

Om systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenester og bruk av dette i en norsk kontekst

Notat

**Ingeborg Rossow,
Avdeling Rusmidler og tobakk,
Folkehelseinstituttet**

3. november 2025

Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet “Oppfølging av nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge” ble inngått mellom Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet (Hdir) høsten 2024. Prosjektet består av tre delprosjekter: (1) Kunnskapsgrunnlaget, (2) Nullpunktkartlegging, og (3) Skoleprosjektet. Dette er det andre notatet i en serie notater som utarbeides av Avdeling for rusmidler og tobakk fra delprosjekt 1, Kunnskapsgrunnlaget, og er et bidrag til direktoratets arbeid med kunnskapsbasert forebygging av rusmiddelproblemer blant barn og unge, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Notatene fra delprosjekt 1 presenterer en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen som er referert til som kunnskapsgrunnlag i to publikasjoner om evidensbasert forebygging på rusfeltet, som beskrevet under. I tillegg til litteraturgjennomgangen, er det også gjort en vurdering av egnetheten for implementering i en norsk kontekst av virkemidler med god evidens for effekt.

Internasjonalt finnes det to helt sentrale publikasjoner om evidensbasert forebygging på rusfeltet: International Standards on Drug Use Prevention (ISDUP), utgitt av FN-organisasjonen UNODC, og European Prevention Curriculum (EUPC), utgitt av EUDA (tidligere EMCDDA). Sistnevnte bygger i all hovedsak på førstnevnte. ISDUP er kommet i to utgaver, den første i 2013 (tilgjengelig versjon datert 2015) (1) og en oppdatert utgave ble utgitt i 2018 (2), mens EUPC (3) kom i 2019. Det er den refererte forskningslitteraturen i ISDUP og EUPC (med tilhørende evidensdatabaser) som gjennomgås i dette notatet.

Dette notatet omhandler systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten. En vesentlig del av grunnlaget for notatet finnes i en mer detaljert engelskspråklig gjennomgang. Lesere som ønsker mer informasjon om gjennomgangen av den refererte forskningslitteraturen i ISDUP og EUPC for systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten, vil finne dette i det engelskspråklige dokumentet (heretter grunnlagsdokumentet). I dette notatet oppsummerer jeg kort hovedpunktene fra litteraturgjennomgangen. Hoveddelen av notatet er en drøfting av følgende spørsmål:

- i hvilken grad er systematisk kartlegging og oppfølging tatt i bruk i helsetjenestene i Norge?
- hvilke forhold bidrar til å hindre at tiltaket tas i bruk?
- hvorfor kan det være hensiktsmessig å ta i bruk dette tiltaket i langt større grad?
- hva kan være hensiktsmessige tiltak for å oppnå dette?

Drøftingen er gjort på bakgrunn av relevant litteratur og informasjon fra nøkkelpersoner.

I ISDUP er systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten (‘brief intervention’) vurdert å ha ‘svært god evidens’ (very good evidence) for effekt på rusmiddelbruk og skader. I EUPC er tiltak i helsetjenestene ikke omtalt. Hvorvidt det i ISDUP er et samsvar mellom denne vurderingen og omtalen av forventet effekt på den ene siden og den refererte forskningslitteraturen som utgjør evidensgrunnlaget på den andre siden, er et hovedspørsmål i litteraturgjennomgangen.

Systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten er et tiltak som nok i hovedsak når den voksne befolkningen, men det er også relevant for unge, og deler av forskningslitteraturen belyser spesifikt effekter av tiltaket på ungdom.

Hva er systematisk kartlegging og oppfølging og hva er mulige gevinster?

Aller først litt om begrepsbruken: Det brukes ofte ulike begrep i ulike sammenhenger og tekster, delvis fordi man refererer til litt ulike ting. I forskningslitteraturen omtaler man tiltaket ofte (men ikke nødvendigvis) som 'Screening, brief intervention and referral to treatment' (SBIRT-modellen) (4). I ISDUP brukes 'Brief interventions', men den refererte litteraturen i ISDUP favner også en rekke ulike korte intervensjoner, som ikke er relevante i vår sammenheng (f.eks. e-intervensjoner blant studenter generelt). I norsk sammenheng er det vanskelig å se at det brukes ett konsistent begrep for tiltaket. Nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 (5) har ett kapittel om «Tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk», men dette favner videre enn SBIRT-modellen. I strategien omtales blant annet «rutiner for identifikasjon og intervensjon overfor pasienter som har en helseskadelig bruk av alkohol». Dette gjenspeiler et sentralt poeng, nemlig at tiltaket har to trinn: - en systematisk kartlegging av pasienter i helsetjenesten og en tilpasset oppfølging av dem som identifiseres gjennom kartleggingen til å ha et behov for dette. Jeg har i denne teksten derfor valgt å omtale tiltaket som «Systematisk kartlegging og oppfølging», med akronymet SKO. Det gjøres først en systematisk kartlegging av pasienters alkoholbruk eller andre indikasjoner på om det foreligger risikofylt alkoholbruk eller alkoholproblemer. En systematisk kartlegging kan favne alle pasienter (generell screening) eller alle pasienter der det er klinisk relevant eller relevant av andre grunner (målrettet screening). På grunnlag av kartleggingen følger man opp dem som kan ha behov for det. De som vurderes å kunne ha en alkoholbrukslidelse, henvises til videre vurdering og eventuelt behandling, og de som vurderes å ha en risikofylt alkoholbruk, tilbys samtale og rådgivning om reduksjon i alkoholbruken. Med dette verktøyet har man dermed mulighet for å oppnå flere gevinster.

