

# Nasjonale faglige retningslinjer for avrusning

- fra rusmidler og vanedannende legemidler
- Utgave 11.11.2014 til ekstern høring

Publikasjonens tittel: Nasjonal faglig retningslinje for avrusning – fra rusmidler og vanedannende legmidler

Utgitt: måned/år, eks. xx/xxxx

Publikasjonsnummer: IS-2211

ISBN-nr. 978-82-8081-327-5

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Saksbehandlere: Gabrielle Welle-Strand, Stian Haugen

Illustrasjon: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Utgitt i samarbeid med:  
Firmanavn eller logo      Firmanavn eller logo      Firmanavn eller logo

# FORORD

Skal skrives etter ekstern høring

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>7</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>8</b>
<b>FORKORTELSER OG SENTRALE BEGREP</b>	<b>9</b>
<b>BENYTTET I RETNINGSLINJEN</b>	<b>9</b>
<b>1 MANDAT, MÅLSETTING OG HISTORIKK</b>	<b>12</b>
1.1 Mandat	12
1.2 Målgruppe	13
1.3 Definisjoner	13
1.4 Målsetninger for avrusning og abstinensbehandling	13
1.5 Prinsipper for avrusning og abstinensbehandling	14
1.6 Historisk utvikling i Norge	14
1.7 Internasjonal litteratur om avrusning	15
1.8 Norsk litteratur om avrusning	16
<b>2 METODE</b>	<b>17</b>
2.1 Hva er en nasjonal, faglig retningslinje?	17
2.2 Prosjektgruppen	17
2.3 Referansegruppe	18
2.4 Besøk på norske avrusnings- og rusakuttmottak	18

# INNHOOLD

2.5	Kartlegging av avrusning i TSB	19
2.6	Kartlegging av avrusning i fengsel	19
2.7	Avgiftningsnettverket i Helse Sør Øst	19
2.8	Studietur til England	19
2.9	Forståelse av kunnskapsbegrepet	20
2.10	Forskningsbasert kunnskap	20
2.11	Gradering av anbefalinger	21
2.12	Høringer	21
2.13	Bruk av skal og bør i retningslinjer	22
2.14	Avgrensning	22
2.15	Implementering, evaluering og revisjon	22
<b>3</b>	<b>RAMMEVERK OG ORGANISERING</b>	<b>23</b>
3.1	Aktuelt lovverk	23
3.2	Valg av riktig behandlingsnivå	24
3.3	Avrusning i andre deler av spesialisthelsetjenesten	26
3.4	Avrusning i fengsel	27
3.5	Kjønnsdelt behandling	28
<b>4</b>	<b>AKUTT RUSBEHANDLING /ØYEBLIKKELIG HJELP</b>	<b>30</b>
4.1	Øyeblikkelig hjelp-plikten	30
4.2	Akutt rusbehandling – anbefalinger	32
4.3	Rusakuttenheter	34
<b>5</b>	<b>BRUKERMEDVIRKNING</b>	<b>37</b>
5.1	Reell brukermedvirkning	37
5.2	Brukerkunnskap	38
5.3	Informasjon og opplæring av brukere og pårørende	38
5.4	Kompetanseutvikling for helsepersonell	38
<b>6</b>	<b>GENERELT OM AVRUSNING</b>	<b>41</b>
6.1	Psykososial behandling	41
6.2	Behandling med legemidler	47

# INNHold

6.3	Støttebehandling	52
6.4	Oppfølging/behandling etter avrusning	54
<b>7</b>	<b>KARTLEGGING</b>	<b>56</b>
7.1	Informasjon	56
7.2	Sykehistorie og klinisk undersøkelse	56
7.3	Aktuelle kartleggings skjema	59
7.4	Motiverende samtale (MI)	62
<b>8</b>	<b>AVRUSNING FRA ALKOHOL</b>	<b>63</b>
8.1	Virkningsmekanismer	63
8.2	Komplikasjoner ved alkoholabstinens	64
8.3	Valg av behandlingsnivå	66
8.4	Legemiddelbehandling ved alkoholabstinens	69
8.5	Forebygging av nye rusepisoder	74
<b>9</b>	<b>AVRUSNING FRA BENZODIAZEPINER</b>	<b>77</b>
9.1	Benzodiazepiner og deres virkning	77
9.2	Benzodiazepinabstinenser	78
9.3	Valg av behandlingsnivå	79
9.4	Behandling med legemidler	81
<b>10</b>	<b>AVRUSNING FRA OPIOIDER</b>	<b>83</b>
10.1	Opioider og deres virkninger	83
10.2	Avrusning fra opioider	84
10.3	Risiko ved avrusning fra opioider	85
10.4	Valg av behandlingsnivå	86
10.5	Medikamentell behandling ved opioidavrusning	89
10.6	Psykososial behandling ved opioidavhengighet	90
10.7	Behandling etter avrusning fra opioider	91
<b>11</b>	<b>AVRUSNING FRA ANDRE RUSMIDLER OG FLERE RUSMIDLER</b>	<b>93</b>
11.1	Stimulerende rusmidler	93
11.2	Gamma hydroksybutyrat (GHB)	94

# INNHold

11.3	Anabole androgene steroider	95
11.4	Cannabis	96
11.5	Strategi ved avrusning fra flere rusmidler	96
<b>12</b>	<b>AVRUSNING AV GRAVIDE</b>	<b>98</b>
<b>13</b>	<b>OPPFØLGING ETTER ALVORLIGE RUSFORGIFTNINGSTILSTANDER</b>	<b>101</b>
13.1	Opioidoverdoser	101
<b>14</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>105</b>
14.1	Praksis ved avrusningsenheter i Norge	105
14.2	Praksis ved avrusning i norske fengsler	127
<b>15</b>	<b>REFERANSELISTE</b>	<b>146</b>

# INNLEDNING

Ikke fullstendig....fullføres etter ekstern høring.

De aller fleste pasientene som ønsker avrusning har brukt mer enn et rusmiddel i perioden før avrusningen begynner. Allikevel har vi valgt å behandle de vanligste rusmidlene som kan gi komplisert avrusning hver for seg i kapitlene foran, for å tydeliggjøre hvilke utfordringer de forskjellige rusmidlene utgjør hver for seg ved en avrusning.



# SAMMENDRAG

Et kort sammendrag og alle anbefalingene inn her etter ekstern høring.

# FORKORTELSER OG SENTRALE BEGREP BENYTTET I RETNINGSLINJEN

## Forkortelser

AUDIT Alcohol Use Disorder Identification Test - et standardisert spørreskjema for å kunne avdekke alkoholproblemer

BZD Benzodiazepiner – beroligende og søvngivende, vanedannende legemidler

DPS Distriktpsikiatrisk senter

DUDIT Drug Use Disorder Identification Test – et standardisert spørreskjema for å kunne avdekke rusmiddelproblemer

FAS/FASD Føtalt alkoholsyndrom/Fetal Alcohol Spectrum Disorder – det karakteristiske syndromet med svikt i mange organsystemer som barn som har vært eksponert for alkohol i svangerskapet kan få

FAE Føtale alkoholeffekter – tilsvarende FASD, men mangler det typiske utseendet. Variabel grad av utviklingsproblemer.

GA Gestational age, svangerskapets lengde, måles i svangerskapsuger

HF Helseforetak

HIV Humant immunsviktvirus – viruset som forårsaker AIDS

HOD Helse- og omsorgsdepartementet

LAR Legemiddelassistert rehabilitering

NAS Neonatalt abstinenssyndrom – abstinenssyndromet med symptomer fra mange organsystemer som mange nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for opiater i svangerskapet

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence

PTSD Posttraumatisk stress disorder

RCT Randomized Controlled Trial – randomisert kontrollert forsøk. Et studiedesign hvor deltakerne blir randomisert (tilfeldig fordelt) til en forsøksgruppe og en kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall (resultat) i de to gruppene.

RHF Regionalt helseforetak

Seraf Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo

SIDS Sudden Infant Death Syndrome - plutselig spedbarnsdød

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIRUS Statens senter for rusmiddelforskning

SSRI Selektive serotonin reopptakshemmere (inhibitors) – en gruppe antidepressive medikamenter

TSB Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk

TWEAK

WHO World Health Organization – Verdens helseorganisasjon

## Sentrale begrep

Agonist – En opioid agonist er et stoff som i høy grad binder seg til virkestedene for opioider i hjernen og dermed gir kraftig virkning. Eksempler er heroin, morfin og metadon.

Antagonist – En opioid antagonist er et stoff som binder seg til og blokkerer alle virkestedene for opioider i hjernen, og dermed hindrer virkning av opioider. Eksempler er naltrekson og naloksone. Buprenorfin er en partiell (delvis) antagonist/agonist som delvis blokkerer for virkningen av andre opioider.

Elektiv - planlagt

Epikrise – Rapport til henvisende lege/annet helsepersonell etter et sykehusopphold eller etter undersøkelse/behandling ved en poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist.

Interaksjon – Hvordan virkningen av et legemiddel påvirkes av et annet.

Intravenøst inntak – Inntak med sprøyte direkte i blodbanen.

Kommunal rustjeneste – Brukes som begrep uavhengig om den er organisert under NAV eller som et eget kommunalt rusteam.

Komorbiditet – Samtidig forekomst av flere sykdommer.

Legemiddelkonsentrasjon – Konsentrasjonen av et legemiddel i blodet. Den samme dosen gitt til forskjellige personer kan gi forskjellige legemiddelkonsentrasjoner.

Opioid – Fellesbetegnelse på stoffer som kan binde seg til bestemte virkesteder i kroppen, opioidreseptorer, særlig i hjernen.

Plasmakonsentrasjon – Mål på konsentrasjone av et legemiddel i blodplasma.

Retensjon – Med ”retensjon i behandling” menes hvor stor andel/prosent av en pasientgruppe som blir værende i behandling etter en viss periode, vanligvis ett år.

Reseptor – Proteiner i hjernen som molekylene fra bestemte stoffer binder seg til og virker gjennom. Det finnes en rekke opioidreseptorer.

Resoriblett – Tabletter som legges under tungen og suges opp gjennom slimhinnen i munnhulen.

Serum – Blodvæske, flytende bestanddel av blod etter at både blodceller og koaguleringsstoffer er fjernet, den klare, gulaktige væsken som utskilles når blodet leverer seg.

Substitusjonsbehandling – Behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet der det rusmiddelet som pasienten er avhengig av, erstattes av et liknende legemiddel med lengre virkningsperiode som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten. Ved opioidavhengighet erstattes f.eks. heroin med metadon eller buprenorfin.

# 1 MANDAT, MÅLSETTING OG HISTORIKK

## 1.1 Mandat

---

Hesledirektoratet har i sitt oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Avrusning er ofte første ledd i en behandling av rusmiddelproblemer. Avrusning er i dag preget av et mangfold av tilnæringsmåter, noe som kan føre til at rusmiddelbrukere ikke får optimal behandling. Det er behov for større grad av standardisering for å sikre at avrusning blir gjennomført ut fra hva som anses som god praksis. Det er videre et behov for å avklare ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

*Retningslinjen skal beskrive:*

- Ulike formål med avrusning (avrusning uten videre behandling, avrusning i forkant av annen behandling, avrusning som er nødvendig av medisinske grunner)
- Hvilke typer rusmidler og vanedannende legemidler som krever avrusning
- På hvilket nivå i tjenestene avrusning skal/kan foregå, herunder poliklinisk behandling
- Hvilke avrusningsmetoder som bør benyttes ved ulike tilstander
- Når det foreligger fare for alvorlige rusforgiftningstilstander som krever behandling/overvåkning i ambulansetjenesten og observasjonspost/intensivavdeling
- Psykososiale tiltak som understøtter avrusningsprosessen

## 1.2 Målgruppe

---

Målgruppen for denne retningslinjen omfatter:

- Ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbrukere og i andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Ansatte i avrusningstiltak i privat/frivillig sektor
- Ledere/administratorer i helse- og omsorgstjenesten
- Brukere/pårørende/andre interesserte

## 1.3 Definisjoner

---

*Avrusning* vil i hovedsak bli brukt som begrep i retningslinjen. Avrusning innebærer både de medisinske og psykososiale prosessene som pasienten gjennomgår når han eller hun ønsker å avslutte bruken av ett eller flere rusmidler. Avgiftning brukes i mange sammenhenger i Norge, men vil ikke bli brukt i denne retningslinjen da begrepet i større grad assosieres med eliminering av rusmiddelet/"giften" fra kroppen.

*Abstinensbehandling.* Dette begrepet vil bli benyttet i retningslinjen om den medisinske og psykososiale behandlingen som pasienten mottar under avrusningen. Begrepet innebærer å lindre symptomer som oppstår under avrusningsprosessen og hindre komplikasjoner. Abstinensbegrepet gir rom for en forståelse der lindring av både psykologiske og fysiologiske reaksjoner under avrusning tas hensyn til.

## 1.4 Målsetninger for avrusning og abstinensbehandling

---

- Sikre avrusning under medisinsk og psykososialt trygge forhold
- Bidra til å redusere helserelaterte rusproblemer
- Tilby kartlegging for psykiske og somatiske helseproblemer
- Bidra til å øke pasientens motivasjon for å redusere eller avslutte bruk av rusmidler
- Gi informasjon og veiledning om aktuelt hjelpeapparat, herunder selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner, samt hjelp til å komme i kontakt med disse
- Bidra til videreføring til nødvendig behandling og oppfølging
- Hindre brudd i behandlingsforløp for pasienter med ruslidelser
- Bidra til nødvendig og tilstrekkelig samhandling med ulike instanser som ivaretar pasientens hjelpe- og behandlingstilbud
- Gjøre pasienten i stand til å nyttiggjøre seg pågående dag- og/eller poliklinisk behandling
- Bidra til at eventuelle nye rusepisoder blir kortvarig

## 1.5 Prinsipper for avrusning og abstinensbehandling

---

- Avrusning er en del av et behandlingsforløp i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten
- Avrusning kan skje i ulike settinger og på ulike behandlingsnivåer, avhengig av pasientens behov, situasjon og ønsker
- Avrusningen tar utgangspunkt i medisinsk forsvarlighet og pasientens erfaring, ressurser, ønsker og mestring, og er individuelt tilpasset
- Behandlingen bør omfatte kartlegging og utredning av pasientens tilstand; inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling
- Behandlingen lindrer abstinenssymptomene
- Behandlingen forebygger komplikasjoner som kan oppstå ved avrusning
- Behandlingen fremmer pasientens egen mestring
- Behandlingen ivaretar pasientens, pårørende og familiens behov for informasjon og oppfølging

## 1.6 Historisk utvikling i Norge

---

I Norge har man lang tradisjon for avrusning på institusjon. Avrusningsinstitusjonene var frem til rusreformen i 2004 underlagt fylkeskommunen. Oftest ble pasienter som brukte alkohol innlagt på andre institusjoner enn pasienter som brukte illegale rusmidler.

Alkoholbrukere, særlig de synlige, var frem til 1970 omfattet av drukkenskapsloven. Institusjonene var i ofte drevet av private organisasjoner som Blå Kors og etter hvert Kirkens Bymisjon. A-klinikkene ble etablert i 1951.

Statens klinikk for narkomane på Hov i Land ble etablert i 1961. Til å begynne med var mange av pasientene helsepersonell og pasienter som hadde fått forskrevet forskjellige vanedannende legemidler. Med fremveksten av en større gruppe yngre personer som brukte illegale rusmidler på slutten av 60-tallet, endret pasientgruppen seg og rundt 1980 ble kollektivene Sollia og Tyrili etablert. Det medisinske preget på behandlingen ble mindre og for mange var det viktig at avrusning skulle skje uten bruk av legemidler. Dette ble gradvis endret på slutten av 80-tallet, da det ble klart at rusmiddelbrukere som brukte sprøyter ikke bare var utsatt for hepatittsmitte, men også for HIV-smitte. Den samtidige somatiske og psykiatriske sykeligheten ble også stadig tydeligere for pasientene. Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år ble etablert i Storgata 38 i 1987 og fikk mye kritikk for sin legemiddelprofil, til tross for at legemidler ble brukt til å lindre abstinensplager og at vanedannende medikamenter kun unntaksvis ble benyttet.

Det ble også til en viss grad skilt mellom sosial og medisinsk avrusning. Den sosiale avrusningen var i større grad for de alkoholavhengige, mens den medisinske avrusningen i større grad var for dem som brukte illegale rusmidler.

De siste årene har det i økende grad blitt brukt legemidler under avrusning i Norge, men bruken av legemidler varierer i stor grad mellom institusjonene. I økende grad avruses nå pasienter som er avhengig av alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler på samme institusjon. Det finnes fremdeles institusjoner som avruser pasienter som bruker legale og illegale rusmidler hver for seg og enkelte institusjoner har separate avdelinger for kvinner og menn.

Selv om vi også i Norge vet at de aller fleste med rusproblemer avruser seg selv, uten hjelp fra helsepersonell, har det i begrenset grad blitt gitt tilbud om poliklinisk avrusning med oppfølging fra helsepersonell, selv om dette i økende grad benyttes i andre land.

Det har også vært vanlig med et tydelig skille mellom avrusning og behandling. Behandlingstedene har ofte satt som betingelse for å kunne ta i mot en pasient, at vedkommende har «rene» urinprøver, det vil si at pasienten ikke lenger har spor etter bruk av rusmidler i urinen.

## 1.7 Internasjonal litteratur om avrusning

---

Det finnes mye litteratur og forskning internasjonalt om avrusning. Her følger en oversikt over noen sentrale dokumenter.

«The British Association for Pharmacotherapy» (BAP) kom i 2012 med oppdaterte retningslinjer når det gjelder farmakologisk behandling av ruslidelser: «BAP updated guidelines» (1). Denne retningslinjen inneholder oppdatert kunnskap om medikamenter som benyttes ved avrusning og behandling. Det amerikanske instituttet «Substance Abuse and Mental Health Services Administration» (SAMHSA) ga i 2006 ut retningslinjer om avrusning (2). «National Institute of Clinical Excellence» (NICE) i England har regelmessig oppdatert sine kliniske retningslinjer på området (3-6).

Mattick fra Australia publiserte i 1996 en artikkel hvor han satte spørsmålsteget ved om avrusningsprogrammene var effektive (7). Han konkluderer med at effekten av avrusning er avhengig av hva målsettingen med avrusningsprogrammene er.

Det vil bli henvist til annen relevant utenlandsk forskningslitteratur under de aktuelle avsnittene i retningslinjen.



## 1.8 Norsk litteratur om avrusning

---

Det finnes relativt få undersøkelser om avrusning i Norge. Hobbesland foretok i 2004 en omfattende undersøkelse av avrusningspraksis ved 6 institusjoner i Sør-Norge (8). Nordlie, Vøyvik og Aasland så på behandlingstilbudet til legemiddelavhengige (9). Kristensen og medarbeidere ved Sørlandet sykehus har sammenliknet to avrusningsregimer for pasienter som er avhengig av flere rusmidler (10). Watten og Waal undersøkte effekten av ultra-rapid opioid avrusning, som var populært i Norge og flere andre land en periode (11).

Helland fra Haukeland sykehus har beskrevet avrusning for alkoholbrukere (12) og Lobmeier fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har beskrevet avrusning for opioidavhengige (13). Skjøtskift fra Haukeland sykehus har forfattet «Lommerus» som er et klinisk hjelpemiddel for avrusning ved forskjellige avdelinger på sykehus (14).

## 2 METODE

Nasjonale retningslinjer skal som faglig normerende langt på vei styre de valgene helsepersonell tar. Rådene i retningslinjene må likevel alltid tilpasses lokale og individuelle forhold.

### 2.1 Hva er en nasjonal, faglig retningslinje?

---

Helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva direktoratet anser som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet anbefalinger og råd og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men bør langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Dersom man for en eller flere pasienter velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør avviket dokumenteres og begrunnes i journal (15).

Når Helsetilsynet tar stilling til om det er handlet i samsvar med god praksis, er det med utgangspunkt i yrkesgruppens egen fagforståelse. Denne kommer til uttrykk blant annet i nasjonale retningslinjer.

### 2.2 Prosjektgruppen

---

Prosjektgruppen for retningslinjearbeidet hadde sitt første møte i august 2010. Prosjektgruppen har avholdt 13 møter.

