
- 10) Helsedirektoratet. Fokus på rusmiddelproblemer i somatisk helsetjeneste. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [Internett][sist oppdatert 24.1.2017; hentet 01.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/behandlingsniva-i-rusbehandling-avbrudd-dogn-dag-ambulerende-behandling-somatikk-og-straffegjennomforing/fokus-pa-rusmiddelproblemer-i-somatisk-helsetjeneste>
- 11) Richard Saitz. Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs in primary care. UpToDate[database]. [Oppdatert 06.08.20; hentet 11.03.20]
- 12) Gordon, Adam J. Identification and management of unhealthy alcohol use in the perioperative periode. UpToDate[database]. [sist oppdatert 14.03.19; hentet 11.03.20]
- 13) Helsedirektoratet. Avrusning på psykiatrisk eller somatisk avdeling. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [sist oppdatert 13.05.2016; hentet 01.03.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-pa-psykiatrisk-eller-somatisk-avdeling#avrusning-i-psykiatrisk-eller-somatisk-avdeling>
- 14) NICE. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [Internett]. [sist oppdatert 23.02.11; hentet 30.4.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/Introduction>
- 15) NICE. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. [Internett]. [sist oppdatert 12.04.17; hentet 30.4.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>

- 16) Marita Fønhus. Screening. Cochrane Norway [Internett]. [sist oppdatert januar 2019; hentet 06.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.cochrane.no/nb/screening>
- 17) NICE. About. [Internett][hentet 05.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/about>
- 18) Rachel Jackson et al. Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People [Internett]. Sheffield: ScHARR Public Health Collaborating Centre [hentet 05.06.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/evidence/screening-and-brief-interventions-for-prevention-and-early-identification-of-alcohol-use-disorders-in-adults-and-young-people-pdf-371572237>
- 19) Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., Kivlahan, D. R., 2007. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, vol. 31, no. 7, pp. 1208-1217
- 20) Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998 Sep 14;158(16):1789-95
- 21) Aalto, M., Tuunanen, M., Sillanaukee, P., Seppa, K. 2006b. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, vol. 30, no. 11, pp. 1884-1888
- 22) Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., Fevery, J. 2001. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, vol. 51, no. 464, pp. 206-217
- 23) Tuunanen, M., Aalto, M., Seppa, K. Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. *Drug & Alcohol Review*, vol. 26, no. 3, pp. 295-299
- 24) Alcohol use disorders identification test consumption (AUDIT C) [Internett]. UK: Government [hentet 05.06.21]. Tilgjengelig fra: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684826/Alcohol_use_disorders_identification_test_for_consumption_AUDIT_C.pdf
- 25) NICE. Appendix C: The evidence [Internett][hentet 05.05.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/chapter/Appendix-C-The-evidence>
- 26) Rodriguez-Martos, A., Santamarina, E. 2007. Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? *Substance Use & Misuse*, vol. 42, no. 6, pp. 923-932
- 27) Kriston L, Hölzel L, Weiser AK, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med*. 2008 Dec 16;149(12):879-88.
- 28) D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2002 Jun;9(6):627-38.
- 29) Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*. 2008 Mar;103(3):368-76; discussion 377-8.
- 30) Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004 Jul;99(7):839-45.
- 31) BMJ Best Practice. Alcohol-use disorder [Internett]. [oppdatert 12.juni 2018; hentet 07.mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/198/treatment-algorithm>
- 32) Helsedirektoratet. Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet [Internett]. [24.januar 2017; hentet 07.mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling>

- 33) Richard Saitz. Psychosocial treatment of alcohol use disorder. UpToDate[database]. [Sist oppdatert 13.04.20; hentet 11.03.20]
- 34) O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018 Nov 13;320(18):1910-1928.
- 35) Mcqueen JM, Howe TE, Ballinger C, Godwin J. Effectiveness of Alcohol Brief Intervention in a General Hospital: A Randomized Controlled Trial. J Stud Alcohol Drugs. 2015 Nov;76(6):838-44.
- 36) NICE. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications.[Internett]. [sist oppdatert 12.04.17; hentet 30.4.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>