

“Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så?

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 2/2007

MARS
2007

Rapport fra Helsetilsynet 2/2007
"Kjem du levande inn, kjem du levande ut" – men kva skjer så?
Oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting.

Mars 2007

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve).

Denne publikasjonen finnest elektronisk på Helsetilsynets nettstad
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhald

Samandrag	5
1 Innleiing	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Alkohol i eit folkehelseperspektiv	7
1.3 Kva meiner vi med alkoholforgifting?	9
2 Ei førebauande kunnskapsinnhenting om alkoholforgiftingar	10
2.1 Innleiande kunnskapsoppsumming om alkoholforgiftingar	10
2.2 Faglege standardar og retningslinjer for tenestetilbodet til personar etter ei alkoholforgifting	12
2.3 Vidare opplegg for rapportarbeidet	15
3 Metode for utvida kunnskapsinnhenting	16
3.1 Kunnskapskjelder i denne rapporten	16
3.1.1 Litteratursøk	16
3.1.2 Ressurspersonar – informantar	16
3.1.3 Møte med nokre ressurspersonar	17
3.2 Metodiske vurderingar.....	18
4 Resultat frå Helsetilsynets kunnskapsinnhenting	20
4.1 Arenaer for å ta vare på personar med alkoholforgifting – eit oversyn.....	20
4.2 Personar som kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting	21
4.2.1 Kjenneteikn ved personar som kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting.....	21
4.2.2 Situasjonsbestemte kjenneteikn når personar kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting.....	22
4.2.3 Kunnskapsstatus om alkoholforgifta personar på legevakt/sjukehus.....	23
4.3 “Du rykkjer stadig tilbake i køa...” – to storbylegevakter om tenestetilbodet.....	24
4.3.1 Vurdering av oppfølgingsbehov etter ei alkoholforgifting	24
4.3.2 Kriterium for oppfølging etter alkoholforgifting	24
4.3.3 Interne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting	25
4.3.4 Eksterne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting	25
4.4 “Kjem du levande inn, kjem du levande ut...” – fire sjukehus om tenestetilbodet	26
4.4.1 Vurdering av oppfølgingsbehov etter alkoholforgifting	26
4.4.2 Kriterium for oppfølging etter alkoholforgifting	27
4.4.3 Interne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting.....	27
4.4.4 Eksterne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting	28
5 Vurdering og konklusjon i Helsetilsynet	30
Litteraturliste	33

Vedlegg 1	
Ressurspersonar frå forskning og tenesteapparat	36
Vedlegg 2	
Informantsamtykke	38
Vedlegg 3	
Samtaleguide.....	39
Vedlegg 4	
Invitasjonsbrev til møte i Helsetilsynet 20.10.06.....	40
Vedlegg 5	
Deltakarliste frå møtet i Helsetilsynet 20.10.06.....	43
Vedlegg 6	
Arbeidshefte til møtet 20.10.06	44
Čoahkkáigeassu	45
English summary	46

Samandrag

Rapporten “Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så? er ei oppsummering av kunnskap Helsetilsynet har henta inn om oppfølgingstilbodet til personar som kjem til legevakt eller sjukehus etter ei alkoholforgifting.

Alkohol er det rusmiddelet som har størst utbreiing og medverkar til ein stor del av dødstala og sjukdomstilfella både når det gjeld kroniske sjukdomstilstandar, skadar og helseplager.

Forskning tyder på at overforbruk av alkohol kan vere ein vesentleg faktor i mange vanlege sjukdomsbilete i allmennpraksis og i spesialisthelsetenesta. Alkoholrelaterte sjukehusinnleggingar har delvis årsak i langvarig overforbruk og delvis akutt rus. Ein rapport frå SINTEF helse tyder på ein auke i talet på sjukehusinnleggingar som følgje av alkoholforgiftingar, særleg gjeld det unge kvinner, men også menn over 35 år.¹

Det ser ut til at alkoholforgiftingar er eit tema som får atskilleg mindre merksemd i media og samfunnsdebatten enn opiatoverdosar. Helsetilsynet har derfor retta merksemda mot tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar med søkjelys på oppfølgingsstilbodet etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Siktemålet har vore å få kunnskap om kvar det eventuelt er behov for å hente inn kunnskap meir systematisk i eit tilsynsperspektiv.

I den førebuande kunnskapsinnhentinga gjorde Helsetilsynet litteratursøk og kontakta forskarar og representantar frå administrativt og klinisk nivå innafor helsetenesta for å få informasjon om kunnskapsstatus og ei framstilling av tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar. Kunnskapsmanglane vi fann

på mange område og nivå i den førebuande informasjonsinnhentinga, gjorde det vanskeleg å avgrense område det særleg kom til å vere behov for å hente inn meir informasjon om. Helsetilsynet avgjorde derfor å gå vidare med å samanstille og utdjupe funna frå den førebuande undersøkingsfasen. I rapporten presenterer vi resultatane våre frå kunnskapsinnhentinga. Vi bruker omgrepet alkoholforgifting både om reine alkoholforgiftingar og om forgiftingar der ein går ut frå at alkohol er det primære rusmiddelet.

Rapporten byggjer på følgjande kunnskapskjelder:

- Litteratursøk.
- Informasjon frå ressurspersonar innafor forskning og tenesteapparat, både på klinisk og administrativt nivå, og med fagleg bakgrunn frå både somatisk og psykiatrisk helseteneste.
- Møte med ressurspersonar innafor forskning og tenesteapparat.

Metoden som er brukt i denne kunnskapsoppsummeringa, kan ikkje brukast til å framstille eller forklare omfang og utbreiing. På eit felt der kunnskapsmangelen ser ut til å vere stor, er det viktigare at resultatane er relevante eller gyldige, enn at dei kan generaliserast. Intensjonen vår har vore å hente inn kunnskap som kan gi indikasjonar på om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar er eit område med fare for svikt, og peike på område som er potensielt sårbare. Det er likevel rimeleg å gå ut frå at dei utfordringane, manglane og problemstillingane vi har funne, også er aktuelle for det tenestelandskapet vi ikkje har henta inn informasjon frå.

1) Pedersen, 2004.

Trass i at det blir forska mykje på rusmid-delfeltet, er kunnskapsmanglane likevel store. Dette gjeld også alkoholforgiftingar. I kunnskapsinnhentinga vår fann vi gjennomgåande lite systematisk kunnskap og dokumentasjon om kven personar med alkoholforgifting er, kven som får helsehjelp, kvar dei blir behandla, og kva tilbod dei får om vidare oppfølging. Sett i lys av det omfanget og dei konsekvensane alkoholrelaterte sjukdommar og akutt rus har, finn Helsetilsynet det svært urovekkjande at det finst relativt lite kunnskap og statistikk om alkoholforgiftingar.

Det verkar som om det er eit breitt spekter av personar som kjem på legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting. Likevel tyder funna Helsetilsynet har gjort, på at tre grupper er overrepresenterte: 1) unge som ikkje har opparbeidd erfaring og kontroll, og som har psykiske helseplager, 2) tyngre rusmiddelbrukarar som lever marginalisert og kaotisk, og 3) vaksne med kronisk rusmiddelmissbruk som, på grunn av ulike helseplager, toler mindre enn før.

Resultat frå kunnskapsoppssummeringa tyder på at eit heilskapleg behandlingstilbod manglar. Tilbodet er dessutan prega av at oppfølginga av personar med alkoholforgifting varierer og er tilfeldig. Det ser ut til å vere geografiske forskjellar i oppfølgings-tilbodet, i interne rutinar for oppfølging og kva haldningar personellet har til alkohol- og rusproblem, og kva kompetanse det har om oppfølgingstilbod og oppfølgingsbehov. Rapporten viser at det er behov for forbet-ringar på dette området.

Ansvar for at det blir gitt forsvarlege tenester til personar med rusproblem som kan føre til betydelege helseproblem eller sosiale problem, er fordelt på ulike offentlege organ. Fagorgan og eigarar er ansvarlege for at tenestene har tilgang på kunnskap om kva som er rett kvalitet på tenestene. Fagleg standard og retningslinjer som er utydeleg formulerte, eller som det ikkje er gjort greie for, kan i seg sjølv utgjere ein risiko. Kva som er rimelege forventningar til tenestene, og kva som er forsvarlege tenester eller god praksis, er blant spørsmåla som bør avklarast når det gjeld oppfølgings-tilbodet etter ei alkoholforgifting.

Dei regionale helseføretaka, helseføretaka og kommunane har ansvar for at det blir tilbydd forsvarlege tenester. Målet med rus-reforma er å gi rusmiddelmissbrukarar med samansette problem betre og meir samordna

tenester, og at behandlingresultata skal bli betre. Dei regionale helseføretaka skal sikre at det finst eit tilstrekkeleg og heilskapleg behandlingstilbod, særleg akutt- og av-rusingskapasitet, til rusmiddelmissbrukarar. Det er også påkravd at spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene samarbeider.

Statens helsetilsyn føreset at ansvarlege aktørar på ulike nivå innafor helse- og sosial-tenesta bruker kunnskapen som er presentert i rapporten, i arbeidet sitt med å leggje til rette for eit forsvarleg og kvalitativt godt oppfølgingstilbod til personar etter ei alkohol-forgifting.

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Som ledd i områdeovervakinga i regi av Statens helsetilsyn² blei det i 2004 gjennomført ei kunnskapsoppsumming³ om helseproblem blant rusmiddelmissbrukarar, helsetenestene dei får, og kor tilgjengeleg tenestetilbodet er. Resultata er presenterte i Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, “*Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helse-tjenestetilbudet i et overordnet tilsyns-perspektiv*”. Rapporten viste at kartleggingssystem, register og annan tilgjengeleg statistikk er mangelfull for å kunne gjennomføre ei kontinuerleg tilsynsovervaking av rusfeltet. Kunnskapsoppsumminga gjer greie for fleire tema der Helsetilsynet som tilsynsorgan har behov for å vite meir. Eitt eksempel på eit slikt tema er helsetenester som blir gitt i samband med overdose eller forgiftingar av rusmiddel.

Som ei oppfølging av dette gjennomførte Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) i 2005, på oppdrag frå Helsetilsynet, ei undersøking av det akuttmedisinske tenestetilbodet til medvitslause personar der ein gjeikk ut frå at medvitsløysa⁴ kom på grunn av at pasienten hadde teke rusmiddel. Med rusmiddel meiner vi her både narkotika, legemiddel, alkohol eller blanding av rusmiddel. Spørsmålet vårt var om ein medvitslaus person, der akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) gjeikk ut frå at medvitsløysa kom av rusmiddel, blei behandla annleis enn ein person som AMK gjeikk ut frå var medvitslaus av andre årsaker. Undersøkinga tydde på at dersom AMK gjeikk ut frå alkohol var årsaka til hendinga, brukte dei meir tid på å kartleggje omstenda rundt ein førespurnad om hjelp med ein gong før det blei sett i verk akuttmedisinsk respons, enn dersom

dei gjeikk ut frå at årsaka til førespurnaden var andre typar rusmiddel. Undersøkinga gav ikkje haldepunkt for at AMK hadde late vere å kalle ut ambulanse eller lege til dei aktuelle pasientane, i datamaterialet som vi undersøkte.

Resultata frå undersøkinga er presenterte i Rapport fra Helsetilsynet 7/2006, “*Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?*”⁵

1.2 Alkohol i eit folkehelseperspektiv

Sjølv om Noreg har lågare alkoholforbruk enn andre europeiske land, er alkohol det rusmiddelet som har størst utbreiing også i Noreg.⁶ Ein stor del av befolkninga bruker alkohol, og alkohol er vanlegvis akseptert som eit gode knytt til sosiale ritual, avslapping, hygge og fest. Likevel fører alkohol også til betydelege problem både for brukaren sjølv, for dei næraste omgivnadene og for samfunnet.⁷ Ein statusrapport frå Legeforeininga i 2006, “*På helsa løs*”, legg vekt på kor viktig det er å ha eit førebyggjande perspektiv og eit folkehelseperspektiv der merksemda blir retta mot alkohol.

Vi har utvikla meir kontinentale drikkevanar slik at vi drikk oftare enn før.⁸ I tillegg kjem meir tradisjonelle mønster, den såkalla helgefylla, der det blir drukke sjeldnare, men i større mengder.⁹ Studiar som byggjer på norske data, har vist at ein auke i alkoholkonsumet gir ein auke i dei totale dødstala og ein klar auke i dødstala ved alkoholrelaterte sjukdommar og dødstal ved ulykker, sjølv-mord og drap.¹⁰ Tilsvarende er også funne for dei andre nordiske landa.¹¹ Resultata blir også stadfesta i ein rapport om alkoholforbruk og alkoholrelaterte problem

2) Områdeovervaking er tilsyn med eit overordna perspektiv og består av å hente inn, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetenesta i eit tilsynsperspektiv. Kunnskapen danner grunnlag for korleis tilsynsorganet skal vurdere sårbarheit eller fare for svikt, og er sentral i prosessen som fører fram til korleis Helsetilsynet vurderer tilstandane i sosial- og helsetenestene, og avgjerder om kva område som skal prioriterast for tilsyn.

3) Med kunnskapsoppsumming meiner vi her oppsumming av tilsynserfaringar, forskingserfaringar og statistikk, til dømes om helseproblem blant rusmiddelmissbrukarar, helsetenester dei får, og kor tilgjengeleg tenestetilbodet er, jamfør Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.

4) Medvitsløyse, slik omgrepet blir brukt her, omfatta ulike gradar av medvitsløyse) frå somnolens, det vil seie at ein er ekstremt søvngig eller har redusert medvit, til komatøse tilstandar med djup medvitsløyse.

5) http://www.helsetilsynet.no/templates/Document_8112.aspx

6) NOU 2003: 4. Forskning på rusmiddel-feltet. Sosial- og helsedepartementet.

7) NOU 2003: 4; Statens beredning for medicinsk utværdning (SBU), 2001.

8) Det norske drikkemønsteret er spesielt altemaet i SIRUS' rapport frå 2006, *Rusmidler i Norge* (http://www.sirus.no/cwobjekter/rin_2006_norsk.pdf). I innleiinga til rapporten stiller Horverak spørsmål om det norske drikkemønsteret faktisk er i endring eller ikkje. På bakgrunn av ein gjennomgang av spørjeundersøkingar av drikkevanane til nordmenn gjennomført kvart femte år frå 1973 til 2004, konkluderer Horverak med at det er lite som tyder på at nordmenn har fått meir kontinentale drikkevanar. Driking eller alkoholbruk er eit utprega helgefennomen, og dette er enda tydelegare i 1990-åra og etter tusenårsskiftet enn i 1970-åra. I 1973 skjedde 46 % av alle drikkesituasjonar på fredag og laurdag. I 2004 utgjorde helgedrikinga 62 %. I tillegg er det blitt vanleg å drikke noko meir per drikkesituasjon.

9) Rusmiddelsituasjonen i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.

10) NOU 2003: 4, s. 34.

11) Norström et al., 2002.

i EU frå European Comparative Alcohol Study (ECAS).¹²

Helsekonsekvensane av alkohol kjem delvis av langvarig overforbruk og delvis av akutt rus.¹³ Det ser også ut til at alkohol er ein viktig risikofaktor for tre typar brå dødsfall; ulykker, sjølv mord og drap.¹⁴ Alkohol medverkar til ein vesentleg del av helseplagene (psykiske og fysiske helseskadar og kroniske sjukdomstilstandar) og dødstala på verdsbasis og i industrilanda.¹⁵ Alkohol er også knytt til mange sosiale problem, særleg vald. I ei norsk undersøking om konsekvensar av alkoholmisbruk går det fram at det for kvar alkoholmisbrukar i gjennomsnitt er minst tre personar i nær familie som slit med reaksjonar og symptom direkte knytte til den åtferda og dei problema alkoholmisbrukaren har.¹⁶

På verdsbasis fører alkohol til omtrent like mykje helsetap i form av tapte leveår som tobakk.¹⁷ Ifølgje Verdhelseorganisasjonen (WHO) var alkoholrelaterte dødsfall og uførleik årsak til 4 % av alle tapte leveår på verdsbasis i 2000.¹⁸ Alkohol var den femte viktigaste risikofaktoren av 26 risikofaktorar som blei undersøkte. I industrilanda var alkohol den tredje største risikofaktoren og stod for 9,2 % av alle tapte leveår.

Dødsfall ved alkoholrelaterte sjukdommar utgjer berre ein liten del av alle dødsfall som kjem av alkohol.¹⁹ I dødsårsaksstatistikken frå Statistisk sentralbyrå (SSB) var det i 2004 registrert totalt 441 dødsfall som direkte kunne tilskrivas alkohol; av desse kom 401 av alkohol og alkoholskadar og 40 kom av forgiftingsulykker med alkohol.²⁰ Hovudtyngda av dødsfall der ein vurderer at alkoholskadar er ei underliggjande årsak, skjer etter fylte 45 år.²¹ Både tal frå WHO for tapte leveår og dødsårsaksstatistikken for alkoholrelaterte sjukdommar viser at dødsfall som kan tilskrivas alkohol, er vesentleg meir utbreidde blant menn enn blant kvinner.²²

Ifølgje dødsårsaksstatistikken frå Statistisk sentralbyrå (SSB) har talet på registrerte dødsfall som kjem av alkoholforgiftingar variert i perioden 1990–2004; med 73 dødsfall på grunn av alkoholforgiftingar i 1990, 34 i 1998, 35 i 1999, 39 i 2000, 30 i 2001, 49 i 2002, 61 i 2003 og 40 i 2004.²³ I 2003 var det flest alkoholforgiftingsdødsfall i Hordaland (8), Rogaland (7) og Oslo (6). Mange forgiftingsdødsfall der alkohol er involvert, er ikkje “reine” alkoholforgiftingar, men blandingsforgiftingar og blir, iføl-

gje opplysningar frå SSB, ikkje koda som alkoholforgiftingsdødsfall.

Vi må gå ut frå at dødsfall som kan tilskrivas alkoholhaldige drikker, er betydeleg underrapporterte.²⁴ Det ser ut til å vere stor variasjon i kva evner og vilje legane har til å registrere det alkoholen har å seie ved dødsfall og sjukdom. Alkohol blir ofte undervurdert som hovudmiddel ved forgiftingar. Også dødstala som følgjer av rusmiddelmissbruk, blir undervurderte i samband med sjølvpåførte forgiftingar.²⁵ Ein rapport frå ECAS understrekar også at det er sterke belegg for at det er svært undervurdert kor viktig alkoholen er som dødsårsak.²⁶ Det vil seie at tal vi finn i helsestatistikken, er minimumstal, og at mørketala er monalege. Ein går ut frå at det kvart år skjer om lag 1500 dødsfall som kan relaterast til alkoholbruk i Noreg.²⁷ Her kan vi også nemne at Europakommisjonen har vedteke å arbeide for å hjelpe medlemsstatane til å minke alkoholrelaterte skadar.²⁸ Ein reknar med at dei negative helseskadane på grunn av alkoholbruk fører til 195 000 dødsfall i året i EU.

Alkoholbruk ser ut til å vere ein av dei største helserisikoane i ungdomsåra. Mange av dei akutte helseskadane blant ungdom er skadar, ulykker og vald som direkte eller indirekte kan tilskrivas alkohol.²⁹ Alkoholrelaterte dødsfall er den største enkeltårsaka til død blant ungdom mellom 15 og 25 år.³⁰

Ei spørjeundersøking blant om lag 20 000 skoleungdommar frå ulike delar av landet viser at knapt to av ti norske ungdommar veit at alkohol tek fleire liv enn narkotika.³¹ Enda færre er klar over at fleire unge får problem på grunn av alkohol enn på grunn av narkotika. Undersøkinga av Pape, Storvoll og Rossow viser at ungdom ikkje veit nok eller har feilaktig oppfatning av alkohol som rusmiddel. Dei unge hadde ein sterk tendens til å overvurdere narkotikarelaterte problem i høve til skadeverknadene av alkohol. Forfattarane meiner at dei førestellingane ungdommane har på dette området, speglar samfunnsdebatten, der alkohol, i kontrast til narkotika, ofte blir omtalt som eit nyttingsmiddel. I Noreg kartlegg Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) årleg rusmiddelbruk blant unge, men kva kunnskapar dei unge har på dette området, har vi mindre kunnskap om, kjem det fram i artikkelen av Pape og medarbeidarane. Det at mange tenåringar overvurderer førekomsten av rusmiddelbruk i si eiga aldersgruppe, er likevel godt dokumentert. I undersøkinga av Pape med fleire får vi eit

12) Leifman et al., 2002.

