

Risikopasienten? Alkohol og vanedannende legemidler; pasientoppfølging. Samspill mellom sykehus og fastlegene

- Anners Lerdal, forskningssjef LDS
- Stig Tore Bogstrand, forskningsleder, Seksjon for rusmiddelforskning, OUS
- Vigdis Vindenes, forskningsleder, Avd. for rettsmedisinske fag, OUS

AlcoTail

Project leader:
Anners Lerdal
(LDS)

WP1-leader:
Stig Tore Bogstrand
(OUS)

WP2-leader:
Vigdis Vindenes
(OUS)

WP3-leader:
Linda Wüsthoff
(Oslo Municipality)

WP4-leader:
Aud Johannessen
(USN)

WP5-leader:
Nikolaj Kunø
(LDS)

Aims

Alcohol intervention
To determine the impact of implementing alcohol-use screening of patients admitted to medical wards and tailored interventions on patient's alcohol use, health outcomes and use of health services.

Drug use intervention
To determine the impact of implementing psychoactive drug screening of patients admitted to medical wards and tailored interventions on patient's drug use, health outcomes and use of health services.

Drug use among heavy users and use of health services
To identify and describe treatment courses in specialist and primary health care service for patients with advanced substance abuse, receiving services from municipal health and care services.

Implementation process
To explore the experiences and needs of patients, policy makers, and health professionals when implementing the intervention, and planning for and facilitating access to addiction services.

Health economics
To perform a cost-effectiveness analysis of intervention by comparing costs and effects before and after intervention implementation.

Inclusion of 5000 patients (OUS, LDS and STO). Baseline measures: AUDIT-4, alcohol use past 24 hrs and 12 months, Stages-of-change questionnaire, DUDIT, SCL-5, PEth and psychoactive medicinal drug screening in blood samples. Tailored intervention, addiction medicine and PCP. Evaluation of the implementation process. Follow up, registry study.

Methods

Screening ED:
-AUDIT-C
-PEth
Interpretation by clinical pharmacologist
Tailored intervention:
-Addiction medicine
-PCP

Screening ED:
-Psychoactive medicinal drugs
Interpretation by clinical pharmacologist
Tailored intervention:
-Addiction medicine
-PCP

Registry data:
-KUHR system
-NPR for readmissions
-EPJ for length of stay in hospitals
-FD Trygd (Social security database)
-Gerica for health services received in the municipalities

Qualitative methods:
-Focus groups
-Individual interviews with participants

Registry data:
-KUHR system
-NPR for readmissions
-EPJ for length of stay in hospitals
-FD Trygd (Social security database)
-Gerica for health services received in the municipalities

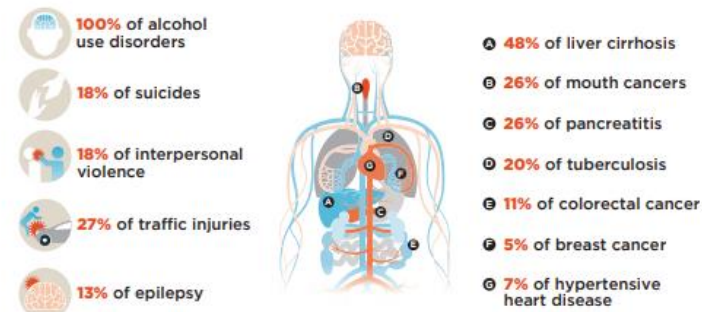
AlcoTail

- Mange medisinske pasienter som legges inn akutt ved norske sykehus har et skadelig forbruk av alkohol og/eller vanedannende legemidler som kan gi negative helseeffekter.
- Kartlegging av alkohol- og vanedannende legemiddelbruk blant medisinske pasienter, samt skreddersydd intervensjon for de som blir identifisert med skadelig bruk vil bli implementert på tre norske sykehus fra årsskiftet 2021-22.
- Formålet med AlcoTail er å undersøke implementeringen og effekten av tiltakene.