Den ene gevinsten er å fange opp dem som har et alkoholproblem som bør behandles, noe man i liten grad lykkes med i dag. En norsk studie fra 2018 (6) viste at blant personer med alkoholbrukslidelse var det kun en liten andel som hadde blitt fanget opp av helsetjenestene (3 % i primærhelsetjeneste og 7 % i spesialisthelsetjeneste). En annen norsk studie (7) viste at blant pasienter innlagt i somatisk sykehusavdeling hadde 8 % et alkoholforbruk som tilsa alkoholavhengighet. Det synes derfor å være et betydelig potensial for å kunne hjelpe flere med alkoholbrukslidelse gjennom identifisering i helsetjenestene og videre henvisning til spesialisert behandling. I tillegg er kunnskap om pasientens alkoholbruk og eventuelle alkoholproblemer av vesentlig betydning for behandling og oppfølging av ulike sykdommer og tilstander (overlege Rune Tore Strøm, OUS i (8)).

I den forbindelse er spørsmålet om etisk forsvarlighet vurdert av den kliniske etikk-komiteen ved Oslo Universitetssykehus (OUS), som uttalte at å ikke spørre pasienter om alkoholbruk kan lede til feiltolkning av sykdomsbildet og at alkoholkartlegging derfor er et legitimt redskap for å redusere feiltolkning og feilbehandling (8).

Den andre gevinsten er å fange opp dem som har et risikofylt alkoholkonsum, men som ikke er behandlingstrengende, men likevel vil kunne ha mye å vinne på å redusere sitt alkoholforbruk. Det er slik at selv moderate alkoholmengder øker risiko for et stort antall sykdommer og skader, og følgelig er det en stor andel av de alkoholrelaterte helseskadene som oppstår blant dem som har et mer eller mindre risikofylt alkoholforbruk og som ikke har en alkoholbrukslidelse. Også denne gruppen er det viktig å identifisere i helsetjenestene og å tilby tiltak som reduserer alkoholbruket deres og derved reduserer deres risiko for helseskader. Lid (9) har illustrert dette poenget slik:

«I alle kliniske spesialiteter er det en del vanlige tilstander hvor alkohol kan spille en viktig rolle, men hvor dette ikke fanges opp. Det kan føre til at pasientens helseproblem blir større, og at nødvendig behandling ikke får den ønskete effekt. Det er godt dokumentert at alkohol kan spille en viktig rolle f.eks. for forverring av psoriasis, eller for hyppighet av anfall av paroksysmal atrieflimmer, eller for komplikasjonsrisiko ved kirurgi. Hvis ingen spør om alkohol, kan pasienten med alvorlig psoriasis eller hyppige anfall av atrieflimmer gå glipp av en bedring av tilstanden, eller ende opp med høyere medikamentdoser enn nødvendig. Og en pasient på 70 år med coxartrose kan få alvorlige komplikasjoner etter protese kirurgi, komplikasjoner som kanskje kunne vært unngått ved seks ukers avhold fra alkohol før kirurgi.»

Utover individuelle gevinster for den enkelte pasient, er det også et potensial for en vesentlig folkehelsegevinst dersom SKO implementeres i stor skala. I en modelleringsstudie fra Tyskland (10) ble det beregnet at dersom man i allmennpraksis lyktes med å øke andelen pasienter som ble kartlagt og derved eventuelt fikk oppfølging, fra snaut 3 % til 50 %, ville dette kunne gi en reduksjon i det totale alkoholforbruket på 11 % over en ti-årsperiode.

Systematisk kartlegging og oppfølging kan ha gunstig effekt på alkoholbruk

International Standards on Drug Use Prevention (ISDUP) bruker begrepet 'Brief interventions' og angir i den andre utgaven (2018) i alt 48 oversiktsstudier som gir vitenskapelig belegg for effekt av tiltaket. I beskrivelsen av 'Brief intervention' i ISDUP er dette i all hovedsak et tiltak som kjennetegnes av at det er en liten, kortvarig intervensjon, den gis i helsetjenestene, og målgruppen er personer som har et risikofylt alkoholinntak, men ikke en alkoholbrukslidelse. En slik forståelse av 'brief intervention' støttes av Verdens helseorganisasjon (WHO)s omtale av 'brief intervention' i ISDUP. De nevnte 48 oversiktsstudiene omfatter imidlertid også andre korte intervensjoner, og kun 10 av de 48 studiene er relevante for systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten (SKO). I European Prevention Curriculum omtales ikke intervensjoner i helsetjenestene, men man finner likevel relevante studier av effekt av SKO i EUDAs Evidence Base Portal.