13) Aasebø et al., 2001.

14) NOU 2003: 4; Fekjær, 2004.

15) Statusrapport frå Den norske lægeforening, 2006; Fekjær, 2004; Babor et al., 2003; NOU 2003: 4.

16) Nordlie, 2003.

17) Babor et al., 2003.

18) Babor et al., 2003; NOU 2003: 4.

19) NOU 2003: 4.

20) Opplysningar frå SSB. Sjå elles internettidene deira om dødsårsaker: Sjå også Teige, 1997.

21) Rusmidler i Norge 2005. SIRUS, 2005, s. 76.

22) NOU 2003: 4.

23) Opplysningar frå SSB, sjå elles internettidene deira om dødsårsaker: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/> og særleg tabell 12: “Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika og medikamenter etter fylke. Årgang 2004.” Etter 1996 klassifiserer vi dødsårsaker i Noreg etter WHO si ICD-10-revisjon frå årgang 1996. Før dette var det revisjon 9 med ein annan og til dels ulik klassifisering. Fordødsfalli perioden 1996–2002 blei kodane F100 (dvs. psykiske lidingar og åtferdsforstyringar som kunne tilskrivas alkoholbruk, akutt intoksikasjon hos kjend misbrukar) og X45 (dvs. forgiftingar som følgje av ulykker med alkohol) brukte. Frå og med 2003 bruker vi ikkje kode F100 lenger, men berre kode X45 for alkoholforgiftingar.

24) NOU, 2003: 4. Sjå også Rusmiddel-situasjonen i Norge. Statusrapport. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.

25) Ekeberg, 2001.

26) Leifman et al., 2002.

27) Skjøtskift, 2003; Gulbrandsen, 2003; Ekeberg, 2001.

28) Europa-Kommisjonen. Kommisjonen har antagit ett meddelande om att minska de alkoholrelaterade skadorna i EU. Pressemelding fra EU-kommisjonen 24.10.2006.

29) Statusrapport frå Den norske lægeforening, 2006; Fekjær, 2004.

30) Skjøtskift, 2003.

31) Pape et al., 2006.

breiare innblikk i dei kunnskapane unge har på dette feltet. Trass i at alkohol tek fleire liv enn narkotika, trudde likevel over halvparten av ungdommane som svarte på spørjeundersøkinga, at dette var ein feil påstand. Respondentane hadde likevel rett i oppfatningane sine om at ungdom som har det vanskeleg, begynner å drikke tidlegare enn andre. Problem og påkjenningar på ulike livsområde er relatert til tidleg alkoholdebut: Tidleg oppstart heng dessutan saman med høgkonsum i vaksen alder.

Ein reknar med at overforbruk av alkohol kan vere ein vesentleg faktor i mange vanlege sjukdomsbilete både i allmennpraksis og i spesialisthelseteneste.³² Undersøkingar frå Noreg og Sverige viser at ein monaleg del av sjukehusinnleggingane innafor spesialisthelsetenesta er alkoholrelaterte.³³ Sjukehusinnleggingane har delvis årsak i langvarig overforbruk av alkohol og dels av akutt rus som alkoholforgiftingar, fallulykker, brann, vald og så vidare. Det å bli lagd inn med alkoholforgifting kan vere ein indikasjon på eit meir omfattande rusproblem.

Som tilsynsorgan er det blant anna oppgåva vår å finne fram til område i helse- og sosialtenesta der det er fare for svikt, og peike på potensielt sårbare tenesteområde. Vi styrer blant anna tilsynsaktivitetane mot område der konsekvensane av svikt er alvorlege for pasientane eller brukarane, og der vi i mindre grad kan vente at pasientane eller brukarane i mindre grad sjølve tek vare på interessene sine. Alkoholforgiftingar ser ut til å vere eit tema som får betydeleg mindre merksemd både i media og i samfunnsdebatten elles enn til dømes opiatoverdosar.³⁴ Dette styrker ønsket og behovet vårt for å vite meir om tenestetilbodet til personar i samband med ei alkoholforgifting.

Helsetilsynet avgjorde derfor at vi i 2006 ville rette merksemda mot tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar. Vi ønskte meir kunnskap om oppfølgingstilbodet etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Målet var å få kunnskap om kvar det eventuelt er behov for å hente inn kunnskap meir systematisk på dette området i eit tilsynsperspektiv.

1.3 Kva meiner vi med alkoholforgifting?

Det finst reine alkoholforgiftingar, men alkohol er også ofte med i det vi kan kalle blandingsforgiftingar saman med legemiddel eller narkotiske stoff. Det er likevel ikkje

alltid enkelt å avgrense kva for rusmiddel som har løyst ut forgiftinga. Dette kjem fram i artikkelen “*Overdosedødsfall – fra en klinikers hverdag*”, som blant anna ser på utfordringar ved klassifikasjon av forgiftingsårsak og -foremål.³⁵ Hovudmiddelet blir klassifisert først, og dette skal vere det ein reknar som det farlegaste stoffet. Mange tek likevel fleire rusmiddel samtidig, og kombinasjon av giftstoff fører til auka fare. I artikkelen går det fram at alkohol ofte blir undervurdert som hovudmiddel. Helsetilsynet har i eit møte med ressurspersonar frå forskning og tenesteapparat fått informasjon om at alkohol også ofte blir underkjend ved blandingsforgiftingar. Her kan vi nemne at Jacobsen og medarbeidarane i ein eldre studie frå 1984 fann at alkohol var vanlegast både som hovudmiddel (20 %) og som tilleggsmiddel (35 %).³⁶

Å gi ein eintydig definisjon av alkoholforgifting er følgjeleg vanskeleg. Det kan derfor tene til foremålet å velje ei pragmatisk tilnærming. Dersom ein person er så rusa på grunn av alkohol at vedkommande treng helsehjelp, er det rimeleg å seie at vedkommande er alkoholforgifta. Vi legg denne forståinga til grunn i denne rapporten. Vi har valt å fokusere på både reine alkoholforgiftingar og forgiftingar der alkohol ser ut til å vere det primære rusmiddelet, sjølv om andre stoff er involverte. I rapporten vil vi bruke omgrepet alkoholforgifting både for reine alkoholforgiftingar og forgiftingar der ein går ut frå at alkohol er det primære rusmiddelet.

Vi har valt å ikkje rekne med hendingar der ein person kjem på legevakt eller sjukehus med akutte fysiske skadar, til dømes som følgje av fall eller trafikkulykker i alkoholrus, og der forgifting også kan vere ei medverkande årsak. Vi har heller ikkje teke med sjukehusinnleggingar med sjukdomsdiagnosar som følgje av eit langvarig alkoholmisbruk, og der forgiftinga er openberr. Med tanke på at Helsetilsynet ønskte kunnskap om oppfølging av eit mogleg underliggjande og vedvarande alkoholproblem etter ei akutt forgifting, kunne det også vere aktuelt å hente inn informasjon om desse tenestene. Det har derimot ikkje vore rom for dette i denne kunnskapsinnhentinga og -oppsummeringa.

32) Skjøtskift, 2003; Gulbrandsen, 2003; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001.

33) Pedersen, 2004; Gjelsvik, 2004; Aasebø et al., 2001; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001; Rygh, 1995.

34) Fekjær, 2004.

35) Ekeberg, 2001.

36) Jacobsen et al., 1984.

2 Ei førebuande kunnskapsinnhenting om alkoholforgiftingar

I den førebuande kunnskapsinnhentinga begynte Helsetilsynet å leite etter norsk og nordisk litteratur om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar. Vi kontakta også ulike instansar innafor forskning og tenesteapparat for å få informasjon om kunnskapsstatus og ei framstilling av tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar. I det følgjande presenterer vi funn frå den førebuande fasen av kunnskapsinnhentinga som fekk konsekvensar for kva vi skulle fokusere på i det vidare arbeidet med å hente inn informasjon om tenestetilbodet til personar etter ei alkoholforgifting.

2.1 Innleiande kunnskapsoppsummering om alkoholforgiftingar

Ei undersøking SINTEF Helse har gjort på oppdrag frå Sosial- og helsedirektoratet tyder på ein urovekkjande auke i talet på sjukehusinnleggingar som følgje av alkoholrelaterte diagnoser, i dette er også alkoholforgiftingar.³⁷ Det blir rapportert at talet på unge som blir lagde inn på sjukehus med alkoholforgifting som diagnose, aukar, særleg unge kvinner i alderen 18–24 år, men også menn over 35 år. Det er likevel usikkert om vi kan tilskrive auken i talet på sjukehusinnleggingar ein reell auke i førekomsten av alkoholrelaterte diagnoser av alkoholforgiftingar, eller om det speglar av ein auke i bruken av desse diagnosekodane og endringar i registreringssystemet.

På grunnlag av data frå Norsk pasientregister (NPR) har SINTEF i undersøkinga nemnd over utarbeidd statistikk over sjukehusinnleggingar som kjem av alkoholrelaterte diagnoser, medrekna i dette er også alkoholforgiftingar, for perioden 1999–2003 og med oppdateringar for 2004 og 2005,

jamfør opplysningar frå Sosial- og helsedirektoratet. Det finst derimot ikkje tilsvarende statistikk eller tilgjengeleg informasjon om kva for alkoholrelaterte sjukdommar og skadar, og kor mange det dreier seg om, som blir behandla ved dei kommunale legevaktene per år.³⁸ Opplysningar frå Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin viser at det hausten 2006 ikkje finst systematisk dokumentasjon over kven som søker hjelp for kva på legevakter i Noreg, sjølv om somme legevakter har tabellar over søkning og diagnoser eller liknande i årsmeldingane sine.³⁹ Journalsystema på legevaktene er i liten grad brukte til forskning eller systematisk analyse.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har forska på alkoholrelaterte problemstillingar, men ikkje spesielt på alkoholforgiftingar. Forsking frå SIRUS som rører ved problemstillinga i denne kunnskapsoppsummeringa, omfattar blant anna ein studie av opiatrelaterte overdosar, der alkohol var ein medverkande faktor.⁴⁰ SIRUS gjer også studiar av akutte alkoholrelaterte skadar på grunnlag av spørjeundersøkingar blant ungdom. Vi kan vurdere somme av desse sjølvrapporterte skadane, slik som blackout, oppkast, det å ikkje kunne stå oppreist og så vidare, som forgiftingssymptom.

Det ser ut til at alkoholforgiftingar er eit tema heller ikkje andre forskingsinstitutt har forska på. I den førebuande fasen søkte Helsetilsynet først og fremst etter norsk og nordisk forskingsbasert litteratur på området alkoholforgiftingar og tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar og fann relativt få studiar.

Det vi har funne av norsk litteratur, gjeld

37) Pedersen, 2004.

38) Gjelsvik, 2004.

39) Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har hausten 2006 starta eit overvakingssystem (Vaktårnprosjektet) for å skaffe fram detaljert kunnskap om legevaktssøkinga i Noreg. Det har ikkje vore vanleg at legevaktene har hatt årsmeldingar, dokumentasjon eller statistikk over tenestene sine. Prosjektet involverer sju legevaktdistrikt med i alt 18 kommunar med eit samla folketal på over 200 000. Kommunane er valde ut etter kriterium som best mogleg utgjer eit representativt utval av norske kommunar. I prosjektet blir alle førespurnader registrerte med alder og kjønn, hastegrad og tiltak. Diagnose og årsak blir ikkje registrerte. På sikt skal kompetansesenteret for ein periode også kunne ta ut statistikk for eksempel om rus for nærare analyse på ulike nivå.

40) Ødegård og Rossow, 2004.

først og fremst sjukehusinnleggingar ved forgiftingar generelt, såkalla sjølvpåførte forgiftingar, og i liten grad alkoholforgiftingar spesielt.⁴¹ Vi har funne nokre få undersøkingar som ser på sjukehusinnleggingar med alkoholforgifting.⁴² Som tidlegare nemnt er SINTEF-rapporten frå 2004 eit eksempel på ei undersøking som også inkluderer alkoholforgiftingar i tillegg til andre alkoholrelaterte diagnosar.⁴³ Eit anna eksempel er ein artikkel frå 2001 av Aasebø og medarbeidarar og ein artikkel i boka *“Alkohol og helse – det bagatelliserte alvor”* frå 1995.⁴⁴

Når det gjeld forskning på legevakttenester i samband med alkoholforgiftingar, har vi funne ein artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening: ei undersøking om korleis Oslo legevakt vurderer sjukdom og skade hos pasientar i akutt rus.⁴⁵ I studien gav 45 % opp at dei berre hadde drukke alkohol, 11 % hadde teke inn alkohol og andre rusmiddel enn heroin. Alle typar forgiftingar blei inkluderte.

Her kan vi også nemne ein artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening, det vil seie ei undersøking om alkoholforgiftingsdødsfall i politiarrestar i Noreg,⁴⁶ og ytterlegare fire kronikkar eller redaksjonelle artiklar som også handlar om dette temaet.⁴⁷

Trass i at det verkar som om det finst atskillig meir litteratur om forgifta pasientar handtert på spesialistenestnivå enn i allmenntilleggsmedisin,⁴⁸ ser det med andre ord ut til at alkoholforgiftingar er eit område det er forska svært lite på i Noreg. Vi kan likevel ikkje sjå bort frå at det finst meir litteratur som kan vere relevant her. Dette heng også saman med kor strengt eller vidt vi definerer omgrepet alkoholforgiftingar. Vi kjem til dette i metodekapittelet.

Vi undra oss over at vi fann såpass lite om dette temaet, og spurde også ressurspersonar frå forskning og tenesteapparat om kunnskapsstatus på feltet. Somme av desse har kunna stadfeste inntrykket vårt og formidla at alkoholforgiftingar også er forska lite på internasjonalt. I internasjonal samanheng er det forska meir på lett rus enn alvorleg rus og akutt alkoholforgifting. Det er utført ein del genetisk forskning og forskning på samanhengar mellom rusmiddel og ulike organsystem i kroppen, inkludert metabolisme. Fleire av ressurspersonane peikte på at problem knytte til informert samtykke frå akutt rus- og alkoholforgifta personar gjer forskning på dette området vanskeleg.

I den førebuaende kunnskapsinnhentinga har Helsetilsynet kontakta ressurspersonar frå fire helseføretak og to storbylegevakter for å få ei framstilling av tenestetilbodet ved alkoholforgifting og informasjon om personar med alkoholforgifting.

På bakgrunn av samtalar med tilsette i dei regionale helseføretaka fann vi at tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar er eit område som dette nivået innafor helsetenesta ikkje har fokusert spesielt på. Det kan sjå ut til at dei regionale helseføretaka primært har kjennskap til rusinstitusjonar og i liten grad tenestetilbodet i samband med akutte alkoholforgiftingar. Dei viste likevel vidare til helseføretaka og andre aktuelle instansar innafor rusbehandlinga.

Vidare har vi kontakta fire fylkesmannsembete. Eitt embete orienterte om at det ikkje ligg føre gode rutinar mellom den akuttmedisinske eininga, legevakta og spesialisthelsetenestetilbodet ved rusproblematikk. Dei andre tre hadde ikkje spesiell kunnskap om tenestetilbodet til personar med alkoholforgiftingar, men viste vidare til helseføretaka i dei respektive fylka.

Som ledd i det førebuaende arbeidet har Helsetilsynet også hatt møte med Sosial- og helsedirektoratet (09.06.06), og også med Giftinformasjonen. Giftinformasjonen gir råd til sjukehusavdelingane i landet om korleis dei skal behandle akutte alkoholforgiftingar. Tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar er eit område Sosial- og helsedirektoratet ikkje har fokusert spesielt på. Vi kjem tilbake til dette i kapittel 2.2.

Den førebuaende undersøkinga helsetilsynet gjennomførte, resulterte i fleire spørsmål enn svar: Vi fann gjennomgåande lite systematisk kunnskap og dokumentasjon om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar. Resultata tydde på at det ikkje eksisterer noka systematisk oversikt over kvar og korleis personar med alkoholforgifting blir sorterte, det vil seie kor mange alkoholforgiftingar som blir behandla på legevakta eller annan stad, behandlingstilbodet dei får, og kvar pasientane blir sende for å få vidare oppfølging. Det finst heller ikkje systematisk oversikt over kven personane med alkoholforgifting er når det gjeld alder, kjønn, sosiale bakgrunnsvariablar og så vidare.

41 Til dømes Kopjar et al., 2005; Rygnestad et al., 2004; Ekeberg et al., 1994; Ekeberg et al., 1991, Nessa, 1986; Jacobsen et al., 1984.

42 Aasebø et al., 2001; Rygh, 1995.

43 Pedersen, 2004.

44 Aasebø et al., 2001; Rygh, 1995.

45 Nore et al., 2001.

46 Aasebø et al., 2003.

47 Waal, 2003; Johannessen og Ronge, 2003; Høie, 2002; Riise, 2001.

48 Nore et al., 2001.

2.2 Faglege standardar og retningslinjer for tenestetilbodet til personar etter ei alkoholforgifting

Helsetilsynet er gjennom lov om statleg tilsyn gitt ansvar for det overordna faglege tilsynet med sosial- og helsetenesta i landet. Dette inneber å ha oversikt over, følgje med på og å gripe inn for å sikre at befolkninga får dei tenestene ho har lovfesta rett til og behov for.⁴⁹ Utover å føre tilsyn med helsepersonell og dei enkelte verksemdene i helsetenesta skal tilsynsorganet følgje med i utviklingstrekk ved helsetilstanden i befolkninga og ytingar frå helsetenesta for å kunne vurdere tenestetilbodet i forhold til dei behova befolkninga har, og nasjonale mål og prioriteringar. Det blir forventat at tilsynsorganet har generell oversikt over tilstanden i helsetenesta, jamfør Ot.prp. nr. 105 (2001–2002).

Funn frå den innleiande kunnskapsinnhentinga gjorde oss urolege for kunnskapsmanglane vi fann i forhold til tenestetilbod til, behandlingssstad for og tenestebehov hos personar med alkoholforgiftingar. Dette gjorde at vi også henta inn meir informasjon om faglege standardar og retningslinjer på dette området.

Med rusreforma blei ansvaret for å behandle rusmiddelmissbrukarar overført til spesialisthelsetenesta og dei regionale helseføretaka (RHF).⁵⁰ Det overordna målet Stortinget har med rusreforma, er at rusmiddelmissbrukarar med samansette problem skal få betre og meir samordna tenester, og at behandlingresultata skal bli betre. Ansvaret for tenestene skal klargjerast meir, og gråsonene mellom rusbehandling, psykiatri og somatikk skal reduserast. Vi skal kunne stille dei same krava til behandlingsskemaet overfor rusmiddelmissbrukarar som vi stiller til spesialisthelsetenesta elles. Dei regionale helseføretaka skal sikre at det finst tilstrekkeleg spesialiserte tverrfaglege behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar. Dei regionale helseføretaka tok over ansvaret for dei fylkeskommunale behandlingstiltaka. I tillegg gjekk dei regionale helseføretaka inn i tidlegare fylkeskommunale avtaler med private behandlingstiltak. Strateginotatet frå Helsedepartementet lyftar fram ulike område som dei regionale helseføretaka bør gi ekstra merksemd. Dette gjeld blant anna akuttbehandling og avrusing, å halde pasienten tilbake i institusjon med og utan samtykke frå pasienten, legemiddelassistert rehabilitering og kompetansehevande tiltak. Det blir dessutan peikt på at dei regionale

helseføretaka har eit særleg ansvar for å sikre at det finst tilstrekkeleg akuttkapasitet og avrusingskapasitet. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å evaluere rusreforma. Forskingsinstituttet International Research Institute of Stavanger (IRIS) har på oppdrag frå Sosial- og helsedirektoratet evaluert rusreforma. Endeleg rapport låg føre ved utgangen av 2006.⁵¹

Sjukehusenester i samband med alkoholforgiftingar er eitt av tema som boka *“Alkohol og helse – det bagatelliserte alvor”* frå 1995 tek opp. Rygh, som er ein av bidragsytarane i boka, skriv at mange av desse pasientane bør få eit langsiktig oppfølgings-tilbod etter ei alkoholforgifting.