#### Deltakere:

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| • Helsedirektoratet, Avd psykisk helsevern og rus | Gabrielle Welle-Strand<br>Stian Haugen | lege/leder av gruppen<br>kriminolog |
| • Høgskolen i Buskerud og Vestfold                | Stian Biong                            | sykepleier/professor                |
| • Vestfoldklinikken                               | Svein Dittmann                         | psykiater                           |
| • LAR-nett  | Karen Lise Følling                     | brukerrepresentant                  |
| • Bergensklinikkene                               | Wenche Haga                            | psykolog                            |

• Rus-Midt	Ole Lorvik	sosionom
• LAR-nett	Dag Myhre (fra 2012)	brukerrepresentant
• AFR Helse Bergen /allmennmedisin	Christian Ohldieck	lege
• Østfoldklinikken (døde høsten 2013)	Arild Schillinger	psykiater
• Oslo universitetssykehus	Guri Spilhaug	lege
• Oslo kommune	Jon Sundelius	sykepleier
• Seraf (til 2011)	Lars Tanum	psykiater/farmakolog
• A-LARM	Erik Torjussen	brukerrepresentant
• Tromsø kommune	Inger Hilde Trandem	lege

Prosjektgruppen har innhentet råd fra eksterne konsulenter når det har blitt vurdert hensiktsmessig. Prosjektgruppens ansvar har blant annet vært å:

- Vurdere kunnskapsoppsummeringer og litteratur som biblioteket i Helsedirektoratet har bidratt til å fremskaffe
- Finne frem annen relevant norsk og internasjonal litteratur, inkludert retningslinjer og veiledere
- Bidra med brukererfaring og egen, klinisk erfaring
- Vurdere effekten av ulike behandlingstiltak og samarbeidsformer
- Skrive tekst og foreslå anbefalinger

Prosjektgruppen har hatt en rådgivende funksjon for Helsedirektoratet i utarbeidelsen av retningslinjen. Det har vært arbeidet for å oppnå konsensus når det gjelder foreslåtte anbefalinger.

Deltakerne i prosjektgruppen har bidratt med skriftlige bidrag til de forskjellige kapitlene. Redigeringen og det endelige produktet har Helsedirektoratet hatt ansvaret for.

## 2.3 Referansegruppe

---

Det ble avholdt et referansegruppemøte i april 2012. Referansegruppen har vært rådgivende for Helsedirektoratet når det gjelder synspunkter og problembeskrivelse.

## 2.4 Besøk på norske avrusnings- og rusakuttmottak

---

Prosjektgruppemøtene har vært lagt til institusjoner i forskjellige deler av landet for å få et bredt og felles innblikk i hvordan avrusning gjennomføres. Gruppen har ved slike besøk fått orientering om

virksomheten, samt fått omvisning. Prosjektgruppen har i løpet av arbeidet med retningslinjen besøkt Østfoldklinikken, Vestfoldklinikken, Oslo universitetssykehus, Stiftelsen Bergensklinikkene, Lade behandlingssenter og Trondheimsklinikken. Vi har i tillegg fått orientering om Rusakuttmottakene i Oslo og Bergen, overdoseteamet i Trondheim, samt om legevakten i Oslo.

## 2.5 Kartlegging av avrusning i TSB

---

Vinter/vår 2011 foretok Helsedirektoratet en kartlegging av avrusningsenhetene i TSB. Totalt mottok vi informasjon fra fire enheter i Helse Nord, to i Helse Midt, to i Helse Vest, tolv i Helse Sør-Øst, samt fire andre. Informasjonen ble sammenfattet av Helsedirektoratet høsten 2013 og informasjonen om de enkelte tiltakene ble oppdatert i januar 2014. Undersøkelsen ligger som vedlegg til denne retningslinjen.

## 2.6 Kartlegging av avrusning i fengsel

---

Våren 2012 kartla Helsedirektoratet avrusningspraksis i norske fengsler. Totalt ble informasjon om avrusningspraksis i 30 fengsler kartlagt. Informasjonen ble sammenfattet av Helsedirektoratet høsten 2013 og informasjonen ble oppdatert pr desember 2013. Oppsummeringen ligger som vedlegg til retningslinjen.

## 2.7 Avgiftningsnettverket i Helse Sør Øst

---

Borgestadklinikken drifter på oppdrag fra Helsedirektoratet et nettverk for TSB-enheter i Helse Sør-Øst som har ansvar for avrusning. Nettverket møtes til to-dagers samlinger to ganger pr år. Fra høsten 2010 har prosjektgruppemedlem Erik Torjussen deltatt fast på samlingene. Leder av prosjektgruppen og flere andre gruppemedlemmer har deltatt på flere av på samlingene. Høsten 2010, våren 2012 og våren 2014 hadde avgiftningsnettverket spesielt fokus på arbeidet med avrusningsretningslinjen. Tilbakemeldingene fra nettverkets medlemmer har blitt benyttet som ekstra referansegruppe.

## 2.8 Studietur til England

---

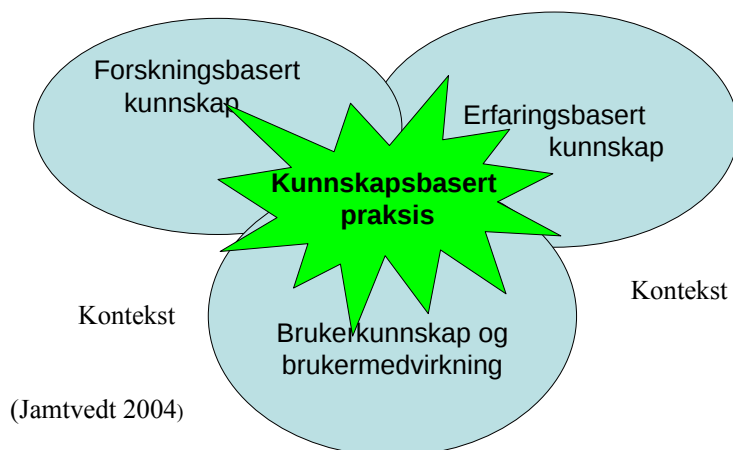
Prosjektgruppen var høsten 2012 på studietur til London og Birmingham med et spesielt fokus på poliklinisk avrusning.

## 2.9 Forståelse av kunnskapsbegrepet

---

Helsedirektoratets faglige retningslinjer utarbeides etter en metode der anbefalingene er basert på en integrering av den tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen med brukernes og klinikernes erfaringsbaserte kunnskap (se figur 1).

Fig.1 Kunnskapsbasert praksis



## 2.10 Forskningsbasert kunnskap

---

### 2.10.1 Aktuelle retningslinjer

Helsedirektoratets bibliotek har bistått prosjektgruppen med å finne frem aktuelle internasjonale retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer på området.

### 2.10.2 Annen litteratur

Prosjektgruppens medlemmer har i hele prosessen bidratt med på finne aktuell litteratur på området.

## 2.11 Gradering av anbefalinger

---

Følgende graderingsmodell hentet fra SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) er lagt til grunn i denne faglige retningslinjen (15):

<b>A</b>	<b>Basert på meget god dokumentasjon og vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i minst en randomisert, kontrollert studie som en del av en samling litteratur/publikasjoner av overveiende god kvalitet og konsistens med den spesifikke anbefalingen.</b>
<b>B</b>	<b>Basert på minst en god studie og vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen krav til at randomiserte kliniske studier skal dokumentere den spesifikke anbefalingen.</b>
<b>C</b>	<b>Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte anvendbare kliniske studier av akseptabel kvalitet.</b>
<b>D</b>	<b>Gode råd for praksis. Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppen som har utviklet retningslinjene og annen involvert ekspertise, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.</b>

## 2.12 Høringer

---

### 2.12.1 Intern høring i Helsedirektoratet

Høsten 2014 har retningslinjen vært på intern høring i aktuelle avdelinger i Helsedirektoratet.

### 2.12.2 Ekstern høring

Høsten 2014/vinter 2015 .....

### 2.13 Bruk av skal og bør i retningslinjer

---

Når det står "skal" i retningslinjens anbefalinger betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. Ordet "bør" forbeholdes sterke anbefalinger. "Skal" kan brukes som et alternativ til "bør" i sterke anbefalinger, men må da etterfølges av tekst som åpner for muligheten av et annet faglig begrunnet opplegg. Bruken av ordet "kan" forbeholdes svake anbefalinger. For øvrig er anbefalingene i retningslinjen ikke juridisk bindende. Dersom anbefalingene ikke følges må begrunnelsen for valg av annen fremgangsmåte dokumenteres i pasientens journal.

### 2.14 Avgrensning

---

Arbeidet med retningslinjen er sett i sammenheng med arbeidet med IS-2219 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet», slik at de to retningslinjene samlet skal gi gode anbefalinger til helsetjenesten. Det er også blitt tatt hensyn til andre ferdigstilte og pågående arbeider med retningslinjer og veiledere i Helsedirektoratet.

### 2.15 Implementering, evaluering og revisjon

---

Implementeringsarbeidet for denne retningslinjen startet høsten 2010 da arbeidet ble igangsatt. Den omfattende prosessen for utvikling av retningslinjen som er beskrevet i dette kapittelet, er også en viktig del av implementeringen.

Et omfattende implementeringsarbeid vil bli iverksatt i forbindelse med retningslinjens ferdigstilling for å sikre at retningslinjen og dens anbefalinger er godt kjent for aktuelle fagmiljøer og brukere.

Etter hvert som ny kunnskap kommer på dette fagfeltet, vil retningslinjen evalueres og revideres.

## 3 RAMMEVERK OG ORGANISERING

### 3.1 Aktuelt lovverk

---

Avrusning er å anse som helsehjelp etter lov om helsepersonell § 3 tredje ledd, og reguleres av lov om helsepersonell (16), pasient- og brukerrettighetsloven (17), spesialisthelsetjenesteloven (18), og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (19).

Pasient- og brukerrettighetsloven gir den enkelte pasient rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og har som hovedformål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven må ses i sammenheng med motsvarende plikter for helsepersonell og tjenestene i lov om helsepersonell, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Pasienter som har behov for eller mottar helsehjelp i form av avrusning har rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Når det gjelder tilgang til helsehjelp er det i lovens kapittel 2 gitt regler om rett til helse- og omsorgstjenester, både fra kommunens helse- og omsorgstjeneste i § 2-1a og fra spesialisthelsetjenesten i § 2-1b. Pasientene har både rett til øyeblikkelig hjelp hvis det er påkrevet og til nødvendig helsehjelp. Rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten er nærmere omtalt i kap.4.

Pasient- og brukerrettighetsloven har videre bestemmelser om rett til medvirkning og informasjon (kapittel 3), samtykke til helsehjelp (kapittel 4) og rett til journalinnsyn (kapittel 5). Brukermedvirkning omtales nærmere i kapittel 5.

For legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er det gitt særlige regler i forskrift av 18.12.2009 nr. 1641 (20).

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven (19) kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige kan også være aktuelle. Det vises særlig til §§ 10-2, 10-3 og 10-4 om tilbakeholdelse av rusmiddelavhengige i institusjon.

Lov om barneverntjenester (21) gir hjemmel for ulike typer tiltak og inngrep som kan være aktuelle for pasienter med rusproblemer og deres barn/familier. Helsepersonell og andre bistandsyttere kan ha rett og plikt til, på eget initiativ, å ta kontakt med barneverntjenesten når det er grunn til alvorlig bekymring for et barns omsorgssituasjon (22). Det vises her særlig til lov om helsepersonell § 33.



## 3.2 Valg av riktig behandlingsnivå

---

Med behandlingsnivå menes her både forholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, men også forholdet mellom poliklinikk og døgnavdeling på spesialistnivå eller forholdet mellom allmenlegeoppfølging og institusjon på kommunalt nivå.

### **Bakgrunn**

Valg av riktig behandlingsnivå er avhengig av mange faktorer, og hvilket nivå som bør anbefales er avhengig av pasientens totale situasjon og helsetilbudene og kompetansen når det gjelder avrusning som finnes på de ulike nivåene lokalt.

På dette området varierer de internasjonale anbefalingene. Konsensuspanelet som skrev den amerikanske retningslinjen for SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) om avrusning, anbefalte institusjonsavrusning for alkohol, avhengighetsskapende legemidler, samt fra opioider (2). NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) sine retningslinjer anbefaler avrusning fra alkohol på institusjon eller forsterket poliklinisk avrusning hvis pasienten har drukket over 15 alkoholenheter daglig eller skårer over 20 på AUDIT (3), se kapittel 7.3.

### **Vurdering**

Det er imidlertid slik at det kan være vanskelig å forutse hvordan avrusningen vil forløpe. Pasientens tidligere erfaring med avrusning og en samlet vurdering av den siste tids bruk av rusmidler og pasientenes somatiske og psykososial situasjon vil være viktig for å kunne velge riktig behandlingsnivå.

Valg av behandlingsnivå vil også omtales under kapitlene om de enkelte rusmidlene.

### 3.2.1 Poliklinisk avrusning

#### **Bakgrunn**

Sannibale evaluerte et australsk tiltak for å øke bruken av poliklinisk avrusning (23). Et klart mål var å øke allmenlegenes involvering i poliklinisk avrusning. Spesielt viste den polikliniske tilnærmingen seg å være nyttig for kvinner, yngre pasienter, pasienter uten injeksjonsbruk og benzodiazepinavhengige pasienter. Pasienter som injiserte rusmidler daglig fullførte sjeldnere avrusningen.

#### **Vurdering**

Poliklinisk avrusning er mest aktuelt ved begrenset bruk av ett eller få rusmidler og der hvor pasienten ikke tidligere har hatt komplikasjoner ved avrusning eller har kompliserende somatiske

eller psykiske lidelser. Mulighet til oppfølging fra pårørende og/eller tett medisinskfaglig oppfølging er også av stor betydning.

Det er ønskelig at man i de enkelte helseforetakene har tilbud om poliklinisk avrusning med mulighet til innleggelse i avrusningsenhet, dersom situasjonen tilsier dette.

### **Anbefalinger**

1. *Det bør ved de enkelte HF-ene være et tilbud om poliklinisk avrusning med medisinskfaglig oppfølging og med mulighet til snarlig innleggelse i avrusningsenhet ved behov* **C**
2. *Følgende forhold kan tale for poliklinisk avrusning:* **C**
  - *Pasienten ønsker poliklinisk avrusning*
  - *Avhengighet kun av ett rusmiddel*
  - *Ikke injeksjonsbruk*
  - *Begrenset blandingsbruk av rusmidler*
  - *Ikke tidligere komplikasjoner ved avrusning*
  - *Mulighet for tett oppfølging i hjemmet av pårørende*
  - *Ikke samtidig somatiske og/eller psykiske helseproblemer*
  - *Pasienten vurderes i stand til å klare en poliklinisk avrusning*
  - *Ikke kompliserende tilstander (som f.eks.graviditet)*
  - *Koordineringen av behandlingen kan foretas av TSB eller fastlege*
3. *Dersom pasienten ikke lykkes med poliklinisk behandling, bør pasienten tilbys innleggelse i institusjon* **C**

### 3.2.2 Avrusning på institusjon

#### **Bakgrunn**

En australsk studie undersøkte utfall av avrusning for tunge, marginaliserte rusmiddelavhengige pasienter som brukte flere rusmidler. De konkluderer med at tungt avhengige rusmiddelbrukere bør avrusnes på institusjon (24). En Cochrane-oppsummering som sammenliknet avrusning fra opioider poliklinisk og på institusjon, fant kun en studie som tilfredsstilte søkekriteriene deres (25). De kunne derfor ikke konkludere med hvilken behandlingssetting som ga best resultat. I en randomisert kontrollert studie (RCT) av de samme forfattere fant de at flere pasienter gjennomførte institusjonsavrusningen fra opioider enn poliklinisk avrusning, men ved oppfølging 1 og 8 måneder etter avrusningen, var det ingen forskjell på gruppene når det gjaldt opioidbruk (26).

#### **Vurdering**

Institusjonsavrusning bør være tilgjengelig i alle helseforetak, både som et alternativ hvis poliklinisk avrusning blir vanskelig og som et direkte tilbud.

## **Anbefalinger**

1. *Følgende forhold taler for at pasienten gis tilbud om innleggelse til avrusning: C*
  - Avhengighet av flere rusmidler
  - Injeksjonsbruk
  - Omfattende blandingsbruk av rusmidler
  - Tidligere komplikasjoner ved avrusning
  - Samtidig somatiske og/eller psykiske helseproblemer
  - Manglende mulighet for tett oppfølging i hjemmet av pårørende
  - Kompliserende tilstander (som graviditet)
  - Ikke tilgang på medisinskfaglig oppfølging poliklinisk
2. *Institusjoner som driver døgnbehandling på spesialistnivå bør C*
  - Ha tilgang til lege døgnet rundt
  - Kunne rekvirere og fortolke blodprøver
  - Kunne ta og fortolke EKG

3. *Poliklinisk behandling bør ofte benyttes som en forberedelse til innleggelse. Pasienten kan da motiveres og gis råd om å redusere sin bruk av rusmidler og vanedannende legemidler. C*

### **3.3 Avrusning i andre deler av spesialisthelsetjenesten**

---

#### **Bakgrunn**

En studie fra akuttmottaket på Ullevål universitetssykehus i 2011 omfattet nesten 1300 pasienter som ble innlagt på grunn av skade (27). Fire av ti pasienter var kvinner. 38 % av kvinnene og 48 % av mennene hadde rusmidler i blodet ved innleggelse. En fjerdedel hadde alkohol, en av fem hadde vanedannende legemidler og ti prosent hadde illegale rusmidler i blodet.

#### **Vurdering**

En betydelig andel av pasienter som innlegges i somatisk og psykiatrisk avdeling har rusmiddelproblemer. Disse problemene kan helt eller delvis være årsaken til den tilstanden de innlegges for.

### **Anbefalinger**

1. *Pasienter med rusmiddelproblemer som innlegges i andre avdelinger i helseforetaket, bør kartlegges og henvises til adekvat hjelp for sine rusmiddelproblemer i kommune eller TSB*  
**C**
2. *Pasienter som innlegges i akuttmottak bør kartlegges/screenes for rusmiddelproblemer*  
**C**
3. *Ved innleggelsen i somatisk eller psykiatrisk avdeling må det sikres at pasienten får forsvarlig hjelp til avrusning om de ønsker det eller til stabilisering av rusmiddelavhengigheten, slik at den tilstanden de er innlagt for kan behandles optimalt*  
**C**

## **3.4 Avrusning i fengsel**

---

### **Bakgrunn**

Mange innsatte i fengsel har et rusmiddelproblem. Rundt 11 000 personer innsettes i fengsel hvert år og det er til enhver tid ca. 3700 innsatte i norske fengsel. I tillegg vil en del personer sitte i varetekt i kortere eller lengere perioder (28). Flere undersøkelser viser at et betydelig antall av de innsatte har psykiske lidelser og/eller problemer knyttet til bruk av rusmidler. FAFO gjennomførte i 2004 en nasjonal undersøkelse i norske fengsler, og de fant at tre av ti innsatte har psykiske lidelser de ønsker behandling for. Videre beskriver en tredjedel av utvalget at de har jevnlig bruk eller er storforbrukere av alkohol, mens seks av ti har rusmiddelproblemer (29).

Veileder for helse- og omsorgstjeneste til innsatte i fengsel angir at nærmere undersøkelse og kartlegging av den innsatte bør gjøres innen et døgn (28). I følge årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2012 ble halvdelen av inntakssamtalene gjennomført i løpet av et døgn, drøyt ti prosent i løpet av tre døgn og en femdel i løpet av en uke (30).

Rundskriv G-8 2006 fra justisdepartementet og helse- og omsorgsdepartementet beskriver samarbeid mellom kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte med rusmiddelavhengighet [Helse- og omsorgsdepartementet, 2006 858 /id].

Kommunene har ansvar for helse- og omsorgstjenester i fengselet, jf. lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen (19). De regionale helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til de innsatte innenfor somatikk, psykiatri og TSB.

En fengsling eller et varetektsopphold vil derfor ofte føre til en ikke planlagt og ikke nødvendigvis ønsket avrusning fra ulike rusmidler.