Alcohol and health

3 million deaths every year from harmful use of alcohol
men 3/4 women 1/4

Harmful use of alcohol causes

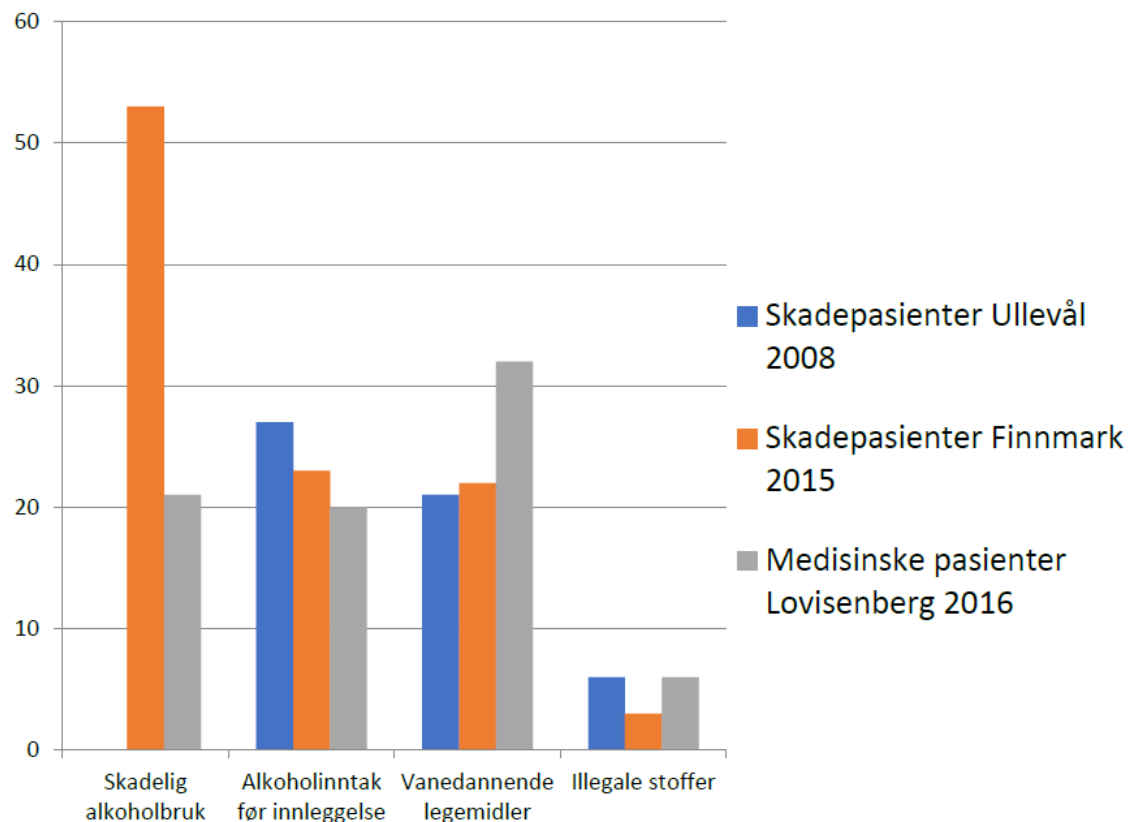


Reduce harmful use of alcohol



 10% reduction in the harmful use of alcohol by 2025

Fra tidligere studier vet vi at:



- 21% av kritisk syke medisinske pasienter har en rushistorikk
- 35% av bilførere drept i ulykker er ruspåvirket

Bakgrunn

- 75 % av pasientene hadde hatt nytte av å vite mer om alkohol og helse
- 10-20 % av pasientene som innlegges hadde hatt nytte av rusintervensjon eller annen oppfølging
- 16 % kombinerer psykoaktive stoffer
- Ved innleggelse i sykehus:
 - Mulighet for å identifisere ved hjelp av spørsmål og blodprøver
 - Motivasjon for å endre rusvaner
 - Fagfolk tilgjengelig - TSB