“Når den akuttmedisinske behandlingen er gjennomført, og pasienten medisinsk sett er i bedring, gjenstår et viktig arbeid der behandlingsapparatet skal møte pasienten i et forsøk på å hjelpe til med å identifisere årsakene til forgiftningen og bidra til en konstruktiv problemløsning. Dette er en tverrfaglig oppgave der personalet ved den somatiske avdelingen, sosionomtjenesten og psykiatrisk ekspertise må samarbeide.”⁵²

I boka blir det peikt på at oppfølginga kan dreie seg om poliklinisk kriseoppfølging, støttebehandling, praktisk retta hjelp, kanalisering til alkoholistsorga, psykiatrisk oppfølging eller somatisk behandling og etterkontroll. Vidare går det fram at alkoholforgiftingar bør vere eit signal om at ein bør gå gjennom alkoholanamnesen spesielt nøye, og ein grundig analyse av denne bør skje sjølv om pasienten avdramatiserer kva alkoholen har å seie for problema hans. I dette arbeidet er det viktig å kartlegge kva rolle alkohol spelar for pasienten.

Også andre har peikt på det ansvaret legar, sjukepleiarar og helsepersonell har for å spørje pasienten om alkoholproblem, sjølv om dette kan opplevast vanskeleg i møtet med personar som har eit risikofylt alkoholforbruk eller eit drikkemønster som kan føre til betydelege helseproblem.⁵³ Ein svensk rapport argumenterer for ein såkalla mini-intervensjon som ein effektiv strategi for å førebyggje både kroppslege og psykiske skadar som følgje av alkohol; ein strategi som likevel ser ut til å bli brukt i liten grad: Å identifisere konsum, gi informasjon og bidra med motivasjon og støtte gir redusert alkoholkonsum og færre alkoholproblem.⁵⁴

49) Jamfør Ot.prp. nr. 105 (2001–2002) side 3: “Det statlige tilsynet med helse-tjenesten vil være et vesentlig virkemiddel for å sikre befolkningen trygge helsetjenester av tilstrekkelig omfang. For Statens helsetilsyn og fylkesle-gene innebærer tilsyn å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, følge med på hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver tjenester i strid med helselovgivningen.”

50) Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004.

51) Konklusjonane i rapporten er ikkje arbeide inn i rapporten vår.

52) Rygh, 1995.

53) Gulbrandsen, 2003; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001.

54) Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001.

Statusrapporten frå Legeforeininga for 2006 på området rusmiddelmissbruk peiker på at det særleg ved tilfelle av akutt rus er avgjerande at tenestetilbodet er godt organisert.⁵⁵ Legeforeininga meiner at det må vere eit velfungerande og lett tilgjengeleg tilbod om akutttenester, avgifting eller avrusing og abstinensbehandling over heile landet. Legeforeininga konkluderer dessutan med at det er nødvendig med tiltak som sikrar fleire fagfolk, meir kompetanse og auka fagmedvit i tenestene.

Som i litteraturen nemnd over hadde også somme av dei vi kontakta i samband med denne kunnskapsinnhentinga, innspel og meiningar om korleis tenestetilbodet bør vere, og kva som ikkje er godt nok når det gjeld oppfølging av personar etter ei akutt alkoholforgifting. Følgjande utsegner er eksempel på dette:

“Det er ikke så godt å sende en ungdom til avrusingen i Storgata: [De unge] burde heller til PUT [psykiatrisk ungdomsteam].”

“Alle generalister må kunne en del om rus, og så må vi ha spesialister som kan mye mer. Det fins en praksis, det fins et skjønn, og det finnes juss. Vi har for eksempel ikke lov til å ringe foreldrene til en 17-åring som nekter [oss å ringe].”

Stavanger universitetssjukehus HF er dessutan i ferd med å utarbeide felles rutinar eller retningslinjer for minstekrav til intern oppfølging ved sjukehuset av pasientar under 18 år etter ei alkohol- eller rusmiddelforgifting, til dømes skal sjukehuset gjennomføre ein sosisjonsamtale.

I august 2005 la Regjeringa fram ein ny handlingsplan mot rusmiddelproblem for perioden 2006–2008.⁵⁶ Heilskapleg rehabilitering og behandling er ei av prioriteringane når det gjeld rusmiddelproblem; eit krav til dei regionale helseføretaka som også kjem fram i *Bestillerdokument 2006* frå Helse- og omsorgsdepartementet.⁵⁷ Dokumentet peiker på at eitt av dei viktigaste bidraga til å heve kvaliteten i tenestetilbodet er å betre samordninga og koordineringa av tenestene slik at rusmiddelmissbrukaren kan få hjelp med misbruket, helseproblema og dei sosiale problema på same tid. Det blir understreka at det blir stilt krav til både spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene om å samarbeide, noko som også er nedfelt fleire stader i lovverket. Kommunen har også ansvar for å følgje opp i form

av vidare behandlingstiltak.

Sosial- og helselovgevinga krev at tenester som blir ytte, skal vere forsvarlege. Mange og ulike tenester kan vere involverte i samband med ei akutt alkoholforgifting, og tenestene kan vere ulikt organiserte. Det varierer mykje korleis kommunane har organisert legevakta si. Dette kjem fram i ei undersøking som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har gjort i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).⁵⁸ Ulikt lovverk regulerer tenester ved alkoholforgiftingar, under dette kommunehelsetenestelova, spesialisthelsetenestelova, sosialtenestelova og helsepersonellova. Reglar om teieplikt og om samtykke påverkar det handlingsrommet helsepersonellet har når det gjeld for eksempel å tilvise pasientar vidare og å kontakte foreldra når pasienten er under 18 år.

Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettslova) har som hovudregel at pasienten skal samtykkje til helsehjelpa. Pasienten kan samtykkje stillteiande, eller sjølv melde at han har behov for helsehjelp.⁵⁹ Samtykkekravet gjeld alle sider ved helseverksemd som pasienten er avhengig av eller medverkar i, det vil seie pleie, omsorg, undersøking, innlegging og behandling, og kravet om det uttrykte og informerte samtykket aukar i høve til kva slags behandling det dreier seg om, og kor risikabel behandlinga er. Eit dilemma oppstår for helsepersonell når personar i sterk rus kjem til behandling og er i ein slik tilstand at vi heller ikkje kan føresetje eit stillteiande samtykke. I slike tilfelle er det ofte grunnlag for å avvike frå kravet til samtykke med heimel i naudretten, det vil seie at pasienten treng helsehjelp for å hindre død eller alvorleg helseskade.

Dersom pasienten samtykkjer til det eller forholda tilseier det, skal dei næraste pårørande til pasienten ha informasjon om kva helsetilstand pasienten er i, og kva helsehjelp pasienten får. Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldra eller andre med foreldreansvar informerast. Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal ein ikkje gi opplysningar til foreldra eller andre med foreldreansvar når pasienten, av grunnar som bør respekterast, ikkje ønskjer dette, jamfør pasientrettslova.

Førearbeida til helsepersonellova drøftar også grensene for kva teieplikt helsepersonell skal ha når det gjeld opplysningar om

55) På helse løs. Statusrapport frå Den norske lægeforening, 2006.

56) Handlingsplan. Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008. Arbeids- og sosialdepartementet, 2005.

57) Sjå lenkje til *Bestillerdokument 2006* på internettssidene til Helse Aust:

58) I rapport frå undersøkinga gav 69 % av kommunane opp at dei tek del i ei eller anna form for interkommunal ordning ei eller fleiretiderpådøgnet, ein eller fleire dagar i veka. Avhengig av legevaktorganisering er det forskjellar i strukturert opplæring av legar og medarbeidarar, og systematisk oppdatering av kunnskap er generelt låg for begge grupper. Legevakter som har FAM-modell, legevakter som er samlokaliserte med sjukehus, og legevakter som har integrert legevaktssentral, har i større grad strukturert opplæring og oppdatering. Fleire kommunar har planar om å ta del i interkommunale ordningar. Av alle kommunar svarte 31 % (134) at dei har ei kommunal legevakt alle tider på døgnet, alle vekedagar, og 27 % av dei 134 kommunane gav opp at dei har planar om eit interkommunalt samarbeid. Det har til no ikkje eksistert noka systematisk oversikt over korleis legevaktene og legevaktssentralane i landet er organiserte, bemanna eller utstyrte. Alle dei 433 kommunane i landet ved kommunelege 1 eller kommuneoverlege har svart på undersøkinga

59) Jamfør *pasientrettslova* kapittel 4. Sjå også Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, s. 15 og 19.

sjølve pasientforholdet, til dømes innlegging på ei akuttavdeling.⁶⁰

“Dersom det ikke er mulig å få pasientens mening om hva man kan opplyse til hvem, bør opplysningens sensitivitetsgrad og pasientens formodede vilje legges til grunn. Det er større grunn til å vise tilbakeholdenhet med at en person er innlagt på en psykiatrisk institusjon eller rusmiddel-institusjon enn å opplyse om pasientforholdet i tilfeller der det dreier seg om kurante somatiske lidelser. I rettspraksis er det lagt til grunn at opplysninger om det forhold at en pasient har oppsøkt psykolog, er å anse som taushetsbelagt (Rt 1955 s 191). Det vil i siste omgang måtte bero på en interesseavveining om slike opplysninger skal gis.”

Når det gjeld innleggingar i samband med akutt alkoholforgifting, må ein vurdere kor alvorleg helsetilstanden er, kor gammal pasienten er (under 18 år), og kva behov pasienten har for hjelp frå pårørande etter behandlinga. Alt dette er moment som veg tungt i denne interesseavveinga, og taler for at opplysningar om innlegginga av pasienten blir gitt til dei pårørande uavhengig av teieplikta.

Forskrift om pasientjournal 21. desember 2000 nr. 1385 (journalforskrifta) § 9 inneheld reglar om epikrise. Forskrifta er heimla både i kommunehelsetenestelova, spesialisthelsetenestelova og helsepersonellova. Når ein pasient blir skriven ut frå helseinstitusjonen, skal epikrise sendast til det helsepersonellet som treng opplysningar for å kunne gi pasienten forsvarleg oppfølging. Ein merknad til § 9 i journalforskrifta drøftar særleg tilfelle der pasienten motset seg dette:

“Pasienten kan motsette seg at epikrise sendes, jf. helsepersonelloven paragraf 45. I enkelte tilfeller vil tungtveiende grunner likevel gjøre det rettmessig at de opplysninger som er strengt nødvendig for å iverksette en forsvarlig oppfølging av pasienten utleveres, se merknadene til paragraf 10 i forskriften her. Det vises også til spesialmotivene til helsepersonelloven paragraf 45 om problemstillinger i forhold til taushetsplikt og utleveringsadgang i forbindelse med epikrise (se utdraget av helsepersonelloven med merknader.)”

Oppfølging etter akutt hjelp varierer ut frå kva behov pasienten har. Dersom pasienten treng langvarige og koordinerte tenester, har føretaka plikt til å sikre at pasienten får tilbod om individuell plan, jamfør spesialisthelsetenestelova § 2-5. Det går fram av kommentarane frå departementet til forskrift om individuell plan at det kan variere kven som har ansvar for å ta initiativ til å setje i gang planprosessar. Spesialisthelsetenestelova § 3-11 føreset at helseinstitusjonen som lova gjeld for, må sikre at pasientar som får helsetenester, får tilstrekkeleg informasjon for å kunne ta vare på eigne rettar etter pasientrettslova. Det same gjeld for kommunale helsetenester, jamfør kommunehelsetenestelova § 1-3 a, jamfør § 6-2 a. Vi må derfor vente at helsepersonell har ein praksis som inneber at pasientar med omfattande behov for sosial- og helsetenester blir tilviste vidare for å sikre at pasienten kan få oppfylt retten sin til å få utarbeidd ein slik plan. I tidlegare rapportar har Helse-tilsynet peikt på at dette i praksis også vil seie at helsepersonell i ambulanseteneste og legevaktordningar har ei viktig informasjons- og vidareformidlingsoppgåve for å sikre at vi kan realisere rett til nødvendige helsetenester for rusmiddelmissbrukarar.⁶¹

Sosial- og helsedirektoratet er generelt merksam på at alle som blir tekne imot på akuttmottak, får god og forsvarleg behandling, også dei som blir lagde inn for alkoholforgifting. Tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar er likevel eit område Sosial- og helsedirektoratet ikkje har fokusert spesielt på, men det er gitt midlar til enkeltprosjekt, for eksempel til Stavanger universitetssjukehus (HF) og SINTEF-rapporten,⁶² som er utarbeidd på oppdrag frå direktoratet, om omfanget av alkoholrelaterte diagnosar i pasientdata frå NPR.

Det er ikkje utarbeidd spesifikke krav til eller retningslinjer for kva helseføretaka eller dei kommunale legevaktene skal gjere ved alkoholforgiftingar. Oppgåva for Helse-tilsynet er ikkje å formulere eller utvikle retningslinjer og standardar for helse- og sosialtenester. Rolla vår som tilsynsorgan er blant anna å sjå til at samfunnskrava blir etterlevde og å gripe inn mot svikt, i tillegg til å finne fram til område i helse- og sosialtenesta der det er fare for svikt, og peike på potensielt sårbare tenesteområde. Dersom den faglege standarden er utydeleg formulert eller ikkje gjort greie for, kan dette i seg sjølv utgjere ein risiko som Helse-tilsynet finn det rett å peike på.

60) Ot.prp. nr. 13 (1989–1999) under punkt 11.4.1.

61) Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, s. 19; Rapport fra Helsetilsynet 7/2006, s. 17.

62) Pedersen, 2004.

2.3 Vidare opplegg for rapportarbeidet

Kunnskapshola og -manglane vi fann på mange ulike område og nivå i den førebuande informasjonsinnhentinga, gjorde det vanskeleg å avgrense kva område det særleg kom til å vere behov for å hente inn meir informasjon om i eit tilsynsperspektiv. Kunnskapsmanglane er også bakgrunn for uro i Helsetilsynet når det gjeld tenestetilbodet til personar etter ei alkoholforgifting. Helsetilsynet avgjorde derfor å gå vidare ved å setje saman og utdjupe funna frå den førebuande undersøkingsfasen, under dette også funna våre i høve til faglege reningslinjer og standardar, som er oppsummerte i førre kapittelet (2.2).

På grunnlag av informasjon frå ressurspersonar i forskning og tenesteapparatet vil vi i kapittel 4 gjere greie for tenestetilbodet til personar med alkoholforgifting etter at dei er mottekne på legevakt (4.3) eller sjukehus (4.4), gjere greie for kven personane som kjem på legevakt og sjukehus med alkoholforgifting, ser ut til å vere (4.2), og gi eit generelt bilete av arenaer og tenestekjede (4.1). Det er først og fremst tilbodet etter den akutte forgiftingsfasen som har vore i fokus for kunnskapsinnhentinga.

Vi har ikkje indikasjonar på fare for svikt i dei akuttmedisinske tenestene når ein person kjem på legevakt eller til sjukehus i samband med ei alkoholforgifting. Vi formidlar likevel heilt kort informasjon frå nokre av dei akuttmedisinske behandlingane for å gi ei meir samanhengande og heilskapleg framstilling.

3 Metode for utvida kunnskapsinnhenting

3.1 Kunnskapskjelder i denne rapporten

Rapporten byggjer på følgjande kunnskapskjelder:

- Litteratursøk.
- Informasjon frå ressurspersonar innafor forskning og tenesteapparat, både på klinisk og administrativt nivå.
- Møte med ressurspersonar innafor forskning og tenesteapparatet (20.10.06)

3.1.1 Litteratursøk

Helsetilsynet gjorde litteratursøk på området alkoholforgiftingar generelt og tenestetilbodet spesielt. Vi har først og fremst søkt etter norsk og nordisk litteratur. I den utvida kunnskapsinnhentinga har vi også søkt i internasjonale databasar etter litteratur om alkoholforgiftingar og tenestetilbodet i samband med dette. Vi har søkt i følgjande kjelder med mange søkjeord, medrekna kombinasjonar av søkjeord.

- Tidsskrift for den norske lægeforening: Alkoholforgiftning* berus*
- Libris: akut* + alkohol* förgift* + alkohol*, alkoholförfift*
- SveMed+: “EXP ALCOHOLIC-INTOXICATION” og ulike former for fritekstord i
- Norart: ulike varianter av tekstord: alkoholforgift?, alkohol? + forgift?, akutt? + alkohol?
- Bibsys: alkohol? * diagnos? Alkoholforgift? og Alcoholic intoxication

- I Embase og Medline ble følgende termer brukt: Alcohol Intoxication, Drug Detoxification i ulike kombinasjoner med – aftercare/ community care/ home care/ institutional care/ long term care/ primary health care/primary medical care/ case management/ patient referral /patient care planning/ delivery of health care/ Health Care Quality, Access, and Evaluation, Health Services Patient Care Management (de fleste termer er eksplodert, dvs. man søker på termen med alle underliggende temer i hierarkiet) – (primary OR community) som tekstord – Søkt på studietyper som “Cohort Studies”, “Follow-Up Studies”, Retrospective Studies – prognosefilter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.shtml>

- Fritekst-søk på ulike termer i ProQuest⁶³

Vi har også spurt ressurspersonane vi har kontakta, om kunnskapsstatus på området alkoholforgiftingar og spesielt tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar, sia vi gjennom søka våre fann relativt få artiklar, rapportar eller anna på dette feltet.

3.1.2 Ressurspersonar – informantar

Da Helsetilsynet bestemte seg for å oppsummere informasjon frå den førebuande kunnskapsinnhentinga i rapportform, tok vi på ny kontakt med ressurspersonane via e-post og spurde om løyve til å bruke informasjonen vi hadde fått (sjå vedlegg 2).

Vi har valt informantar ut frå ein “nettverksmetode”: Nokre av dei vi kontakta, gjorde framlegg om andre som dei rådde oss til å ta kontakt med i tillegg. Informantane våre

63) I ProQuest Information and Learning får brukarar av Helsebiblioteket tilgang til følgjande samlingar: ProQuest Medical Library, ProQuest Nursing Journals, ProQuest Psychology Journals. Til saman inneheld samlingane 1100 tidsskrift.

arbeider i tilknytning til tenestetilbudet overfor personar med alkoholforgifting på legevakt eller sjukehus, i tillegg arbeider ein informant ved ein rusinstitusjon. Informantane har fagleg bakgrunn både frå somatisk og psykiatrisk helseteneste. Vi har kontakta forskarar og helsepersonell som arbeider på ulike område i tenestekjeda, somme i akuttfasen og somme i oppfølgingsfasen. Vi har kontakta

- fire sjukehus, av desse to i Helse Aust (Ullevål universitetssjukehus HF og Aker universitetssjukehus HF) og to i Helse Vest (Helse Bergen HF Haukeland Universitetssjukehus og Stavanger universitetssjukehus Helse Stavanger HF)
- to storbylegevakter (Oslo og Bergen)
- og ein rusinstitusjon (Stiftelsen Incognito klinikk, Oslo).

Vi har også kontakta

- Helsetilsynet i fire fylke
- alle fem regionale helseføretak⁶⁴
- og nokre forskingsinstitutt.

Sjå vedlegg 1 for ei samla oversikt over informantar (personar og/eller instansar) vi har kontakta.

Som tilsynsorgan har vi blant anna ansvar for å føre tilsyn med at helse- og sosialtenestene som blir ytte, er forsvarlege,⁶⁵ og at helsepersonell gjer arbeidet sitt i samsvar med dei krava til fagleg forsvarleg handlemåte og omsorgsfull hjelp som vi forventar ut frå kvalifikasjonane til helsepersonellet, typen arbeid dei gjer, og kvalifikasjonar dei har elles.⁶⁶

I samtale med informantane presiserte vi at føremålet vårt med kunnskapsinnhentinga ikkje var tilsyn med kvar enkelt verksemd eller med enkeltpersonar. Vi la vekt på at vi ønskte å få ei framstilling av oppfølgingstilbudet etter ei alkoholforgifting. Den skulle gi informasjon om kvar det for oss som tilsynsorgan eventuelt var behov for ei meir systematisk kartlegging på eit avgrensa område av tenestetilbudet.

Før samtalane hadde vi utarbeidd ein intervjuguide til bruk som sjekklister for tema og spørsmål, men utan at han skulle følgjast slavisk (sjå vedlegg 3). Intervjuguiden blei følgd i noko varierende grad, dels fordi det

ikkje var tid til å gå gjennom alle tema med alle, og dels fordi somme av tema ikkje var relevante for alle. Dei fleste av informantane har vi snakka med på telefon, men nokre har svart på spørsmåla våre via e-post. Informasjon frå telefonsamtalane blei notert undervegs i samtalen og tilpassa etterpå. I etterkant har informantane fått høve til å sjekke om informasjonen vi har brukt frå dei, er korrekt oppfatta. Helsetilsynet er likevel sjølv ansvarleg for tolkingane og innhaldet i rapporten.