### **Vurdering**

Helse- og omsorgstjenester for innsatte skal være likeverdige som for den øvrige befolkningen. Den innsatte skal gis et tilbud tilpasset den enkelte etter en individuell vurdering. Innsatte som i

forbindelse med innsettelse har behov for avrusning skal tilbys det samme helsetilbudet som andre, altså det som beskrives i denne retningslinjen.

De innsatte vil være underlagt Kriminalomsorgens kontroll og ansvar i forhold til sikkerhet og straffegjennomføring når de er i fengsel, mens helse- og omsorgstjenester utføres som en importtjeneste og ivaretas av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Dette er for å sikre helsetjenesten en fri og uavhengig rolle. Dette forutsetter imidlertid et samarbeid for å gi de innsatte en forsvarlig oppfølging og behandling.

Det vil variere hvordan helse- og omsorgstjenester utføres i ulike fengsel, men svært få fengsel vil ha tilgjengelig helsetjeneste på døgnbasis. De innsatte har også rett på øyeblikkelig hjelp, som i mange tilfeller vil utføres av legevakt på forespørsel fra kriminalomsorgen. Det må sikres at legevakten har tilstrekkelig kompetanse i avrusning til å ivareta de innsatte.

Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel anbefaler at helsetjenesten gjennomfører en inkomstsamtale med den innsatte kort tid etter innsettelse. Ved innsettelse bør eventuell medisinbruk kartlegges umiddelbart. I praksis vil det ofte bety at den innsatte bruker de medisinene de har med seg inntil nærmere kontakt med helsetjenesten.

#### **Anbefalinger**

1. *Ved innsettelse bør den innsattes behov for abstinensbehandling vurderes umiddelbart*  
**C**
2. *Kriminalomsorgen bør i samarbeid med fengselshelsetjenesten i det enkelte fengsel opprette gode rutiner for avrusning i tråd med denne retningslinjen* **C**
3. *Innsatte med behov for avrusning bør tilbys egne senger/celler med døgnbemannet helsepersonell tilknyttet avdelingen* **C**

### **3.5 Kjønnsdelt behandling**

---

Kunnskapssenteret gjorde på oppdrag fra Helsedirektoratet et systematisk litteratursøk med tittelen «Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?» (31). Oppdraget var å identifisere nye studier etter Kunnskapssenterets forrige notat om emnet fra 2009 (32). Av de 859 referansene søket ga, ble 3 enkeltstudier inkludert. Hovedårsaken til at mange artikler ble ekskludert var at de ikke sammenliknet behandling bare for kvinner med behandling for grupper av begge kjønn.

Med hensyn til institusjonsbehandling i TSB finnes det erfaring med at en kjønnsdelt tilnærming kan ha positiv effekt på resultatet av behandling (33-36). Her har kvinner mulighet til å skjerme seg fra menn, og det tilrettelegges for utviklingen av et kvinnefellesskap som bygger en kvinnelig rusfri identitet. Varighet og stabilitet i relasjonen mellom pasient og behandler, er av betydning for effekten av poliklinisk behandling. Arbeid med relasjoner kan gi gode vekstvilkår for psykologisk

utvikling, både for kvinner og menn. Flere studier fra senere tid har vist at kvinner som deltar i kjønns-spesifikk dagbehandling ser ut til å ha mindre abstinensplager og klarer å stå lenger i behandling, enn kvinner som er i kjønnsblandet behandling (37-40).

## 4 AKUTT RUSBEHANDLING /ØYEBLIKKELIG HJELP

Helsedirektoratet ønsker med dette kapitlet å klargjøre når personer med rusmiddelproblemer har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b i form av akutt rusbehandling, herunder nødvendig avrusning, og gi faglige anbefalinger knyttet til de vurderinger som må tas.

I løpet av 2014 vil de første legespesialistene i rus- og avhengighetsmedisin godkjennes. Det forutsettes at spesialister i rus- og avhengighetsmedisin involveres i akutt rusbehandling og øyeblikkelig hjelp-vurderinger ved helseforetakene og hos de private avtalepartnere.

Akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp gis i forskjellige deler av spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har valgt å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet til pasienter med rusmiddelproblemer på forskjellig måte, og ansvaret for øyeblikkelig hjelp til rusmiddelpasienter ivaretas ved akuttavdelinger i psykisk helsevern og somatikk ved noen helseforetak. Tilbudet har vært gitt ved avrusningsenheter i TSB i andre HF/institusjoner, men fremdeles er det mange avrusningsenheter som ikke tilbyr øyeblikkelig hjelp til rusmiddelavhengige. Noen helseforetak har opprettet rusakuttenheter og en del pasienter videreføres til avrusningsenheter eller andre aktuelle avdelinger etter at den akutte situasjonen er avklart (se 4.3).

### 4.1 Øyeblikkelig hjelp-plikten

---

#### **Bakgrunn**

Rusmiddelbrukere har, som andre pasienter, rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, som henviser til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Retten til øyeblikkelig hjelp innebærer en plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp til pasienter som trenger somatisk eller psykiatrisk helsehjelp eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, når det bør antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

Ved behov for akutt hjelp/øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten er det pasientens tilstand (sykdom) som er bestemmende for hvor pasienten innlegges.

Ved infeksjoner eller kirurgiske lidelser er det ikke faglig grunnlag for en tverrfaglig spesialisert vurdering av tilstanden. Slik vil det også være hvis rusmiddelbrukeren har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for liv eller helse som for eksempel ved forgiftning (intoksikasjon), overdose eller utvikling av delir. De somatiske deler av spesialisthelsetjenesten er i slike tilfeller forpliktet til å vurdere det akutte behovet for helsehjelp. Dersom rusmiddelbruk er dominerende i sykdomsbildet må det gjøres en tverrfaglig vurdering og pasienten må gis helsehjelp i TSB dersom hjelpebehovet er akutt.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd er de regionale helseforetakene pålagt å utpeke det nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som plikter å motta pasienter med behov for akutt/øyeblikkelig rusbehandling. De regionale helseforetakene avgjør selv hvordan dette akutttilbudet skal organiseres, og må vurdere hvilke og hvor mange institusjoner eller avdelinger som bør utpekes for å oppfylle en slik beredskapsfunksjon.

I forarbeidene til lovendringen, Ot.prp. 53 (2006-2007) s.38, heter det blant annet:

*”Forslaget innebærer at institusjonene eller avdelingene som utpekes, skal ha tilsvarende plikt til å yte akutt/øyeblikkelig rusbehandling, som somatiske sykehus i dag har til å gi øyeblikkelig/akutt somatisk helsehjelp. Plikten er også tilsvarende den plikt som de psykiatriske institusjoner eller avdelinger som er utpekte til dette, har til å gi akutt/øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp.*

*Plikten til å gi akutt/øyeblikkelig rusbehandling innebærer at pasienten skal tas imot straks dersom det ut i fra de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen som institusjonen eller avdelingen som er utpekt kan gi, er påtrengende nødvendig. Det vil si at pasienten har ett akutt/øyeblikkelig behov for helsehjelp for sin rusavhengighet og det ikke vil være forsvarlig at pasienten henvises til å følge de ordinære prosedyrene for inntak.”*

#### **Vurdering:**

Plikten innebærer at spesialisthelsetjenesten må motta pasienten uten unødig opphold til undersøkelse og eventuell behandling forutsatt at pasienten har en ruslidelse og at pasienten ikke allerede mottar eller kan motta adekvat helsehjelp.

Pasienter som er i behov av akutt vurdering i spesialisthelsetjenesten for et rusproblem må sikres tilgang til dette. Inneliggende pasienter i en TSB-enhet som får en akutt forverring av sin tilstand må undersøkes av lege når det er behov for det.

Pasienten skal behandles i den sykehusavdelingen med det riktige tjenestetilbudet i forhold til behov. En tydelig definert akuttmedisinsk kjede er viktig for at de som trenger øyeblikkelig hjelp kan bli fulgt opp i et riktig behandlingsforløp.



### **Anbefalinger**

1. *Der hvor det er en samtidig alvorlig psykisk lidelse vil en slik diagnose ha forrang, og pasienten skal vurderes med hensyn til behandlingsbehov innen psykisk helsevern* **A**
2. *Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes i psykisk helsevern* **A**
3. *Ved akutt somatisk sykdom skal pasienten vurderes med hensyn til behandlingsbehov i somatisk helsetjeneste selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler. TSB har fortsatt ansvar for behandling av rusmiddelproblematikken når pasienten er stabil somatisk.* **A**

## **4.2 Akutt rusbehandling – anbefalinger**

---

### **Bakgrunn**

Pasienter innlegges som øyeblikkelig hjelp via ulike instanser:

- Fastlege
- NAV/sosialtjeneste
- AMK (ambulanse)
- Legevakt
- Somatisk akuttavdeling
- Psykiatrisk akuttmottak
- Øvrige helse- og omsorgstjenester

Prosedyre ved akuttmottak av pasienter med rusmiddelproblemer

- Rusmiddelanamnese
- Undersøkelser og utredning av somatisk helse
- Undersøkelse av psykisk helse, ev screeninginstrumenter, voldsrisikovurdering, selvmordsrisikovurdering
- Sosialfaglig utredning i forhold til arbeid, utdanning, økonomi, bolig og sosiale forhold, barn og nettverk (privat og profesjonelt)
- Inntømsprøver
- Vurdering av ev. intoksikasjon

### **Anbefalinger**

1. *Pasienten skal tas i mot uten unødig opphold til undersøkelse og eventuell behandling når akutt intervensjon er nødvendig* **A**

2. Pasienten bør mottas av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og tverrfaglig personell, utredes for behandlingsbehov i akutt fase og nødvendig behandling skal igangsettes C

**Behovet for akutt intervensjon i TSB bør vurderes når:**

3. Pasienten bruker rusmidler og er gravid C
4. Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for pasientens liv og helse C

**Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:**

- Type rusmidler/kombinasjoner av rusmidler
- Mengde rusmiddel og intervall mellom inntak
  - Alvorlige intoksikasjoner
  - Inntak av rusmidler svarende til toksisk nivå
- Endring i administrasjonsmåte, injeksjon eventuelt i lyske/hals
- Endring i forbruk av rusmidler
  - Ute av kontroll
  - Nye rusmidler
  - Nye administrasjonsmåter
- Pasienten har en kjent alvorlig avhengighetstilstand
- Somatiske følgetilstander av rusmiddelbruk
  - Somatiske skader eller sykdom
  - Sykehusinnleggelse
  - Fare for skader eller sykdom som følge av manglende ernæring eller søvn
  - Symptomer på delir eller forvirringstilstander
- Psykiske følgetilstander av rusmiddelbruk
  - Hallusinasjoner
  - Psykosetegn
  - Depresjon
  - Angstreaksjoner
- Andre komorbide sykdommer som påvirker vurdering av fare for liv eller helse

**Merknad [gwe1]:** Skal i boks

5. Rusmiddelinntaket er opphørt eller endret og det er fare for alvorlige abstinensreaksjoner C

**Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:**

- Grad av toleranseutvikling
  - Inntak av store mengder rusmidler
  - Høy promille uten tilsvarende beruselse
- Tidligere komplisert avrusning (kramper, delir, hallusinasjoner, psykosereaksjoner, alvorlige diaretilstander, BT-reaksjoner/hjerterytmeforstyrrelser)
- Følgetilstander som øker risiko for komplikasjoner
  - Abstinensreaksjoner med samtidig fortsatt rusmiddelinntak
  - Nedsatt søvn og ernæring
- Samtidig forekommende risikofaktorer

- Skader eller sykdom

**Merknad [gwe2]:** Skal i boks

6. Rusmiddelinntaket medfører akutt risiko for atferdsendringer med fare for eget eller andres liv og helse **C**

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Suicidale tanker eller impulser
- Utagerende atferd, redusert impuls kontroll (f.eks)
  - Vold eller alvorlige trusler
  - Bilkjøring eller liknende
  - Annen risikofull atferd som for eksempel å bli liggende ute
- Forvirringstilstander som setter pasienten ute av stand til å ivareta egen sikkerhet

**Merknad [gwe3]:** Skal i boks

7. Rusmiddelinntaket kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall **C**

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Rusmiddelinntaket medfører risiko for relasjonsbrudd til familie eller nære relasjoner
  - Pasienten lever med barn
  - Forholdet til ektefelle, samboer, foreldre ev andre nære pårørende
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige funksjoner
  - Arbeid
  - Aktiviteter/foreningsliv osv med stor betydning
  - Falle ut av en behandlingsprosess
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige rammebetingelser
  - Bolig
  - Økonomisk fungering

**Merknad [gwe4]:** Skal i boks

### 4.3 Rusakuttenheter

Helse- og omsorgsdepartementet ga i januar 2009 et oppdrag til Helse Sør-Øst RHF om at de i samarbeid med Oslo kommune skulle starte arbeidet med etablering av en avdeling/institusjon for rusmiddelavhengige som har behov for akutt-tjenester.

Formålet var å etablere tilgjengelige og helhetlige akutt-tjenester til pasienter med alle former for rusrelaterte problemer, skader og lidelser. Organiseringen og dimensjonering av tjenestetilbudet skulle sikre helhetlige pasientforløp uten brudd i behandlingsskjeden. Samtidig som tilbudet skulle tilpasses denne brukergruppas spesielle behov, var målet at "rusakuttens" tjenester i størst mulig grad skulle være en integrert del av det øvrige tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Forslaget skulle sikre at tjenestene til ruspasienter bygget på prinsippene i rusreformen

og Opptappingsplan for rusfeltet (41). Pr 2014 er det etablert i alt 5 rusakuttenheter. Her omtales kort erfaringene fra Oslo og Bergen.

#### 4.3.1 Oslo

I Oslo ble det opprettet en todelt løsning med ruslegevakt på Oslo kommunale legevakt og rusakuttmottak på Oslo universitetssykehus. På denne måten ble det etablert samme behandlingsskjede for pasienter med rusmiddelproblemer som for andre pasienter. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp innenfor TSB henvises av lege eller NAV/sosialtjeneste. Legevakten henviser flest pasienter, men fastleger står for en økende andel av henvisningene. En stor andel av pasienter henvises fra spesialisthelsetjenesten; ruspoliklinikker i TSB eller døgnbehandling og fra somatiske sykehusavdelinger eller akuttmottak, samt en liten andel pasienter fra psykisk helsevern.

Det er døgnkontinuerlig vaktberedskap ved rusakuttmottaket. Pasienten vurderes ved ankomst av et tverrfaglig team i forhold til medisinske, psykologiske og sosialfaglige aspekter ved situasjonen.

Utfallet av vurderingene kan være:

- Ikke behov for akutthjelp (ev. videre henvisning)
- Behov for akutt poliklinisk intervensjon og ev. kortvarig oppfølging.
- Innleggelse på sengepost
- Overføring til somatisk avdeling eller psykisk helsevern

Akutte polikliniske intervensjoner kan bestå i :

- Kriseintervensjon, reetablering av kontakter og/eller eksisterende profesjonelt/privat nettverk
- Poliklinisk avrusning av opioider eller oppstart/re-oppstart med substitusjonsbehandling
- Poliklinisk avrusning alkohol

For 2/3 av pasientene er ikke poliklinisk intervensjon tilstrekkelig og de legges inn akutt. Sengeposten har 13 senger og pasientene kan være innlagt inntil 48 timer. Det er døgnkontinuerlig tverrfaglig bemanning på sengeposten. Det gjøres somatiske, psykiske og sosialfaglige undersøkelser og intervensjoner. Noe under halvparten av de innlagte pasientene videreføres til avrusningsopphold på aktuell avdeling og noen til somatisk avdeling. For de fleste pasienter som utskrives reetableres tidligere behandlingskontakter.

#### 4.3.2 Bergen

Akuttposten er en del av spesialisthelsetjenesten og driftes til daglig av mottaksklinikken ved Helse Bergen. Posten har 10 sengeplasser som brukes fleksibelt til pasienter med somatiske, psykiatriske og

rusrelaterte diagnoser. Liggetiden ved posten er maksimalt to døgn. Når det gjelder pasienter med rusrelaterte diagnoser har posten ingen nedre aldersgrense. Pasientene blir innlagt direkte fra legevakt eller fastlege og posten tar inn pasienter fra hele regionen i Helse Bergen.

Hovedvekten av pasientene som blir innlagt ved posten har omfattende problematikk innenfor rus- og avhengighetslidelser. Kriteriet for innleggelse ved posten er at pasienten har behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp. Dersom pasienten fyller de medisinske kriteriene for videre øyeblikkelig hjelp forløp, vil pasienten overføres til Skutevikenklinikken (Stiftelsen Bergensklinikkene) eller til Stabiliseringsposten ved Avdeling for rusmedisin (Helse Bergen).

Geografisk er akuttposten beliggende like ved Bergen legevakt. Posten har døgnkontinuerlig bemanning med lege og sykepleiere. Fra mandag til fredag er det tilbud fra Helse- og sosialfaglig akutt-team fra Bergen kommune. Dette teamet bistår i sosialfaglige vurderinger og oppkopling mot andre kommunale hjelpetiltak.

## 5 BRUKERMEDVIRKNING

En *bruker* er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Med *pårørende* mener vi familiemedlemmer eller annen nærstående person til en som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester fra helsetjenesten. Det er pasienten selv som velger sine nærmeste pårørende, jfr. § 1-3 pkt. b i pasient og brukerrettighetsloven (17). Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, det vil si ved valg mellom tilgjengelig og forsvarlig undersøkelses- og behandlingsmetoder. *Brukermedvirkning* er en samlebetegnelse på rettigheter som tilfaller pasienter.

Når det gjelder område for påvirkning og innflytelse skiller en mellom:

- Individnivå: At brukeren har reell påvirkning på utforming, gjennomføring og oppfølging av sitt eget personlige hjelpetilbud
- Systemnivå: At brukerne som gruppe/organisasjon har reell rett til påvirkning og til å delta i utformingen av hjelpetilbudene, og på velferdspolitikken/rusbehandlingen generelt

Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB ble opprettet i 2009 og en av arbeidsgruppene fikk brukermedvirkning som oppgave. Overordnede mål for brukermedvirkning er i følge rapporten: Brukere og pårørende skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå. Den enkelte faglige og administrative leder i et helseforetak har et tydelig ansvar for gjennomføringen av dette i praksis. Brukernes og pårørendes erfaringskunnskap er likeverdig med den helsefaglige kunnskapen. Veilederen "Pårørende en ressurs" bør være kjent og implementert (42). Det bør utarbeides anbefalinger for gjennomføring av brukermedvirkning ved alle enheter. Regionale helsedoretak og helseforetak bør etablere brukerråd/brukerforum på alle relevante nivå.

### 5.1 Reell brukermedvirkning

---

Reell brukermedvirkning innebærer:

- At opplysningsplikten understrekes tydeligere og at den enkelte må sikres reelt grunnlag for valg
- At det utarbeides rutiner for hvordan brukermedvirkning skal gjennomføres ved alle enheter. Enhetene må utarbeide rutiner for å sjekke at virksomheten oppfyller disse punktene.

- At man bruker Individuell plan som et effektivt verktøy for å fremme brukerens interesser. Brukeren peker selv ut hvem som kan medvirke i planen, det gjelder også valg av pårørende.

## 5.2 Brukerkunnskap

---

Brukerne har en egen kunnskap som er noe annet enn den profesjonelles faglige forståelsen. De profesjonelle bør ta brukerkunnskapen inn som likeverdig kunnskap i samhandling med brukerne. Den største utfordringen for å oppnå reell brukermedvirkning er å få virksomhetene til å fokusere på hvordan brukermedvirkning kan implementeres i praksis. Kapittel 1 i veilederen «Sammen om mestring» omhandler brukeren som viktigste aktør (43).

## 5.3 Informasjon og opplæring av brukere og pårørende

---

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et likeverdig og kvalitativt godt tilbud, jf. lov om spesialisthelsetjenester § 3-8 (18). Opplæring av pasienter og pårørende skal inngå som en del av helsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid. Hovedmålet ved informasjonen er å fremme selvstendighet og å mestre endret livssituasjon for brukeren.