En vurdering av disse 10 oversiktsstudiene referert i ISDUP viste at det er god evidens fra 'efficacy-studier' (dvs. studier der intervensjonen er gjort under optimale forhold) for at systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenester kan gi reduksjon i alkoholbruk blant personer med risikofylt alkoholbruk (11-17). Dette gjelder både i primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjeneste. Det er videre evidens for at SKO kan ha gunstig effekt på alkoholbruk, ikke bare i den voksne befolkningen, men også blant unge mennesker (12, 18). Hvor stor den forventete effekten er av SKO, er belyst i meta-analyser i fire av oversiktsstudiene (11, 13-15). Reduksjonen i alkoholforbruk var i størrelsesorden 20 – 40 gram alkohol/uke. To av de refererte oversiktsstudiene (19, 20) vurderte evidens for effekt av SKO på illegal rusmiddelbruk, og ingen av disse fant god evidens for en slik effekt.

Kunnskapen om en gunstig effekt av SKO på alkoholbruk har vært kjent lenge. Allerede i 1992 publiserte Babor og Grant den første randomiserte kontrollerte kliniske studien av effekt av kartlegging og oppfølging i primærhelsetjenesten, og fant at intervensjonen førte til en reduksjon i alkoholforbruket. Et stort antall studier er gjort i de etterfølgende årene, og oppsummert og meta-analysert i en rekke studier (f.eks. (11, 15, 21), og de viser i hovedsak at systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten overfor 'at-risk'-pasienter har en gunstig effekt.

Implementering av systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenestene

Den følgende teksten er basert på innhenting av relevant forskningslitteratur og andre skriftlige kilder fra Norge, samt intervjuer/samtaler og e-postkorrespondanse med sentrale personer på feltet: Torgeir Gilje Lid (Forskningsleder i KORFOR og førsteamanuensis ved UiS), Ole Næss (Senterleder for KORUS Stavanger) og Helga Katharina Haug (Avdelingsdirektør i Avdeling for Helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet). I tillegg understøttes teksten om implementerbarhet i norsk kontekst av internasjonal forskningslitteratur, i første rekke nyere litteratur og systematiske litteraturgjennomganger der det finnes.

Myndigheters anbefaling om bruk av systematisk kartlegging og oppfølging

Norske myndigheter har en målsetting om at fastlegene i større grad skal ta i bruk SKO (5) og i Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) (5) er det framhevet at «Regjeringen vil øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å forhindre dette.» En enda mer ambisiøs målsetting er det for spesialisthelsetjenesten: Her er det et mål at alle helseforetak skal utvikle og implementere gode rutiner for identifisering og intervensjon overfor pasienter som har helseskadelig bruk av alkohol. Allerede i 2013 heter det i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF) at det er en målsetting for 2013 om et etablert system i somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusmiddelproblemer. I Nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 heter det: «Det er et mål at alle helseforetak skal utvikle og implementere gode rutiner for identifikasjon og intervensjon overfor pasienter som har en helseskadelig bruk av alkohol. Helseforetakene skal ha systemer og rutiner på plass som sikrer at nødvendig kartlegging finner sted, med prosedyrer som beskriver rutinene for å avdekke skadelig bruk av rusmidler.»

Disse norske anbefalingene og påleggene er også helt i tråd med anbefalinger fra myndigheter i andre land (f.eks. Storbritannia, (22) og anbefaling fra Verdens helseorganisasjon (WHO) (se f. eks. ISDUP, 2018 (2). WHO's 'European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 – 2020 framhevet SKO som et viktig tiltak i primærhelsetjenesten for å redusere omfanget av alkoholskader.

I hvilken utstrekning er systematisk kartlegging og oppfølging tatt i bruk i Norge?

Et generelt inntrykk er at alkoholproblemer ofte ikke fanges opp i helsetjenesten (f.eks. (23). Ett eksempel på hvordan alkoholproblemer 'går under radaren' i helsetjenesten, er beskrevet her:

«Fra jeg var 16 til jeg var 35 var jeg en storforbruker av helsetjenester på grunn av alkoholskader. Jeg drakk slik at jeg skadet meg og havnet på sykehus. Fellestrekket ved sykehusinnleggelsene mine var at alkoholbruken min ikke ble tematisert. Når jeg kom inn med tre i promille med store ansiktsskader eller beinbrudd, snakket man ikke om det som hadde vært bakgrunn til skaden.» (Tommy Sjøfjell, i (8))

Tross god evidens fra efficacy-studier for at SKO kan ha gunstig effekt på alkoholbruk, samt at det er uttalte klare ønsker og pålegg fra helsemyndighetene, peker ulike data i retning av at dette tiltaket i begrenset grad er iverksatt systematisk i helsetjenestene i Norge, nærmere bestemt: i mindre grad i allmennpraksis og i noen grad i sykehusene.

En spørreundersøkelse fra 2018 (24) viste at et stort flertall (82 %) av norske respondenter som hadde brukt helsetjenester siste år, ikke hadde blitt spurt om alkoholbruk i forbindelse med helsetjenestekontakten. En studie blant norske allmennpraktikere (25) viste at et flertall av legene

sjelden eller aldri brukte kartleggingsinstrument som en del av den generelle helseundersøkelsen, og tilsvarende var det et stort flertall som sjelden eller aldri brukte kartleggingsinstrument ved mistanke om at pasienten hadde et alkoholproblem. En studie av Næss og medarbeidere (26) innhentet data i 2018 og viste at i ett regionalt helseforetak (RHF) var det ingen helseforetak som hadde etablert prosedyrer eller rutiner for å identifisere pasienter med alkoholproblemer (altså en systematisk kartlegging, omtalt som 'alkoholrutiner'). I de tre øvrige RHFene var det kun noen av helseforetakene som hadde etablert alkoholrutiner, og ingen av helseforetakene hadde etablert alkoholrutiner i alle medisinske og kirurgiske avdelinger i tråd med oppdragsdokumentet fra HOD til RHFene. Det er her relevant å peke på at det synes å være vanskeligere å nå ut med kartlegging og oppfølging for alkoholbruk enn for tobakksbruk. En undersøkelse blant pasienter innlagt i Sørlandet sykehus (27) fant at det i større grad ble gjennomført både kartlegging og oppfølging av pasienter som var dagligrøykere enn av pasienter med risikofyllt alkoholbruk.