3.1.3 Møte med nokre ressurspersonar

Med bakgrunn i resultat frå den førebuande kunnskapsinnhentinga blei det halde eit møte (20.10.06) med ressurspersonar innfor forskning og tenesteapparat som vi hadde hatt kontakt med tidlegare (sjå vedlegg 4 og 5). Målet var å sikre at informasjonen Helsetilsynet hadde fått per e-post eller telefon, var korrekt oppfatta og sett inn i ein samanheng som var i samsvar med den oppfatninga ressurspersonane hadde av tenestetilbudet til og oppfølginga av personar med alkoholforgifting.

I invitasjonsbrevet vi sende ut før møtet, gjekk det fram at vi blant anna ville presentere førebels resultat frå kunnskapsinnhentinga om tenestetilbudet til personar med alkoholforgiftingar, og at vi på bakgrunn av denne informasjonsinnhentinga ville vurdere om vi trong meir tilsynsmessig oppfølging på området. Før møtet drøfta vi korleis vi som eit tilsynsorgan skulle lykkast med å få til eit konstruktivt og fruktbart møte prega av refleksjon og dialog med helsepersonell og tenesteapparat.

Vi diskuterte også kor mykje eller lite av dei førebels funna vi skulle vise, og korleis vi skulle presentere desse utan at vi stod fram som den som veit eller kan mest, eller som ein uvitande aktør. Og korleis skulle vi få til ein open dialog utan ein undertone prega av forsvarstale hos nokre av partane og utan at ei eller fleire av tenestene stod fram som flinkast, best eller som den som har mest kompetanse på dette området?

Vi valde å leggje opp til eit møte der vi på ein tydeleg måte la fram det vi meinte vi hadde funne til no i prosessen, samtidig som vi under kvart av funna vi presenterte, gav uttrykk for at vi ønskte innspel frå deltakarane i høve til ytterlegare informasjon eller andre kjelder vi burde undersøkje, eller behov for nyanseringar og korrigerings av eventuelle misforståingar. I presentasjonen

64) Helse Midt-Noreg RHF skil seg frå dei andre RHF-ane; Representanten frå Rusbehandlinga Midt-Noreg HF representerer Helse Midt-Noreg RHF på rusområdet.

65) Jamfør Ot.prp. nr. 105 (2001–2002).

66) Jamfør lov om helsepersonell m. v. 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven) § 4.

vår av funna var vi også opptekne av at dette ikkje skulle verke som eit tilsyn med tenester og helsepersonell, men kunnskapsinnhenting for å få informasjon om område med fare for svikt og om potensielt sårbare område når det gjeld oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting.

Vi hadde utarbeidd eit arbeidshefte som blei delt ut til deltakarane på møtet (sjå vedlegg 6). Heftet oppsummerte dei førebelse funna våre, som vi også presenterte i innleiinga av møtet. I tillegg hadde vi hovudpunkta vi ønskte å diskutere, skrivne ned på store ark som hang på veggen under møtet for å halde merksemda på det vi særleg ønskte innspel om og tilbakemeldingar på. Vi organiserte diskusjonen slik at kvart av hovudfunna blei diskutert kvar for seg og med ei oppsummering etter kvart av hovudfunna for å sjekke om vi hadde felles oppfatning av konklusjonane, eller om det var behov for nyanseringar.

Vi presenterte dei førebelse funna våre og gjorde greie for korleis vi hadde arbeid med å hente inn kunnskapen. Vi bad om innspel til kunnskapsstatus om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar med tanke på eventuelle tidlegare prosjekt eller prosjekt som var i gang, som vi ikkje hadde kjennskap til. Vi inviterte også til innspel om viktige sider ved tenestetilbodet som vi eventuelt ikkje hadde omtalt, og da hovudsakleg oppfølgingstilbodet.

På møtet fekk vi ytterlegare informasjon som utdjupa, nyanserte og korrigererte dei førebelse konklusjonane våre om oppfølgingstilbodet ved alkoholforgiftingar. Dette gjaldt for det første kven som kjem til legevakt eller sjukehus på grunn av ei alkoholforgifting. For det andre blei formuleringane våre om “høg terskel for innlegging og for vidare oppfølging” noko nyansert, og for det tredje blei dei førebelse konklusjonane våre om trekk ved feltet noko korrigererte i møtet (sjå elles vedlegg 6, som er arbeidshefte frå møtet). Slik vi ser det, opplevde vi ein open og tillitsfull kommunikasjon på møtet. Det var rom for både refleksjonar, korrigeringar, nyanseringar og stadfestingar av dei førebelse resultatane våre.

Både ressurspersonar frå tenesteapparatet som var til stades på møtet, og dei som ikkje var til stades, har i etterkant fått tekstutdrag via e-post, og dei er gitt høve til å kommentere informasjon vi ønskte å bruke frå han eller henne. Vi har også ytterlegare ein gong bede ressurspersonar innafor forskning om

kommentarar til oppsummeringa vår av kunnskapsstatusen på området alkoholforgiftingar når det gjeld publiserte forskingsresultat (jamfør kapittel 2.1) og pågåande prosjekt (jamfør kapittel 4.2.3). Spørsmålet vi har bede om kommentarar på, er om forskingsfeltet alkoholforgiftingar er grundig undersøkt i så liten grad som vi har oppfatta, både når det gjeld forskning, registerdata og annan kunnskap som utviklingsprosjekt, internrapportar, seminar og anna. Tilbakemeldingane både i møtet og per e-postutveksling har styrkt inntrykket vårt.

I kapittel 4 i rapporten bruker vi sitat⁶⁷ frå informantane i presentasjonen av funna våre for denne kunnskapsinnhentinga, men utan å referere til kven som har sagt kva.

3.2 Metodiske vurderingar

Nokre av utfordringane vi opplevde når det gjeld informasjonsinnhenting om kunnskapsstatusen på området alkoholforgiftingar, har vore å finne gode søkjeord ved litteratursøk. Dette gjaldt særleg i internasjonale databasar, og det gjaldt omgrepet teneste- eller oppfølgingstilbodet, men også omgrepet alkoholforgiftingar. Årsaka til søkjeproblema kan vere at tenestetilbodet er ulikt i dei forskjellige landa, at indekseringane ikkje alltid blir så gode, eller at vi ikkje har funne fram til relevante søkjeord. Ei anna årsak kan vere at noko av informasjonen om alkoholforgiftingar kan skjule seg bak andre alkoholrelaterte sjukdommar og skadar. Eit eksempel på desse utfordringane kan vere det ein informant sa da vi på eit seinare tidspunkt tok kontakt for på nytt å kvalitetssikre om det verkeleg var slik at alkoholforgiftingar var eit tema dei ikkje hadde forska på.

“Vi gjør studier av akutte alkoholrelaterte skader på basis av spørreundersøkelser blant ungdom, og noen av disse selvrapporterte skadene, slik som blackout, oppkast, ikke kunne stå oppreist og så videre kan jo vurderes som forgiftningssymptomer, men jeg har ikke tenkt på dette som studier av alkoholforgiftning ettersom vi ikke er i nærheten av en klinisk/diagnostisk vurdering.”

Vi vil derfor presisere at det kan vere i gang forskings- og utviklingsprosjekt i Noreg som vi ikkje har fått kjennskap til gjennom litteratursøka våre og når vi har spurt ressurspersonane om kunnskapsstatus på feltet. På den andre sida er det lite sann-

67) For å gi ei fullverdig meining av det som blei sagt, er sitata noko omarbeidd i forhold til munnleg tale. Vi har likevel lagt vinn på å halde sitata tett opp til det kvar informant sa. Sitata blei opphavleg noterte på bokmål, og ikkje dialekt eller liknande, av omsyn til at informantane skulle vere anonyme. Vi har valt å ikkje setje om sitata til nynorsk for å unngå at dei vik av ytterlegare frå det som faktisk blei sagt. Sitata som er brukte i rapporttittelen og i overskriftene i kapittel 4.3 og 4.4, er likevel sette om til nynorsk da vi ikkje ønskjer å ha to målformer i ein kort tittel og i overskrifter.

synleg at det finst omfattande prosjekt om tenestetilbodet som vi ikkje har funne fram til.

Gjennom ein dialog med informantane våre har vi fått informasjon om erfaringane deira med kven som kjem på sjukehus og legevakt med alkoholforgifting, og kva oppfølgings-tilbod dei får etter at den akutte forgiftinga er over. Vi har lagt til grunn at dei vi har snakka med, har hatt eit heilskapleg perspektiv når dei omtaler tenestetilbodet til personar med alkoholforgifting, det vil seie ikkje berre snevert knytt til eigen bakgrunn eller eiga stilling. Forteljingar om egne erfaringar viser korleis informantane observerer og formidlar hendingar.⁶⁸

Metoden som er brukt i denne kunnskapsoppsummeringa, kan ikkje nyttast til å gjere greie for eller forklare omfang, mengder eller fordelingar, eller kor utbreitt noko er, når det gjeld tenestetilbodet til personar med alkoholforgifting. På eit felt der kunnskaps-mangelen ser ut til å vere stor, er det viktigare at resultatane er relevante eller gyldige, enn at dei kan generaliserast. Vi har følgjelig ikkje hatt ambisjonar om å gjennomføre ei representativ undersøking som kan gi grunnlag for å generalisere verken på tenestområdet eller "kven" personar med alkoholforgiftingar er (med omsyn til alder, kjønn, sosial bakgrunn og så vidare). Intensjonen vår har vore å hente inn kunnskap som kan gi indikasjonar på om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar er eit område med fare for svikt, og peike på potensielle sårbarheitsområde.

Vi har henta inn informasjon frå ressurspersonar frå forskingsfeltet rus og helse- og sosialtenester. Nokre som står nær det akuttmedisinske tenestetilbodet, nokre som er litt lenger ut i tenestekjeda, og nokre på administrativt nivå innafor tenesteapparatet. I tillegg til informasjon frå enkeltpersonar har vi, som tidlegare nemnt, også henta inn informasjon gjennom eit felles møte med ressurspersonar frå forskning og tenesteapparat. Det éin fortel frå tenestområdet sitt, kan gi assosiasjonar hos andre til liknande eller andre typar erfaringar frå arbeidet deira. Slik kan ein gruppesamtale gi meir og annan informasjon enn individuelle samtalar.⁶⁹ Sjølv om talet på personar vi har snakka med, ikkje er stort, har vi snakka med sentrale personar med god oversikt over fagfeltet. Vi meiner derfor at vi har fått ei tilstrekkeleg oversikt, som gir grunnlag for tilsynsmessig vurdering.

Denne kunnskapsoppsummeringa kan ikkje seie noko om omfang og utbreiing når det gjeld rutinar for å vurdere behov for oppfølging, kva kriterium som løyser ut oppfølging, og kva interne og eksterne oppfølgingstilbod som blir tilbydde ved alkoholforgiftingar. På eit meir generelt nivå, på grunnlag av den samla informasjonen vi har fått i denne kunnskapsoppsummeringa, er det likevel rimeleg å gå ut frå at dei utfordringane, manglane og problemstillingane vi har funne når det gjeld tenestetilbodet etter alkoholforgifting, også er aktuelt for det tenestelandskapet vi ikkje har henta inn informasjon frå.

68) Malterud, 2003; Danielsen, 1990.

69) Malterud, 2003.

4 Resultat frå Helsetilsynets kunnskapsinnhenting

Her oppsummerer vi resultat frå kunnskapsinnhentinga som Helsetilsynet har gjennomført om tenestetilbodet ved alkoholforgiftingar på grunnlag av informasjon frå forskingslitteratur og ressurspersonar frå klinisk og administrativt nivå innafør forskning og tenesteapparat. Vi har strukturert framstillinga av funna etter ulike arenaer for å ta hand om personar med alkoholforgifting. I kapittel 4.1 gir vi eit generelt bilete av arenaene og tenestekjeda, det vil seie rammene rundt det å ta hand om og behandle personar i samband med alkoholforgifting. I kapittel 4.2 gir vi eit bilete av kven dei ser ut til å vere, personane som kjem til legevakt og sjukehus med alkoholforgifting. I dei to neste kapitla presenterer vi informasjon om tenestetilbodet ved etter tur legevakt (4.3) og sjukehus (4.4) der vi fokuserer på oppfølgingstilbodet etter at den akutte forgiftingsfasen er over.

4.1 Arenaer for å ta vare på personar med alkoholforgifting – eit oversyn

Dersom vi skal prøve å skissere eit bilete av tenestekjeda eller dei ulike arenaene for å ta vare på alkoholforgifta personar, må vi ta til med privatsfæren og det offentlege rommet. Dei fleste med akutt alkoholforgifting blir tekne hand om av familie og vener, eller dei søv ut rusen aleine. Dette går fram av ein artikkel av Aasebø med fleire frå 2001. Artikkelen fortel at det i hovudsak er to instansar som har ansvar for å hjelpe personar med alkoholforgifting: politi og sjukehus. Andre aktuelle tenester kan vere Giftinformasjonen, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulanse og legevakt. Truleg er det også geografiske forskjellar mellom by og land med omsyn til kvar alkoholforgifta personar blir tekne

hand om. Vi har fått informasjon om at det finst nokre få avrusingstilbod i Oslo som tek imot personar etter ei alkoholforgifting, men at slike tilbod i mindre grad finst andre stader i landet. Rusinstitusjonar tek, ifølgje informantane våre, ikkje imot pasientar som straks treng hjelp.

Giftinformasjonen har døgnopen vaktteneste og skal gi råd til både helsevesenet og allmenta om rett behandling ved ulike typar forgiftingar. Opplysningar Helsetilsynet har fått frå Giftinformasjonen, viser at dei i 2005 fekk totalt 210 førespurnader der rådgivaren ved Giftinformasjonen vurderte alkohol som det mest problematiske hovudmidelet pasienten hadde teke (alkohol som hovudagens).⁷⁰ Giftinformasjonen fekk dessutan 1047 førespurnader der det blei rapportert at alkohol blei teken inn saman med andre stoff, først og fremst legemiddel, og der rådgivaren ved Giftinformasjonen vurderte dei andre stoffa som viktigast for forgiftinga (alkohol som tilleggsmiddel). Talet på førespurnader der alkohol blir vurdert som hovudagens, kjem i 2006, ifølgje Giftinformasjonen, til å bli høgare enn tala frå året før, da dei per 15. november 2006 hadde hatt 223 førespurnader. Når det gjeld førespurnader der alkohol er hovudmiddel, har Helsetilsynet fått informasjon frå Giftinformasjonen om at 49 % av desse førespurnadene kjem frå allmenta, 27 % frå sjukehus, 23 % frå lege og 1 % frå helsevesenet/institusjon. Til samanlikning går det fram i strategiplanen for 2004–2008 frå Giftinformasjonen at dei i 2002 totalt fekk 34 200 førespurnader om forgiftingar, av desse kom 70 % frå allmenta og 25 % frå helsevesenet.⁷¹

Manglar i helsetenesta kan kome til uttrykk gjennom arbeidsoppgåvene til politiet. Vi

70) Informasjon frå Giftinformasjonen viser at alkohol er hovudagens i dei tilfella der Giftinformasjonen vurderer at det er alkohol som fører til mesteparten av symptomata. Det er likevel ofte andre agens inne i biletet òg.

71) Giftinformasjonen. Sosial- og helsedirektoratet. Strategiplan 2004–2008. (03.12.2003).

vil derfor nemne ei undersøking bygd på tal frå Romerike politikammer og daverande Sentralsykehuset i Akershus.⁷² Her fann ein at sjølv om det hadde vore nedgang i talet på arrestasjonar til fyllearesten, hadde fyllearesten likevel teke imot mange fleire alvorleg rusa personar enn sjukehuset dei utvalde åra som blei undersøkte i perioden 1988 til 2000. Ein fann også at kvinner med akutt alkoholforgifting i større grad blei lagde inn på sjukehus enn menn. Artikkelforfattarane meiner at nokre av årsakene kan vere at det speglar normer og roller i samfunnet, at kvinner rusar seg på alkohol på ein annan måte enn menn, eller at kvinner oppnår høgare alkoholkonsentrasjon i blodet enn menn etter likt alkoholinntak.

Undersøkinga i regi av Aasebø med fleire frå 2001 viser som SINTEF-rapporten også til auken i talet på sjukehusinnleggingar hos kvinner under 20 år. Artikkelforfattarane meiner det kan vere grunn til å tru at sjukehusa tek imot nokre av dei personane som tidlegare ville ha hamna hos politiet. Aasebø med fleire spør også om måten å drikke på er i ferd med å endre seg, og om dette er grunnen til auken i talet på sjukehusinnleggingar på grunn av alkoholforgiftingar.

I ei anna undersøking, om dødsfall i politiarresten gjennom åra frå 1993 til og med 2001, fann Aasebø med fleire at akutte forgiftingar var den vanlegaste dødsårsaka.⁷³ Akutte alkoholforgiftingar var den vanlegaste enkeltårsaka med 11 av totalt 36 dødsfall. Med eitt unntak gjaldt dødsfalla menn. I 88 % av dødsfalla var den avdøde påverka av rusmiddel eller hadde sjukdommar eller skadar som følgje av rusmiddelbruk. Hovudforfattar opplyser at alkohol var det vanlegaste rusmiddelet ved desse dødsfalla, og dei som døde av andre årsaker, var også påverka av alkohol.

Informasjon vi har fått frå ei av storbylegevaktene, fortel at politiet kjem med ein del personar for undersøking og klarering før dei blir sette i fyllearest, eller med spørsmål om det er behov for å observere personen vidare på legevakta.

Både Oslo og Bergen legevakt har observasjonsrom for å observere personar over eit avgrensa tidsrom.⁷⁴ Bergen legevakt har ikkje kapasitet til å overvake pasientar i rus i stort omfang. Dei har “stue 6” med to madrassar på golvet. Første halvdel av 2006 hadde Bergen legevakt hatt 151 pasientar på “stue 6”. Til samanlikning kjem det fram i ein artikkel om Oslo legevakt at i 1999 blei

om lag 1100 pasientar undersøkte på observasjonsrommet.⁷⁵ Opplysningar frå Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin viser at ei legevakt berre unntaksvis har så spesialisert tilbod som dei har i Oslo og Bergen. Hos dei andre legevaktene er det ikkje mogleg å observere rusa personar over tid, og dei må følgjeleg sende desse personane på hospits, til sjukehus, i fyllearest eller heim avhengig av det legevakta vurderer som mest eigna i kvar enkelt situasjon, og kvar det er tilgjengelege tilbod. I ei undersøking Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin har gjort, er det likevel 45 av 255 legevakter, det vil seie 18 %⁷⁶ som har observasjonssenger tilgjengeleg. I registreringa blei det ikkje spurt om desse observasjonssengene blei brukte til rusrelaterte problemstillingar.

Oslo legevakt observerer rusa pasientar med nedsett medvit i inntil fire timar.⁷⁷ Dersom dei på denne tida har vist andre teikn til skadar eller ikkje er lettare i medvitet, blir dei lagde inn på sjukehus. Av dei rusrelaterte forgiftingane som kjem inn på akuttmottak og observasjon på sjukehus, blir dei fleste overførte til medisinsk avdeling. Dersom forgiftinga ikkje er hovudproblemet, men sjukdom eller skade, blir pasientane overførte til andre avdelingar, slik som til dømes kirurgisk eller nevrologisk avdeling.

4.2 Personar som kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting

I kapittel 4.2 gir vi eit bilete av kva for personar som kjem på legevakt og sjukehus med alkoholforgifting. Vi ser først på dei meir stabile kjenneteikna, som alder, kjønn, etnisitet, klasse/lag av befolkninga, rusprofil, innleggingar/gjengangarar og kontakt med fastlege (kapittel 4.2.1). I kvar enkelt situasjon er det også nokre meir akutte kjenneteikn på om ein alkoholforgifta person blir teken til legevakt eller sjukehus (4.2.2). Til slutt oppsummerer vi det vi har funne av kunnskap og kunnskapsmanglar på dette området når det gjeld pasientar som blir tekne til legevakt eller sjukehus i samband med alkoholforgifting (4.2.3).

4.2.1 Kjenneteikn ved personar som kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting

Når det gjeld dei meir stabile kjenneteikna ved personar som kjem på legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting, viser funna våre at det er eit breitt spekter av folk som

72) Aasebø et al., 2001.