## 5.4 Kompetanseutvikling for helsepersonell

---

Formålet er at brukerkunnskap implementeres som likestilt kunnskap. Dette innebærer at helsepersonell integrerer tilgjengelig forskningskunnskap med klinisk erfaring og pasientens egne oppfatninger og verdier. På denne måten sidestilles brukerkunnskap i kunnskapen som ligger til grunn for utformingen av behandlingen (individnivå) og i utdanning av helsepersonell og organisering av tjenestene (systemnivå).

Den forskningsbaserte kunnskapsbasen sier noe om pasientene/brukerne på gruppenivå. Det er imidlertid viktig at behandlingstilbudet tilpasses den enkelte bruker ut fra dennes individuelle erfaringer og behov. Brukere opplever ofte at de ikke får den hjelpen de trenger (44).

I følge en forskningsbasert litteraturoversikt over hva som virker i behandling (45) er dette i stor grad avhengig av pasientens egen styrke og støtte fra omgivelsene, nettverket og relasjonen mellom pasient og behandler. Dette tilsier at en i utdanning av helsepersonell bør vektlegge teorier om brukermedvirkning, selvhjelp, familie- og nettverksbehandling og recovery-tenkning. Disse teoriene synes foreløpig å ha liten plass i grunn- og videreutdanning for helse- og sosialfaglig personell.

Ruspoliklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har sammen med Kompetansesenter Rus-Nord dokumentert sine kliniske erfaringer med bruken av klient- og resultatstyrt praksis (46). Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er en framgangsmåte for å sikre systematisk tilbakemelding fra pasienten om den terapeutiske prosessen og den opplevde nytten av behandlingen (46, 47). Poenget er å verdsette pasientens egen kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen. Fremgangsmåten kan brukes på tvers av teoretisk forståelse og behandlingsmetoder, og er en konkretisering av brukermedvirkning og brukerstyrt behandling på individnivå.

### **Vurdering**

Det eksisterer mange gode beskrivelser av brukermedvirkning og betydningen av dette. Brukerkompetansen fremheves ofte som viktig, men dette gjenspeiles ikke like godt i praktisk handling. Tjenestene er for lite preget av empowerment-perspektivet, der en fremmer pasienters mestring, medvirkning, makt og verdighet i eget liv.

Det første trinnet er å forankre brukermedvirkning på systemnivå.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015 pekes det på at målet med strategiene blant annet er å sikre at tjenestene involverer brukere og gir dem innflytelse (48).

Målet om at brukere skal ha innflytelse på egen behandling må realiseres, og her er spesielt to forhold av betydning. Det brukerfokuserte behandlingsperspektiv og helhetlig tilpassede tjenester. Et grunnleggende prinsipp i brukermedvirkning er at alt arbeid som blir satt i verk for brukere og pårørende skal ha et helhetlig perspektiv, det vil si med samhandling mellom ulike sektorer og nivå. Dialogen med kommunene er sentral for gjennomføring av det helhetlige perspektiv. Individuell plan er her et viktig virkemiddel. Medvirkning foregår lettere i brukerens lokalsamfunn og bør derfor foregå nær der brukeren bor. Lokalbasert helsearbeid, hvor en vektlegger tidlig intervensjon og behandling i lokalsamfunnet er viktig. Forutsetningen for å lykkes med brukermedvirkning er at brukeren og brukerens pårørende er informert og har et hjelpeapparat som er i stand til å verdsette brukerkunnskap som likeverdig med fagkunnskapen.

Det er mulig at bruken av KOR-systemet i avrusningsammenheng vil kunne ivareta brukermedvirkning på individnivå på en god måte ved å gi pasientene innflytelse på abstinensbehandlingen. Virksomheten kan vurdere systemer som sikrer bruk av klient- og resultatstyrt praksis under behandlingen.

En annen mulighet for brukermedvirkning på individnivå er ansettelse av personer med erfaring fra egne rusproblemer i avrusningsenheten. Kunnskapen omfatter både erfaringer med avrusning og erfaring som bruker av tjenester i rusfeltet. Ved flere av landets distriktpsikiatriske poliklinikker er dette gjort, og vi antar at dette også kan virke gunstig for ivaretagelsen av brukermedvirkning også i avrusnings- og behandlingstiltak i TSB (49).



### **Anbefalinger**

1. Tjenestene bør systematisk invitere brukerrepresentanter inn i utviklingen av kompetanseprogram, utarbeiding av skriftlige rutiner og diskusjoner om organiseringen av tjenesten **C**
2. Tjenesten bør organiseres slik at behandlingen muliggjør at pasienten får medvirke i egen prosess og at pårørende får mulighet til å medvirke, dersom pasienten ønsker det **C**
3. Et system for pasient- og pårørendeopplæring bør integreres i virksomheten **C**
4. Virksomheten bør ha systemer som sikrer bruk av Individuell plan under behandlingen **C**
5. Virksomheten bør vurdere å ansette erfaringskonsulent **C**

# 6 GENERELT OM AVRUSNING

## 6.1 Psykososial behandling

---

### 6.1.1 Helhetlig perspektiv på avrusning

#### **Bakgrunn**

Psykososiale tiltak ved avrusning er basert på en forståelse om at helse er mer enn fravær av sykdom. Ottawa-erklæringen fra Verdens helseorganisasjon i 1986 utgjør et ideologisk fundament for en tverrfaglig tilnærming for å fremme pasientens helse og tar utgangspunkt i mestring for pasienten, samt miljøet og nettverkets ressurser (50). Ottawa-erklæringen fokuserer på å sette pasienten i stand til å ha mer kontroll over og å kunne ta mer ansvar for de faktorene som påvirker helsen. Erklæringen peker på to viktige satsingsområder med særlig relevans: Å skape støttende miljøer med tanke på læring og utvikling, og å styrke personlige ferdigheter.

Det helsefremmende perspektivet inkluderer Antonovskys teori om ”opplevelse av sammenheng” som forutsetning for helse (51). Opplevelsen av sammenheng påvirker helsen gjennom hvordan vi takler forskjellige typer stress, og består av komponentene å forstå, å håndtere og å skape mening. Antonovsky pekte dessuten på at konteksten, som materielle forhold, sosial støtte, kultur og tradisjoner samvirker med forståelse, håndtering og mening i individets opplevelse av sammenheng.

Rusmiddelbruk har innenfor en rekke livsområder helsemessig betydning eller konsekvenser. Dette kan være i forhold til:

- Familie, barn, nettverk og kjærlighetsforhold
- Vennskap, relasjoner og sosialt engasjement
- Materielle forhold som bolig, gjeld og økonomi
- Fritid, kultur og personlige interesser
- Arbeid, utdanning og karriere, aktiviteter og rytme i hverdagen
- Psykisk og fysisk tilstand, ernæring og kosthold
- Utvikling personlig og faglig, selvfølelse og selvbylde
- Hvordan en fremstår og egen identitet

En helhetlig tilnærming til pasienter med rusmiddelproblemer har som mål å sette pasienten selv og hennes/hans nettverk, i stand til å ha mer kontroll over de faktorer som påvirker helsen.

### **Vurdering**

Behandlingen bør gjennom ulike tiltak, søke å lindre smerter og ubehag, stimulere til utholdenhet og motivasjon, samt å påbegynne en mental og emosjonell bevisstgjøring av rusens og avhengighetens innvirkning på ulike livsområder. En slik forståelse bør baseres både på biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle elementer. Det er viktig at den tverrfaglige virksomheten bidrar til å bedre pasientens forståelse, håndtering og meningsskapning. Dette krever en faglig utviklingsprosess og en lokal bevisstgjøring i avrusningsenhetene.

I en forståelse der abstinensbehandling favner videre enn selve avrusningen fra rusmidler, er det ønskelig å stille tilsvarende metodiske krav til bruk av miljøterapi og psykososiale tiltak i behandlingen, som man stiller til medikamentell behandling av abstinenser.

Bruk av psykososiale metoder i abstinensbehandling bør avpasses til behandlingens målsetting. Det bør stilles metodiske krav til disse, i form av systematikk og dokumentasjon. Et helhetlig perspektiv på pasienten innebærer en behandling med et bredt perspektiv der det tas hensyn til en rekke faktorer og samarbeidspartnere.

### **Anbefalinger**

1. *Behandlingen bør innrettes med fokus på pasientens forståelse, håndtering og meningsskapning* **C**
2. *Strukturen rundt pasienten bør bidra til å skape støttende miljøer og stimulere til styrking av personlige ferdigheter* **C**

## **6.1.2 Kontaktetablering og relasjon**

### **Bakgrunn**

De fleste pasientene som gjennomgår avrusning har psykososiale utfordringer i tillegg til de kroppslige. Derfor kan det være nyttig å basere miljøterapi og psykososiale tiltak på grunntanker fra miljøterapi i psykisk helsevern. Dette innebærer at alt som skjer, kan brukes til å skape nye emosjonelle og relasjonelle erfaringer hos pasientene. De nye erfaringene kan gi pasienten mulighet både til å lære og å videreutvikle sine mestrings- og problemløsningsteknikker (52, 53). Miljøterapien virker gjennom de relasjonene som oppstår. Den mest avgjørende oppgaven for miljøterapeutene vil derfor være å beholde sin evne til engasjement, fleksibel tenkning og empatisk kommunikasjon, også når relasjonene blir vanskelige (53).

For å skape et støttende miljø og utvikle pasientens personlige ferdigheter er det om å gjøre at pasienten anerkjennes og bekreftes, og ikke krenkes (54, 55). Målet er at pasienten kjenner seg respektert og trygg nok til å meddele seg på sin egen måte. Gjennom et miljø preget av empati, erkjennelse og selvstendigjøring bør pasienten stimuleres til å undersøke egne reaksjoner og oppfatninger (52).

Med spesiell relevans for kontaktetablering og relasjonsarbeidet tidlig i et avrusningsforløp viser forskning at erfaringer med rusproblemer, overdoser og selvmordsatferd ofte ikke verbaliseres, eller at de kommuniseres ved bruk av symbolsk verbalt eller kroppslig språk (56, 57). Ved sykehusinnleggelse kan språk i akutte psykiske kriser by på særlige utfordringer for miljøterapeuter (58).

### **Vurdering**

Muligheten til å erfare positiv tilknytning og å bygge positive relasjoner til nye omsorgspersoner er helt sentral for å oppleve trygghet, for igjen å kunne løsrive seg og inngå nye relasjoner. Dette fordrer kontinuitet i kontakt, god kommunikasjon og informasjonsoverlevering og gjennomgående dokumentasjon.

Behandlingen bør inneholde høy bevissthet på elementer som befordrer relasjonsutvikling og motvirker behandlingsavbrudd. Behandlingskulturen bør være egnet til å formidle anerkjennelse og bekreftelse, med forutsigbarhet og kontinuitet i pasientkontakten.

## **6.1.3 Miljøterapi ved abstinensbehandling**

### **Bakgrunn**

I litteraturen anvendes ulike definisjoner av miljøterapi:

- Miljøterapi er "en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker" (59)
- Miljøterapi/ miljøterapeutisk behandling: Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse.
- "Miljøterapiens hovedoppgave er å skape muligheter for at pasienten i sin situasjon kan arbeide med sin forandring og utvikling. Miljøterapi handler om å definere rammer for pasienten for å ha rom til å ta imot følelser og reaksjoner på disse rammene" (60).

I norsk tradisjon, særlig innenfor psykisk helsevern, benyttes ofte Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser til å avgrense og strukturere en metodisk tilnærming gjennom miljøet (61). Gundersons teori er etter hvert gammel, men anvendes fortsatt i oppdaterte beskrivelser, for eksempel i ”Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon” (62). Denne modellen benytter GAF - Global Assessment of Functioning (63) til å kartlegge i hvilken fase i sykdomsforløpet pasienten befinner seg, og i vurderingen av pasientens tilstand og fremgang.

I svenske retningslinjer for misbruks- og avhengighetsarbeid fremheves behandlingsmiljøets kvalitet og klima, personalets tilnærming og tilgjengelighet som viktige komponenter ved abstinensbehandling (64). Et vesentlig siktemål for tilnærmingen er å forebygge behandlingsavbrudd. Fra samme retningslinje fremheves tre faktorer som kjennetegner studier som viser positive effekter for generell alkohol- og narkotikabehandling 1) tydelig struktur i behandlingen, 2) fokus på avhengigheten eller misbruket, og 3) tilstrekkelig lengde på behandling for å gi effekt.

Selbukollektivet, som var et behandlingstid for unge rusmiddelavhengige, baserte seg i sin drift på grunnleggende holdninger knyttet til tette og forpliktende relasjoner som bærende element i en helhetlig tilnærming (65). Basert på Axel Honneths teori om anerkjennelse som primært grunnlag for utviklings- og endringsprosesser farges miljøet av omsorg, tilknytning, sosialisering, læring og bearbeiding (66).

Sentrale metoder som anvendes innen rusbehandling er kognitiv terapi, sosial nettverksintervensjon, løsningsfokustert terapi/motiverende intervju, tilknytning og relasjonsarbeid, ulike familieintervensjoner, forebyggingsstrategier i forhold til eventuelle nye rusepisoder, ressurs- og mestringsfokus. I ulik grad vurderes disse også anvendbare innen abstinensbehandling.

### **Vurdering**

Kunnskapsgrunnlaget for effekten av psykososiale tiltak i rusbehandling antas å ha overføringsverdi fra generell rusbehandling til behandling i en abstinensfase. Et tverrfaglig behandlingsmiljø kan gjennom personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser være mer eller mindre fylt med psykososiale tiltak, og således medvirke til hvilken utvikling og endring som finner sted.

Aktivitet kan samtidig ha både god hensikt og funksjon, uten å være terapi. I den grad aktiviteten anvender miljøet, miljøbetingelser og personene i miljøet, går aktiviteten over til å kunne betegnes miljøarbeid eller psykososiale tiltak. Målretting og systematisering av disse, med individuell tilrettelegging relatert til behandlingens mål og med tilhørende dokumentasjon, gir grunnlag for å betegne tilnæringsmåten som miljøterapi. En primær oppgave er å legge til rette, slik at pasienten gis mulighet til å arbeide med sin egen utvikling, gjennom å tilby tydelige strukturer og stabile relasjoner.

I lys av kunnskap om hvordan erfaringer som gjerne er skambelagte, ikke kommuniseres åpent, blir det viktig at et støttende miljø evner å rette oppmerksomheten mot, identifiserer og reagerer på

pasientens eventuelle symbolske språk. Med samtalen som redskap kan miljøterapeutene bidra til å øke pasientens individuelle ferdigheter til å uttrykke seg om sin situasjon og om hva som kan være god hjelp.

Kravet til kvalitetssikring gjør at miljøterapi bør være skriftlig. Systematikk vil videre bidra til å sikre kvaliteten på arbeidet.

Miljøterapi forutsetter at man:

- Vet hva en skal arbeide med og hvorfor. Dette bør fremkomme gjennom henvisning/individuell plan (IP), eventuelt behandlingsplan.
- Avdelingen bør ha en form for evaluering eller måling av pasienterfaring, slik at en kan dokumentere resultatene

### **Anbefalinger**

1. *Miljøterapiens arbeidsmåte og teoretisk forankring bør fremgå av avdelingens planverk/prosedyrer* **C**
2. *Abstinensbehandling bør kombinere farmakologisk og psykososial behandling* **C**

## 6.1.4 Psykososiale tiltak ved poliklinisk avrusning

### **Bakgrunn**

Poliklinisk avrusning som omsorgsnivå er beskrevet under det enkelte kapittel om alkohol, benzodiazepiner og opioider.

### **Vurdering**

Også ved polikliniske tiltak er det om å gjøre at pasienten anerkjennes og bekreftes, og ikke krenkes. Pasienten skal kjenne seg respektert og trygg nok til å meddele seg på sin egen måte. Kontakt og dialog under poliklinisk avrusning bør ivareta mulighet for nødvendig forståelse, anerkjennelse, mestring, relasjon og selvstendigjøring.

Støttefunksjoner i form av konkrete personer (nettverk, familie, behandler) bør etableres:

- Familiestøtte (kartlegge, informere og opplyse, støttegruppe)
- Jevnlig og hyppig kontakt med behandler
- Avtale om tilgang på rask innleggelse ved behov
- Avtalt oppfølging etter avrusning – med eller uten innleggelse

## **Anbefalinger**

1. Poliklinisk avrusning bør innebære støttefunksjoner i form av konkrete personer som

### **C**

- kan bidra til nødvendig trygghet for pasienten
- kan være tilstede under avrusningen og overvåke pasienten med tanke på forverring
- arbeider i ambulante og oppsøkende psykososiale team

## 6.1.5 Kompetanse og opplæring

### **Bakgrunn**

Miljøterapi er et arbeid som utspiller seg i møter mellom mennesker, hvor både menneskenes styrke og muligheter, så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre, spiller seg ut. Som miljøterapeut kreves generell menneskekunnskap og en profesjonell kompetanse som omfatter kunnskap, ferdighet og handlingsevne i forhold til det som er spesielt for det individet og den gruppen man arbeider med.

### **Vurdering**

Å kunne fylle rollen som miljøterapeut forutsetter kunnskap om holdninger og verdier – eksempelvis: et helhetlig og humanistisk menneskesyn, tillit til at mennesker selv kjenner sine problemer, lojalitet (til beslutninger) og tro på at endring er mulig.

Holdninger og verdier har bare gyldighet dersom de kommer frem i handlinger. En miljøterapeut bør være bevisst på hvordan en samarbeider med, og virker inn på andre. Slik bevissthet kan utvikles gjennom refleksjon over tilbakemeldinger gjennom veiledning, undervisning, bearbeiding, aktiv tilbakemeldingskultur og deltakelse på kurs og videreutdanning.

Videre kreves det kompetanse i de metoder som benyttes – eksempelvis: observasjon, samtaler, veiledning, samhandling i grupper og i aktiviteter, struktur i dagliglivet, ADL-trening, kommunikasjon én til én og i grupper, relasjonsarbeid, familie- og nettverksarbeid.

For å lykkes i relasjonsarbeid trenger en miljøterapeut personlige egenskaper som gjør at han/hun kan bygge og bruke relasjoner i en terapeutisk sammenheng. Strong peker på at samarbeid i slike situasjoner bør forankres i utvikling av dialog og arbeide i fellesskap (67). En filosofisk tilnærming til relasjons- og samarbeid gis av Skjervheim (68). Hans idé er at for å få dette til må miljøterapeuter være deltakere (subjekt) mer enn tilskuere (objekt) i samarbeidet med pasienten. Noen egenskaper som miljøterapeuter med fordel bør inneha: humor, ro og tålmodighet, empati, være glad i mennesker, være ydmyk i egen rolle, engasjement og positivitet, være reflektert,

samarbeidsorientering, trygghet og fleksibilitet, evne til å sette grenser for seg selv og andre, og samtidig vise omsorg.

Med erfaringskompetanse, menes den erfaringsbaserte kunnskapen og viten man får i utøvelse av en aktivitet, et fag eller yrke og som ofte ikke lar seg forklare med ord. Slik kunnskap er vanskelig å formulere i en lærebok eller rutinebeskrivelse, og det vil alltid være lettere å demonstrere. Den som blir vist, finner sin egen måte å gjøre det på og skriver dermed et nytt avsnitt i den tause kunnskapen. Metoden er beskrevet i boka til Strømfors og Edland-Gryt om betydningen av praksisrefleksjoner på arbeidsplassen (69).

### **Anbefalinger**

1. Den enkelte miljøterapeut ansatt bør inneha kompetanse i: **C**
  - Motiverende intervju
  - Etablering og bygging av relasjon
  - Miljøterapi ved enheten (hva, når og hvordan)
  - Kartlegging av suicidal- og voldsrisiko (formidle behov for vurdering av spesialist)
2. Enheten bør ha system for metodisk veiledning **C**
3. Enheten bør organisere arbeidet så ansatte sikres mulighet for faglig og etisk refleksjon i forhold til daglig praksis **C**

## **6.2 Behandling med legemidler**

---

### **6.2.1 Symptomlindrende behandling**

Symptomlindrende behandling er en del av abstinensbehandlingen. Den kan bidra til at mer alvorlige tilstander, som delir, ikke utvikler seg. Behandling med legemidler bidrar også til å gjøre oppholdet ved institusjonen lettere å gjennomføre for pasienten.