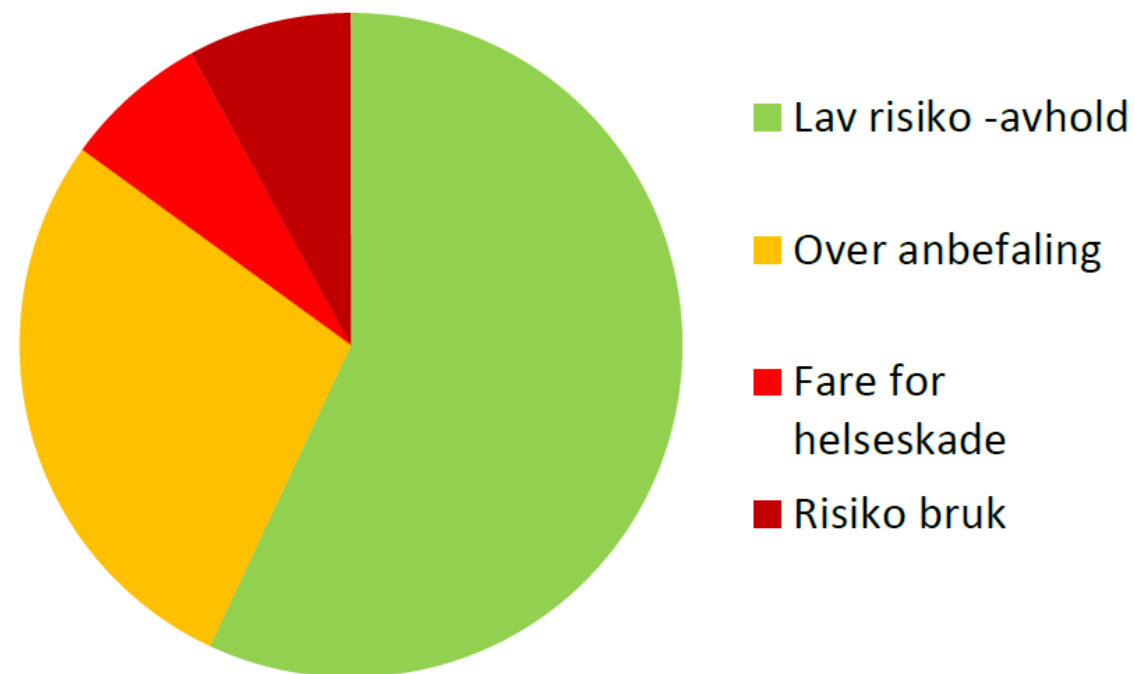
Bakgrunn

- Mangler en systematisk tilnærming i somatisk helsetjeneste
- Enklest og identifisere i spesialisthelsetjenesten, får best behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten
- «Brief interventions» på sykehus begrenset effekt, oppfølging over tid best
- Satse på vanedannende legemidler og alkohol, hvor det er flest pasienter
- Bedre sammenheng mellom tjenester som allerede finnes
- Identifisere tidligere da en innleggelse i sykehus kan være første symptom på overforbruk spesielt blant yngre