73) Aasebø et al., 2003.

74) Nore et al., 2001.

75) Nore et al., 2001.

76) Svarprosenten på dette spørsmålet var 90 % i undersøkinga frå Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin. For ei framstilling av situasjonen ved dei fleste legevakter i Noreg, kaneinsjå rapporten frå registerstudien:

77) Nore et al., 2001.

kjem til legevakt eller sjukehus i samband med alkoholforgifting.

Det er både gjengangarar og personar som kjem berre ein gong på grunn av alkoholforgifting. Det er både unge og eldre, både kvinner og menn. Det er personar med kroniske alkoholproblem og personar med tungt alkoholmisbruk, men også personar som ikkje har etablerte rusmiddelproblem. I motsetning til for ti år sia, da det knapt var innvandrarar med alkohol- og rusmiddelforgiftingar, ser det i dag ut til å vere nokre få. Informasjon vi har fått, tyder på at ei gruppe som i liten grad kjem på sjukehus eller legevakt på grunn av alkoholforgiftingar, er personar med kronisk alkohol- eller rusmiddelmisbruk frå høgare sosiale lag av befolkninga. I denne gruppa blir gjerne alkohol- eller rusmiddelmisbruk oppdaga som årsak til sjukdom eller som sidefunn i samband med andre innleggingar i helseomsorga.

Trass i at det ser ut til å vere eit breitt spekter av personar med alkoholforgiftingar på legevakt og sjukehus, tyder funna våre likevel på at mange eller dei fleste med akutte alkoholforgiftingar ikkje kjem til legevakt eller sjukehus. Det er følgjeleg mykje erfaring og kunnskap i befolkninga når det gjeld alkohol, og det er berre nokre få, unntaka eller dei meir ekstreme tilfella, som kjem til legevakt eller sjukehus på grunn av alkoholforgifting. Følgjande tre grupper ser ut til å vere overrepresenterte blant personane som kjem til legevakt eller sjukehus på grunn av alkoholforgifting:

- tyngre misbrukarar som lever så marginalisert og kaotisk at dei ikkje har kontroll,
- vaksne kronikarar som toler mindre enn før på grunn av somatiske helseplager eller anna helsesvikt som gjer at dei har mindre kontroll enn før,
- unge som ikkje har opparbeidd erfaring og kontroll; det ser dessutan ut til å vere meir psykiatriproblematikk eller personlegdomsavvik blant dei unge som blir lagde inn med alkoholforgifting på sjukehus.

“Vi ser de mer utslåtte,” seier ein informant frå ei av storbylegevaktene, og ein annan seier:

“De med stort alkoholforbruk er ofte på legevakten, ofte på grunn av skader eller

vanlig somatikk. De greier ikke benytte seg av fastlegen. Slik er legevakten et vindu for intervensjon, for der treffer en folk som ikke dukker opp ellers i apparatet.”

Når det gjeld sjukehuset, gir fleire av informantane uttrykk for at dei tungt belasta alkoholforgifta personane som blir lagde inn på sjukehus, kan vere *“så nedkjørt at det kan ta bortimot en uke før man får stablet dem på beina igjen”*.

Trass i at *“det kliniske rusmiddelbildet er mer omfattende enn før”*, og inkluderer både blandings- og opiatmisbruk i tillegg til alkoholmisbruk,⁷⁸ handterer dei to storbylegevaktene vi har kontakta, framleis mykje alkoholrelatert problematikk og reine alkoholforgiftingane som kjem til legevakt, er det eit fåtal som blir sende vidare til sjukehus. I område der somme pasientar blir tekne direkte til sjukehus utan at legevaktslege har vurdert dei først, ser det framleis ut til å vere fleire reine alkoholforgiftingar på legevakta enn sjukehuset.⁷⁹ Sjukehusa ser derimot ut til å ha fleire blandingsoverdosar og såkalla partydop i høve til tidlegare. Her kan det, fortel informantar vi har snakka med, sjå ut til å vere geografiske variasjonar sia det er meir omfattande og tungt misbruk i byane og meir alkoholproblematikk i meir landlege strom av landet.

Informasjon frå eit sjukehus tyder på at det er færre gjengangarar enn tidlegare når det gjeld alkohol- og rusmiddelforgiftingar, noko som, etter det informanten fortel, kjem av at:

“Vi følger [dem] opp bedre enn før.”

I motsetning til dette ser det ut som om storbylegevaktene har mange gjengangarar som i avgrensa grad greier å gjere seg nytte av fastlegetilbodet, som krev at dei må møte opp til avtalt time på dagtid. Ein informant fortel følgjande om gjengangarane med alkoholforgiftingar:

“De stikker gjerne av når politiet tilkalles for å frakte dem til fyllearesten, og så er de tilbake på legevakten igjen fem timer senere.”

4.2.2 Situasjonsbestemte kjenneteikn når personar kjem til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting

I denne kunnskapsinnhentinga har Helse-

78) Nore et al., 2001.

79) Jamfør informasjon frå Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin.

tilsynet også fått informasjon om meir akutte situasjonskjenneteikn som er avgjerande for om ein person med alkoholforgifting blir teken til legevakt eller blir innlagd på sjukehus. Ein informant frå legevakta seier følgjande:

“[D]et skal mye mer til for å komme inn for alkohol. Du skal ha ramla i fylla eller ha slått deg.”

Personar som blir tekne til legevakt på grunn av alkoholforgifting, ser først og fremst ut til å komme på grunn av skadar eller anna i tillegg til sjølve forgiftinga. Personar som blir lagde inn på sjukehus med alkoholforgifting, er i all hovudsak komatøse, det vil seie tungt medvitslause. Også dei alkoholforgifta personane som ikkje greier å halde på vatn og avføring, og dei som har hovudskadar, skal leggjast inn på sjukehus. Ifølgje informasjonen kjem gjerne dei tungt alkoholforgifta personane eller tyngre rusmiddelmissbrukarane på sjukehus på grunn av delir, det vil seie at dei er i ein tilstand med forvirring og hallusinasjonar. Ein informant frå eit sjukehus gir uttrykk for at dei som blir lagde inn på sjukehus med alkoholforgiftingar, har høg promille:

“De unge som kommer inn, har gjerne en promille på fra 2,5 til 3, mens de garvede alkoholikerne har en promille på fra 3,5 til 4,5.”

Når det gjeld dei unge som kjem på sjukehus med alkohol- og rusmiddelforgiftingar, ser dei ut til å ha psykiske helseplager i tillegg. Generelt sett ser det ofte ut til å vere sjølv-mordsproblematikk blant rusmiddelforgifta personar som kjem på sjukehus. Fleire av informantane seier likevel at dess reinare alkoholforgifting hos dei sjukehusinnlagde, dess mindre grad av sjølv-mordsatferd. På den andre sida seier ein informant:

“Dersom vi snur på det, er det mye alkohol med i bildet, særlig ved selvmord-satferd som “rop-om-hjelp”, men også ved selvmord.”

4.2.3 Kunnskapsstatus om alkoholforgifta personar på legevakt/sjukehus

Når det gjeld kunnskapsstatus om personar med alkoholforgiftingar, eksisterer det, som tidlegare nemnt, ikkje systematisk dokumentasjon på kven som søker hjelp for kva på legevakter i Noreg. Rus og psykiatri er likevel satsingsområde ved Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin.⁸⁰ Det finst

heller ikkje samla oversikt over og dokumentasjon av nyare dato på kven som kjem på sjukehus med alkoholforgifting. Vi kan derfor ikkje seie noko om i kva grad det er forskjellar mellom sjukehusa og legevaktene med tanke på personar som får akuttmedisinske helsetenester i samband med ei alkoholforgifting.

Helsetilsynet har også i ein tidlegare rapport, Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, peikt på kunnskapsmanglane på rusområdet når det gjeld kartleggingssystem, registerdata og annan tilgjengeleg statistikk.

Artikkelen av Aasebø med fleire viser at dei fleste alkoholforgiftingane blir handterte i heimen eller utafør tenesteapparatet.⁸¹

Den store delen av “isfjellet”, som behandlarane ikkje ser, har vist seg å vere annleis enn den synlege delen, skriv Fekjær om kven som kjem til rusbehandling.⁸² Dei fleste som kjem til lege med alkoholrelaterte sjukdommar i Noreg, har aldri vore til noka form for alkoholistbehandling.

Som nemnt i kapittel 4.1 fann Aasebø med fleire at kvinner med akutt alkoholforgifting i større grad blei lagde inn på sjukehus enn menn.⁸² Her kan vi også nemne at menn er i fleirtal når det gjeld dødsfall som kjem av alkoholforgiftingar, noko som særleg gjeld menn over 45 år. I perioden 1998–2001 er tala for dødsfall der ein reknar med at alkohol og alkoholskadar er underliggjande årsak, nokså stabile (om lag 400 per år). Slike dødsfall er omtrent fire gonger så utbreidde blant menn som blant kvinner, og hovudtyngda skjer etter fylte 45 år.⁸⁴

Også SINTEF-rapporten viser at talet på unge kvinner som blir lagde inn med alkoholforgiftingar, aukar. I denne undersøkinga blei det også funne at talet på innleggingar med alkoholforgiftingar blant menn over 35 år har auka.

Det er kjent at Ullevål universitetssjukehus HF har eit forskingsprosjekt i gang om rusmiddelforgiftingar ved sjukehusa i Oslo og ved Oslo legevakt. Stavanger universitetssjukehus HF har eit meir aksjonsprega utviklingsprosjekt finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet har blant anna kartlagt kor stor del av unge under 18 år som blei lagde inn på sjukehus med rusmiddelforgiftingar i 2005. Det viste seg å vere færre enn ein først trudde, og fleire hadde allereie kontakt med hjelpeapparatet. Vidare har vi notert oss frå dette prosjektet at hovud-

80) Forskar og fastlege Janecke Thesen og forskar Ingrid H. Johansen arbeider med desse tema. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin skal også utvikle kompetanse om korleis allmennlegevakter kan yte betre fagleg helsehjelp til folk med rusproblem. Dette prosjektet, som Thesen er prosjektleiar for, tek først og fremst utgangspunkt i dei erfaringane brukarane har om kva som er gode eller dårlege legevakt-tenester. Legevakta fungerer ofte i praksis som fastlege for mange personar med rusmiddelproblem. Ein dialog-konferanse skal haldast våren 2007, og brukarar er med i både planlegging og gjennomføring av konferansen, sjå elles

81) Aasebø et al., 2001.

82) Fekjær, 2004, s. 212–3.

83) Aasebø et al., 2001.

84) Rusmidler i Norge 2005. Oslo: SIRUS; 2005. Sjå også NOU 2003: 4 og Rusmiddelsituasjonen i Norge. Statusrapport. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.

vekta av unge med rusmiddelforgifting blir lagde inn i helgane. Ei upublisert undersøking frå dette prosjektet viser at mange unge kjem inn i helgane med alkohol- og rusforgiftingar, og mange av desse har også kontakt med barnevern eller barne- og ungdomspsykiatri.

Når det gjeld gjengangarar og psykiatri- eller sjølv-mordsproblematikk, viser Rygh (1995) til undersøkingar som viser at 20–30 % av pasientane som blir lagde inn for forgifting, har vore innlagde for dette ein eller fleire gonger før. Av pasientar som blir lagde inn for alvorleg forgifting, har to tredelar vore lagde inn tidlegare. Reinnleggingar for forgifting er tre gonger så hyppig hos dei som har psykiske plager, alkoholproblem eller stoffmisbruk.

4.3 “Du rykkjer stadig tilbake i køa...” – to storbylegevakter om tenestetilbodet

I dette og neste kapittel presenterer vi resultat frå kunnskapsinnhentinga i regi av Helsetilsynet om tenestetilbodet på legevakt (4.3) og i sjukehus (4.4) i samband med alkoholforgiftingar. Det er oppfølgingstilbodet etter den akutte forgiftingsfasen som har vore i fokus for oss. Vi ser først på korleis to storbylegevakter vurderer kven som treng oppfølging (4.3.1). For det andre ser vi på kva kriterium dei har for å følgje opp personar etter den akutte forgiftingsfasen (4.3.2). Deretter ser vi på kva desse storbylegevaktene kan tilby av intern (4.3.3) og ekstern oppfølging (4.3.4).

4.3.1 Vurdering av oppfølgingsbehov etter ei alkoholforgifting

Storbylegevaktene vi har kontakta, har rutinar for kva dei gjer når akutt rusa pasientar kjem inn. Ein informant seier:

“Alkoholpromille og blodsukker måles, og man foretar en vanlig somatisk undersøkelse ut fra et fastlagt skjema. Legen har deretter plikt til å føre opp på skjemaet til sykepleier når pasienten skal kontrolleres.”

Føremålet med systematisk observasjon av rusa pasientar er å finne ut om rusen er så djup at vidare observasjon og behandling må skje på sjukehus, eller om det ligg sjukdom eller skade bak som krev sjukehusinnleggingar.⁸⁵ Utdrøftingane denne pasientgruppa byr på, både menneskeleg og medisinsk, er store, går det fram i ein artikkel frå

Oslo legevakt, der dei mellom anna skriv:

“Mange av pasientene blir funnet på gaten av politi eller ambulanspersonell. De er ofte tilsølt og vanskelig å undersøke. Anamnesen er av åpenbare grunner mangelfull. Skader kan være vanskelig å oppdage, og undersøkelsene kan bli utilstrekkelig på grunn av uro og samarbeidsproblemer.”⁸⁶

Når det gjeld rutinar ut over den akuttmedisinske fasen i samband med alkoholforgiftingar, seier ein informant:

“Vi foretar en generell vurdering avhengig av hvem pasienten er. Mange kjenner vi jo fra tidligere besøk på legevakten.”

Informasjon vi har fått, viser at det likevel er stor variasjon mellom legane med omsyn til korleis dei møter og handterer pasientar med alkohol- eller andre rusmiddelforgiftingar. Informasjon vi har fått i denne kunnskapsinnhentinga, kan tyde på at det i første rekkje er på det akuttmedisinske området dei har rutinar for å vurdere pasientane. Det ser dessutan ut til å variere korleis legevaktene vurderer i kva grad pasientar treng vidare oppfølging etter ei alkoholforgifting. Her kan vi nemne at ein informant fortalde at ei legevakt dei hadde kontakta for å spørje om dei ville vere med i eit forsøksprosjekt om rus, svarte følgjande:

“Vi spør ikke om rus. Vi reparerer hender og føtter.”

Tenestetilbodet ser heller ikkje ut til å ta høgde for kjønn når det blir vurdert korleis ein skal kartleggje og vurdere oppfølgingsbehovet for kvinner og menn. Det ville krevje både medvit og kompetanse om kva livssituasjonen, erfaringsbakgrunnen og sjølvforståinga til kvinner og menn har å seie for så vel problembiletet som mål og ressursar.

4.3.2 Kriterium for oppfølging etter alkoholforgifting

Ved dei to storbylegevaktene vi har kontakta, ser det ut til å vere særleg tre kriterium som løysar ut tiltak utover nødvendig akuttmedisinsk hjelp etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Det er for det første alder, det vil seie at pasienten er under 18 år, for det andre er det teikn på at det ligg psykiske problem under, og for det tredje at vedkommande er gjengangar.

85) Nore et al., 2001.

86) Nore et al., 2001.

Som tidlegare nemnt set dei to storbylegevaktene også i verk somatiske tiltak. Pasientar som har nedsett medvit, blir overførte til sjukehus, det same gjeld også dersom sjukdom og skadar krev at pasienten blir lagd inn på sjukehus. At pasienten er motivert for behandling, er også blant kriteria som kan utløyse tiltak når det gjeld alkohol- og rusproblem.

Når det gjeld kjønn som potensielt kriterium for oppfølging, har det vore vanskeleg å få tilbakemelding om kva kjønn har å seie for den oppfølginga som blir gitt.

4.3.3 Interne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting

Kva interne oppfølgingstilbod dei to storbylegevaktene tilbyr etter alkoholforgifting, ser først og fremst ut til å vere knytte til to kriterium: alderen på pasienten og om han eller ho er gjengangar.

Ein informant fortel at dersom pasienten er under 18 år, ringjer dei til foreldra og ber dei om å hente pasienten/barnet. Om dette seier informanten:

“Hvis reaksjonen er lettere hysterisk når vi ringer, prøver jeg å roe det litt ned. I blant tilbyr vi samtale med foreldrene, men det er avhengig av reaksjonen i den andre enden.”

Ei av storbylegevaktene opplyser at barnevernet ikkje automatisk blir kontakta dersom legevakta ikkje får tak i foreldra til ein person under 18 år som har alkoholforgifting. Når det gjeld alkoholforgiftingar, må ein bruke skjønn når ein vurderer om ein skal kontakte barnevernet eller ikkje dersom legevakta ikkje får tak i foreldra til ein person som er under 18 år. Ei slik vurdering er mellom anna avhengig av om personen er gjengangar eller ikkje. Dersom forgiftinga gjeld ein person under 18 år som har teke illegale stoff, blir barnevernet kontakta.

Når det gjeld interne tiltak som legevaktene kan tilby gjengangarar, nemner informantane ved dei to storbylegevaktene at eitt tiltak kan vere å ta ny kontakt med personen per telefon i ettertid. Eit anna internt tiltak kan vere å prøve å finne løysingar for vedkommande, til dømes ved å formidle kontakt med andre aktuelle instansar eller å skrive til fastlegen og be om at ein følgjer opp personen.

Informantane peiker likevel på nokre ut-

fordringar for kva ein kan tilby desse pasientane av intern oppfølging både når det gjeld kjenneteikn ved pasientgruppa og generelle trekk ved legevaktarbeidet. For det første er desse pasientane gjerne så rusa at det kan vere vanskeleg å snakke med dei under opphaldet på legevakta. Som ein seier:

“Man kan ikke snakke med en med intoks i akutsituasjonen.”

For det andre handlar det om samarbeidsproblem og manglande motivasjon, og somme gonger også om at pasienten har forlate legevakta tidlegare enn personalet hadde planlagt. Som ein informant seier:

“Noen forlater legevakten på egne ben når de har blitt edru eller mindre beruset.”

Pasientar i rus kjem dessutan ofte inn om kvelden eller natta, som er den mest travle tida på døgnet for legevakta.⁸⁷ Det er derfor også eit spørsmål om “*hva det realistisk sett er kapasitet til*”, som ein informant uttrykkjer det.

4.3.4 Eksterne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting

Dei eksterne oppfølgingstilboda som storbylegevaktene viser til når det gjeld rusproblematikk, er blant anna sjukehus og fyllearest. Er det teikn til psykiske problem, prøver legevaktene å kople pasienten til psykiatri, sosial vaktteneste eller andre aktuelle instansar. Dersom vedkommande er gjengangar med alkohol- og rusproblem på legevakta, formidlar legevakta kontakt vidare til fastlege eller rusinstitusjon.

Som nemnt kan tidspresset som personalet på legevakta opplever, ha mykje å seie for kva eksterne oppfølgingstilbod pasientar får tilbod om – eller om dei får eit tilbod – etter ei alkoholforgifting.

“Vi vet ikke hvor vi skal gjøre av dem og har et enormt tidspress. “Du rykker stadig tilbake i køen...” sier vi gjerne hos oss. Du vet du skal ta 18 telefoner for å finne en åpen dør for en bestemt pasient. Det er alltid noen det haster mer med enn når det bare er rus.”

Dette handlar også om at ein manglar oppfølgingstilbod, eller at vidare behandling er lite tilgjengeleg, både akutt og på lengre sikt. Ein informant seier:

87) Nore et al., 2001.

“Hovedsaken er at vi ikke har noe noe å tilby og bare må la dem gå. Det er uverdig det tilbudet vi har til pasienter i rus. Vi sjekker farlig somatikk og sender eventuelt til sykehus eller fyllearest, men psykiatrien tar ikke imot folk med promille.”

Mens psykiatrien ikkje tek imot personar med rein rusproblematikk, tek ikkje rusinstitusjonar inn personar direkte frå legevakt eller sjukehus. Ein informant seier:

“Allmennlegene ute savner et sted å sende gamle Jensen som bare er full, men trenger tilsyn. Det er kommunens ansvar.”

Ein annan informant fortel at dei har foreslått for kommunen at det blir oppretta ei eiga ruslegevakt med tilknytning til ein rusinstitusjon som blir driven som eit regionalt og nasjonalt kompetansesenter på rusfeltet, slik at ein sikrar vidare behandling.