Ofte vil pasienter med rus- og avhengighetslidelser ha fokus på medikamentell lindring av både kroppslig og psykisk ubehag. Det er derfor viktig å gi pasienten realistiske forventninger til hva støttende legemiddelbehandling kan bidra med. Psykososiale tiltak som retter seg mot å hjelpe pasienten til å holde ut eget ubehag er viktig og komplementær til legemiddelbehandlingen.



Symptomatisk behandling med legemidler i abstinensbehandlingen av de enkelte rusmidler, er beskrevet i kapitlene som omhandler disse. I det følgende vil kartlegging og behandling av symptomer som ofte er tilstede i en avrusningssituasjon, uavhengig av hvilket rusmiddel pasienten har brukt i forkant, beskrives.

## 6.2.2 Søvnforstyrrelser

### **Bakgrunn**

Søvnforstyrrelser er vanlig forekommende hos pasienter med rus- og avhengighetslidelser. De opptrer hyppig i en avrusningssituasjon, både fordi abstinensene i seg selv kan gi søvnproblemer, men også fordi pasienten ikke lenger bruker de rusmidlene de brukte som selvmedisinering for sine opprinnelige søvnvansker. Det er derfor viktig å foreta en grundig kartlegging av og ha en bred tilnærming til pasientens søvnforstyrrelse.

### Definisjon og klassifisering av søvnvansker

Søvnproblem defineres som en subjektiv opplevelse av dårlig søvn. Det omfatter vanskeligheter med å falle i søvn, vanskeligheter med å opprettholde søvn, samt opplevelse av ikke å være uthvilt etter søvn.

En skiller mellom *primær søvnforstyrrelse*, der årsaken ikke er en somatisk, psykisk eller rusrelatert sykdom, og *sekundær søvnforstyrrelse*, som har sin årsak i somatisk, psykisk eller rusrelatert sykdom. Det er grunn til å tro at sekundær søvnforstyrrelse er vanligst forekommende hos pasienter i en avrusningssituasjon. Ved sannsynlig sekundær søvnforstyrrelse er det viktig å identifisere og behandle årsaken til søvnforstyrrelsen.

Søvnforstyrrelsens alvorlighetsgrad vurderes primært ut fra hvilken innvirkning den har på pasientens daglige funksjon og ikke ut fra søvnens varighet.

### Mulige årsaker til søvnproblemer

- Abstinenssymptomer
- Stress-symptomer, opplevelse av mangelfull mestring av egen situasjon
- Søvn-åpne syndrom
- Forsinket søvnfasesyndrom, med eller uten tilknytning til ADHD
- Angstlidelser, som PTSD eller panikkangst
- Depresjon
- Mani eller hypomani
- Bivirkninger av ulike legemidler
- Stoffskiftesykdommer
- Kroppslige smertetilstander
- Restless legs

- Hard trening rett for sengetid
- Inntak av koffein like før leggetid
- Forhold i omgivelsene, som støy, temperaturen på soverommet etc.

### Vurdering

Behandlingen bør tilpasses årsaken til søvnforstyrrelsen, når denne er utredet og kartlagt. Det henvises til generell faglitteratur for behandling av ulike spesifikke tilstander.

Pasientens søvnvansker bør kartlegges. Søvn dagbok bør brukes som hjelpemiddel for å kartlegge hvordan søvnforstyrrelsen påvirker søvnen. Pasientens egne erfaringer med hva som virker i avrusningssituasjonen, både ikke-medikamentelle tiltak og legemidler, bør tillegges vesentlig vekt.

Se også [www.sovno.no](http://www.sovno.no).

### Anbefalinger

#### 1. Pasientenes søvnvansker bør kartlegges **C**

##### Kartleggingen av søvnvanskene bør inkludere:

- Er det innsøvningen som er vanskelig, eller er det stadige oppvåkninger og vansker med å holde på søvnen?
- Er det tidlig oppvåkning om morgenen?
- Føler pasienten seg utvilt etter en natts søvn?
- Hvilke konsekvenser har søvnvanskene for pasientens fungering på dagtid?
- Gir søvnvanskene pasienten en opplevelse av å være sliten på dagtid, til forskjell fra søvnløshet?
- Oppstod søvnvanskene under avrusningen eller har de vært til stede også i forkant, mens pasienten ruset seg?
- Har pasienten erfaring med at søvnvanskene har vært til stede også ved tidligere avrusninger?
- Var søvnvanskene til stede også i en alder før pasienten begynte og ruse seg?
- Har de vært til stede under tidligere behandlingsopphold, også etter gjennomført avrusning?
- Har søvnvanskene vært utredet tidligere?
- Hvilken behandling har vært prøvd, både ikke-medikamentell og legemidler?
- Hva tror pasienten selv at søvnvanskene skyldes eller har sammenheng med?
- Hvordan har pasientens døgnrytme vært i perioden før avrusningen?
- Hvilken rolle har søvnvanskene spilt i forhold til å klare å gjennomføre tidligere avrusninger?

**Merknad [gwe5]:** Skal i boks

2. Generelle søvnhygieniske prinsipper bør følges: **C**

- Redusere mengden kaffe, særlig på ettermiddag og kveld
- Ikke innta nikotin nær opp til sengetid
- Unngå store måltider før sengetid
- Unngå hard fysisk trening de siste tre timer før sengetid
- Innarbeide en regelmessig døgnrytme
- Unngå søvn på dagtid, særlig på kvelden
- Stå opp til et fast tidspunkt om morgenen, uansett hvor mye eller lite man har sovet.
- Sikre en behagelig temperatur på soverommet, og unngå lys og støy
- For å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng bør en stå opp og ikke oppholde seg i sengen dersom en ikke får sove, samt ikke oppholde seg i sengen på dagtid i forbindelse med andre aktiviteter.

**Merknad [gwe6]:** Skal i boks

### Behandling av abstinensrelaterte søvnvansker med legemidler

De mest brukte sovemedisinene i avrusning har dårlig dokumentert effekt (Kilde: Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)). Dette inkluderer antihistaminer, nevroleptika, antidepressiva med sedativ effekt (TCA, mianserin og mirtazepin) og melatonin.

Benzodiazepiner og z-hypnotika har bedre dokumentert effekt, men man bør være mer forsiktig med slike preparater hos pasienter med rus- og avhengighetslidelser.

#### **Vurdering**

Bandling for søvnvansker med legemidler anbefales kun som korttidsterapi. Legemidlene har ofte bivirkninger som døsighet på dagtid, motoriske koordinasjonsproblemer og kognitive forstyrrelser.

Ved legemiddelbehandling av abstinensrelaterte søvnforstyrrelser bør kun ett legemiddel brukes ad gangen. Dette for å unngå problematikk knyttet til farmakologiske interaksjoner, og for best mulig å kunne vurdere behandlingseffekt av det enkelte legemiddelet (14).

Anbefalt legemiddelbehandling for søvnvansker ved symptomer på predelir eller delir er beskrevet i kapittel 8.4.6. Ved fare for delirutvikling ved alkoholabstinens bør det ikke gis zopiklon.

#### **Anbefalinger:**

1. Ved legemiddelbehandling av abstinensrelaterte søvnforstyrrelser bør ett av følgende preparat forsøkes først: **C**
  - Trimipramin
  - Mianserin

- *Alimemazin*
2. *Ved mangelfull søvn over to døgn og klinisk preg av dette, bør det gis zopiklon om kvelden, i inntil tre døgn* **C**
  3. *Dersom en heller ikke oppnår søvneffekt ved bruk av zopiklon, bør det gis et søvninduserende benzodiazepin, som nitrazepam, i inntil tre døgn* **C**

### 6.2.3 Uro og angst

Opplevelse av uro og angst er vanlig hos pasienter under avrusning. Årsaken til denne tilstanden er som regel sammensatt. Pasientene har ofte en vanskelig livssituasjon, og fravær av rusmidler gjør at tankene på og følelsene knyttet til denne trer tydeligere frem. Videre har pasientene ofte samtidige psykiske lidelser, der uro og angstfølelse er sentrale symptomer. Ofte hører symptomene ofte sammen med og er en del av et abstinenssyndrom.

#### **Bakgrunn**

Det ligger utenfor denne retningslinjens mandat å gå nærmere inn på kartlegging av slike tilstander. Det henvises til utførlig behandling av temaet i Helsedirektoratets "Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser" (70).

#### **Vurdering**

Symptomer på angst og uro bør kartlegges og utredes med tanke på underliggende psykisk lidelse. Allerede diagnostisert psykisk lidelse bør være retningsgivende for hvilken behandling man skal tilby pasienten for opplevelsen av uro og angst, også under avrusning.

Ved angst og uro i forbindelse med alkoholabstinens bør dette kartlegges som del av CIWA – scoringen og behandles i tråd med den. Se kapittel 8.

Psykososiale tiltak bør være sentrale i den symptomatiske behandlingen av angst og uro hos pasienter under avrusning (se 6.2).

#### **Anbefalinger:**

1. *Psykososiale tiltak bør være sentrale i den symptomatiske behandlingen av angst og uro hos pasienter i en avrusingsfase* **C**

2. Ved symptomatisk legemiddelbehandling av angst og uro knyttet til abstinens bør det primært brukes preparater som ikke kan gi rus eller fare for utvikling av avhengighetslidelse

C

3. Følgende legemidler kan benyttes: D

- Hydroxizin
- Chlorprothixen
- Ved sterk psykisk uro, mistanke om utvikling i retning av psykose, bør olanzapin benyttes

## 6.3 Støttebehandling

---

### 6.3.1 Akupunktur og annen støttebehandling

#### **Bakgrunn**

Bruk av akupunktur, enten i form av øreakupunktur eller tradisjonell akupunktur har vært brukt som et hjelpemiddel under avrusning og for å lindre abstinens under nedtrapping. De fleste studier er gjort i Kina, men det foreligger også en del studier fra vestlige land.

En tidlig oversiktsartikkel viste at akupunktur bidro til bedre, sikrere og mer effektiv avrusning av opioidavhengige (71). Oversiktsartikler utført de siste 10 årene, viser ingen klar effekt av akupunktur ved avrusning av opioidavhengige. Cui konkluderer med at akupunktur kan ha effekt som tilleggsbehandling til legemidler, men de fant ikke effekt av akupunktur som behandling alene ved avrusning (72). Det synes som at Han's acupoint nervestimulering (HANS) var bedre enn tradisjonell akupunktur. Hovedinnvendingen er at den vitenskapelige standarden på akupunkturstudiene har vært av lav kvalitet og at designet spriker betydelig mellom studiene. Liu konkluderer i sin oversiktsartikkel med at akupunktur kombinert med opioidagonist kan fungere bra ved avrusning av opioidavhengige, og bedre enn akupunktur alene (73). Man fant imidlertid ingen forskjell i hyppighet av tilbakefall de første seks månedene etter avrusning mellom de to gruppene.

Jordan konkluderte i sin oversiktsartikkel med at det stort sett kun finnes evidens for effekt av akupunktur i ikke-kontrollerte studier (74). Clayton foretok en metaanalyse hvor man ikke fant effekt av tilleggsbehandling med alternativ medisin som akupunktur, urtemedisin, diett-tillegg, hypnose, meditasjon, yoga og en del andre metoder ved avrusning (75). Clayton anfører at hovedgrunnen til at man ikke kan konkludere sikkert med om slik type behandling har effekt, skyldes at studiene generelt ikke kan sammenliknes på grunn av forskjellig design og intervensjon og at studiene ofte har dårlig kvalitet.

## **Vurdering**

Studier når det gjelder bruk av akupunktur under avrusning synes generelt å være mangelfulle når det gjelder gode forskningsmetoder og sammenliknbare studiedesign. Forklaringen på at tidlige studier rapporterte om positiv effekt av akupunktur ved avrusning var trolig basert på positive synergistiske placeboeffekter. Det var trolig kombinasjonen av pågående rådgivning, omsorg, behandlingsmiljø, støttegrupper og andre terapeutiske tiltak som sto for det meste av behandlingseffekten.

Studier av akupunktur ved avrusning er gjennomgående mangelfulle når det gjelder kvalitet og studiedesign som gjør at forskjellige studier ikke kan sammenliknes. Etter snart 40 år med aktiv forskning på akupunktur ved avrusning både i asiatiske og vestlige land er det fortsatt ikke dokumentert at akupunktur alene har en sikker, positiv effekt ved avrusning. Det tas imidlertid et lite forbehold om at det kan foreligge nyere kinesiske studier som ikke er oversatt til engelsk.

### **6.3.2 Fysisk aktivitet**

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet er viktig og gunstig for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Fysisk aktivitet ser ut til å ha gunstig påvirkning både på fysisk og psykisk helse. Mange kan ha problemer med å komme i gang med fysisk aktivitet på egen hånd, og miljøterapeuter har derfor en viktig funksjon som tilretteleggere og motivatorer (76, 77). Det er lite forskning på effekten av fysisk aktivitet i abstinensbehandling. Klinisk erfaring taler for at den største effekten ligger i lindring av somatiske abstinenssymptomer (78). Flere studier har vist at pasientene har kommet seg raskere gjennom denne fasen ved at treningen har redusert skjelvinger, svettetokter, angst og uro, samt bedret søvnkvaliteten gjennom lavintensiv kondisjonstrening (79). Anbefalt aktivitet i denne fasen er lavintensiv kondisjonstrening i form av spaserturer, sykling på ergometersykkel, avspenningsteknikker og etter hvert også lett styrketrening. Mange pasienter gir uttrykk for at det i denne fasen er godt å aktivisere seg gjennom aktivitet og at en da får tankene over på noe annet enn plagene som denne fasen ofte medfører. Mange tilbakemeldinger fra pasienter tilsier at lett, daglig aktivitet er å anbefale (77).

#### **Anbefalinger:**

1. *Fysisk aktivitet bør tilbys rutinemessig, tilpasset pasientens tilstand* C

## 6.4 Oppfølging/behandling etter avrusning

---

Avrusning, enten poliklinisk eller på institusjon, er en del av et behandlingsforløp og pasienten bør alltid tilbys oppfølging og/eller behandling i etterkant. Ideelt sett bør dette være planlagt og avtalt før avrusningen påbegynnes. I dette kapitlet omtales oppfølging og behandling som er uavhengig av hvilke(t) rusmidler eller avhengighetsskapende legemidler som har vært brukt. Spesifikke forhold som gjelder det enkelte rusmiddel/legemiddel omtales under det aktuelle kapitlet.

### 6.4.1 Selvhjelpsgrupper

Selvhjelpsgrupper som for eksempel Anonyme Alkoholikere (AA) eller Anonyme Narkomane (NA) har vist seg svært nyttige både for å opprettholde edruskap og bedre livskvalitet. Tilhørighet til selvhjelpsgrupper kan være avgjørende for rusmiddelavhengiges muligheter for å opprettholde en rusfri tilværelse. Terapeuter bør ha en grunnleggende positiv holdning til selvhjelpsgrupper og bistå med å etablere kontakt med disse. Det finnes en del forskning fra Sørlandet sykehus om nytten av slike grupper (80-82). En nylig publisert studie av Vederhus viser at motiverende intervju er mer effektivt enn «brief intervention» for å få pasienter til å engasjere seg i 12-trinnsgrupper etter et avrusningsopphold (83).

Mange pasienter har understreket betydningen av selvhjelpsgrupper for at de har kommet seg gjennom avrusning og har fått hjelp til å hindre nye drikkeperioder. Noen institusjoner har et tett samarbeid med selvhjelpsgrupper også under avrusningsforløpet, mens andre har ingen slik kontakt.

Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD) utga i 2006 en publikasjon om personer med illegalt rusmiddelbruk og deres erfaringer med kriminalisering, stigma, utstøtingsprosesser og (manglende) mulighet for å delta i relevante brukerorganisasjoner eller organisere seg i andre lag og foreninger med tanke på å "omgjøre" personlige problemer til legitime politiske saker (1 ref). Forfatterne mener det å organisere seg i sosiale nettverk kan ha stor betydning for å kunne mobilisere egne krefter og ressurser av betydning for den enkeltes bedringsprosess.

Selvhjelp Norge fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å kartlegge selvhjelpsgrupper på rusfeltet, totalt er 499 selvhjelpsgrupper/tiltak fordelt på fylker beskrevet i heftet fra 2009:

<http://www.selvhjelp.no/no/Materiell/Hefte%3A+Selvorganisert+selvhjelp+i+m%C3%B8te+med+rusproblemer.9UFRDIYS.ips>

### **Vurdering**

De ulike selvhjelpsgruppene er viktige bidragsyttere etter avrusningen. Gruppene tilbyr en sosial tilhørighet og driver i tillegg oppsøkende virksomhet. Gruppen Anonyme alkoholikere har et verdensomspennende nettverk slik at brukerne kan søke likesinnede overalt hvor de måtte befinne seg. Personer i sårbare faser oppsøker ofte flere grupper i løpet av en uke for å hindre tilbakefall.

Det finnes flere brukerorganisasjoner for rusavhengige som det kan være aktuelt å henviser til, bl.a. Pro-LAR, A-larm, Foreningen for Human Narkotikapolitikk, RIO, LAR-nett og MARBORG.

### **Anbefaling**

1. Før avrusningen påbegynnes, bør tiltak etter avrusningen være planlagt i form av etterfølgende psykososiale tiltak og/eller legemidler. Tiltakene skal alltid utformes sammen med pasienten. **C**
2. Helsepersonell bør informere om selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner og tilby å formidle kontakt med slike **C**



# 7 KARTLEGGING

## 7.1 Informasjon

---

Før avrusning igangsettes, må behandler forsikre seg om at pasienten får informasjon som er tilpasset den enkeltes situasjon. Pasienten har rett til informasjon etter pasientrettighetslovens § 3-2 (17) og spesialisthelsetjenestelovens § 3-11 (18).

### **Anbefalinger**

1. *Pasienten bør informeres om følgende forhold:* **C**
  - *De fysiske og psykologiske aspektene ved avrusning, inkludert varighet og intensitet av symptomene*
  - *Hvordan en kan bruke psykososiale tiltak for å klare å gjennomføre avrusningen*
  - *Hvordan en kan bruke legemidler for å lette avrusningen*
  - *Behandling og/eller oppfølging etter en avrusning for å opprettholde/forbedre rusfrihet/pasientens tilstand*

## 7.2 Sykehistorie og klinisk undersøkelse

---

### **Bakgrunn**

Sykehistorien (anamnesen) og den kliniske undersøkelsen er av stor betydning for å kunne vurdere risiko for at pasienten skal utvikle alvorlige abstinenssymptomer og eventuelt komplikasjoner i løpet av avrusningen.

Der hvor det er mulig bør kartleggingen baseres på tidligere opplysninger, slik at pasienten ikke behøver å gjenta sin sykehistorie unødige.

## Vurdering

### Rusmiddelanamnese

- For hvert rusmiddel/legemiddel kartlegges:
  - Når begynte pasienten å bruke rusmiddelet/legemidlet?
  - Detaljert fokus på bruk av rusmiddel/legemidler siste måned og uke (type, hyppighet, mengde og inntaksmåte (administrasjonsform))
  - Siste inntak av rusmiddel/rusmiddel?
- Har pasienten tatt overdoser av rusmidler/legemidler?
  - Hvilke rusmidler/legemidler var involvert?
  - Hjelp fra kamerater, ambulanse, innleggelse

### Spesifikt om alkohol

- En grundig kartlegging av alkoholforbruk siste måned og siste uke foretas (type alkohol, mengde, hyppighet og drikkemønster)
- Hvilken type alkohol drikkes, hvor mye og hvor hyppig drikker pasienten? Videre bør drikkemønsteret og eventuell avhengighet vurderes: Drikker pasienten daglig, om morgenen, hvor høyt prioriteres alkohol i pasientens liv?
- Den kliniske undersøkelsen bør rettes inn mot tegn på alkoholintoksikasjon, abstinenssymptomer, delirium tremens, Wernickes-Korsakoffs encefalopati, fysiske skader eller medisinske symptomer.