Tilnærming skadelig alkoholbruk i sykehus

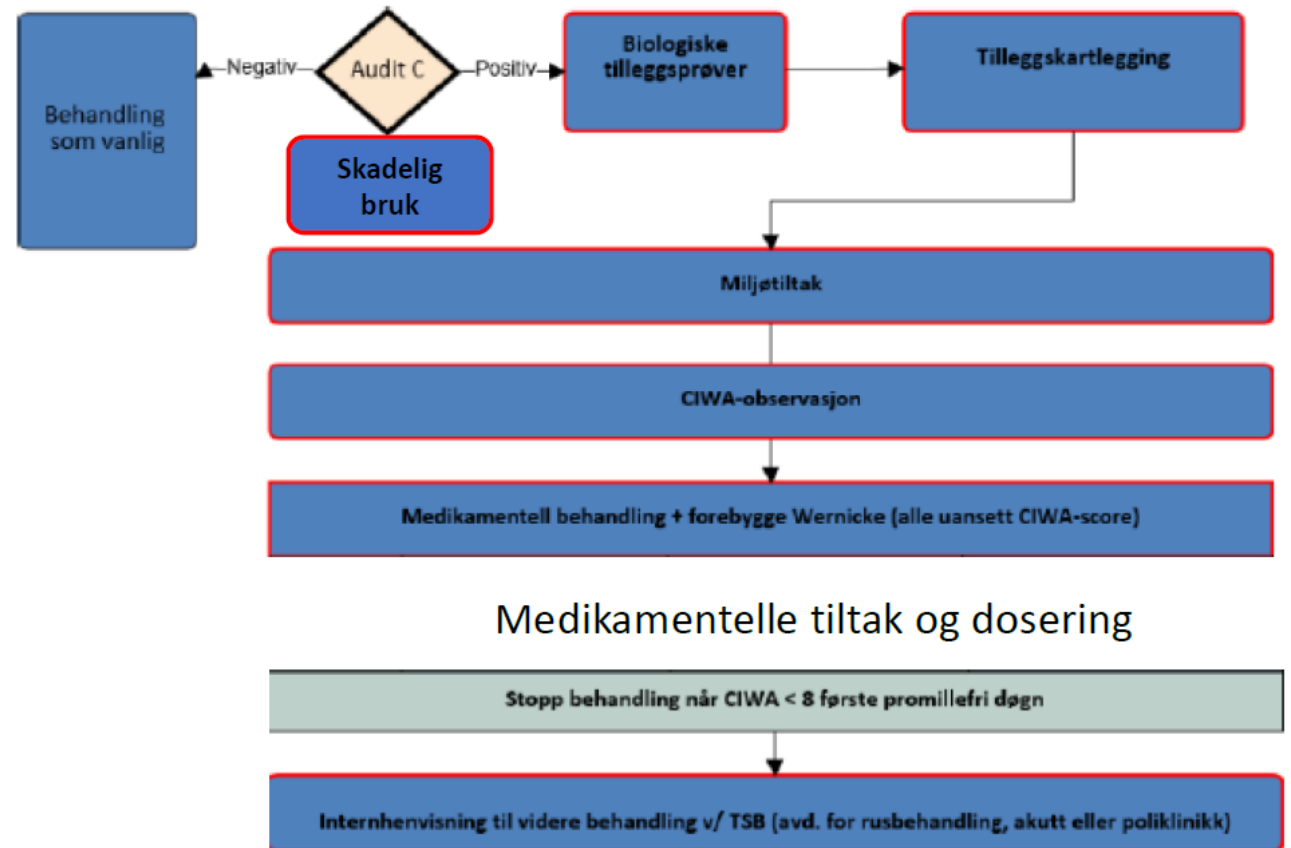
- Kartlegge alkoholbruk systematisk ved innleggelse (AUDIT)
- Informere alle pasienter om helseeffekter av alkoholbruk
- Tilbakemelding til pasient og fastlege ved potensielt skadelig bruk i samråd med pasienten
- Gjøre det enklere for pasienter å bli henvist til TSB når de er innlagt for behandling av somatisk sykdom