4.4 “Kjem du levande inn, kjem du levande ut...” – fire sjukehus om tenestetilbodet

I dette kapitlet vender vi blikket mot informasjonen vi har fått frå fire sjukehus om korleis dei vurderer oppfølgingsbehovet etter at den akutte alkoholforgiftingsfasen er over (4.4.1), kva kriterium dei har for å følgje opp desse pasientane (4.4.2), og kva interne (4.4.3) og eksterne oppfølgingstilbod dei tilbyr (4.4.4).

4.4.1 Vurdering av oppfølgingsbehov etter alkoholforgifning

Når det gjeld kva som må gjerast på eit sjukehus når dei får inn personar med akutt alkoholforgifning, seier ein informant:

“Vi sikrer respirasjon, sirkulasjon og eventuelt delir eller andre tilleggs-skader.”

Vidare sjekkar dei blant anna om pasienten har teke andre rusmiddel, dei tek blodprøver, tek bilete av hovudet for å sjekke eventuelle blødingar og så vidare. Behandlande lege vurderer pasienten med tanke på om han eller ho har behov for vidare oppfølging etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Ein informant fortel at pasientane blir vurderte etter følgjande område:

“Grunnholdningen vår er at det gjøres en screening av pasienten i forhold til tre aspekter: Det er somatikk, psykiatri og

det sosiale. Vi må vite hvilken adresse vi skal sende folk til.”

Sjølvmordsproblematikk, psykose og hastegrad blir vurdert for å finne ut om pasienten bør visast vidare til psykiater. Vidare avklarer ein om pasienten har angst eller depresjon. Ein avklarar også rusproblematikk og sosiale problem. Ifølgje denne informanten har dei låg terskel for å vurdere desse pasientane psykiatrisk.

Det ser rett nok ut til å variere kor høg terskelen er for å vurdere oppfølgingsbehov, og kor systematiske rutinar dei vi har kontakta, har for å vurdere ulike oppfølgingsbehov etter ei alkoholforgifning. Ein informant seier for eksempel:

“Vi snakker med pasienten for å danne oss et bilde av hva som har skjedd og hvorfor. Hva vi gjør, er avhengig av hva vi fanger opp av årsaker.”

Det ser også ut til å variere kva rutinar sjukehuspersonalet har for å varsle foreldra til personar som er lagde inn med alkohol- eller rusmiddelforgifning. Mens ein informant seier at somatisk helsepersonell er så opptekne av teieplikta at dei kan gløyme meldeplikta, peiker ein annan informant på utfordringane knytte til at ein også krev samtykke for å varsle foreldra til ein pasient som er under 18 år.

Når det gjeld korleis ein vurderer oppfølgingsbehova knytte til alkohol- og rusproblem, fortalde ein informant at fleire pasientar ved sjukehuset ved fleire høve var skrivne ut frå somatisk avdeling etter ei rusmiddel- eller alkoholforgifning utan å vere spurde om rus- og alkoholproblem. Personalet syntest det var ubehageleg å stille spørsmål om forbruk og problem knytte til alkohol og andre rusmiddel. Pasientane opplevde det derimot som positivt å bli spurde om rusproblem, avhengig av korleis spørsmåla blei stilte. Informanten opplevde det som eit problem at helsepersonell i somatiske avdelingar i varierende grad har kompetanse om, og i mange tilfelle for liten kunnskap om, rusproblem, behandlingsapparatet innafor rusområdet, og om korleis ein skal handtere pasientar med alkohol- og rusproblem.

“Det er veldig personavhengig hvem som kan og vil forholde seg til rus, og hvem som vet hvor de kan ringe. Personalet opplever det som skummelt.”

Ved dette sjukehuset hadde dei derfor jobb med haldningsskapande arbeid og kompetanseutvikling blant personalet for at dei skulle lære meir om alkohol- og rusproblem og behandlingsapparatet. Dei hadde også arbeid for å auke samtalekompetansen til personalet, slik at dei kunne kommunisere betre om problema med pasientane som hadde rusproblem, og såleis betre kunne vurdere kva behov pasientane hadde for oppfølging. I helgane ser det også ut til å vere større variasjon i kompetansen, og meir tilfeldig kva tilbod som blir gitt, sia det er færre tilsette på jobb. Samtidig er tidspresset ofte større.

I ein artikkel i Utposten, eit blad for allmenn- og samfunnsmedisin, skriv Strandheim at når han tek imot ungdom med rusproblem på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) eller barneavdelinga, får han inntrykk av at helsepersonell i liten grad har teke opp rusproblem med ungdom som har vist openlyse teikn på risikofylt bruk av rusmiddel.⁸⁸ Det er samansette årsaker til at legar ikkje tek opp rusproblem med ungdom, men ein grunn kan vere at dei er usikre på korleis dei skal nærme seg temaet. Ein annan grunn kan vere at dei føler det ikkje nyttar same kva dei gjer. Strandheim har derimot erfart at det er lett å snakke med ungdom om rusproblem, og at ein liten innsats i denne fasen gjer stor forskjell i livet til den enkelte.

Fleire informantar fortel om generell variasjon blant sjukehuspersonalet når det gjeld haldningar til og kompetanse om rusproblem, og om at det blant sjukehuspersonalet rår ei utbreidd oppfatning av at ungdommane kan skulde seg sjølve for rusmiddelproblem og rusmiddelmissbruk. Som tilfellet var ved legevaktene, fann vi at heller ikkje dei fire sjukehusa såg ut til å ta høgde for kjønn når dei kartla og vurderte oppfølgingsbehovet til kvinner og menn, jamfør kapittel 4.3.1.

Den innhentinga av informasjon som Helse-tilsynet har gjort, viser at det både varierer og er tilfeldig kor systematisk behova til pasientane blir vurderte og kartlagde etter ei alkoholforgifting. Det ser ikkje ut til å vere rutinar for å undersøkje om pasienten for eksempel har vore utsett for seksuelle overgrep med mindre det ligg føre synlege teikn som gir mistanke om dette. Det ser i liten grad ut til å eksistere rutinar for å kartleggje kva forbruk pasienten har av alkohol og andre rusmiddel, og kva problem som er knytte til det. Det ser heller ikkje ut til at det

er rutinar for å kartleggje om ein person er ein gjengangar, eller om det er første gong vedkommande har vore alkoholforgifta.

4.4.2 Kriterium for oppfølging etter alkoholforgifting

Somatiske og psykiske problemstillingar er blant dei kriteria som kan utløyse ulike oppfølgingstiltak etter ei alkoholforgifting ved dei sjukehusa vi kontakta. Når det gjeld psykiatri, var sjølvordsproblematikk eit viktig kriterium for å setje i verk oppfølgingstiltak etter rusmiddelforgiftingar. Som nemnt tidlegare seier fleire av informantane ved sjukehusa at sjølvordsproblematikk i liten grad ser ut til å vere ei problemstilling i samband med reine alkoholforgiftingar. I den grad det er sjølvordsproblematikk med i biletet, handlar det snarare om såkalla “rop-om-hjelp”-åtfærd. Rus og motivasjon hos personen sjølv ser ut til å vere kriterium som kan utløyse oppfølgingstiltak. Her må ein også nemne at ved eitt sjukehus var rus eit kriterium som utløyste oppfølgingstiltak, og det artar seg slik at helsepersonell prøver å bidra til motivasjon og interesse hos personen. Som nemnt tidlegare er dette ein mini-intervensjon som blir tilrådd i ein svensk rapport om behandling av alkohol- og narkotika-problem.⁸⁹

Det har derimot vore vanskelegare å få tilbakemelding frå sjukehusa vi kontakta, om kva kjønn har å seie for kva oppfølging som blir gitt etter ei alkoholforgifting, jamfør det vi har nemnt tidlegare.

4.4.3 Interne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting

Når det gjeld intern oppfølging, ser det ut til at pasientar etter ei rusmiddelforgifting kan få tilbod frå sosionomteneste og psykiater ved det enkelte sjukehuset. Eitt av sjukehusa har som praksis at dei etter behandling av akutte forgiftingar gir pasienten tilbod om å snakke med psykiater eller sosionom. Denne praksisen har dei hatt sia 1980-åra. Målet med samtalen er å kartleggje helseproblem, setje i verk krise-intervensjon og sikre adekvat oppfølging etter utskrivinga.

Fleire av informantane seier at psykiater berre blir kopla inn dersom det handlar om sjølvordsproblematikk eller psykiatri, og ikkje ved rein rusproblematikk. Ein informant seier:

88) Strandheim, 2004.

89) Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2001.

“Vi setter ikke i gang noe – hvis vi ikke får indikasjoner på komplikasjoner – eller at pasienten sliter med livet sitt.”

Eit av sjukehusa gir uttrykk for at psykiater ikkje har kapasitet til å følgje opp rein rusproblematikk dersom psykiateren også skal ha kapasitet til å ta imot pasientar med psykiatrisk sjukdom som treng hjelp med ein gong.

I den grad alkoholforgiftinga ser ut til å handle om sjølvmondsproblematikk eller “rop-om-hjelp”-åtferd, kan sosionomtenesta bli kopla inn. Sosionomtenesta kan blant anna hjelpe pasienten med å kontakte rusinstitusjon, ta oppatt kontakten med familien, rydde opp i økonomiske forhold, busituasjon eller anna. Men ifølgje ein informant er verken sosionomteneste eller psykiatri tilgjengelege i helgane ved sjukehuset til vedkommande.

Ein føresetnad for oppfølgingssamtale hos sosionom er at personen sjølv er motivert for det. Til dette seier ein informant:

“De fleste ønsker ikke noe annet tilbud [utover det akuttmedisinske]. Noen ber om sosionom og da formidles kontakt.”

Eit sjukehus har derimot arbeidd for å få personellet til å motivere pasientane. Dette sjukehuset har arbeidd med korleis ein kan bruke den rusrelaterte forgiftingsperioden til å få pasienten til å stoppe opp og tenkje seg om det korte augeblikket sjukehusopp-haldet varer. Personellet har byrja å bruke samtalen med pasientane til å spørje om alkohol- og rusproblem, om nokon har vore uroa for dei, eller om dei sjølve har vore urolege for sitt eige forbruk. Informanten meiner at pasientane opplever det som positivt å få spørsmål om alkohol- og rusbruk – at episoden blir teken på alvor:

“Det er verre å bli oversett enn å trå litt feil.”

Informanten understrekar elles at dei også er medvitne om ubalansen i maktforholdet mellom helsepersonell og pasient.

4.4.4 Eksterne oppfølgingstilbod etter alkoholforgifting

Når det gjeld kva eksterne oppfølgingstilbod sjukehusa kan tilby etter ei alkoholforgifting, ser det ut til å vere lettare å tilvise pasientar vidare når dei har tydelege somatiske eller psykiatriske problem. Det er deri-

mot vanskelegare med rus- og alkoholproblematikk. Som legevaktene i storbyane gir også fleire frå sjukehusa uttrykk for at det er eit problem at rusinstitusjonar i liten grad tek imot augeblikkeleg hjelp. Vi har fått opplysningar om at det i Oslo finst to–tre rusinstitusjonar som ein av og til kan tilvise pasientar direkte vidare til, etter ei akutt alkoholforgifting. Det ser ikkje ut til at ein finn tilsvarende tilbod andre stader i landet. Ein av informantane spør kor greitt det eigentleg er å sende ein tenåring til avrusinga i Storgata. Rusinstitusjonar krev gjerne inntakssamtale, mellom anna for å sjekke kor motivert ein er for behandling, og dei opererer med ventetid for inntak. Dette gjer det som regel umogleg å overføre pasientar direkte til rusinstitusjonar etter at dei har vore innlagde ved sjukehus.

Fleire av informantane oppfattar “glipa” mellom det akuttmedisinske tilbodet og den vidare behandlinga i samband med rusmiddelproblem som svært lite tilfredsstillande. Ein seier:

“Hvis en innlegges direkte fra intoks, kan pasienten være mer åpen for å jobbe med problemene, i stedet for hvis han først må “tørke opp”.”

Og ein annan seier:

“Hva hvis 20 % av de med intoks er motivert for behandling og 30 % er ganske motivert, og så er det bare 3 % av dem som får [oppfølging]?”

Ein tredje informant summerer opp det manglande heilskaplege tilbodet, og det at det er få tilbod etter akuttmedisinsk behandling av rusforgiftingar, på følgjande vis:

“Vi har fått skikk på somatikken, deretter ble psykiatrien ordnet, men nå gjenstår rus. Det betyr at nå har ikke legevakten lenger en kjempesvær-jobb med å finne plass til en suicidal pasient: Det er ordnet slik at vi har raske rutiner for det, men det er ikke ordnet [når det gjelder] rus.”

På den andre sida viser funna i kunnskapsinnhentinga som Helsetilsynet har gjennomført, at utfordringa på dette området ikkje berre handlar om manglande heilskapleg tenestetilbod og lite tilgjengelege tenester. Som nemnt i det førre kapitlet om legevakttenester er det andre utfordringar knytt til denne pasientgruppa enn for eksempel til pasientar med hjarteinfarkt. Ein informant seier følgjande:

“Vi berger respirasjon og sirkulasjon og eventuelt delir eller andre tilleggsskader. [Pasienten] må være interessert selv i å gjøre noe med problemet for å bli sendt videre. [Det er] oftest der det stopper.”

“Kommer du levende inn, kommer du levende ut,” seier ein annan informant.

Utfordringane er fleire når det gjeld pasientar med alkohol- og rusproblem. Det handlar både om samarbeidsproblem, men også om samtykke og teieplikt, jamfør kapittel 2.2.

“Det finnes en praksis, det finnes et skjønn og det finnes juss.”

“Glipa” mellom akuttbehandling og vidare oppfølgingstilbod etter ei alkoholforgifting kan også bli større fordi dette ser ut til å handle om pasientar med låg status og eit område med låg prestisje. For andre pasientgrupper er det opplagt at dramatiske skadar og sjukdomshendingar skal opne porten for å følgje opp dei helseproblema som ligg under. Når det gjeld rusproblem, ser det ut til at haldningar, verdiar og rangeringar gjer det akseptabelt å ikkje ta tak i alvorlege hendingar og helseproblem. I ei undersøking av statusen og prestisjen til medisinske sjukdommar, ligg alkoholrelaterte sjukdommar på botnen av hierarkiet.⁹⁰

Som ei naturleg følgje av rus og overstadig rus utgjer rusa personar naturleg nok andre utfordringar for helsepersonell enn til dømes pasientar med hjarteinfarkt når ein ser på teneste- og oppfølgingstilbodet. I ein artikkel frå Oslo legevakt kan vi lese at helsepersonell opplever tilsøling, uro og samarbeidsproblem med desse pasientane. Frå sjukehusa har vi fått informasjon om at helsepersonell opplever ubehag, og at fleire meiner at desse pasientane sjølve har skuld i plagene sine. Kva dette gjer med teneste- og oppfølgingstilbodet, har vi derimot ikkje funne litteratur om. Vi har heller ikkje funne forskingsbasert kunnskap om desse vanskane i skjæringspunktet mellom oppfølgingstilbod og moglege intervensjonar, eller om juridiske utfordringar som samtykke (kompetanse) og informasjonsplikt. Det er elles vanskeleg å forske på akuttfasen sia det krev samtykkekompetanse, noko medvitslause eller rusa personar ofte ikkje har. Sjukehus og legevakt har tilgang til fastlegeregisteret, men må ha personnummeret til pasienten, og det krev at pasienten er vaken og kan formidle det. Ein må som hovudregel også ha samtykke frå pasienten for å sende epikrise til fastlegen. Sjå elles

kapittel 2.2 i rapporten.

Psykiatriske avdelingar og psykiatriske sjukehus tek ikkje imot rusa personar, og rusinstitusjonar krev som regel inntakssamtale for å sjekke kor motiverte pasientane er for behandling, før dei tilbyr plass. Oslo har nokre få avrusingsinstitusjonar som kan ta imot desse pasientane. Tilsvarande tilbod finst i liten grad eller ikkje i det heile andre stader i landet. Dette gjer det tidkrevjande for legevakt og sjukehus å finne potensiell behandlingsplass. Det ser dermed ut til at vi manglar eit heilskapleg behandlingstilbod til denne gruppa, da det er få stader som tek imot personar med alkohol- eller rusproblematikk direkte etter akuttmedisinsk hjelp.

Funna til Helsetilsynet i denne kunnskapsinnhentinga stemmer overeins med resultat i ein tidlegare rapport frå Helsetilsynet om helseproblema til rusmiddelbrukarar og helsetenestetilbodet i eit overordna tilsynsperspektiv.⁹¹ Her konkluderte vi med at terskelen for å få medisinsk vurdering og å bli vist vidare til eller få hjelp i spesialisthelsetenesta, var høg, og at spesialisthelsetenestetilbodet, både når det gjeld det akuttmedisinske og det langsiktige behandlingsopplegget, ofte var mangelfullt. Vidare konkluderte vi med at samhandlinga mellom ulike behandlingnivå og behandlingstilbod må styrkjast, da vi såg at det mangla samordning innafor og mellom nivåa, også mellom helse- og sosialtenesta. Dette hindrar ofte at ein når intensjonane i behandlingsopplegget. I statusrapporten om rusmiddel-feltet frå Legeforeininga blir det peikt på at oppfølgingstilbodet i større grad blir styrt av det som finst av ledige behandlingsplassar, enn av om ein gir tilbod om rett behandling.⁹² Legeforeininga konkluderer med at det er behov for fleire fagfolk, meir kompetanse og auka fagmedvit i tenestene.

90) Album, 1991.

91) Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.

92) Statusrapport fra Den norske lægeforening, 2006.

5 Vurdering og konklusjon i Helsetilsynet

I dette kapitlet summerer vi opp resultat frå kunnskapsinnhentinga til Helsetilsynet. Vi vurderer resultatata i eit tilsynsperspektiv, og ser på område der det er fare for svikt, og potensielt sårbare område når det gjeld tenestetilbodet til personar med alkoholforgifting.

Mangel på kunnskap om personar med alkoholforgiftingar og tenestetilbodet dei får Trass i at det er gjort ein stor forskingsinnsats på rusmiddelfeltet, er hola i kunnskapen likevel store, og forkinga er mangelfull eller fråverande på fleire område.⁹³ Tenestetilbodet til personar ved alkoholforgifting er eit døme på dette. Kunnskapsinnhentinga til Helsetilsynet viser at det finst svært lite systematisk kunnskap og dokumentasjon på dette området. Vi har lite eller manglar kunnskap om:

- kven personar med alkoholforgiftingar på legevakt og sjukehus er,
- kven som blir sortert kvar, det vil seie kor mange som blir behandla på legevakta eller ein annan stad,
- kva som blir tilbydd av vidare oppfølging etter at den akutte alkoholforgiftinga er over: internt på legevakt og sjukehus eller ved tilvising vidare (eksternt).

Helsetilsynet har også i ein tidlegare rapport, Rapport fra Helsetilsynet 2/2005, peikt på at det manglar kunnskap på dette området når det gjeld kartleggingssystem, registerdata og annan tilgjengeleg statistikk. Også andre rapportar har peikt på dei manglande kunnskapane, blant dei statusrapporten frå Legeforeininga “På helsa løs” frå 2006 og NOU 2003: 4 “Forskning på rusmiddelfeltet”.

Ressurspersonar som Helsetilsynet har kontakta i samband med den kunnskapsoppsummeringa som ligg føre, har poengtert behovet for meir forskning og for å systematisere kunnskap om effekten av ulike tiltak når det gjeld tenester til personar etter alkoholforgifting. Dei har samtidig også peikt på problema knytte til å forske på akutfasen da det blir kravd at pasienten kan samtykke.

Når vi ser på det omfanget som alkoholrelaterte sjukdommar, skadar og alkoholforgiftingar har i samfunnet vårt i dag, er Helsetilsynet svært uroa over at tenestetilboda ved alkoholforgiftingar har fått relativt lite merksemd. Det er urovekkjande at det finst så mange hol og manglar i kunnskapen på dette området, både når det gjeld kunnskap om kven personar med alkoholforgifting er, kvar dei blir behandla, og kva tenester eller oppfølging dei får tilbod om.

Personar som kjem på legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting

Informasjon som Helsetilsynet har fått, tyder på at det er eit breitt spekter av personar som kjem på legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting. Tre grupper ser likevel ut til å vere overrepresenterte:

- unge som ikkje har opparbeidd seg erfaring og kontroll, og som ser ut til å ha psykiske helseplager,
- tyngre rusmiddelmissbrukarar som lever marginalisert og kaotisk,
- vaksne med kronisk rusmiddelmissbruk som toler mindre enn før på grunn av somatiske helseplager og anna helsesvikt.