### Erfaringer med tidligere avrusningsforløp

- Har pasienten vært innlagt for abstinensproblemer?
- Hvilke erfaringer har pasienten med legemidler brukt ved avrusning?
- Hvordan har væske- og næringsinntaket vært?
- Har pasienten hatt komplikasjoner under avrusning (kramper, psykose, uttørring)?
- Alkohol: Har det vært alkoholiske kramper eller delirium tremens?
  - Er det kjente elektrolyttforstyrrelser (forstyrrelser i kroppens saltbalanse)?

### Kartlegging av somatisk helse

- Tidligere sykehusinnleggelse?
- Har pasienten noen kroniske sykdommer?
  - Infeksjonssykdommer (hepatitt A, B, C, HIV)
  - Hjerte/kar sykdommer
  - Andre sykdommer
- Har pasienten kjente allergier?
- Bruker pasienten noen faste legemidler?
- Tidligere blødninger i mage/tarmkanalen
- Er pasienten gravid?
- Nåværende somatiske helse inkludert pågående infeksjoner

### Kartlegging av psykisk helse

- Tidligere sykehusinnleggelser
- Lagvarige psykiske lidelser
- Bruker pasienten noen faste legemidler?
- Har det tidligere vært suicidalforsøk?
- Nåværende psykiske helse (hallusinasjoner, angst, depresjon)

### Kartlegging av psykososiale forhold hos pasienten

- Familie og samboer/ektefelle
- Omsorg for barn
- Bolig/boforhold
- Sysselsetting
- Økonomi
- Kriminalitet
- Vold og aggresjon (utsatt for vold, utøver av vold)

**Merknad [gwe7]:** I boks

### **Anbefalinger**

1. Pasienten bør undersøkes av lege før avrusningen starter **C**
2. En grundig kartlegging av følgende forhold hos pasienten bør foretas: **C**
  - a. Rusmiddel- og legemiddelforbruket
  - b. Hvordan tidligere avrusningsforløp har vært?
  - c. Somatisk helse
  - d. Psykisk helse
  - e. Søvn, med fokus på søvn ved tidligere avrusninger og siste uke
  - f. Psykososiale forhold
3. Den kliniske undersøkelsen av pasienten bør omfatte **C**
  - a. Er pasienten orientert for tid og sted?
  - b. Temperatur, puls, blodtrykk, pupiller, respirasjon, vekt, reflekser
  - c. Psykiske symptomer (hallusinasjoner, angst, aggresjon)
  - d. Somatiske tegn (ernæringsstatus, tegn på leversvikt, stikkmerker, sår/absesser)
4. Følgende laboratorieundersøkelser av pasienten bør kunne foretas: **C**
  - a. Promillemåling i ekspirasjonsluft
  - b. Hematologi (elektrolytter, glukose, lever- og nyrefunksjon)
  - c. Urin - vanlig undersøkelse
  - d. Urin analyse/spyttprøve for rusmidler/vanedannende medikamenter
  - e. Graviditetstest
  - f. EKG hos alle over 50 år

### 7.3 Aktuelle kartleggings skjema

---

Her redegjøres det for kartleggings skjema som kan være aktuelle å benytte i en avrusnings situasjon.

#### 7.3.1 AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ble utviklet av verdens helseorganisasjon for å kunne identifisere personer med et alkoholkonsum som er risikofylt eller helseskadelig (84-86). AUDIT består av 10 spørsmål og kan brukes til å måle alkoholbruken fram til avrusning. Samtlige spørsmål graderes fra 0 til 4, ved samlet verdi over 8 er det grunnlag for å vurdere tiltak mot alkoholbruk.

AUDIT kan for eksempel være nyttig i allmennpraksis, i spesialisthelsetjenesten og i varetekt/fengsel. Skjemaet tar 2 minutter å fylle ut og ytterligere ett minutt å tolke. Skjemaet kan brukes av alle faggrupper etter opplæring. Testen (elektronisk) og manualen kan lastes ned fra <http://www.snakkomrus.no/audit/index.html>.

#### 7.3.2 FAST

FAST (The Fast Alcohol Screening Test) er basert på AUDIT og er utviklet for bruk i travle kliniske settinger (87, 88). FAST består av 4 spørsmål, tar 20 sekunder å fylle ut og kort tid å tolke. Skjemaet kan fylles ut av pasienten selv, men ansatte bør være tilgjengelig for å kunne svare på spørsmål og sjekke at skjemaet fylles ut riktig. FAST er ikke egnet for personer som er ruspåvirket.

FAST er egnet for bruk i legevakt, akuttmedisinske avdelinger og i primærhelsetjenesten. Hvis kartleggingen viser at pasienten drikker risikofylt, bør den etterfølges av en intervensjonssamtale med helsepersonell (brief intervention).

#### 7.3.3 CAGE

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) er et kort og relativt lite konfronterende kartleggings skjema (89). Det består av 4 spørsmål som angår eget ønske om å slutte, kritikk fra andre, skyldfølelse og morgendrikkning. CAGE tar mindre enn ett minutt å fylle ut og kan tolkes umiddelbart. Det kreves ingen opplæring av ansatte og kan fylles ut av fagpersonell eller hjelpepersonell.

Det er spesielt egnet for bruk i primærhelsetjenesten og for avdelinger i spesialisthelsetjenesten utenom TSB.

#### 7.3.4 CIWA-Ar

CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment) består av 10 spørsmål. Dette er et godt utprøvd, kort, enkelt og klinisk nyttig kartleggings skjema (90-92). Det kan benyttes både til å følge alkoholavrusning og ved utprøving av legemidler i alkoholavrusning. Skjemaet måler

avrusningssymptomer som kvalme, svetting, skjelving, angst, rastløshet, sensibilitetsforstyrrelser, hørselsforstyrrelser, synsforstyrrelser, hodepine og bevissthetstilstand. Skjemaet gir et klinisk bilde av graden av alkoholabstinens og kan benyttes til å følge avrusningen. CIWA-Ar gjør fagfolk oppmerksomme på de forskjellige symptomene ved alkoholabstinens og gjør det enklere og foreta kliniske beslutningene om behandling. Skjemaet tar 2 minutter å fylle ut og ytterligere 5 minutter for å skåre/tolke. Skjemaet kan brukes av fagpersonell og opplæring bør gis.

### 7.3.5 TWEAK

TWEAK-instrumentet (Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down) anses som spesielt nyttig for å kunne fange opp risikofylt bruk av alkohol hos gravide (93, 94). Testen (elektronisk) og manualen på norsk finnes her: <http://www.snakkomrus.no/tweak/index.html>.

### 7.3.6 DUDIT

Et selvrapporteringskjema med 11 spørsmål som det tar 5 minutter å fylle ut. Formålet er å avdekke rusproblemer. Studier viser at skjemaet er velegnet til å avdekke avhengighet av illegale rusmidler med en sensitivitet på 80 % (95, 96). Testen (elektronisk) og manualen kan lastes ned her: <http://www.snakkomrus.no/dudit/index.html>.

### 7.3.7 DUDIT-E

DUDIT-E er et fordypningskjema for personer med et identifisert problem av illegale rusmidler/og eller vanedannende legemidler. Skjemaet inneholder 54 spørsmål og kartlegger bruk av forskjellige rusmidler og hvilke betydning (positiv/negativ) rusmidlene har for pasienten. Skjemaet tar 20-25 minutter ved selvutfylling og noe lengre tid som en del av et intervju/klinisk samtale.

Skjemaet kan brukes som en kartlegging i begynnelsen av en behandling, men også som oppfølging av behandlingen ved gjentatt skåring (97). Testen (elektronisk) og manualen kan lastes ned fra <http://www.snakkomrus.no/dudit-e/index.html>.

### 7.3.8 Europ-ASI

Europ-ASI (European Addiction Severity Index) er en europeisk tilpasning til «Addiction Severity Index» som ble utviklet av McLellan i USA i 1992. Europ-ASI er et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy som kartlegger fysisk helse, utdanning/arbeid og økonomi, alkohol, narkotiske stoffer og legemidler, kriminalitet, familie- og sosial relasjoner og psykisk helse. Bruk av skjemaet forutsetter sertifisering etter 3 dagers opplæring og utfylling tar 1 til 1 ½ time.

Europ-ASI har vært brukt og brukes fortsatt til forskningsformål i Norge, men er etter hvert også utbredt til klinisk bruk (98-100). EuroADAD (European Adolescent Assessment Dialogue) er et tilsvarende intervju som er særlig tilpasset ungdom (12-24 år). Europ-ASI og EuroADAD vil oftest vurderes som for omfattende for kartlegging for pasienter som kun innlegges til avrusning.

### 7.3.9 COWS

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (101).

### 7.3.10 OWS

OWS (Opiate Withdrawal Scale) (102).

### 7.3.11 SOWS

SOWS (Short Opiate Withdrawal Scale) brukes til å kartlegge pasienters symptomer på opioidabstinens (se også 10.2.1). Et spørreskjema med 16 spørsmål (103).

#### **Vurdering**

Kunnskapssenteret gjorde en vurdering av aktuelle kartleggingsskjemaer i forbindelse med arbeidet med ROP-retningslinjen (70). Denne gjennomgangen viste gode resultater ved bruk av CAGE og AUDIT [2007 860 /id]. I en systematisk oppsummering av screening i allmennpraksis, konkluderer forfatteren med at selv om det er metodologiske problemer, så anbefales screeninginstrumenter til å identifisere alkoholproblemer (104). Det fremholdes i artikkelen at AUDIT er mest effektivt når det gjelder å oppdage risikodrikkning eller skadelig alkoholbruk, mens CAGE egner seg best til å oppdage bruk og avhengighet av alkohol.

FAST og CAGE krever ingen opplæring av ansatte og er velegnet til kartlegging i en klinisk praksis hvor rusbehandling ikke er hovedfokuset.

AUDIT krever opplæring for ansatte som skal bruke skjemaet og er derfor aktuelt å bruke til kartlegging innenfor tjenester som arbeider spesifikt med rusbehandling.

CIWA-Ar er egnet til å følge forløpet av alkoholavrusning og krever opplæring av ansatte.

#### **Anbefalinger**

1. *FAST og CAGE kan benyttes til kartlegging av pasienters alkoholbruk i primærhelsetjenesten, ved somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger og personer i varetekt/fengsel* **C**
2. *AUDIT kan benyttes til kartlegging av pasienters alkoholbruk i tiltak i kommunal rustjeneste og innenfor TSB* **C**
3. *CIWA-AR kan benyttes til* **C**
  - *Å vurdere om en avrusning kan foretas poliklinisk*
  - *Å vurdere behovet for legemidler under alkoholavrusning*
  - *Å følge forløpet av en alkoholavrusning*

## 7.4 Motiverende samtale (MI)

---

### **Bakgrunn**

Motiverende samtale eller motiverende intervju (MI) ble opprinnelig utviklet i forbindelse med klinisk arbeid med mennesker med rusmiddelproblemer. Motiverende samtale kan brukes som en forberedelse til behandling, som en korttidsintervensjon eller i kombinasjon med andre behandlingsmetoder.

Grunnlaget og prinsippene er utviklet av William Miller og etter hvert i samarbeid med Stephen Rollnick (105, 106). Metoden støtter seg på modellen til Prochaska og DiClemente om at atferdsendring foregår i faser (107).

Klinisk forskning har vist at pasienter som eksponeres for motiverende samtale har større sannsynlighet for å starte, bli værende og fullføre behandling, samt å følge opp egne målsetninger og redusere problematferd (31, 106, 108-113).

Flere avrusningsenheter oppgir at personalet har fått opplæring i motiverende samtale. Se også [http://www.snakkomrus.no/safari\\_samtalen.html](http://www.snakkomrus.no/safari_samtalen.html) og Helsedirektoratets side om MI: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi>.

### **Vurdering**

Målet med motiverende samtale er å øke pasientens indre motivasjon for å foreta atferdsendringer som kan bedre helsen. Hensikten er å oppnå et optimalt samarbeid mellom pasient og behandler for å kunne redusere pasientens motstand og motivere og påvirke til endring. Metoden bygger på behandlerens forståelse av samtalen og at man ser på pasienten som en samarbeidspartner. Behandleren skal prøve å lokke frem pasientens tanker, ideer, samtidig som han/hun viser respekt for pasientens autonomi og at ansvaret for forandring ligger hos pasienten.

## 8 AVRUSNING FRA ALKOHOL

Det samlede alkoholforbruket i Norge ble i 2011 anslått til å være cirka 8 liter per innbygger over 15 år (114). Anslaget over antallet stordrikkere på landsbasis varierer fra 66 500 til 377 000 (115). Stordrikkere har større risiko for helseskader knyttet til alkohol enn de som har et moderat forbruk. Mest typisk er leverskader, men også hjerte-kar-sykdommer, sykdommer i bukspyttkjertel, nervesystem, psykisk sykdom og en del kreftformer er forbundet med høyt alkoholkonsum. I 2011 ble det i Norge registrert 395 dødsfall der alkohol var ansett som underliggende dødsårsak (116). Det er også sammenheng mellom alkohol og trafikkulykker, arbeidsulykker, drukning og brann. Alkohol er dessuten forbundet med vold og kriminalitet.

Alkohol er det rusmiddelet som kan gi de mest kompliserte avrusningsforløpene. På grunn av alkoholens enorme utbredelse, er det likevel tusenvis av ukompliserte avrusninger daglig. Spennet i symptomer er fra "dagen-derpå-hodepine" til abstinensfremkalt forvirringstilstander (delirium tremens) og dødsfall. Alkoholavrusning blir en behandlingsoppgave når en pasient får eller kan få alvorlige symptomer. En pasient kan søke hjelp etter å ha kjørt seg ned i langvarig alkoholbruk, men det er også vanlig at disse pasientene plutselig påtvinges en avrusning enten fordi de har gått tom for drikkevarer eller fordi de blir sykehusinnlagt som følge av en annen tilstand. Fra Haukeland kom det i 2008 en oversiktsartikkel om legemiddelbehandling av alkoholabstinens (12).

### 8.1 Virkningsmekanismer

---

Alkohol virker dempende på nervesystemet via påvirkning av spesielle bindingssteder i hjernen (GABA-reseptorene), samtidig som den hemmer de stimulerende effektene av aminosyrer og hormonet noradrenalin. En likevekt opprettholdes ved fortsatt alkoholinntak. Når en person som har drukket mye alkohol plutselig slutter å drikke, oppstår en overaktivitet i det sentrale nervesystemet (117). Abstinenssymptomer kan oppstå hos alkoholavhengige fra 2 timer etter drikkestopp, dette er ofte før promillen har nådd null.

Symptomene kommer fra det autonome nervesystemet, i form av forhøyet hjerterefrekvens, skjelving, forhøyet blodtrykk, svetting, kvalme, oppkast. Symptomene kan også være psykiske, i form av nedstemthet, angst, kroppslig uro (psykomotorisk uro), søvnløshet og syns- eller hørselbedrag (illusjoner og hallusinasjoner). Alvorlighetsgraden kan variere fra lett ubehag til alvorlige symptomer, eventuelt ledsaget av komplikasjoner (117). Lettere abstinensplager opphører vanligvis innen et par dager (118).



### 8.1.1 Grader av alkoholabstinens

I en artikkel av Wiese fra 2000 oppsummeres årsaker, kjennetegn, kostnader og behandling av alkohol-induserte abstinensreaksjoner (119). McKeon beskriver alkoholabstinenssyndromet i sin artikkel fra 2008 (120).

*Lettere symptomer på alkoholabstinens* er skjelving (tremor), uro, hodepine, angst, søvnvansker, marerittaktige drømmer, nedstemthet (dysfori) og svetting.

*Moderate symptomer på alkoholabstinens* er mer uttalte psykiske symptomer, skjelving, svetting, hodepine, kvalme, forsterkede reflekser, litt forhøyet hjerterytme (tachykardi) og forhøyet blodtrykk (hypertensjon).

*Alvorlige symptomer på alkoholabstinens* er sterk uro, forbigående sansebedrag (alkoholisk hallusinose), uttalt hjertebank og svetting (autonom hyperaktivitet), sterk skjelving, feberstigning, kvalme og oppkast. Pasientens allmenntilstand er klart nedsatt. Dette kalles av og til "pre-delir".

Tilstanden kan kompliseres med alkoholiske kramper eller delirium tremens. Alvorlige avrusningssymptomer forekommer hos ca. 20 % av pasientene i kliniske settinger (118). Under eller etter avrusningen kan man se følgetilstander av alkoholmisbruk som Wernicke-Korsakoffs encefalopati (se 8.2.4), demens eller ulike nevropatier (nerveskader).

## 8.2 Komplikasjoner ved alkoholabstinens

---

### 8.2.1 Alkoholiske kramper

Alkoholiske kramper oppstår tidlig i forløpet, gjerne allerede på fallende promille. Hyppigheten av alkoholiske kramper hos dem som har drukket tett angis til å være mellom 11 og 23 %. Gjentatte avrusninger ser ut til å øke risikoen. Vanligvis kommer krampene 8 til 28 timer etter siste alkoholinntak, men de kan oppstå etter bare 2 timer.

Anfallene varer vanligvis under 3 minutter og kan være generelle kramper med bevissthetstap (generelle tonisk-kloniske kramper). Det er uvanlig at ufrivillig avgang av urin og avføring forekommer, slike ses oftere ved epileptiske kramper. Etter krampene er pasienten vanligvis forstumlet og desorientert. Anfallene kommer vanligvis alene, men kan også opptre i grupper.

Under tre prosent av tilfellene utvikler seg til langvarige kramper (status epileptikus) Tendensen til alkoholiske kramper er delvis genetisk betinget og noen pasienter får aldri kramper. De som får alkoholiske kramper, skal i anfallsfrie perioder ikke ha avvikende EEG hyppigere enn andre pasienter (118). Alkoholiske kramper bør ikke forveksles med ulike typer muskelsmerter som også kan oppstå i et abstinensforløp.

### 8.2.2 Alkoholisk hallusinose

Alkoholisk hallusinose (sansebedrag) kan oppstå 12 til 24 timer etter drikkestopp og avtar et til to døgn senere. I lettere tilfeller oppstår forskjellige typer sanseopplevelser som: Lyset kan oppleves for sterkt eller det kan kjennes som om vedkommende blir stukket i huden av nåler. I alvorligere tilfeller er det mer typisk med syns- eller hørselshallusinasjoner. Hallusinasjonene er ofte stemmer eller synsbedrag av truende natur og/eller forfølgere som pasienten opplever som meget levende. Noen har opplevelser av dyr under huden. I motsetning til hallusinasjoner som forekommer som ledd i delirium tremens, er bevissthetstilstanden klar, og pasienten vet at hallusinasjonene er innbilte. Pasienten er også orientert for tid og sted. Alkoholisk hallusinose kan også være et ledd i et delirium tremens (117).

### 8.2.3 Delirium tremens

Delirium tremens i full utvikling (fulminant) er en kombinasjon av sansebedrag (hallusinose), redusert bevissthet (desorientering der pasienten ikke er orientert for tid, sted og/eller situasjon), forhøyet puls, høyt blodtrykk, feber, synlig uro, angst og svette. Av og til er det kun desorienteringen som er til stede.

Delirium tremens forekommer hos fem prosent av personer med alkoholabstinens og oppstår 48 til 96 timer etter siste alkoholinntak. Ofte vil det være manglende nattesøvn før tilstanden inntreffer. Delirium tremens varer ubehandlet to til tre dager, men kan vare opptil syv dager. Enkelte svært lange forløp er beskrevet.

Hallusinasjonene kan være svært skremmende, og pasientene kan av og til opptre truende. Videre er det vanlig at pasienten har rask og overflatisk pust, får forstyrret syre-base balanse i blodet (respiratorisk alkalose) og har redusert gjennomstrømming av blod i hjernen. Nesten alle pasientene er dehydrert. De mister kalium gjennom nyrene og får endret aldosteronnivå (aldosteron er et hormon som styrer saltbalansen). For lavt magnesiumnivå og kaliumnivå kan gi hjerterytmeforstyrrelser og kramper. For lavt fosfatnivå kan gi hjertesvikt og rhabdomyolyse (tilstand med ødeleggelse av muskulatur og frigjøring av muskelenzymer).

Det er opp til fem prosent dødelighet som følge av hjerterytmie eller samtidige tilstander som lungebetennelse, bukspyttkjertelbetennelse, leverbetennelse eller hjerneskade.