Fordeling



Alkoholprosedyre

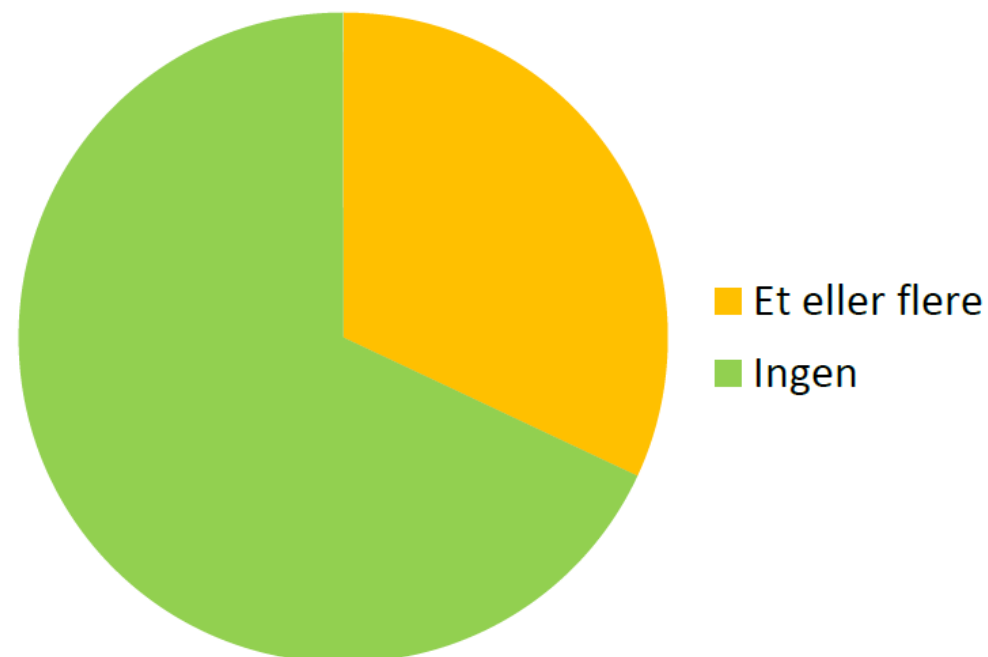
- Alle pasienter, som legges inn i somatiske avdelinger, bør kartlegges med AUDIT C. Dette gjøres i opptaket av inntakstjournal
- Ut fra AUDIT-svarene, vurderer legen om pasienten også bør ha en *tilleggskartlegging*
- Her vil risiko for delir, abstinenssymptomer og komplikasjoner, i større grad kartlegges
- Skadelig bruk følges opp med råd om reduksjon
- Dokumenteres ved utskrivelse i epikrise



Tilnærming vanedannende legemidler i sykehus

- Farmakologisk vurdering av alle pasienter står på vanedannende legemidler ved innkomst og man mistenker sammenheng med innleggelse
- Informasjon til pasienten ved utskrivelse og til fastlege i samråd med pasient
- Gjøre det enklere for pasienter å bli henvist til TSB når de er innlagt for behandling av somatisk sykdom

Fordeling



Serumanalyse av vanedannende legemidler

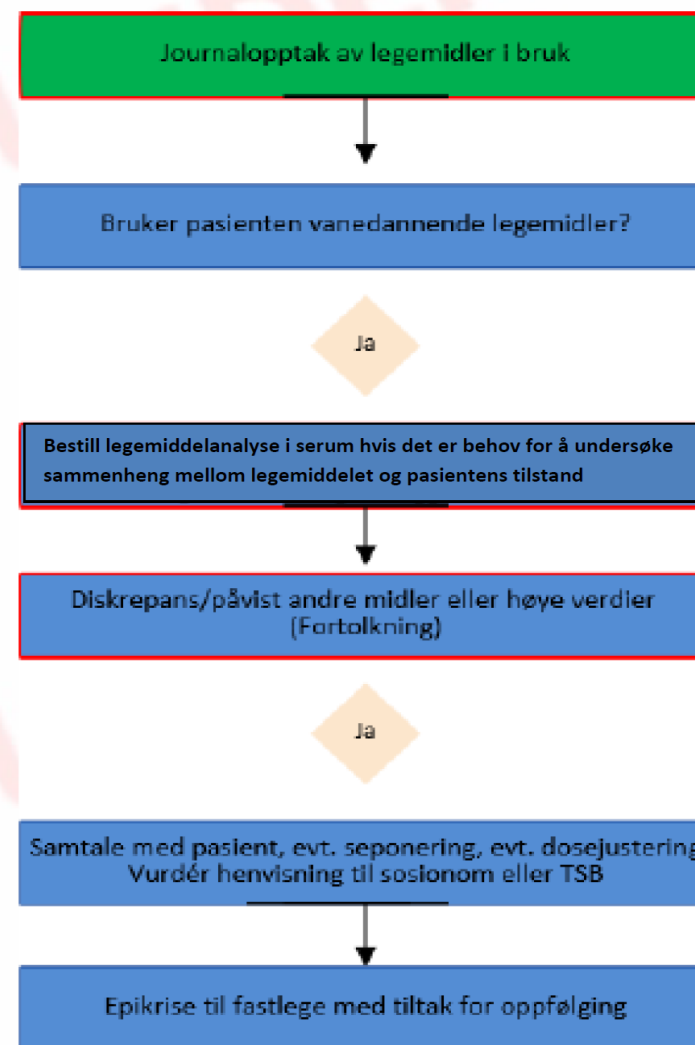
1. Hensikt og omfang

Serumanalyse av vanedannende legemidler er viktig i utredningen når pasienten får foreskrevet slike stoffer for å vurdere effekt/bivirkninger ved ulike problemstillinger, for eksempel:

- Ved tilstander der kognitiv funksjon spiller en sentral rolle kan analysefunn bidra til å belyse pasientens tilstand
- Ved ulykker eller fall kan analysefunn bidra til å avklare medvirkende faktorer til hendelsen
- Ved mistanke om overdose kan analysefunn støtte beslutning om behandling

3. Fremgangsmåte

Figurer med rød-kant er klikkbare og vil lede til mer formasjon



Utfordringer ved å avdekke helseskadelig bruk av alkoholbruk og vanedannende legemidler?

EKSPERTSYKEHUSET

Er det enklere ikke å vite?

Oslo universitetssykehus, i samarbeid med St. Olavs Hospital og Lovisenberg Diakonale Sykehus, er nå i gang med å lage bedre systemer for å kartlegge og hjelpe pasienter med høyt forbruk av alkohol, rusmidler og vanedannende legemidler. Greier vi å følge opp dette, samtidig som vi behandler pasientene for sykdommen de legges inn for, kan det både føre til at pasienten blir raskere frisk, samtidig som vi kan hindre fremtidige innleggelse.



Illustrasjon: Shutterstock.

[Er det enklere ikke å vite? - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

Frykter for førerkortet. Derfor tier de om alkohol.

Mange med alkoholproblemer oppsøker ikke hjelp i frykt for å miste førerkortet, ifølge Norsk forening for allmenmedisin. Legene er pålagt å varsle, men mener det er ødeleggende.



Lars Arne Krukhaug (59) mistet førerkortet i vel ett år etter at han ba om hjelp for alkoholproblemer i 2017. Han vet om flere som unngår å si ifra om at de drikker i frykt for å miste sertifikatet.

FOTO: PRIVAT

Marit Sirum-Eikre Journalist

[Frykter for førerkortet. Derfor tier de om alkohol. – Kilde: NRK.no – Oversikt over nyheter fra ulike deler av landet](#)

Fører kortveileder

Veileder til lov og forskrift

Først publisert: 01. september 2020

Sist faglig oppdatert: 29. oktober 2021

[eHåndbok - Fører kort og meldeplikt \(ous-hf.no\)](https://ous-hf.no)

Forskriftstekst

Ved avhengighet av alkohol, langvarig høyt inntak av alkohol eller skadelig bruk av alkohol, der alkoholbruken kan føre til forstyrrelse i atferd og gi helsesvekkelse med økt trafikksikkerhetsrisiko:

Fører kortgruppe 1

Helsekrav oppfylt etter seks måneder der månedlig oppfølging viser avholdenhet og normalisering av biologiske prøver som avspeiler alkoholforbruket.

Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil ett år av gangen i tre år forutsatt at minimum kvartalsvis oppfølging viser kontrollert bruk.

Helseattest kan deretter gis med anbefaling om førerrett for inntil fem års varighet, før førerrett kan gis med vanlig varighet.

Definisjoner

Med «**langvarig høyt inntak**» og «**skadelig bruk av alkohol**» menes inntak av alkohol i en grad som kan føre til forstyrrelse i atferd, gi helsesvekkelse og føre til avhengighet ([F10.1 i ICD10](#)).

Med «**avhengighet av alkohol**» menes atferdsmessige, kognitive og fysiologiske endringer etter langvarig høyt inntak av alkohol der vansker med kontrollert inntak gir økt toleranse og skadelige virkninger neglisjeres ([F 10.2 – 10.7 i ICD 10](#)).

Med «**avholdenhet**» menes tilnærmet nullforbruk dokumentert med biologiske prøver. Det betyr at PEth-verdien bør være lavere enn 0,03 µmol/l, eller CTD%-verdien ikke har hatt en økning på mer enn 30% fra nullverdi.