Trass i at alkoholforgiftingar ser ut til å vere eit område prega av store kunnskaps-

93) Statusrapport frå Den norske lægeforening, 2006; NOU 2003: 4.

manglar, har den oppsummeringa som ligg føre, likevel gitt Helsetilsynet informasjon om nokre sårbare område og område der det er fare for svikt i tenestekjeda.

Manglande heilskapleg handlingstilbod prega av tilfelle og variasjon

Kunnskapsoppsummeringa til Helsetilsynet tyder på at behandlingstilbodet til personar etter alkoholforgifting manglar heilskap, og at det er prega av tilfelle og variasjon. Det ser ut til å vere både geografiske forskjellar i oppfølgingstilbodet, og forskjellar når det gjeld interne rutinar for oppfølging ved alkohol- og rusproblem. Resultata tyder på at det kan vere personavhengig kva pasientane får av oppfølging på legevakt og sjukehus etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Forskjellar mellom personalet med omsyn til fagleg kompetanse og haldningar til alkohol- og rusproblematikk skaper med andre ord tilfelle og variasjon i oppfølgingsstilbodet. Funna våre tyder på at somatisk sjukehuspersonell manglar kunnskap når det gjeld hjelpeapparatet knytt til alkohol- og rusproblem. Vidare ser det ut til å vere forskjellar mellom sjukehuspersonalet når det gjeld haldningar og kompetanse om kommunikasjon; kompetanse om korleis ein skal kommunisere, og haldningar til korleis ein skal handtere det ubehaget som kan oppstå når ein opplever at forbruk og problem knytte til alkohol og andre rusmiddel blir gjorde til tema. Desse funna stemmer overens med funn i ein tidlegare rapport frå Helsetilsynet og i statusrapporten frå Legeforeninga frå 2006, "På helsa løs".

På den andre sida er utfordringa på rusfeltet ikkje berre at vi manglar eit heilskapleg behandlingstilbod, og at det er forskjellar mellom personalet. Personar med alkoholproblem eller andre rusproblem kan vere så rusa når dei er på legevakt og sjukehus, at det kan vere vanskeleg å få kontakt med dei. Samarbeidsproblem og manglande motivasjon har også noko å seie for kva tilbod dei får om oppfølging.

Trass i at rus, og spesielt alkohol, skaper store helseproblem ikkje berre ved alkoholmisbruk og for alkoholmisbrukarar, men også i samband med akutt rus,⁹⁴ viser kunnskapsoppsummeringa vår at det framleis finst potensial for utvikling og behov for forbetring på dette området. Vidare tyder informasjonen vi har fått, på at det utafør rusinstitusjonane ikkje finst tilstrekkeleg kompetanse om kva mekanismar som styrer rusmisbruk og gjer folk avhengige av rusmiddel. Ei anna utfordring ser ut til å vere

haldningar til rusmiddelbrukarar og rusproblem.

Som vi har sett tidlegare i denne rapporten, treng vi meir kunnskap om det tenestetilbodet som blir gitt til personar med alkoholforgiftingar; vi treng å vite kven som får alkoholforgifting, kvar dei blir behandla, kva tenester dei for tilbod om, og kva dei treng etter at den akutte forgiftingsfasen er over. Mange har peikt på behovet for å vite meir om effekten av ulike intervensjonar og behandlingstiltak.

Helsetilsynet ser det ikkje som føremålstenleg at vi som tilsynsorgan hentar inn meir kunnskap om dette tenesteområdet nå. Vi ventar derimot at andre aktørar innafor helse- og sosialtenesta, både på administrativt og klinisk nivå, følgjer opp resultata frå denne kunnskapsoppsummeringa på sitt eige ansvarsområde.

Både eigarar og dei som er ansvarlege for drifta av helseføretaka og legevaktene, må sjølv undersøkje i kva grad og på kva område funna våre og uroa vår når det gjeld oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting, gjeld verksemda deira. Vi har grunn til å tru at forholda andre stader i landet ikkje er vesentleg forskjellig frå eller betre enn det vi har fått informasjon om frå ressurspersonar ved to storbylegevakter og fire helseføretak, i Helse Aust og Helse Vest.

Det er nødvendig at det blir utarbeidd faglege standardar og retningslinjer for oppfølgingstilbodet etter at den akutte alkoholforgiftingsfasen er over. Eitt sjukehus utarbeider no faglege retningslinjer på dette området. Spørsmål som treng avklaring, er til dømes: Kva kan ein vente seg av desse tenestene, kva er forsvarlege tenester og god praksis på dette området? Bør alle pasientar, uavhengig av kva som er årsaka til alkoholforgiftinga, få tilbod om ei eller anna form for oppfølging? Er det mogleg å vurdere kva behov for oppfølging pasienten har, utan at ein har (tilstrekkeleg) kunnskap om kva pasientar som kjem på legevakt eller sjukehus på grunn av alkoholforgifting? Kva haldningar til og kompetanse om alkohol- og rusproblematikk og relevante behandlingstiltak etter den akutte forgiftingsfasen kan ein forvente at kommunale legevakter og sjukehus i spesialisthelsetenesta har?

For Stortinget er det overordna målet med rusreforma at rusmiddelmisbrukarar med samansette problem skal få betre og meir samordna tenester, og at behandlingsresul-

94) Statusrapport frå Den norske lægeforening, 2006; Fekjær, 2004; Babor et al., 2003.

tata skal bli betre.⁹⁵ Ein skal gjere ansvaret for tenestene tydelegare og redusere gråsonene mellom rusbehandling, psykiatriske og somatiske tenester. Dei regionale helseføretaka (RHF) skal sikre at det finst tilstrekkeleg spesialiserte tverrfaglege behandlingstilbod til rusmiddelmissbrukarar. Helsedepartementet peiker i strateginotatet dessutan på at dei regionale helseføretaka har eit særleg ansvar for å sikre at det finst tilstrekkeleg akutt- og avrusingskapasitet.

I august 2005 la regjeringa fram ein ny handlingsplan mot rusmiddelproblem for perioden 2006–2008. Heilskapleg rehabilitering og behandling er blant prioriteringane når det gjeld rusmiddelproblem – eit krav til dei regionale helseføretaka som også går fram av “*Bestillerdokumentet 2006*” frå Helse- og omsorgsdepartementet.⁹⁶ Her peiker departementet på at eit av dei viktigaste bidraga til å heve kvaliteten i tenestetilbodet er å samordne og koordinere tenestene betre slik at rusmiddelmissbrukaren på ei og same tid kan få hjelp til å handtere vanebruken sin, helseproblema og dei sosiale problema sine. Ein strekar samtidig under at det er eit krav til både spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene at dei samarbeider, eit krav som også er nedfelt i lovverket fleire stader.⁹⁷

Resultata frå kunnskapsoppssummeringa vår viser derimot at vi manglar eit heilskapleg behandlingstilbod etter akuttmedisinsk hjelp til pasientar med rus- og alkoholproblem.

Ulike organ har ansvaret for at det blir gitt forsvarlege tenester til personar som har eller kan ha eit alkoholforbruk eller drikke-mønster som kan føre til store helseproblem og sosiale problem. Fagorgan og eigarar er ansvarlege for at tenestene har tilgang til kunnskap om kva som er rett kvalitet på tenestene. Dei regionale helseføretaka, helseføretaka og kommunane har ansvaret for at dei tenestene som blir tilbydde, er forsvarlege.

Statens helsetilsyn føreset at ansvarlege aktørar på ulike nivå innafor helse- og sosialtenesta bruker kunnskapen som er presentert i rapporten, i arbeidet sitt med å leggje til rette for eit forsvarleg og kvalitativt godt oppfølgingstilbod til personar etter ei alkoholforgifting.

95) Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet, 2004.

96) Sjå lenkje til *Bestillerdokument 2006* på internettssidene til Helse Aust:

97) Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008. Arbeids- og sosialdepartementet, 2005.

Litteraturliste

- Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111(11): 2127-33.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2003. (Sjå norsk samandrag av boka på SIRUS' internettsider: Alkohol – ingen "ordinær" vare.) (11.2.2004.)
- Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Oslo: Helsedepartementet; 2004.
- Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. En evidensbasert kunnskapssammstilling. Volym I, Augusti. Stockholm: Statens beredning for medicinsk utvärdering (SBU); 2001. (9.2.2007).
- Bestillerdokument 2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2003. (24.02.2006).
- Danielsen K. De gammeldagse piker. Eldre kvinner forteller om sitt liv. Oslo: Pax forlag; 1990.
- Ekeberg Ø. Overdosedødsfall – fra en klinikers hverdag. Suicidologi 2001; 6(3): 12-4. (9.2.2007).
- Ekeberg Ø, Ellingsen O, Jacobsen D. Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisoning in Oslo. Suicide Life Threat Behav 1994 Winter; 24(4): 398-405.
- Ekeberg, Ø, Ellingsen O, Jacobsen D. Suicide and other causes of death in a five-year follow-up of patients treated for self-poisoning in Oslo. Acta Psychiatr Scand 1991 Jun; 83(6): 432-7.
- Europa-Kommissionen. Kommissionen har antagit ett meddelande om att minska de alkoholrelaterade skadorna i EU. Pressemelding fra EU-kommisjonen 24.10.2006. (24.10.06).
- Fekjær HO. Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
- Gjelsvik R. Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Notatserie i helseøkonomi 07/04. Bergen: Rokkansenteret. Program for helseøkonomi i Bergen, 2004.
- Gulbrandsen P. Ditt problem er mitt problem. Tidsskr Nor Lægeforen 2003 Jan 9; 123(1): 15. (9.2.2007).
- Høie IM. Berusede til lege eller rett i glattcelle? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122(16): 1599. (9.2.2007).

- Jacobsen D, Frederichsen PS, Knutsen KM, Sorum Y, Talseth T, Odegaard OR. A prospective study of 1212 causes of acute poisoning: general epidemiology. *Hum Toxicol* 1984 Apr; 3(2): 93-106.
- Johannessen LB, Ronge K. Legetilsyn av berusede og syke arrestanter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003 Apr 10; 123(8): 1126. (9.2.2007).
- Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005 Jun 30; 125(13-14): 1798-800. (9.2.2007).
- Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra en registreringsstudie. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin; 2006. (28.07.2006)
- Leifman H, Österberg E, Ramstedt M. 15 European Countries. *European Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A Comparative Alcohol Study – ECAS I. A discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Final report. Stockholm: European Comparative Alcohol Study (ECAS); 2002: Vol. II. (23.03.2006)*
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- Nessa J. Akutte selvpåførte forgiftningar. Stavanger-området 1980 og 1981. Sosial- medisinske og psykiatriske aspekt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1986; 106: 475-8.
- Nordlie E. Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003 Jan 9; 123(1): 52-4. (9.2.2007).
- Nore AK, Ommundsen OE, Steine S. Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121(9): 1055-8. (9.2.2007).
- Norges offentlige utredninger. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Sosial- og helsedepartementet. NOU 2003: 4.
- Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus? Rapport fra Helsetilsynet 7/2006. Oslo: Statens helsetilsyn; 2006. (14.6.2006).
- Norström T, Hemström Ö, Ramstedt M, Rossow I, Skog OJ. Mortality and population drinking. I: Norström T, red. *Alcohol in Postwar Europe. Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Response in 15 European Countries. European Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A Comparative Alcohol Study – ECAS I. A discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Final report. Stockholm: European Comparative Alcohol Study (ECAS); 2002: Vol. II. (23.03.2006)*
- Ot.prp. nr. 105 (2001-2002). Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. Ot.prp. nr. 13 (1998-1999). Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Pape H, Storvoll EE, Rossow I. Så feil kan man ta! En studie av unge menneskers kunnskap om alkohol- og narkotikabruk. *Tidsskr ungdomsforskning* 2006; 6(1): 97-109.
- Pedersen M. Alkoholrelaterte diagnoser og kostnader i spesialisthelsetjenesten. Oslo: SINTEF helse; 2004.
- På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Statusrapport fra Den norske lægeforening. Oslo: Den norske lægeforening; 2006. (25.4.2006)
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2005.

- Riise G. Fylla i fyllearesten og sykehus. Tidsskr Norsk Lægeforen 2001; 121(23): 2682. (9.2.2007).
- Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og Strategiplan for Giftinformasjonen. helsetjenestetilbud i et overordnet tilsyns-2004-2008. Oslo: Sosial- og perspektiv. Rapport fra Helsetilsyneshelsedirektoratet: Giftinformasjonen; 2003. 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.(3.12.2003). (15.9.2006).
- Rusmiddelsituasjonen i Norge. Status-Lundevalls rettsmedisin. Oslo: Universitetsrapport. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet; 1997: 213-32. mentet; 2006.
- Rusmidler i Norge 2006. Det norske drikkemønsteret – under endring? Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2006. (20.12.2006).
- Rusmidler i Norge 2005. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2005. http:// (21.12.2005).
- Rygh J. Alkoholbruk og forgiftninger. I: Riis G, Berg JE, Engelstad JCB, Jacobsen CD, Sørensen BN, red. Alkohol og helse – bagatelliserte alvor. Oslo: Universitetsforlaget; 1995: 92-100.
- Rygnestad T, Fagerhaug Ø. Akutte selvpåførte forgiftninger i Trondheims-området 1978-2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2004 Nov 4; 124(21): 2736-9. (9.2.2007).
- Skjøtskift S. Alkohol som medvirkende faktor i noen vanlige kliniske situasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123(2): 185-7. (9.2.2007).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Se: Behandling av alkohol...
- Statusrapport fra Den norske lægeforening. Se: På helsa løs...
- Strandheim A. Samtale om rusproblem med ungdom. Utposten 2004; 33(4). (27.6.2004)
- Teige B. Forgiftninger. I: Rognum, TO. Status-Lundevalls rettsmedisin. Oslo: Universitetsrapport. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet; 1997: 213-32. mentet; 2006.
- Waal H. Tragedier i glattcellen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003 Apr 10; 123(8): 1047. (9.2.2007).
- Ødegård E, Rossow I. Alcohol and non-fatale drug overdoses. Eur Addict Res 2004; 10(4): 168-70.
- Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Dødsfall i norske politiarrester. Tidsskr Nor Lægeforen 2003 Apr 10; 123(8): 1066-7.
- Aasebø W, Erikssen J, Jonsbu J. Akutt alkoholdet bagatelliserte alvor. Oslo: Universitetsforlaget; 1995: 92-100.
- Akutt alkoholforgiftning i sykehus og fyllearest. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121(23): 2683-5. (9.2.2007).

Lover og forskrifter

Forskrift om pasientjournal 21. desember 2000 nr. 1385 (pasientjournalforskriften).

(9.2.2007).

Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven).

(9.2.2006).

Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven).

(9.2.2007).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven).

(9.2.2007).

Vedlegg 1

Ressurspersonar frå forskning og tenesteapparat

Følgjande tenester, forskingsmiljø og andre med kompetanse innafør (tenester ved) rusproblematikk er blitt kontakta per telefon eller e-post:

Sosial- og helsedirektoratet:

- Møte 9. juni 2006 med representantar frå følgjande fem fagavdelingar og verksemdsområde i Sosial- og helsedirektoratet: Rusmiddel, Kommunale velferdstenester, Primærhelsetenester, Spesialisthelsetenester og Giftinformasjonen.

Giftinformasjonen, Sosial- og helsedirektoratet

Helsetilsynet i fylka:

- Helsetilsynet i Oslo og Akershus
- Helsetilsynet i Troms
- Helsetilsynet i Vest-Agder
- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag

Dei regionale helseføretaka:

- Helse Aust RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Sør RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Midt-Noreg og RHF ved representant frå Rusbehandlinga Midt-Noreg HF

Forskingsmiljø og forskarar:

Statistisk sentralbyrå

- Seksjon for helsestatistikk, dødsårsaksstatistikk

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

- Forskingsleiar/forskar Ingeborg Rossow

Nasjonalt folkehelseinstitutt

- Prosjektleiar/avdelingsdirektør Per Trygve Normann, avdeling for rusmiddelforskning
- Forskar/psykolog Gudrun Diesenrud, avdeling psykisk helse

SINTEF helse

- Seniorforskar Rolf W. Gråwe, avdeling psykisk helse, Trondheim
- Forskar Marit Pedersen, avdeling økonomi, kvalitet og tilgjengelighet, Trondheim

International research institute of Stavanger (IRIS)

- Forskingsleiar Sverre Nesvåg

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

- Forskingsleiar/professor Steinar Hunskår
- Lege/forskar Janecke Thesen

Helsetenester:

Sjukehus:

Ullevål universitetssjukehus HF (Helse Aust)

- Overlege/professor Øivind Ekeberg, akuttmedisinsk avdeling
- Stipendiat og lege Fridtjof Heyerdahl

Akershus universitetssjukehus HF (Helse Aust)

- Overlege Willy Aasebø, tidlegare ved medisinsk avdeling ved Akershus universitetssjukehus, noverande arbeidsplass er Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, medisinsk avdeling, nyremedisinsk seksjon
- Akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssjukehus HF

Haukeland universitetssjukehus HF (Helse Vest)

- Psykiater Ann Christin Rivenes, psykiatrisk avdeling

Stavanger universitetssjukehus HF (Helse Vest)

- Rus-somatikk-prosjekt

Legevakt:

Oslo kommunale legevakt:

- Overlege Anne Kathrine Nore

Bergen legevakt

- Overlege Finn Hybert

Rusinstitusjon:

- Sjefpsykiolog Morten Nystrøm, Incognito klinikk, Oslo

Vedlegg 2

Informantsamtykke

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Anne Werner [mailto:awe@helsetilsynet.no]

Sendt: 14. september 2006 11:34

Til:

Emne: Tjenestetilbudet i forbindelse med akutte alkoholforgiftninger

Kjære

Viser til e-post og telefonsamtale i våres i forbindelse med at Statens helsetilsyn ønsker informasjon om tjenestetilbudet, og spesielt oppfølgingstilbudet, etter en alkoholforgiftning. Henvendelsen var ledd i en første sondering av feltet med tanke på om, og eventuelt hvor, det kan være behov for en mer systematisk kartlegging på et mer avgrenset område av dette tjenestetilbudet.

Informasjonen vi fikk fra deg og andre vi var i kontakt med var så interessant at Helsetilsynet ønsker å sammenstille, utvide og utdyp denne informasjonen i form av en kunnskapsoppsummering eller utredning som vil inngå i serien Rapport fra Helsetilsynet. Disse rapportene formidler resultater fra ulike tilsynsaktiviteter i sosial- og helsetjenestene, se for øvrig http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_____2629.aspx

Tilsyn med sosial- og helsetjenester innebærer å følge med for å få oversikt over tilstanden i helse- og sosialtjenesten, befolkningens helsetilstand og behov for tjenester. Dette er en del av Helsetilsynets områdeovervåkning. Områdeovervåkning er tilsyn med et overordnet perspektiv og består i å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenesten i et tilsynsperspektiv. Kunnskapen danner grunnlag for tilsynsmyndighetens vurdering av sårbarhet eller fare for svikt og er sentral i prosessen som fører frem til Helsetilsynets vurderinger av tilstandene i sosial- og helsetjenestene samt beslutninger om prioritering av områder for tilsyn. Kunnskapsoppsummering som vi planlegger nå på området tjenestetilbudet ved alkoholforgiftninger er et ledd i dette arbeidet i Helsetilsynet.

Vi ønsker med dette å be deg om tillatelse til å bruke informasjonen vi har fått fra deg om tjenestetilbudet ved alkoholforgiftninger.

Vi tror bidragene fra deg og andre vi har snakket med om tjenestetilbudet ved alkoholforgiftninger vil frembringe kunnskap som kan være til nytte for den videre utviklingen av tjenestetilbudet ved rusmiddelmissbruk. Vi håper derfor vi kan kontakte deg igjen i høst for å kvalitetssikre informasjonen vi har notert oss fra samtalen med deg og eventuelt for å få ytterligere informasjon. Dersom du ikke ønsker at vi bruker informasjonen eller deler av informasjonen vi har fått fra deg, håper vi du vil gi oss navn på andre mulige kilder eller personer som vi kan kontakte.