En artikkel tar for seg faktorer som kan forutsi utviklingen av alkoholiske kramper og delirium tremens under alkoholavrusning (121). Faktorer som predikerer kramper omfatter sen utvikling av abstinenssymptomer, hjerneskader i sykehistorien og kramper som henvisningsgrunn. Faktorer som predikerer utvikling av delir er lavt kaliumnivå i serum, lavt nivå av blodplater i serum og hjerneskader i sykehistorien.

#### 8.2.4 Wernickes encefalopati

Wernickes encefalopati oppstår akutt og er en blanding av mental forstyrrelse, øyemuskellammelse og sviktende styring av muskulatur (ataksi). Ofte opptrer dobbeltsyn, skjeling (på grunn av lammelse av nervus abducens) og rykkvise bevegelser i øyet (nystagmus). Styringssvikten (ataksien) gir forstyrret gange og manglende evne til å stå støtt. Mest typisk består de mentale forstyrrelsene av forvirring, men kan også innebære hukommelsestap.

Hvis en pasient får sukkerholdig mat eller drikke uten forutgående B1-vitaminbehandling, kan det forverre tilstanden. Hvis pasienten ikke behandles, kan tilstanden videreutvikles til hjerneskade i form av Korsakoffs psykose. Denne kjennetegnes av en blanding av hukommelsestap og at pasienten erstatter hukommelsestapet med fantasier (konfabulering).

Wernickes encefalopati kan være vanskelig å diagnostisere og registreres ofte først som et obduksjonsfunn. Tilstanden kan forebygges og behandles ved injeksjoner av vitamin B1 (tiamin). Ved behandling bedres øyemuskellammelsen først. Ataksien og de mentale symptomene bedres senere (122).

### 8.3 Valg av behandlingsnivå

---

Målet for alkoholavrusningen er å minimere symptomene på alkoholabstinens, forhindre komplikasjoner og motivere pasienten til videre behandling.

Mange personer med betydelig alkoholbruk kan slutte å drikke uten vesentlige abstinenssymptomer. Døgnbehandling bør reserveres for dem som trenger det av medisinske grunner. Kroppslige avrusningsplager ved alkoholabstinens varer vanligvis ikke lengre enn en uke.

#### 8.3.1 Tilstrekkelig faglig nivå

##### **Bakgrunn**

Alkoholavrusning representerer både medisinske og psykologiske utfordringer. Pasientene kan ha dårlige erfaringer fra tidligere avrusninger og være preget av negative forventninger og betydelig angst. Kunnskap om og forebygging og behandling av abstinenssymptomene er også grunnlaget for en optimal psykologisk tilnærming.

##### **Vurdering**

Risikoen ved alkoholavrusning er i hovedsak de somatiske komplikasjonene. Riktig medisinsk behandlingsnivå er derfor viktig. Forsikringer om at pasienten vil følges tett opp og at plager vil lindres underveis er viktig. Hvis personalet formidler trygghet, kompetanse og sin interesse for pasienten, vil positive forventninger kunne smitte over på pasienten. Dette kan være av uvurderlig betydning for pasientens videre forløp. Personalet bør være nøye med ikke å klandre pasienten for

sine handlinger. Hvis pasienten trenger hjelp til å lære av sine erfaringer, bør det skje i en ikke-kritisk tone og i en situasjon der pasienten er i stand til å reflektere. Akutte avrusningssituasjoner egner seg ofte ikke for slik intervensjon.

Følgende tilstander bør utelukkes: Infeksjoner (ved feber), intrakranielle prosesser (ved nedsatt bevissthet), leversvikt, alvorlig elektrolyttforstyrrelse, metabolsk sykdom, overdoser og blødninger fra mage- og tarmsystemet.

Beroligende legemidler kan gi ytterligere bevissthetstap og bør unngås når pasienten er sløv eller svært trett.

### 8.3.2 Poliklinisk avrusning

#### **Bakgrunn**

Alwyn viste at hjemmebesøk med motiverende samtale økte effekten av hjemmeavrusning (123). I en undersøkelse fra Brasil sammenlikner man konvensjonell behandling med behandling hvor hjemmebesøk inngår og finner at behandling som inkluderer hjemmebesøk får flere pasienter til å være avholdende fra alkohol (124).

#### **Vurdering**

Poliklinisk behandling er forsvarlig ved lette til moderate abstinenssymptomer, anses som like effektivt som døgninnleggelse og foretrekkes i utgangspunktet i mange land.

Hjemmebehandlingen bør innebære daglig tilsyn ved pårørende og/eller helsepersonell eller oppmøte på poliklinikk. Helsepersonell kan være lege eller hjemmesykepleien, avhengig av problemstilling og praktiske forhold. Av og til er de pårørende overbelastet fra før. Kontakter i selvhjelpsgrupper kan være aktuelle medhjelpere.

#### **Anbefalinger:**

1. *Poliklinisk avrusning kan skje når:* **C**
  - *Punktene under anbefaling 2 i 3.2.1 er til stede, samt:*
  - *Pasienten er i stand til å ta legemidler, væske og ernæring gjennom munnen*
  - *Det ikke er mistanke om alvorlig dehydrering eller elektrolyttforstyrrelser*
  - *Pasienten ikke har hatt alkoholiske krampes eller delirium tremens tidligere*
2. *Pasienten bør vurderes av lege ved oppstart av den polikliniske avrusningen. Legemidler bør doseres etter et forhåndsbestemt skjema basert på en individuell vurdering.* **C**
3. *Støttepersonene bør ha et etablert et samarbeid med hjelpeapparatet, lege og hjemmetjeneste. Det bør legges til rette for daglig tilsyn enten ved frammøte hos*

*helsepersonell eller ved at helsepersonell foretar hjemmebesøk. Støttepersonene bør få instruksjoner om når og hvordan de skal henvende seg til helsepersonell.* **C**

- 4. Innleggelse i institusjon er nødvendig hvis alvorlige abstinenssymptomer oppstår. Alle pasienter som ikke lar seg vekke bør behandles på sykehusnivå som akutt forgiftning.*

**B**

### 8.3.3 Avrusning i institusjon

#### **Bakgrunn**

Da alkoholavhengige kan få alvorlige abstinensreaksjoner, er avrusning i institusjon av og til nødvendig. Enkelte pasienter vil også trenge døgnopphold for ikke å avbryte sin abstinensbehandling og gjenoppta drikkeatferd.

#### **Vurdering**

Tilgang til lege og mulighet til blodprøvetaking som øyeblikkelig hjelp er nødvendig når man skal tilby alkoholavrusning i institusjon. Personalet bør måle promille i utåndingsluft ved innleggelsen og senere i forløpet for å kontrollere at alkoholkonsentrasjonen er fallende.

Under forløpet overvåkes og assisteres væske- og næringsinntak for pasienten. Dette kan gjøres ved gjentatte oppmuntringer og føring av væskelapp. Pasienter som ikke får i seg væske eller kaster opp mye, bør overvåkes når det gjelder salter (elektrolytter) og intravenøs væsketilførsel bør tilbys når nødvendig.

Delirruede pasienter skjermes fra andre pasienter slik at stimulusmengden blir redusert. Det bør tilstrebes mest mulig ro rundt pasienten slik at vedkommende har mulighet til å sove.

Fullt utviklet delirium tremens bør møtes med høy medisinsk beredskap og pasienten bør ha fastvakt.

#### **Anbefalinger**

- 1. Avrusning i døgninstitusjon bør finne sted når* **B**
  - Punktene under anbefaling 1 under 3.2.2 er til stede, samt:*
  - Det er risiko for alvorlige avrusningsreaksjoner*
  - Pasienten har tidligere hatt delirium tremens eller abstinenskramper*

## 8.4 Legemiddelbehandling ved alkoholabstinens

---

### 8.4.1 Forebygging og behandling av Wernickes encephalopati

#### **Vurdering**

Administrering av ulike vitaminer er viktig i behandlingen av alkoholabstinens. Vitamin B1 (tiamin) er effektivt både for å forhindre og behandle nerveskader. Preparatet suges dårlig opp i tarm og bør derfor settes intramuskulært. Enkelte institusjoner bruker vitamin B1 i tablettform tatt inn på registreringsfritak. Dokumentasjonen er usikker, og slik behandling bør ikke erstatte injeksjoner.

#### **Anbefalinger:**

1. *Somatisk reduserte eller feilernærte alkoholavhengige pasienter bør rutinemessig gis vitamin B1, fortrinnsvis som intramuskulære injeksjoner* **B**
2. *Wernickes encefalopati bør behandles med 50-100 mg intravøns vitamin B1 (tiamin) og pasienten bør legges inn på nevrologisk eller medisinsk avdeling* **B**
3. *Pasienten bør gis multivitamintabletter ved dårlig ernæringsstatus* **D**

### 8.4.2 Ulike legemidler brukt ved alkoholabstinens

Forskriving av legemidler er nødvendig både som forebyggende behandling, for å lindre symptomer og i behandlingen av oppståtte komplikasjoner. En kunnskapsoppsummering av randomiserte, kontrollerte studier fra 1998 viste at alle de 12 preparatene som ble undersøkt kom bedre ut enn placebo (125).

#### Midler mot kramper - antiepileptika

En Cochrane-oppsummering fra 2010 sammenlikner antiepileptika brukt ved alkoholavrusning med placebo eller andre legemidler (126). Totalt ble 56 randomiserte kontrollerte studier med 4000 deltakere inkludert. Det ble ikke funnet noen forskjeller mellom placebo og midler mot kramper. I sammenlikningen med andre legemidler, kom midler mot kramper bedre ut enn diazepam (benzodiazepiner) når det gjaldt CIWA-skår (se 7.2.5). For øvrig var det ingen sikre forskjeller. Forfatterne konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å anbefale at midler mot kramper er å foretrekke ved behandling av alkoholabstinens. Likevel rapporterer mange behandlere at midler mot kramper har en beroligende og stabiliserende effekt i avrusningsfasen.

Enkelte forskningsresultater kan tyde på at karbamazepin som krampeforebyggende middel er likeverdig med eller kanskje noe bedre enn benzodiazepiner dersom det gis tidlig og i høy dose (126). Et annet krampeforebyggende legemiddel, valproat er antakelig likeverdig med karbamazepin (127).

Benzodiazepiner er mer effektive enn placebo, psykosemidler (antipsykotika) og allergimedisin (antihistaminer). Det krampestillende middelet gabapentin har usikker dokumentasjon.

### Benzodiazepiner

En JAMA-oppsummering fra 1997 konkluderer med at benzodiazepiner egner seg godt til behandling av alkoholabstinenser (128). Det samme gjør en oppsummeringsartikkel fra Ontario fra 1999 (129). En Cochrane-oppsummering fra 2010 sammenlikner benzodiazepiner brukt ved alkoholavrusning med placebo eller andre legemidler (130). I tillegg sammenliknes forskjellige typer benzodiazepiner. Totalt er 64 randomiserte kontrollerte studier med 4300 deltakere inkludert i denne forskningsoppsummeringen. Det var kun sammenlikningen mellom benzodiazepiner som viste seg å være signifikant bedre enn placebo når det gjelder krampeforebyggelse (131).

Benzodiazepiner synes å foretrekkes fremfor andre legemidler når det gjelder å forebygge kramper og delirium, mulige livstruende bivirkninger og avbrudd i behandlingen. Benzodiazepinene gir også høyere pasienttilfredshet. Når benzodiazepiner sammenliknes med midler mot kramper finnes ingen signifikante forskjeller.

### Andre sammenlikninger

Sammenliknende undersøker viser at benzodiazepiner gir bedre lindring av subjektivt abstinensbesvær enn placebo, antihistaminer og nevroleptika (132). Benzodiazepiner er like effektive som legemidlet klometiazol (Heminevrin). Klometiazol brukes fremdeles en del steder, men er svakere dokumentert enn benzodiazepiner.

Det britiske NICE (National Institute of Clinical Excellence) sin retningslinje fra 2011 anbefaler benzodiazepiner som førstevalg ved alkoholavrusning (3). Benzodiazepinene er trygge i bruk, og overdosering sees sjelden.

### **Vurdering**

Hos noen pasientgrupper bør man være forsiktig med å gi beroligende legemidler, f.eks. hos pasienter som tidligere har brukt eller misbrukt benzodiazepiner, eldre eller hos pasienter med hodeskader.

Alkoholavrusning innebærer for lavt fungeringsnivå på GABA-reseptoren. Benzodiazepiner motvirker dette lave fungeringsnivået og fremstår som den sikreste preparatgruppen. Den tidligere frykten for utvikling av avhengighet som følge av benzodiazepinforskriving, har avtatt.

En bør unngå forskriving av benzodiazepiner for sikkerhets skyld (profylaktisk) og forskrivingen bør opphøre når symptomene er over.

Tradisjonelt har man forskrevet mange forskjellige typer beroligende preparater ved avrusning fra alkohol. Bruken har ofte tatt utgangspunkt i et ønske om å unngå avhengighetsskapende medikamenter til pasienter som har et avhengighetsproblem. Derfor har nevroleptika og antihistaminer vært brukt i stor grad, til tross for manglende dokumentasjon av effekt. Disse

preparatene påvirker heller ikke den relative underfunksjon i GABA-systemet som er årsaken til abstinenssymptomene. Antihistaminer bør brukes med forsiktighet under pågående rus på grunn av sederende effekt. Noen pasienter opplever at antihistaminer gir ubehagelige drømmer. Nevroleptika reduserer krampeterskelen og kan øke faren for alkoholiske kramper. Nevroleptika bør derfor ikke gis uten samtidig krampebeskyttelse.

### 8.4.3 Krampeprofylakse

#### **Bakgrunn**

Tidligere har karbamazepin vært benyttet i stor grad, men legemidlet har imidlertid relativt liten forskjell mellom terapeutisk dose og forgiftningsdose (smal terapeutisk bredde) og pasienten kan få symptomer på overdosering (skipsdekkslignende svimmelhet).

I de senere år har valproinsyre i stor grad overtatt plassen til karbamazepin ved en rekke behandlingssteder i Norge. Erfaringene synes gode selv om det er lite dokumentasjon. En australsk gruppe ga valproinsyre til pasienter og en kontrollgruppe (133). De så alkoholiske kramper hos 4 personer i kontrollgruppen og ingen i valproinsyregruppen. Inntrykket var at annet abstinensbesvær også avtok raskere i valproinsyregruppen. Overdoseringer med valproinsyre skjer sjeldnere, og det er ikke grunn til å tro at valproinsyre har dårligere krampeforhindrende effekt.

#### **Vurdering**

Da kramper kan oppstå allerede på nedadgående promille, er det viktig å starte krampeprofylakse tidlig. Det er viktig å få tilstrekkelig nivå i blodet (serumkonsentrasjon) av legemidlet allerede på nedadgående promille. Siden alkoholavhengige ofte har dårlig oppsuging i tarmene, vil det være fornuftig å starte med mikstur.

#### **Anbefalinger:**

1. *Krampeprofylakse bør tilbys:* **A**
  - *Når pasienter har drukket tett, f.eks. mer enn en uke*
  - *Når pasienten tidligere har hatt krampeanfall eller andre alvorlige abstinensreaksjoner*
2. *Det bør gis valproinsyre 600-900 mg som engangsdose ved promille under 1, deretter 300 mg x 3 i 3-5 dager* **A**
3. *Ved leversvikt bør benzodiazepiner benyttes for krampeprofylakse, da valproinsyre bør unngås* **A**



#### 8.4.4 Symptomlindring

##### **Vurdering**

Pga. interaksjoner med alkohol, bør ikke antihistaminer gis når pasienten har over 0,5 promille i blodet. Benzodiazepiner bør reserveres for mer alvorlige abstinensreaksjoner pga. preparatgruppens avhengighetsskapende effekt.

Avhengighetsskapende preparater bør seponeres etter gjennomført abstinensbehandling. Hvis det fremdeles er behov for symptomlindrende behandling, bør bakenforliggende årsaker vurderes nærmere.

##### **Anbefalinger:**

1. *Lett grad av abstinensbesvær bør normalt ikke behandles med legemidler* **C**
2. *Moderat besvær kan behandles med en kombinasjon av legemidler mot kramper og antihistaminer* **C**
3. *Hvis pasienten ikke har sovet i det forutgående døgnet, bør man tilby benzodiazepiner eller zopiklon i en kort periode* **C**

#### 8.4.5 Delirium tremens – profylakse og behandling

Siden delirium tremens er den farligste avrusningskomplikasjonen, er det viktig både å forebygge og behandle tilstanden.

##### **Vurdering**

Doseringen av diazepam i et delirforløp kan komme opp i flere hundre milligram, avhengig av pasientens behov. På grunn av den lange halveringstiden av diazepam, er videre forskrivning av benzodiazepiner vanligvis ikke nødvendig når den akutte krisen er over.

Midler mot kramper antas å ha en viss delirforebyggende effekt og bør være et fundament i behandlingen.

Fullt utviklet delir bør behandles på en avdeling med kvalifisert medisinsk personell og muligheter for somatisk overvåking.

### **Anbefalinger:**

1. *Pasienter med delir i anamnesen bør sikres nattesøvn, fortrinnsvis ved bruk av benzodiazepiner, for eksempel diazepam 20 mg om kvelden. Dersom pasienten likevel ikke får sove, kan pasienten for eksempel få 10 mg hver time til vedkommende sover.*  
**A**
2. *Når delirium tremens foreligger bør man gi diazepam med korte intervaller, for eksempel 10 mg diazepam hver 5.-10. minutt. Alternativt kan det gis olanzapin 10 mg per os eller i.m. hver time til max 30mg.* **A**

### 8.4.6 CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholabstinens

#### **Bakgrunn**

Medikamentell behandling i døgninstitusjon kan i prinsippet skje på to måter:

1. Det er vanligst å forordne medikamenter på forhånd enten til fast bruk eller til bruk ved behov. Personalet vurderer sammen med pasienten i hvilken grad det trengs behovsforskrevne Legemidler.
2. CIWA-styrt behandling innebærer at personalet skårer pasientens symptomer etter skjemaet CIWA-Ar og doserer legemidler i tråd med skåringsresultatene.

En CIWA-skåre på under 9 indikerer lette symptomer, skåringer på 10-18 moderate symptomer og skåringer over 18 alvorlige symptomer. Høye CIWA-Ar skåringer i første abstinensdøgn er et tegn på at senere forløp blir alvorlig.

I en undersøkelse sammenliknes CIWA-Ar styrt avrusning med annen alkoholavrusning (91). Man finner at færre pasienter trenger benzodiazepinbehandling i CIWA-Ar gruppen.

#### **Vurdering**

CIWA-styrt behandling integrerer de ulike abstinenssymptomene i en samlet modell. CIWA-styrt behandling kan gi enklere avdelingsdrift og lavere legemiddelbruk. CIWA-monitorering benyttes ved en rekke behandlingssteder.

Det bør tas hensyn til pasientens promillenivå når man vurderer avrusningssymptomer og -tegn. Ofte vil ikke det fullstendige bildet komme fram før pasienten har null i promille. En CIWA-skår kan derfor øke betydelig når promillen synker.

Pasienter skal også ved CIWA-administrert avrusning ha tiaminbehandling.

### Anbefalinger:

1. CIWA-skåring bør benyttes til å følge alkoholavrusningens forløp på institusjon. Ansatte bør gis tilstrekkelig opplæring i CIWA-skåring. **B**
2. Hyppighet av skåring **B**
  - Hvis pasienten har CIWA mindre enn 10, skåres pasienten hver 4. time
  - Hvis pasienten har CIWA over 10 bør skåring foretas hver time
3. Medikamentell behandling ved ulike CIWA-nivåer:
  - Så lenge CIWA er under 10, behandles pasienten vanligvis uten legemidler. Behandling med valproinsyre bør tilbys hvis pasienten har milde abstinensplager, men erfaringsmessig får sterke abstinensplager.
  - CIWA 10-15: Pasienter med tidligere alkoholiske abstinenskramper eller delirium tremens: Diazepam tabletter (oral) 10 mg x 4. Diazepam avsluttes (seponeres) ved CIWA-skåre under 10.
  - CIWA over 15: Diazepam 10 mg per os hver time inntil CIWA under 10. Hvis ikke respons etter 50 mg diazepam: Olanzapin 10 mg intramuskulært eller per os. Dette gjentas hver time til max 30 mg.