I seinere år kan det se ut til at SKO er blitt tatt i bruk i flere deler av helsetjenesten. I 2016 ble det startet et prosjekt i Bærum kommune med nye retningslinjer med anbefaling om at helsepersonell i allmennpraksis og i sykehus spør pasientene om alkoholbruk. Prosjektet var et samarbeid mellom Bærum sykehus, Bærum kommune med fastlegene, Bærum DPS og brukerrepresentanter (28). I 2022 ble det innført nye rutiner for systematisk kartlegging og oppfølging av alkohol- og legemiddelbruk hos pasienter i akuttmedisinske avdelinger ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Lovisenberg Diakonale sykehus og St Olavs hospital (29). En studie fra OUS (30) fant imidlertid at etter innføring av systematisk kartlegging var det likevel en del pasienter som ikke ble kartlagt, av ulike grunner.

Det synes ikke å foreligge noen nyere oversikt over i hvilken utstrekning SKO er implementert i helsetjenestene i Norge, det vil si: Helsedirektoratet ved avdelingsdirektør Helga Katharina Haug hadde ikke informasjon om dette (31). Men, Helsedirektoratet (ved avdelingsdirektør Øyvind Giæver, i (8)) erkjenner at «Dessverre er ikke rutiner for å fange opp pasienter med underliggende rusproblem og henvise dem til riktig hjelp i TSB, godt nok innarbeidet. Dette til tross for at oppdragsdokumentene spesialisthelsetjenesten fikk for ti år siden, ga klare føringer om det.»

At SKO trolig bare i begrenset grad er tatt i bruk i helsetjenestene her til lands, er på ingen måte særnorsk. Også i mange andre land ser det ut til at man i liten grad har lyktes med å implementere SKO, verken i allmennpraksis (32, 33) eller i sykehus (34).

Hvorfor lykkes man ikke med å implementere systematisk kartlegging og oppfølging?

Flere studier fra Norge har belyst dette spørsmålet, både i allmennpraksis og i sykehus. Nygaard og medarbeidere (25, 35) har gjort flere studier blant allmennpraktikere og funnet flere grunner til at de ofte er motvillige med hensyn til å kartlegge pasientenes alkoholbruk: - at temaet er skambelagt, - at en systematisk kartlegging av alle pasienter ikke passer inn i kliniske rutiner/klinisk hverdag hvor fokus er mer på å behandle et foreliggende problem enn å forebygge mulige problemer, - at temaet er følsomt og vanskelig å spørre om og det kan påvirke lege - pasientforholdet, og – at det ville være uforholdsmessig tidkrevende å kartlegge alle pasienter og følge opp de med behov for det. Liknende funn fra allmennpraksis er beskrevet av Lid og medarbeidere (36): - at når pasienter unngår å ville snakke om alkohol, blir dette ikke fulgt opp av frykt for å skyve pasienten fra seg, og - at mangel på tid eller/og at pasienten har flere andre problemer som må adresseres, gjør at man ikke tar opp alkoholbruk. En omfattende studie blant fastleger (37) understøtter flere av disse poengene: arbeidshverdagen består av et stort antall konsultasjoner, og enda flere ulike – og ofte komplekse og

krevende – kliniske problemstillinger, og det er viktig å opprettholde kontinuitet i lege – pasientrelasjonen. Med hensyn til sistnevnte, har flere påpekt den iboende konflikten mellom fastlegens kontrollfunksjon i vurdering av helsekrav for førerkort og tillitsforholdet mellom lege og pasient (blant annet (23, 38, 39)).

Næss og medarbeidere (26) fant blant annet at mangel på kompetansehevende tiltak var en viktig barriere for implementering av SKO i sykehus, og at det ikke får noen konsekvenser for helseforetakene å ikke innføre rutiner for SKO. Selv ved etablerte rutiner for SKO, som ved OUS, lykkes man ikke fullt ut i å kartlegge alle pasienter i akuttmottak (30). I studien fra OUS (30) kom det også fram at utfordringen ikke var å få gjennomført kartlegging av alkoholbruk, men å ha rutiner for hvordan man skulle følge opp pasientene etterpå.

Kunnskap om implementeringsbarrierer fra norske studier er godt i tråd med det man har funnet i en rekke studier fra andre land, og dette er kunnskap som har vært kjent lenge. Johnson og medarbeidere (40) fant i sin litteraturgjennomgang at mangelfull opplæring, manglende støtte fra ledelsen, utilstrekkelig ressurser og arbeidspress var viktige barrierer for å implementere SKO. En nyere oversiktsstudie av Rosario og medarbeidere (33) oppsummerte liknende funn fra 84 primærstudier fra allmennpraksis, og viktige barrierer var blant annet: - manglende opplæring om alkoholproblemer og mangelfull kunnskap om SKO, - for lite tid, og - bekymring for at alkoholkartlegging vil være støtende for pasientene. En tilsvarende oversiktsstudie vedrørende implementeringsbarrierer i akuttmottak og somatiske sykehusavdelinger (34) fant at de hyppigst rapporterte barrierene for implementering var helsepersonells: – mangel på kunnskap, - mangel på tid og ressurser, og manglende motivasjon.