Med «**kontrollert bruk**» menes et forbruk som ikke kan føre til forstyrrelse i atferd eller gi helsesvekkelse som øker trafikksikkerhetsrisikoen. Den beste objektive målemetode for dette vil være PEth med verdier under 0,30 µmol/l.

Ved tvil om helsekravet er oppfylt

- ofte grunn til å be pasienten avstå fra å kjøre frem til dette er avklart ("[muntlig kjøreforbud](#)")
- det må gjøres en individuell vurdering basert på de opplysningene som foreligger.
- lege/psykolog må informere pasienten om at det etter vegtrafikkloven ikke er tillatt å føre motorvogn dersom helsekravene ikke er oppfylt.

Dersom førerkortinnehaver ikke vil medvirke til undersøkelser eller prøver for å avklare om helsekravet er oppfylt, bør vedkommende informeres om at det vil kunne trekke i retning av at helsekravet vurderes som ikke oppfylt, og at det må sendes [melding til fylkesmannen](#).

Når helsekravet ikke er oppfylt

- må gjennomføres et kontrollopplegg som dokumenterer sammenhengende avholdenhet i minst seks måneder
- pasienten må informeres om at kjøring ikke er tillatt i denne perioden ("muntlig kjøreforbud")
- helsekravet er tidligst oppfylt igjen etter det har gått seks måneder med sammenhengende dokumentert avholdenhet

Når skal det sendes melding til fylkesmannen?

- Meldeplikten utløses for tilstander som varer, eller vurderes å vedvare, lenger enn 6 måneder
- Utgangspunktet for beregning av de seks månedene er når lege eller psykolog blir kjent med at pasienten ikke oppfyller helsekravet
- Rushistorikk kan likevel være et moment i vurderingen av om pasienten vil oppfylle helsekravet innen seks måneder

Vanedannende legemidler

Regelverket



To viktige forskrifter

Vegtrafikklovens forskrift om faste grenser

Fører kortforskriften

Forskrift om førerkort

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298/KAPITTEL_15-14#§36

Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – døgndoser

Helsekrav oppfylt ved bruk av:

Oksazepam inntil 30 mg/døgn eller

Diazepam inntil 10 mg/døgn

Helsekrav er også oppfylt ved bruk av:

Zopiklon inntil 7,5 mg /døgn,

Zolpidem inntil 10 mg/døgn eller

Nitrazepam inntil 10 mg /døgn,

dersom legemiddelet er inntatt minimum 8 timer før kjøring.

Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner.

Helsekrav oppfylt ved sporadisk bruk i en periode på maksimum fem dager av:

Zopiklon inntil 7,5 mg /døgn,

Zolpidem inntil 10 mg/døgn eller

Nitrazepam inntil 10 mg /døgn,

dersom legemiddelet er inntatt minimum 8 timer før kjøring.

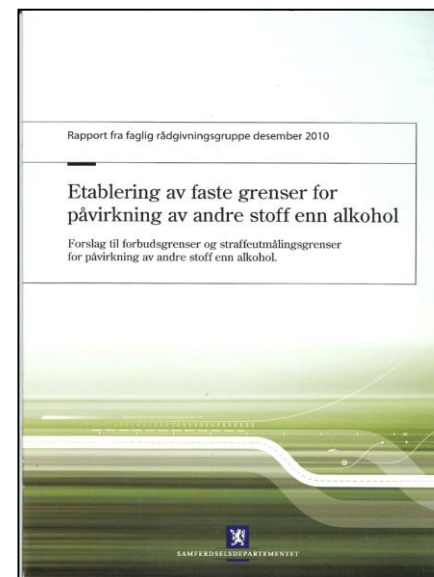
Helsekrav er ikke oppfylt ved bruk av andre benzodiazepiner