Vennlig hilsen
Anne Werner
Prosjektleder

Rådgiver
Avdeling for planlagt tilsyn
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 OSLO

Tlf: 21 52 99 87
Faks: 21 52 99 55
E-post: anne.werner@helsetilsynet.no

Vedlegg 3

Samtaleguide

Akuttmedisinsk hjelp i sykehus:

1. Når noen legges inn med en alkoholforgiftning på sykehus – hva skjer da?
2. Liggetid?
 - a. Blir personen innlagt i en avdeling på sykehuset – eller på avrusning og pumping? – Hvor?
 - b. Er det vanlig at de legges inn hos dere? Eller er det mer selve “avrusningen” i sykehuset?
3. Hva vet dere om HVEM disse pasientene som legges inn med alkoholforgiftning er? (kjønn, alder, problematikken rundt, gjengangere?)
 - a. Handler det om selvmordsproblematikk, rop om hjelp eller tung alkoholmisbruk?
 - b. Handler det om ungdom som har vært på fest og drukket for mye?
 - c. Eller handler det heller om blandingsmisbruk?
4. Hva skal til for at en person som er overstadig beruset legges inn for alkoholforgiftning?
 - a. Hva er egentlig en alkoholforgiftning?

Akuttmedisinsk hjelp på legevakten:

1. Når dere tilkalles til eller får inn personen på legevakten som er så overstadig beruset at de vurderes som alkoholforgiftet, hva gjør dere med dem da?
2. Hva skal til for at noe defineres som en alkoholforgiftning?
3. Oppfølgingstilbud – viderehenvisning?

Oppfølgingstilbudet etter at den akutte forgiftningsfasen er over:

1. Hva er det vanlig at dere gjør etter oppvåkning?
2. Er det først og fremst kartlegging mtp viderehenvisning dere gjør eller gir dere et selvstendig tilbud hos dere etter oppvåkningen av en alkoholforgiftning? Er viderehenvisning vanlig?
3. Gjør dere litt forskjellig avhengig av alder, kjønn, antagelse om årsak, (antagelser om) grad av rusproblem – og da særlig fokus på alkoholproblemer?
4. Har dere rutiner for å kartlegge eventuell variasjon i oppfølgingsbehov (for eksempel om pas har opplevd forgiftning før) eller skjer det mer intuitivt?
5. Oppfølging internt (på hvilke måter) eller ved henvisning (til hvem...)?
6. Hvordan kartlegges individuelle behov for oppfølging etter alkoholforgiftning? Hva er tilbudet som finnes etter oppvåkningen? Gjøres det?
7. Får alle tilbud om samtale med sosionom eller psykiater – hvis tilbud om dette eller er det noen som får? Og hva er innholdet i samtalen? Motivasjonsbehandling eller hva slags faglig repetoar har man?
8. Hva skjer isåfall *etter* samtalene – henvisning til annen instans?
9. Rutiner for oppfølging? Individuelle forskjeller i oppfølging? Og så eventuelt vi vurdere geografiske variasjoner i tilbudet...

Kunnskaps-/forskningsstatus:

10. Hva vet vi om hvem disse pasientene er – alderssammensetning, problembakgrunn, somatiske, psykiske og/eller sosiale problemer?
11. Hva vet vi om tjenester som tilbys disse pasientene?
12. Kunnskapsoversikt?



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

KOPI

Etter vedlagte liste

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF:
2006/1368 II AWE/-

DATO: / DATE:
3 . oktober 2006

Invitasjon til møte om tjeneste-/oppfølgingstilbudet til pasienter med alkoholforgiftning

Vi viser til tidligere kontakt i forbindelse med at Statens helsetilsyn ønsket informasjon om tjenestetilbudet ved en alkoholforgiftning.

Helsetilsynet utførte i 2005 en kartlegging av øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet hvor det er mistanke om at bevisstløsheten skyldes rus. Rapport fra kartleggingen er tilgjengelig på våre internettsider, http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8166.aspx.

Alkoholforgiftninger synes å være et tema med betydelig mindre oppmerksomhet både i media og samfunnsdebatten for øvrig enn opiatoverdoser. En rapport fra SINTEF, utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, tyder på en bekymringsfull økning i antall sykehusinnleggelses som skyldes alkoholforgiftninger (Pedersen, 2004). Det rapporteres om et økende antall unge i denne situasjonen, spesielt unge kvinner, men også menn over 35 år. Det ser imidlertid ut til at det finnes lite systematisk dokumentasjon og kunnskap om tjenestetilbudet, herunder oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning. Vi ønsker å se nærmere på tilbudet som gis til personer med alkoholforgiftning etter at den akutte forgiftningsfasen er over. Den akuttmedisinske behandlingen er følgelig ikke i fokus i denne sammenhengen.

Som ledd i kunnskapsinnhenting om dette har Helsetilsynet kontaktet ulike forskningsinstitutter, representanter fra administrativt og klinisk nivå i helsetjenesten m.v. for å få informasjon om kunnskapsstatus og tjenestetilbudet ved alkoholforgiftning etter at en person er mottatt på legevakt, akuttmottak, sykehus, rusinstitusjon m.v.

Hensikten med en slik kunnskapsinnhenting er å få informasjon om aktuelle tjenester. Med bakgrunn i denne kunnskapen vil tilsynsmyndighetene vurdere om det er behov

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health

Pb 8128 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tlf.: (+47) 21 52 99 00
Faks: (+47) 21 52 99 99
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Calmeyers gate 1
Org. nr.: 974 761 394

for ytterligere tilsynsmessig oppfølging eller alternativt at kunnskapen formidles til andre aktører innen forvaltningen for eventuell videre oppfølging.

Informasjonen fra kunnskapsinnhentingene vil bli sammenstilt og inngå i vår rapportserie, Rapport fra Helsetilsynet, som formidler resultater fra ulike tilsynsaktiviteter i sosial- og helsetjenestene, se for øvrig http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_2629.aspx

Vi inviterer med dette ressurspersoner innen forskning og tjenesteapparatet til møte i Statens helsetilsyn, midlertidige lokaler i Storgata 33 B, II etg.

FREDAG den 20. oktober d.å. kl 10-14

Det vil bli servert lunsj på møtet, og vi dekker eventuelle reiseutgifter.

På møtet vil vi presentere våre foreløpige resultater og kort redegjøre for hvordan vi har arbeidet med å innhente kunnskap. Hensikten med møtet er å sikre at informasjonen dere har gitt oss på telefon og e-post er korrekt oppfattet og satt inn i en sammenheng som er i samsvar med slik dere oppfatter tjenestetilbudet til og oppfølging av personer med alkoholforgiftning. Vi vil også invitere til innspill om det er viktige sider ved tjenestetilbudet til denne gruppen, i den fasen vi har avgrenset oss til, som vi ikke har omtalt.

Vi har valgt informanter ut fra en "nettverksmetode", det vil si at noen av de vi har kontaktet har foreslått hvem de i tillegg vil anbefale oss å ta kontakt med. Vi legger til grunn at våre informanter har hatt et helhetlig perspektiv ved omtale av tjeneste- og oppfølgingstilbud. Vi har derfor så langt ikke sett det som nødvendig å innhente informasjon fra et mer tverrfaglig utvalg ved de institusjonene vi har kontaktet. Vi vil imidlertid gjerne ha synspunkter på denne framgangsmåten.

Vi håper du har anledning til å delta på møtet og ber om tilbakemelding på dette så snart som mulig og senest innen 12. oktober. Dersom du ikke har anledning til å komme, ber vi deg vurdere om det er en annen med tilsvarende kunnskap fra ditt arbeidssted som kan delta på møtet.

Eventuelle spørsmål kan rettes til:

- Rådgiver Anne Werner, tlf. 21 52 99 87, anne.werner@helsetilsynet.no

Med hilsen


Jo Kittelsen e.f.
fagsjef


Anne Werner
rådgiver

Påmelding sendes saksbehandler: Anne Werner, tlf. 21 52 99 87,
anne.werner@helsetilsynet.no

Vedlegg: Liste over mottakere

Liste over mottakere

- Øivind Ekeberg, Ullevål universitetssykehus
- Fridtjof Heyerdahl, Ullevål universitetssykehus
- Akershus universitetssykehus
- Willy Aasebø, Akershus universitetssykehus
- Ann Christin Rivenes, Haukeland universitetssykehus
- Ann-Kristin Wahlen, Stavanger Universitetssjukehus
- Anne Kathrine Nore, Oslo kommune legevakten
- Finn Hybert, Bergen legevakt
- Steinar Hunskaar, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
- Ingeborg Rossow, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
- Per Trygve Normann, Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Representant fra Sosial- og helsedirektoratet

Vedlegg 5

Deltakarliste frå møtet i Helsetilsynet 20.10.06

1. Øivind Ekeberg, Ullevål universitetssjukehus (UUS)
2. Fridtjof Heyerdahl, Ullevål universitetssjukehus (UUS)
3. Helle Thygesen, Stavanger universitetssjukehus (SUS)
4. Møyfrid Lode, Stavanger universitetssjukehus (SUS)
5. Ingrid Hjulstad Johansen, Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin
6. Finn Hybert, Bergen legevakt
7. Per Trygve Normann, Nasjonalt folkehelseinstitutt – avdeling for rusmiddelforskning
8. Martin Blindheim, Sosial- og helsedirektoratet – Rusmiddelavdelinga

Frå Statens helsetilsyn:

9. Jo Kittelsen
10. Ellen M. Thorbjørnsrud
11. Arnhild Taksdal
12. Anne Werner

Vedlegg 6

Arbeidshefte til møtet 20.10.06

Bakteppe

- AMK-undersøkelsen (Rapport fra Helsetilsynet 7/2006)
- Alkoholforgiftninger betydelig mindre oppmerksomhet i media og samfunnsdebatten enn opiatverdoser
- Alkohol som folkehelse- og samfunnsproblem
- Vårt inntrykk er at tjenestetilbudet ved alkoholforgiftninger et område med lite systematisk kunnskap og dokumentasjon.
- Vårt inntrykk er at tjenestemottakerne ved alkoholforgiftninger er et område med lite systematisk kunnskap og dokumentasjon.
- Vårt inntrykk er at det ikke finnes registerdata på dette området.
- Tips til andre kunnskapskilder?

Arenaer for ivaretagelse av personer med alkoholforgiftning

- Privatsfæren/offentlige rom
 - Giftinformasjonen
 - Politi/fyllerrest
 - AMK/ambulanse
 - Legevakt
 - Sykehus
 - Eventuelle andre arenaer?
- Er avrusningsinstitusjoner et tilbud som brukes i særlig omfang?

PÅ LEGEVAKT

Hvem er personene som mottas med alkoholforgiftning på legevakt?

Tjenestetilbudet på legevakt med fokus på oppfølgingstilbudet til personer etter en alkoholforgiftning:

- Er det viktige sider ved oppfølgingstilbudet på legevakt som vi ikke har omtalt?

PÅ SYKEHUS

Hvem er personene som mottas med alkoholforgiftning på sykehus?

Tjenestetilbudet på sykehus med fokus på oppfølgingstilbudet til personer etter en alkoholforgiftning:

- Er det viktige sider ved oppfølgingstilbudet på sykehus som vi ikke har omtalt?

Til diskusjon: I hvilken grad stemmer våre funn?

I. Kunnskapsmangler:

Er feltet så lite grundig belyst som vi har oppfattet, både hva gjelder:

- Forskning?
- Registerdata?
- Annen kunnskap (utviklingsprosjekter, interne rapporter, seminarer og annet)?

II. Trekk ved feltet:

Vet vi likevel nok til å kunne oppsummere at feltet preges av:

- **Ett bredt spekter** av tjenestemottakere (alder, kjønn, årsak osv.)?
- **Høy terskel for "innleggelse"** (dvs både å bringe personer med alkoholforgiftning til legevakt og innleggelse på sykehus ved alkoholforgiftning) og for videre oppfølging ut-over det akuttmedisinske tjenestetilbudet?
- **Tilfeldigheter/variasjon** i oppfølgingstilbudet?

“Jus eallinaga ollet sisa, de beasat eallinaga olggos nai” – muhto movt de? Čuovvoleapmi maŋŋel alkoholamirrkohuvvama

Dearvvašvuodageahču raportta 2/2007 čoaħkkáigeassu

Raporttas čoaħkkáigeassá Dearvvašvuodageahču dieduid háhkama dan birra movt čuovvolit olbmuid geat leat leamaš mirkkohuvvan alkohola geažil. Mii leat ohcan čállagiin ja gulahallan dutkiiguin ja dearvvašvuodabálvalusa hálddahuslaš ja klinihkkalaš dási ovddasteddjiiguin. Ulbmilin lea leamaš gávnnaht dieđuid dan birra lea go gostege várra ahte dát olbmot eai oaččo doarvái veahki maŋŋel.

Dearvvašvuodageahču bohtosat čájehit áhte gávdno unnán sytemáhtalaš diehtu ja duodaštus dan birra geat mirkkohuvvet alkohola geažil, ja dan birra geat ožžot dearvvašvuodaveahki, gos ožžot divššu ja makkár čuovvoleapmi lea fállun. Orrot leame golbma joavkku mat dávjjimusat buktojuvvojit heahteveahki lusa dahje buohccivissui: 1) nuorat, geain oallugiin leat psykalaš dearvvašvuodaváttut, geat eai leat hárrjánaŋ juhkat ja muddet, 2) geat ollu geavahit gárihuhttinávdnasiid ja geat ellet garra ja moive eallima, ja 3) ollesolbmot geat guhká leat juhkan, muhto geat iešguđet dearvvašvuodaváttuid geažil eai šat gierdda nu ollu go ovdal.

Min bohtosat čájehit ahte váilu ollislaš dikšunfálaldat, ja ahte fálaldagat eai leat dássedat, muhto soaitáhagaid mielde. Čuovvoleami dáfus orrot leame geográfalaš erohusat, nu maiddái čuovvolanvugiid ja bargiid guottuid dáfus alkohola- ja gárihuhttinváttisvuodaide ja seammaládje leat erohusat gelbbolašvuoda dáfus čuovvolanfálaldagaid ja -dárbbuid birra.

Fágaeiseválddiin ja eaiggádiin lea ovddasvástáđus das ahte bálvalusat sáhttet háhkat máhtu fágalaš gáibáđusaid ja njuolggadu-

said birra. Leat maŋŋgat gáždagat mat fertejit čielggaduvvot čuovvolanfálaldaga birra alkoholamirrkohuvvama maŋŋel. Guovllulaš dearvvašvuodadoaimmahagat (RHF) ja suohkanat leat geatnegasat fállat dohkálaš fálaldagaid. Guovllulaš dearvvašvuodadoaimmahagat galget fuolahit doarvái ja ollislaš dikšunfálaldagaid gárihuhttiide, erenoamážit heahteveahki/čielganveahki. Spesialistadearvvašvuodabálvalus ja suohkanlaš fálaldagat galget ovttasbargat. Dearvvašvuodageahču vuordá ahte ovddasvástideaddji bealit iešguđet dásiin geavahit daid dieđuid mat ovdanbohtet raporttas dasa ahte lágide čuovvolanfálaldagaid olbmuide geat leat alkohola-mirrkohuvvama vásihan.

“If you go in alive, you come out alive” – but what happens next? Follow-up after treatment for alcohol poisoning

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 2/2007

This report presents a summary of information collected by the Norwegian Board of Health about follow-up services for people who have been admitted to emergency services or hospitals with alcohol poisoning. We carried out a search of the literature and contacted researchers and representatives from administrative and clinical sectors within the health services. The aim was to identify areas where there is a danger that follow-up services may be inadequate.

The results show that there is little systematic information and documentation about people with alcohol poisoning: who they are, who receives health care, where they receive treatment and what kind of follow-up they are offered. Three groups seem to be over-represented among people who are brought to emergency services or hospital with alcohol poisoning: 1) young people, often with mental health problems and little experience with, and control over, their alcohol consumption, 2) heavy alcohol users who have marginalized and chaotic lives, and 3) adults with chronic alcohol problems or chronic alcohol use in combination with other drugs, who have reduced tolerance due to health problems. Our results give a picture of inadequately coordinated services, characterized by randomness and variation. There appears to be regional variation in follow-up services, in internal routines for follow-up, in attitudes to alcohol and drug problems, and in knowledge and skills related to follow-up services and follow-up needs.

Health authorities and service providers are responsible for ensuring that health professionals have knowledge about relevant standards and guidelines in relation to alcohol poisoning. Several issues need to be

clarified to ensure adequate follow-up services. Regional health authorities, health trusts and municipalities are responsible for providing services that are in accordance with sound professional standards. Regional health authorities have a duty to ensure that adequate and comprehensive services are provided, in particular low threshold and detoxification services. Specialized health services and municipal health and social services have a duty to cooperate with each other. The Norwegian Board of Health expects the responsible authorities on different levels to use the information presented in this report when developing services for people who have been treated for alcohol poisoning.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgjevingar 2006

1/2006 Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattande tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasientar i helseføretak som gir kirurgisk behandling til pasientar med akutte sjukdommar og kreftsjukdommar i mage-tarmkanalen i 2005

2/2006 Rettssikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

3/2006 Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester

4/2006 Bruk av tvang i psykisk helsevern

5/2006 Meldesentralen – årsrapport 2004

6/2006 Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. Skriftlig spørreundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn høsten 2004

7/2006 Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Alle utgjevingar i serien finnest i fulltekst på Helsetilsynets nettstad www.helsetilsynet.no. Enkelte utgjevingar finnest i tillegg i trykt utgåve som kan tingast frå Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldingar

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Helsetilsynet. Den nyttast til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosial- og helsetenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finnest i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan og tingast i trykt utgåve.

Utgjevingar 2007

1/2007 Meldesentralen – årsrapport 2005

2/2007 “Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så? Oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting

3/2007 Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

4/2007 Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Oppsummering av landsomfattande tilsyn med habiliteringstenester til barn 2006

5/2007 Rettssikkerhet for utviklingshemmede, II. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2006 med rettssikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale tema frå tilsynssakene (enkelt saker). Serien vart etablert i 2005 og finnest på www.helsetilsynet.no. Der kan det også teiknast abonnement. Tema i dei numra som er utkome til no:

1/2005 Behandling med vanedannende legemidler

2/2005 Feilbehandling o.a.

3/2005 Taushetsplikt

4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell

1/2006 Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten

2/2006 Bruk av alternative behandlingsmetoder

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetenestene.

Serien vert utgjeve av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finnest i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 2/2007

“Kjem du levande inn, kjem du levande ut” – men kva skjer så? Oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting

Rapporten summerer opp kunnskapsinnhentinga Helsetilsynet har gjennomført, om oppfølgingstilbodet til personar som kjem til legevakt eller sjukehus etter alkoholforgifting. Vi har gjort litteratursøk og kontakta forskarar og representantar frå administrativt og klinisk nivå innafor helsetenesta. Målet har vore å få ei framstilling som kunne indikere område der det er fare for svikt i oppfølgingstilbodet.

Resultata som Helsetilsynet har kome fram til, viser at det finst lite systematisk kunnskap og dokumentasjon om kven personar med alkoholforgiftingar er, kven som får helsehjelp, kvar dei blir behandla, og kva tilbod dei får om oppfølging. Tre grupper ser ut til å vere overrepresenterte blant personar som blir frakta til legevakt eller sjukehus med alkoholforgifting: 1) unge, ofte med psykiske helseplager, som ikkje har opparbeidd erfaring og kontroll, 2) tyngre rusmiddelmissbrukarar som lever marginalisert og kaotisk, og 3) vaksne med kronisk rusmiddelmissbruk som toler mindre enn før på grunn av ulike helseplager. Resultata våre viser at behandlingstilbodet manglar heilskap og er prega av tilfelle og variasjon. Det ser ut til å vere geografiske forskjellar i oppfølgingstilbodet, i interne rutinar for oppfølging, og når det gjeld haldningar blant personell til alkohol- og rusproblem og kompetansen deira om behova for og tilboda om oppfølging.

Fagorgan og eigarar er ansvarlege for at tenestene har tilgang til kunnskap om faglege standardar og retningslinjer. Fleire spørsmål bør avklarast når det gjeld oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgifting. Dei regionale helseføretaka, helseføretaka og kommunane er ansvarlege for å tilby forsvarlege tenester. Dei regionale helseføretaka skal sikre tilstrekkeleg og heilskapleg behandlingstilbod, særleg akutt- og avrusingskapasitet, til rusmiddelmissbrukarar. Det blir også stilt krav til spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene om at dei skal samarbeide. Helsetilsynet føreset at ansvarlege aktørar på ulike nivå bruker kunnskapen som er presentert i rapporten, i arbeidet sitt med å leggje til rette for oppfølgingstilbod til personar etter ei alkoholforgifting.