Hva kan eller bør man gjøre, hva kan være alternative strategier?

En rekke spørsmål knytter seg til dette overordnede spørsmålet, ikke minst: - Hva slags systematisk kartlegging er mest hensiktsmessig? - Hvordan kan man oppnå at systematisk kartlegging gjøres i langt større omfang enn i dag? Og - hvordan kan man sikre at pasienter som på grunnlag av kartlegging bør få oppfølging, faktisk får det? Vi har allerede noe kunnskap til å belyse disse spørsmålene, om enn langt fra å kunne gi uttømmende svar.

Når det gjelder *hva slags systematisk kartlegging* som vil være mest hensiktsmessig, er det i prinsippet to ulike tilnærminger til systematikken og målgruppen for kartleggingen i allmennpraksis. En generell kartlegging av alle pasienter eller en målrettet kartlegging (*pragmatisk casefinding*) der pasientens sykdom/tilstand tilsier at alkoholbruk er en medvirkende årsak, og en reduksjon i alkoholbruken vil kunne bedre pasientens sykdom eller tilstand. Sistnevnte tilnærming har en rekke fortrinn i en klinisk hverdag, det gir fastlegen en inngang til å ta opp alkoholbruk med utgangspunkt i den kliniske situasjonen (23, 41, 42), og man bruker ikke tid på å kartlegge mange som neppe bør følges opp. Lid (42) peker på at klinikere gjerne opplever «det å spørre om alkohol som noe som kommer i tillegg, og ikke som en naturlig del av diagnostikk, behandling og oppfølging.» Han er tydelig på at en systematisk kartlegging og kort intervensjon i allmennpraksis må være forankret i allmennpraktisk logikk, og at arbeidet dermed ligger nært opp til det man allerede er godt kjent med (23, 41). Pragmatisk casefinding hos fastlegen er aktuelt i to sammenhenger: - når det er klinisk relevant, dvs. når pasienten har en tilstand som kan være alkoholrelatert som for eksempel søvnvansker, angst/depresjon, ulykker, svimmelhet, slapphet, ensomhet, hjerterytmeforstyrrelser, høyt blodtrykk, gjentatte infeksjoner, forhøyete leverprøver, og - når det er relevant av andre grunner,

som for eksempel myndighetsutøvelse (førerkort), samtaler om helse og livsstil, eller livsfaseendringer (pensjonering eller livskriser) (23, 42).

Evidensen for effekt av SKO i allmennpraksis er imidlertid i all hovedsak basert på efficacystudier der man har gjort en generell kartlegging av alle pasienter, ofte med standardiserte instrument som f eks AUDIT. Det er følgelig lite kunnskap om man kan forvente en tilsvarende effekt med pragmatisk casefinding som det man har funnet med en generell kartlegging av pasientene.

Når det gjelder systematisk kartlegging i sykehus, som i somatiske avdelinger og akuttmottak, vil det også være relevant med en form for målrettet kartlegging, men ofte på et noe annet grunnlag enn i allmennpraksis. Her vil pasientens alkoholbruk i større grad kunne ha betydning for vurdering av behandlingsvalg og oppfølging i sykehuset. I efficacy-studier av SKO i sykehus, er det også en del eksempler på at målgruppen er identifisert som pasienter innlagt med sykdommer eller skader som ofte (eller i sin helhet) er alkoholrelaterte. Da Oslo Universitetssykehus (OUS) implementerte prosedyrer for systematisk kartlegging av alkoholbruk i akuttmottak, var dette imidlertid en generell kartlegging av alle pasienter (30).

Hvordan man systematisk kartlegger alkoholbruk hos pasienter varierer, og det finnes flere standardiserte instrumenter. Et av de mest utbredte instrumentene er AUDIT (43). Dette er opprinnelig instrument bestående av 10 spørsmål, de tre første om alkoholbruksvaner, og de sju siste om alkoholproblemer og indikasjoner på avhengighet. I praksis brukes ofte en kortversjon av instrumentet som f eks AUDIT-C, som omfatter kun de tre spørsmålene om alkoholbruksvaner. Det er blant annet dette man bruker i den systematiske kartleggingen ved OUS, og Tjelta og medarbeidere (30) fant at helsepersonellet syntes det var hensiktsmessig å spørre på en slik strukturert måte, og det innebar kun en mindre tilpasning til etablert klinisk praksis.

Nyere undersøkelser viser at de aller fleste svarer at de er positive til å bli spurt om alkoholvaner, dette gjelder både dem som har brukt fastlege/helsetjeneste siste år (24) og sykehuspasienter uten tidligere rusproblemer som ble henvist til ruskonsulent for samtale (44). Man kunne derfor tenke seg at det kan være lite å hente på å finne måter å øke pasientenes aksept for å få kartlagt sin alkoholbruk. Likevel er det i praksis en del pasienter som ikke svarer når de blir spurt om sin alkoholbruk (30), og blant dem som har et en risikofyllt alkoholbruk er det færre som er positive til å bli spurt om sine alkoholvaner (24). Blant annet av denne grunn kan man argumentere for at når man spør pasienter om deres alkoholbruk, må spørsmålet kunne knyttes til pasientens aktuelle kliniske situasjon.