”Faste grenser” (konsentrasjoner i blod) for andre rusgivende stoff enn alkohol

Vegtrafikkloven

Stoff	Straffbarhetsgrense (µM fullblod)	Straffeutmålingsgrense svarende til 0,5 promille (µM fullblod)	Straffeutmålingsgrense svarende til 1,2 promille (µM fullblod)
Benzodiazepiner og lignende stoffer			
Alprazolam	0,010	0,020	0,050
Bromazepam	0,100	0,250	0,600
Desmetyldiazepam	0,400	1,000	2,400
Diazepam	0,200	0,500	1,200
Etizolam	0,040	0,100	0,240
Fenazepam	0,005	0,015	0,030
Flunitrazepam	0,005	0,010	0,025
Klobazam	0,600	1,500	3,600
Klonazepam	0,004	0,010	0,025
Lorazepam	0,030	0,075	0,180
Nitrazepam	0,060	0,150	0,350
Oksazepam	0,600	1,500	3,000
Triazolam	0,001	0,0025	0,006
Zolpidem	0,100	0,250	0,600
Zopiklon	0,030	0,060	0,150
Cannabis			
THC	0,004	0,010	0,030
GHB			
GHB	100	300	1200
Hallusinogeter			
Ketamin	0,200	0,500	1,200
LSD	0,003	*	*
Opioider			
Buprenorfin	0,0008	0,002	0,0048
Metadon	0,080	0,200	0,48
Morfin	0,030	0,080	0,200
Oksykodon	0,050	0,120	0,300
Sentralstimulerende stoffer			
Amfetamin	0,300	*	*
Kokain	0,080	*	*
MDMA	0,500	*	*
Metamfetamin	0,300	*	*
Metylfenidat	0,015	*	*



Hvordan bidrar AlcoTail til bedre samarbeid mellom sykehus og fastlegene

- Etableres analysemetoder som kan benyttes i diagnostikk for å avdekke og følge opp helseskadelig bruk av alkohol og vanedannende legemidler
- Bedre analysetilbud og raskere svartid
- Vurdering av analyseresultatene gjøres av kliniske farmakologer
- Utvikles informasjonsmateriell både for pasienter og helsepersonell
- Tverrfaglig samarbeid med spesialister i rus og avhengighetsmedisin for oppfølging av pasienter som har behov for dette

Hvilken behandling tilbys?

- Ingen spesifikk medisinsk behandling å tilby denne pasientgruppen
- Informasjon om risiko ved bruk av alkohol og generelle råd
- Råd om reduksjon
- Brief intervention
- Kontroll hos fastlege
- Henvisning til poliklinikk/spesialisthelsetjenesten

AUDIT skår (AUDIT-C)	Risikosone	Tiltak
0-7 (0-3/4)	Normal bruk	Generelle råd
8-15 (3-5 kvinner) (4-6 menn)	Gruppe I Risikofylt bruk	Råd om reduksjon, Brief intervention
16-19 (3-5 kvinner) (4-6 menn)	Gruppe II Problemfylt bruk Mulig skadelig bruk	Brief intervention Kontroll evt henvisning
20-40 (> 5 kvinner) (> 6 menn)	Gruppe III Mulig avhengighet	Henvisning til poliklinikk/spesialisthelsetjenesten

Brief intervention

- dokumentert som effektiv og tilstrekkelig behandling for pasienter med risikokonsum og skadelig bruk av alkohol (gruppe I og II)
- kan bestå av en nøktern og ikke fordømmende gjennomgang av kliniske funn og laboratorieresultater. Sykdomsrisiko og prognose bør relateres til alkoholoverforbruk og helsegevinst ved å redusere forbruk
- bør spørre pasienten om egen bekymring og om vedkommende har strategier for hvordan alkoholforbruket kan reduseres
- ikke dokumentert effektiv ved avhengighetstilstander, eller gruppe III. Disse bør henvises til spesialisthelsetjenesten

Samspill mellom sykehuset og fastlegene

- helseskadelig bruk av alkohol og vanedannende legemidler

- Enklest og identifisere i spesialisthelsetjenesten,
får best behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten
- Alkohol: pasienten har hovedansvar for bruken
- Vanedannende legemidler: forskrives av lege som har ansvar for forsvarlig forskrivning

- Takk for oppmerksomheten 😊