Kort oppsummert kan den kunnskapen vi har så langt, peke i retning av at en systematisk kartlegging i form av PCF vil kunne være mest hensiktsmessig i allmennpraksis og i somatiske sykehusavdelinger, mens en generell kartlegging kan være hensiktsmessig i akuttmottak.

Til spørsmålet om *hvordan oppnå betydelig større omfang av systematisk kartlegging*, har vi også noe kunnskap å støtte oss på. Helsemyndighetenes pålegg (som oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i 2013) og strategiplan (Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025) synes så langt å ha hatt liten direkte betydning for å ta i bruk SKO i allmennpraksis og i sykehus. Næss og medarbeidere (26) pekte på at for helseforetakene er det ingen konsekvenser av ikke å ta i bruk SKO:

“This is the weakness of the structure – we have the commissioner’s document [oppdragsbrevet fra HOD til RHF] – we create management documents where it says how to do it. And if they don’t, then what? There are very few sanctions. They provide us with annual reports based upon the commissioner’s document. We didn’t succeed, we failed. Sorry. (regional health authority).»

Hvorvidt dette betyr at pålegg fra sentrale helsemyndigheter bør følges opp med sanksjoner, og i så fall hva slags sanksjoner, er et åpent spørsmål og trolig vel verdt å drøfte nærmere.

Lid (23) tror at legenes organisasjoner (Legeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin) vil kunne være viktige pådrivere for implementering, men Lid framhever at det er viktig at den sentrale helseforvaltningen inviterer foreningene inn i et samarbeid, fordi pålegg eller direktiver ikke er hensiktsmessig.

Hvorvidt økonomiske incentiv, for eksempel i form av egne refusjonstakster for SKO i allmennpraksis, kan øke bruken av SKO, er diskutert. Om økonomiske incentiver generelt i allmennpraksis skrev Munkerud (45) at disse vil kunne få større betydning når det er usikkerhet rundt den korrekte beslutningen. Lid (23) mener at en egen refusjonstakst for SKO ikke vil ha noen betydning, og han støtter seg til studier av Amy O’Donnell og medarbeidere (46, 47). På den annen side har en randomisert kontrollert studie fra allmennpraksis i fem europeiske land vist at økonomiske insentiver økte bruken av SKO, og i enda større grad når finansielle insentiver ble kombinert med opplæring og støtte (32, 48). Dette er imidlertid en kostbar måte å øke bruken av SKO (32).

Et siste viktig poeng her handler om hvordan sikre at pasienter som bør få oppfølging, faktisk får det. I studien fra OUS (30) sa informantene at det var et behov for standardiserte prosedyrer for å følge opp de pasientene som hadde et risikofyllt alkoholkonsum som illustrert i dette sitatet:

“If they have an acknowledged problem it’s easier to deal with. The difficulty is when you have a patient who drinks heavily but is fully functional. Working people, people who’ve recently retired, people who drink heavily but don’t necessarily recognize they have a problem. You’re not necessarily sure what to do, where to refer them, and I think...if I identify excess drinking as an issue then do nothing...is that ethical? If I record it in the journal, send them off for an x-ray, they end up going home. I’ve basically achieved nothing. Maybe I’ve offended them, eroded their confidence in the health service even. I’m not sure there’s a point. (Participant 7).»

Der man har etablert rutiner for SKO i somatiske avdelinger i helseforetakene, er det i første rekke dedikerte personer i spesialisert rusbehandling (TSB) som har vært pådrivere og igangsettere av tiltaket, samt at regionale helseforetak også har bidratt. I prinsippet har det ikke vært noe formelt samarbeid mellom sykehusavdelingene og TSB (26). Fra dette kan man kanskje utlede at det kan være hensiktsmessig å stimulere TSB til å inngå et samarbeid med somatiske sykehusavdelinger og derved bidra til at det etableres rutiner for SKO i avdelingene. Hvorvidt dette kan oppnås bedre gjennom systematisk formalisering av et slikt samarbeid, og i så fall om det bør stilles krav om dette, er uvisst.

Lid (23) mener det er generelt viktig at de som skal gjøre kartlegging, opplever at de har noe å rutte med, noe i verktøykassen eller har en plass å henvise til. Lid viser til ruskonsulentordningen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Ordningen er bl a beskrevet i en studie av Lid og medarbeidere (44). En lege eller sykepleier henviser pasienter fra somatisk avdeling til ruskonsulent dersom: i)

pasientens alkoholvaner kan ha vært en medvirkende faktor for sykdommen/skaden, ii) pasienten var ruspåvirket ved akuttinnleggelse, eller iii) pasientens pårørende har uttrykt bekymring for rusmiddelbruk. Pasienten tilbys en en-til-en samtale om rusmiddelbruk og hjelp til å endre rusmiddelbruk, enten mens pasienten fremdeles er i sykehus eller kort tid etter utskrivning.

Også når det gjelder fastlegene er det viktig med et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, blant annet fordi legene da kan være mer frimodige i å snakke om alkohol med sine pasienter, og dette fordrer god tilgjengelighet til rådgivning og henvisninger til ruspoliklinikker, og at det er nok ressurser til dette (23).

Det er verdt å ta med seg også vurderinger og anbefalinger fra andre land. På bakgrunn av sin omfattende litteraturgjennomgang anbefalte Rosario og medarbeidere (33) fire tiltak for å bedre implementeringen av SKO i primærhelsetjenesten: - lage kurs for leger og sykepleiere, - tiltak for å bedre den praktiske organiseringen (f.eks. involvere resepsjonister i den systematiske kartleggingen), - tilby materiale om bruk av SKO til allmennpraksiser, og – involvere ulike aktører (bl.a. ledere i primærhelsetjenesten, policy makers, spesialisthelsetjenesten, og media) som kan støtte opp om bruken av SKO.

SBI 2.0

Stewart og medarbeidere (49) argumenterer for at SKO (ofte forkortet SBI på engelsk) -paradigmet, som er utprøvd i utallige efficacy-studier, ikke hører helt hjemme i vår tid. Det er en rekke forhold som tilsier at det er på tide å utvikle en 'versjon 2.0'. Stewart og kolleger tar blant annet til orde for at SKO må inngå i et større sett av effektive tiltak for å begrense alkoholforbruket og en bredere offentlig debatt om alkoholbruk og alkoholproblemer. En slik tankegang resonnerer godt med Lids (23) vurdering: for allmennpraktikeren vil det være enklere å ta opp helserisiko ved alkoholbruk dersom dette allerede er et kjent tema for pasienten fra nyhetsmedier eller andre kilder. Et annet element i Stewart og medarbeideres SBI 2.0 versjon er bruken av digitale ressurser, og behovet for å gjøre informasjon og diskusjonsbidrag mindre tørt og kjedelig, og snarere gjøre det appellerende og slik at det evner å fange folks oppmerksomhet og holde på den.

Videre forskning og utprøving av tiltak

Vi har allerede, som vist over, en del kunnskap om implementering av SKO, både fra Norge og fra en rekke studier i andre land, men vi trenger fremdeles mer kunnskap gjennom forskning og utprøving av tiltak for å nå en målsetting om langt større grad av implementering. I Norge er Torgeir Gilje Lid en helt sentral forsker og ressursperson på dette feltet. Lid fikk i januar i år tildelt forskningsmidler til et prosjekt med to hovedtema: 1) videreutvikle og tilpasse pragmatisk casefinding til somatiske avdelinger, i første omgang korttidsavdeling i somatikken (observasjon og korttidsbehandling). Og 2) videreutvikle og teste appen Endre i en randomisert kontrollert studie (23). Han har også bidratt i et samarbeide med St Olav sykehus og Statsforvalteren i Trøndelag om å utarbeide en brosjyre til fastlegene som kan brukes i pragmatisk casefinding (23).

Idedugnad, workshop, eller ?

Inntrykket fra mye av de skriftlige kildene og intervjuene som ligger til grunn for ovenstående tekst, er at dette er et tema som engasjerer mange fagfolk. Det er fremdeles åpenbart at vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan vi kan lykkes bedre med å iverksette SKO i helsetjenestene.

Pågående forskning på feltet, som nevnt over, vil være svært verdifullt, men neppe tilstrekkelig og det bør legges til rette for å få mer kunnskap fra forskning og praksiserfaring. Et utgangspunkt for det videre arbeidet, kan være å samle interesserte fagfolk fra blant annet ulike deler av helsetjenesten, helseforvaltningen, profesjonsforeninger og KORUS/forskningsmiljø samt andre relevante parter som pasient- og brukerorganisasjoner til en samling for å drøfte ulike konkrete forslag til hvordan man bør gå videre.

I samtaler med Torgeir Gilje Lid og Ole Næss har begge disse sagt seg interessert i og villige til å delta på en slik idedugnad eller workshop.

Referanser

1. United Nations Office on Drugs and Crime. International standards on drug use prevention. Vienna; 2015.
2. UNODC, WHO. International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. Vienna: UNODC; 2018.
3. EMCDDA. European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use Lisbon: EMCDDA; 2019.
4. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Alcohol/Drug Screening and Brief Intervention*. 2023;7-30.
5. Departementene. Nasjonal alkoholstrategi. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk 2021-2025. Oslo: Departementene; 2021.
6. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenström TH, Bramness JG, Gillespie N, et al. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;137(1):54-64.
7. Kabashi S, Vindenes V, Bryun EA, Koshkina EA, Nadezhdin AV, Tetenova EJ, et al. Harmful alcohol use among acutely ill hospitalized medical patients in Oslo and Moscow: a cross-sectional study. *Drug and alcohol dependence*. 2019;204:107588.
8. Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Systematisk alkoholkartlegging i somatiske avdelinger. Nasjonal kompetansetjeneste TSB; 2024.
9. Lid TG. Er det greit å spørre om alkohol? Rogaland legeförening. 2021.
10. Manthey J, Solovei A, Anderson P, Carr S, Rehm J. Can alcohol consumption in Germany be reduced by alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care? Results of a simulation study. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255843.
11. Bertholet N, Daepfen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*. 2005;165(9):986-95.
12. Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and European evidence synthesis. *European addiction research*. 2016;22(1):17-35.
13. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015;110(7):1082-91.

14. Elzerbi C, Donoghue K, Boniface S, Drummond C. Variance in the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between injury and noninjury patients in emergency departments: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of emergency medicine*. 2017;70(5):714-23. e13.
15. Kaner E, Dickinson H, Beyer F, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2).
16. Landy MS, Davey CJ, Quintero D, Pecora A, McShane KE. A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of substance abuse treatment*. 2016;61:1-12.
17. McGinnes RA, Hutton JE, Weiland TJ, Fatovich DM, Egerton-Warburton D. effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: a systematic review. *Emergency Medicine Australasia*. 2016;28(6):629-40.
18. Merz V, Baptista J, Haller DM. Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):912-7.
19. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic reviews*. 2014;3(1):50.
20. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatric emergency care*. 2013;29(5):673-84.
21. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018(2).
22. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Alcohol use disorders: prevention 2010 [Available from: <https://www.nice.org.uk/Guidance/PH24>].
23. Lid TG. Personlig kommunikasjon med Ingeborg Rossow om systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten. 2025.
24. Lid TG, Karlsson N, Thomas K, Skagerström J, O'Donnell A, Abidi L, et al. Addressing patients' alcohol consumption—A population-based survey of patient experiences. *International journal of public health*. 2021;66:1604298.
25. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practioners. *Alcohol & Alcoholism*. 2010;45(2):207-12.
26. Næss O, Ekeland T-J, Arnevik EA, Aarstad J, Lid TG. Governing by commissioning services- implementing alcohol screening and brief interventions in hospital settings in Norway. *Evaluation and Program Planning*. 2023;98:102271.
27. Vederhus J-K, Rysstad O, Gallefoss F, Clausen T, Kristensen Ø. Kartlegging av alkoholbruk og røyking hos pasienter innlagt i medisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2015.
28. Abrahamsen N. Legene skal spørre deg om drikkevaner. *Bærum Budstikke*. 2016.
29. Nyman AAT, Vindenes V, Strøm RT, Katadzic S, Gustavsen I, Bogstrand ST. Systematisk kartlegging av rusbruk ved innleggelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2022.

30. Tjelta T, Bogstrand ST, Lerdal A, Wüsthoff LEC, Edvardsen HME, Johannessen A. Screening and Following Up Harmful Alcohol Use "... is Not Necessarily Your Primary Focus": A Qualitative Study Exploring Health Professionals' Experiences Addressing Harmful Alcohol Use in a Norwegian Hospital. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2024;5189-98.
31. Haug HK. Personlig kommunikasjon med Ingeborg Rossow om systematisk kartlegging og oppfølging. 2025.
32. Angus C, Brown J, Beard E, Gillespie D, Buykx P, Kaner EF, et al. Socioeconomic inequalities in the delivery of brief interventions for smoking and excessive drinking: findings from a cross-sectional household survey in England. *BMJ open*. 2019;9(4):e023448.
33. Rosário F, Santos MI, Angus K, Pas L, Ribeiro C, Fitzgerald N. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*. 2021;16(1):6.
34. Gargaritano KL, Murphy C, Auyeung AB, Doyle F. Systematic review of clinician-reported barriers to provision of brief advice for alcohol intake in hospital inpatient and emergency settings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020;44(12):2386-400.
35. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: Findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(1):52-60.
36. Lid TG, Nesvåg S, Meland E. When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(2):153-8.
37. Johnsen TM, Norberg BL, Helgetun Krogh F, Sigurdsson JA, Getz LO. Komplekse problemstillinger i allmennpraksis-en prevalensstudie. 2020.
38. Wahl A. Oppskrift på fiendskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2018.
39. Høiland K. Kan mennesker med et alkoholproblem være egnede bilførere, eller bør de fratas førerkort? . *Forskningno*. 2024.
40. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*. 2011;33(3):412-21.
41. Potthoff S, O'Donnell AJ, Karlsen AT, Brendryen H, Lid TG. Pragmatic approaches for addressing alcohol in general practice: Development of a tailored implementation intervention. *Frontiers in Health Services*. 2022;2:940383.
42. Lid TG. Er det greit å spørre om alkohol? Rogaland legeforening2021 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2021/er-det-greit-a-sporre-om-alkohol/>]
43. Babor TF, Robaina K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2016;5(2):17-24.
44. Lid TG, Tvedt H, Idsøe BN, Hustvedt IB, Nesvåg S. Innlagt på somatisk avdeling—er det greit å bli spurt om alkoholvaner. *Sykepleien forskning*. 2020;15.
45. Munkerud SF. Økonomiske incentiver og behandlingskvalitet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2010.
46. O'Donnell A, Haighton C, Chappel D, Shevills C, Kaner E. Impact of financial incentives on alcohol intervention delivery in primary care: a mixed-methods study. *BMC family practice*. 2016;17(1):165.

47. O'Donnell A, Angus C, Hanratty B, Hamilton FL, Petersen I, Kaner E. Impact of the introduction and withdrawal of financial incentives on the delivery of alcohol screening and brief advice in English primary health care: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2020;115(1):49-60.
48. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016;111(11):1935-45.
49. Stewart D, Madden M, McCambridge J. Brief interventions 2.0: a new agenda for alcohol policy, practice and research. *Globalization and health*. 2024;20(1):34.