**Merknad [g8]:** Settes i tekstboks under 3.

## 8.5 Forebygging av nye rusepisoder

Alkoholavhengighet er en alvorlig lidelse og tilbakefallsforebygging er et viktig element i behandlingen. En meta-analyse fra 2000 ser på sosiale relasjoner og alkoholinntak etter behandling (134).

### 8.5.1 Behandling med legemidler

En god, samlet gjennomgang av de forskjellige legemidlene sammen med en vurdering av legemidlenes effekt, samt fordeler og ulemper, finnes i British Association for Psychopharmacology sine oppdaterte retningslinjer fra 2012 med anbefalinger (1).

#### Disulfiram (Antabus)

##### **Bakgrunn**

Disulfiram har lang tradisjon i behandling av alkoholavhengige. Preparatet skal gi sterkt ubehag når det er inntatt før alkoholbruk. Aversjon mot den forventede disulfiramreaksjonen ventes å bidra til å styre impulsene i situasjoner hvor pasienten ønsker å innta alkohol. Disulfiram blokkerer enzymet

aldehyddehydrogenase i alkoholnedbrytingen. Resultatet er opphopning av acetaldehyd som gir hjertebank, rødming, hodepine og hjerterytmeforstyrrelser.

I en undersøkelse fra 2012 undersøkte man alkoholavrusning med oppfølgende disulfirambehandling (135). Over 95 % av alkoholavrusningene ble fullført. 66 % av pasientene fikk disulfiram etter avrusning. I en undersøkelse fra 2010 konkluderte man med at overvåket disulfiraminntak synes mer effektivt enn acamprosatbehandling (136).

### **Vurdering**

Det tar tid å bygge opp enzymhemmingen, og preparatet bør tas regelmessig. En bør være forsiktig med å forskrive preparatet til pasienter med hjerte- og lungesykdom. Disulfiram fungerer best hos pasienter med en grunnleggende motivasjon for avholdenhet fra alkohol og som ønsker å beskytte seg mot situasjoner som kan dukke opp. Legemidlet kan kombineres med akamprosat.

### Akamprosat

#### **Bakgrunn**

Akamprosat reduserer suget (craving) etter alkohol. Hvis man drikker under påvirkning av akamprosat, får man ingen reaksjon som ved disulfiram, men rusopplevelsen reduseres.

#### **Vurdering**

Preparatets effekt er moderat, men skal være målbart statistisk dersom medisinen kombineres med poliklinisk oppfølging. Akamprosat skal doseres fast og kan gi noen bivirkninger fra tarm. Akamprosat kan kombineres med disulfiram.

### Naltrekson

#### **Bakgrunn**

Naltrekson er en motgift mot opioider (opioidantagonist), men har vært brukt med positive resultater i behandlingen av alkoholavhengighet. Preparatet virker ved å redusere suget etter alkohol. Det finnes mest forskning knyttet til tablettformen av naltrekson. I en oppsummeringsartikkel av totalt 50 studier hvor de fleste sammenliknet naltrekson med placebo, fant man et lite, men signifikant bedre resultat av naltrekson enn av placebo (137).

#### **Vurdering**

Det er begrenset klinisk erfaring med preparatet i Norge.

## Nalmefen

### **Bakgrunn**

Nalmefen er et nylig introdusert legemiddel som skal bidra til å redusere alkoholforbruket. I likhet med naltrekson påvirker preparatet opioidreseptorene. Preparatet er ikke beregnet på pasienter der avholdenhet er nødvendig.

### **Vurdering**

Det er begrenset klinisk erfaring med preparatet i Norge.

### **Anbefalinger:**

1. *Under abstinensbehandlingen bør det legges til rette for et samarbeid mellom avrusningsenhet, fastlege og evt. kommunal rustjeneste* **C**
2. *Legen bør sammen med pasienten gå gjennom de ulike behandlingmulighetene med legemidler og vurdere om legemiddelbehandling bør gis* **C**

# 9 AVRUSNING FRA BENZODIAZEPINER

## 9.1 Benzodiazepiner og deres virkning

---

Norsk markedstillatelse for de første benzodiazepiner ble gitt i 1960. Bruken økte raskt fordi man anså legemidlene for å være relativt ufarlige med lite bivirkninger. Senere ble man oppmerksom på forverring av symptomer etter seponering (reboundeffekt), toleranseutvikling og faren for misbruk og avhengighet av denne type legemidler.

Statistikk fra Reseptregisteret viser at det særlig er de benzodiazepinliknende sovemidlene zopiklon og zolpidem som har økt i forskrivning de siste ti år, mens forskrivning av andre benzodiazepiner har holdt seg på et stabilt nivå. I følge Kripos øker antall beslag av benzodiazepiner, selv om beslagene ikke er like høye som tidlig på 2000-tallet.

Virkningen av benzodiazepiner skjer ved økning av signalstoffet gamma-amino-smørsyre (GABA) sin effekt på GABA-reseptorene i sentralnervesystemet. Legemidlene har angstdempende, søvndyssende, muskelavslappende og krampestillende effekt. Benzodiazepinene brukes i behandlingen av søvnforstyrrelser, angstlidelser og epilepsi. De forskjellige benzodiazepinene skiller seg fra hverandre ved forskjellig absorpsjons-, fordelings- og nedbrytningshastighet, samt i hvilken grad de fører til dannelse av biologisk aktive metabolitter. Dette har betydning i forhold til varighet av effekt, toleransefenomener og abstinensreaksjoner. Benzodiazepinene blir raskt absorbert fra mage-tarmkanalen, de er for det meste fettløselige og bindes til proteiner i blodet.

De fleste benzodiazepiner omsettes (metaboliseres) i leveren av CYP-systemet (et nedbrytningssystem med enzymer). Det kan derfor forekomme interaksjoner med andre legemidler som omsettes ved hjelp av de samme enzymene. Oksazepam, temazepam og lorazepam nedbrytes til en inaktiv vannløselig metabolitt som utskilles i nyrene. De er derfor ikke gjenstand for omsetning i lever.

Anbefalinger for hvordan avhengighet av benzodiazepiner skal behandles uten at det er andre rus- og avhengighetslidelser, finner man i den reviderte utgaven av Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler (138). Folkehelseinstituttet har også beskrevet bruken av benzodiazepiner i ulike pasientpopulasjoner (139).

Dette kapitlet gir anbefalinger om nedtrapping og avrusning fra benzodiazepiner ved samtidig bruk og avhengighet av andre rusmidler (140), samt hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

### 9.1.1 Psykologisk avhengighet av benzodiazepiner

Benzodiazepiner er effektive angstdempende midler og søvnmidler på kort sikt. Personer med slike problemer har ofte opplevd at preparatgruppen har hjulpet dem. Problemet er at benzodiazepinene mister sin effekt etter lengre tids bruk. Virkningen som pasientene opplever i begynnelsen av behandlingen kan gjøre at pasientene beholder sin tro på legemidlenes virkning. Dette gjelder lenge etter at virkningen sannsynligvis er borte. Forsøk på å avslutte behandlingen kan mislykkes fordi de fleste da vil få en forbigående forverring av plagene (reboundeffekt). Denne forverringen kan bli feiltolket som økte symptomer på grunnlidelsen.

Via vanlige læringsmekanismer vil lindring av angst eller søvnplager oppleves av pasienten som en belønning. Forverring av plagene ved seponering kan oppleves som en straff. Dette bidrar til fortsatt bruk av benzodiazepiner og opprettholdt frykt for avrusning/seponering. Personer med angst er alltid på jakt etter trygghet, noe preparatene kan representere for dem. De har også lettere for å gjøre seg avhengige, enten av mennesker, gjenstander eller legemidler. Positive erfaringer med benzodiazepiner kan feste seg som forankrede og ubevisste ideer om egen hjelpeløshet og avhengighet av kjemiske midler for å fungere. Preparatene representerer trygghetsobjekter som man knytter seg til.

Benzodiazepinene har ulike funksjoner for ulike pasienter. Noen bruker legemidlene som rusmiddel, andre bruker dem som selvmedisinering for angstlidelse eller annen psykisk lidelse. Avrusning fra benzodiazepiner må ses i sammenheng med hvilken funksjon legemidlene har for den enkelte pasient. Dette bør kartlegges før avrusningen påbegynnes.

## 9.2 Benzodiazepinabstinenser

---

### **Bakgrunn**

Nedtrapping og seponering av benzodiazepiner kan gi en rekke abstinenssymptomer. Bruk av høye doser og langvarig bruk gir risiko for alvorlige abstinenssymptomer som angst, skjelving (tremor), nattlige mareritt, søvnforstyrrelser, anoreksi, kvalme og oppkast, svimmelhet når man reiser seg raskt (ortostatisk hypotensjon), kramper, delirium og feber. Søvnløshet i abstinensfasen kan gi en alvorlig forvirringstilstand med syns- og hørselshallusinasjoner.

Abstinenser ved avhengighet av lave doser benzodiazepiner er mildere og det kan være vanskelig å vurdere om symptomene kommer på grunn av nedtrapping og seponering eller om de skyldes en underliggende psykisk lidelse.

Langvarige symptomer etter bruk av benzodiazepiner, «senabstinens» omtales ofte i sammenheng med benzodiazepinavhengighet. Mange som har erfaring med nedtrapping av benzodiazepiner beskriver dette. Dette er imidlertid uklart beskrevet i litteraturen og det diskuteres om symptomene skyldes benzodiazepinabstinensene eller sammensatte symptomer som også kan relateres til en underliggende lidelse (141).

For *korttidsvirkende benzodiazepiner* som oksazepam, alprazolam og temazepam kommer abstinenssymptomene en til to dager etter avsluttet bruk og varer to til fire uker eller lenger. For *langtidsvirkende benzodiazepiner* som diazepam, nitrazepam og klonazepam kommer abstinenssymptomene noe senere, som regel etter to til syv dager, noen ganger etter to til tre uker. Varighet er da typisk to til åtte uker eller lengre (142, 143).

### 9.3 Valg av behandlingsnivå

---

Det bør vurderes å påbegynne nedtrappingen poliklinisk med eventuell innleggelse i avrusningsinstitusjon mot slutten av nedtrappingen.

#### 9.3.1 Poliklinisk avrusning

##### **Bakgrunn**

Forskning på nedtrapping og behandling av benzodiazepinavhengighet er i all hovedsak gjort på pasienter uten andre rus- og avhengighetslidelser, og kan derfor ikke uten videre overføres til pasientgruppen som omhandles i dette kapitlet.

Forskningsresultatene peker på at gradvis nedtrapping er å anbefale fremfor brå seponering. Anbefalt varighet av nedtrappingen varierer mellom en og seks måneder. Anbefalt ukentlig dosereduksjon varierer også, men ligger på omkring 10 – 20 prosent av opprinnelig dose (144-146). Studier peker på at behandlingsresultatet bedres om nedtrapping ledsages av psykososial oppfølging (147, 148). Forskningen er hovedsakelig gjort i en poliklinisk behandlingssituasjon.

Behandling av benzodiazepinavhengighet hos pasienter som har samtidig bruk og avhengighet til andre rusmidler, og som ofte erverver seg rusmidler illegalt, er langt mer krevende og sammensatt enn behandling av benzodiazepinavhengighet alene. Dette kan utfordre forsvarligheten og gjennomførbarheten av forskrivning av benzodiazepiner ved poliklinisk nedtrapping. Ofte er målsettingen for disse pasientene både å avslutte bruken av benzodiazepiner og andre rusmidler samtidig. Dette kan gi krevende avrusningsforløp som gjør det nødvendig å legge pasienten inn til avrusning.

Det vises til IS-2014 Veileder for vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet, for mer utfyllende omtale (138).



### **Vurdering**

Det bør alltid vurderes om det er forsvarlig og gjennomførbart med en poliklinisk nedtrapping og seponering av benzodiazepiner, som ledd i en samlet behandlingsplan. Dette gjelder både når pasientens benzodiazepinavhengighet er en følge av illegal ervervelse av benzodiazepiner og/eller når den skyldes forskrivning.

Forhold som taler for poliklinisk nedtrapping er:

- Stabilisert dosering av benzodiazepiner over tid
- Sterk motivasjon
- Tidligere erfaring med nedtrapping

Det bør vurderes om nedtrappingen bør vare lenger enn det varigheten av et avrusningsopphold tillater. Videre nedtrapping kan da skje i en behandlingsinstitusjon eller poliklinisk. Nedtrapping av benzodiazepiner i behandlingsinstitusjoner har hittil vært praktisert i liten grad. Forskning peker imidlertid på at nedtrapping bør skje over lengre tid enn to til tre uker, som er vanlig varighet av et avrusningsopphold. Dette gjelder særlig dersom forbruket av benzodiazepiner har vært høyt i tiden før avrusningsoppholdet. Dersom pasienten i hovedsak har ervervet seg benzodiazepiner illegalt bør det vurderes å forskrive benzodiazepiner så lenge nedtrappingen varer. Bruk av overvåkede urinprøver kan vurderes for å sikre forsvarlighet i behandlingen.

### **Anbefalinger**

1. *Benzodiazepiner bør ikke bråseponeres etter lengre tids bruk* **B**
2. *Varighet og omfang av nedtrapping bør vurderes ut fra varighet og omfang av pasientens benzodiazepinavhengighet* **C**
3. *Forskrivning og nedtrapping bør ledsages av tett poliklinisk oppfølging* **C**

### 9.3.2 Avrusning på institusjon

#### **Bakgrunn**

Pasienter som innlegges i avrusningsinstitusjon med avhengighet av benzodiazepiner har ofte samtidig bruk og avhengighet av andre rusmidler. Studier har vist at en svært høy andel av denne gruppen pasienter har omfattende psykisk lidelse i tillegg til sin rusmiddelavhengighet (149, 150).

### **Vurdering**

Bruk av benzodiazepiner i tiden før innleggelsen bør kartlegges nøye med tanke på varighet og omfang. Kartleggingen gir grunnlag for vurdering av den medisinske risikoen ved avrusningen og hvordan denne kan reduseres mest mulig. Et tilpasset nedtrappingsregime med benzodiazepiner vil ofte være nødvendig.

Varigheten av avrusningsoppholdet må tilpasses omfanget av pasientens benzodiazepinavhengighet og behovet for nedtrapping.

Oftest vil en ikke kunne tilby en like langsom nedtrapping som når den skjer poliklinisk. Fokus er derfor primært å gjennomføre en forsvarlig avrusning, for å hindre alvorlige abstinenssymptomer. Generelt gjelder det at høye doser benzodiazepiner brukt over lang tid gir større risiko for alvorlige abstinensreaksjoner enn ved lave doser i kort tid.

Under nedtrappingen og i tiden etter seponering vil symptomer på psykisk lidelse ofte fremkomme tydeligere. Det bør tilbys kartlegging, utredning og anbefaling om videre behandling for underliggende psykisk lidelse, i henhold til anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser (70).

### **Anbefalinger**

1. *All bruk av benzodiazepiner bør kartlegges i forkant av innleggelse i avrusningsinstitusjon. Nedtrapping/avrusning fra benzodiazepiner bør planlegges og sees i sammenheng med hvilke funksjoner benzodiazepinene har for den enkelte pasient.* **D**
2. *Behov for utredning og behandling av psykisk lidelse må vurderes og det bør legges en plan for videre oppfølging av dette i etterkant av avrusningen* **C**

## **9.4 Behandling med legemidler**

---

### **Bakgrunn**

Ulike benzodiazepiner brukes i nedtrapping ved benzodiazepinavhengighet, og andre typer legemidler har vært forsøkt brukt for å dempe abstinensreaksjoner ved nedtrapping og seponering.

Noen studier viser at karbamazepin kan ha en positiv effekt, men kunnskapsgrunnlaget er sparsomt (147) (144, 148). Valproinsyre er også i bruk som abstinensdempende legemiddel (10).

### **Vurdering**

Oppsummert forskning gir ikke grunnlag for å anbefale bruk av andre legemidler enn benzodiazepiner i nedtrapping og avrusning av benzodiazepinavhengige pasienter. Bruk av andre legemidler bør eventuelt være i tillegg til nedtrapping med benzodiazepiner, og ikke i stedet for slik behandling.

Oksazepam er det benzodiazepinet med minst potensial for ruspåvirkning, samt at det gir minst negativ påvirkning av psykomotorisk og kognitiv funksjon. Det gjør det egnet som legemiddel i nedtrappingsregimer (151). Diazepam har lengre halveringstid og gir mer stabil serumkonsentrasjon enn oksazepam. Det taler for bruk av dette medikamentet i nedtrapping. Forskning gir ikke entydige svar på hvilke preparat som bør foretrekkes.

### **Anbefalinger**

1. *Nedtrapping med benzodiazepiner bør tilbys i behandling av benzodiazepinavhengighet. Oksazepam anbefales som førstevalg, men diazepam kan også benyttes. Pasientens erfaring fra tidligere nedtrapping bør tillegges vekt i beslutningen om legemiddelvalg.* **C**
2. *Karbamazepin og valproinsyre kan brukes i tillegg til oksazepam eller diazepam* **D**

# 10 AVRUSNING FRA OPIOIDER

Antallet sprøytebrukere ble i Norge i 2005 anslått til å være mellom 8200 og 12500, hvorav ca 85 prosent var heroinbrukere (152). Ved utgangen av 2013 var det i overkant av 7000 pasienter i behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge (153). Bruk av illegale opioider innebærer store lidelser for brukere og pårørende med en sterk økning i sykkelighet og dødelighet. Opioidavhengighet fører ofte til marginalisert atferd med kriminalitet og/eller prostitusjon for å finansiere forbruket. Statistisk sentralbyrå rapporterer at det i 2012 døde 246 personer i Norge av narkotikaoverdoser (116). Pga metodeforskjeller er det vanskelig direkte å sammenligne dødeligheten i de europeiske landene. Norge har de siste årene vært blant de 2-3 landene med høyest registrert overdosedødelighet på oversiktene til det Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk.

## 10.1 Opioider og deres virkninger

---

### 10.1.1 Opioider og opiater

Et opiat er fremstilt fra opium. Vi skiller mellom naturlige og semisyntetiske opiater. De *naturlige opiatene* er bestanddeler i plantesaften opium og omfatter blant annet morfin, kodein og noskapin. De *semisyntetiske opiatene* kan fremstilles fra de naturlige opiatene og omfatter blant annet heroin, etylmorfin, oksykodon og buprenorfin. Et *opioid* er et stoff som likner på opium eller nærmere bestemt stoffer med morfinliknende effekt. Begrepet er definert ut fra påvirkning av kroppens opioidreseptorer, uavhengig av stoffets kjemiske opphav. Begrepet opioid omfatter noen, men ikke alle *opiatene* og i tillegg en rekke helsyntetiske stoffer som fentanyl, ketobemidon og metadon, samt kroppens egne opioider (endorfiner).

Opioider har ulike effekter på hjernen, mediert via spesifikke reseptorer ( $\mu$ ,  $\kappa$  og  $\delta$ ). Den viktigste reseptoren er  $\mu$  som medierer opioidenes euforiske (stemningshevende) virkning, samt effekten som medfører dempning av åndedrettet (respirasjonsdepresjon).

Opioidavhengighet medfører langvarige endringer i systemene for signalstoff i hjernen. Den opioidavhengige pasienten utvikler toleranse både for den euforiske effekten av stoffene og de toksiske effektene av opioidene.

### 10.1.2 Agonister og antagonist

*Opioidagonister* er stoffer som stimulerer opioidreseptorene og inkluderer blant annet heroin, metadon, morfin, kodein, oksykodon og fentanyl.

*Partielle agonister* som buprenorfin, påvirker  $\mu$ -reseptoren i begrenset grad. Systemet vil ikke bli fullt stimulert, selv om alle reseptorene er dekket. Dette forklarer også at buprenorfin i mindre grad demper åndedrettet og derfor i liten grad kan føre til overdose alene. Som en partiell agonist kan buprenorfin også virke som en antagonist: Hvis man gir buprenorfin til en pasient som bruker en ren agonist, vil denne oftest få betydelige abstinenssymptomer.

*Opioidantagonister* som naltrekson og nalokson binder seg til opioidreseptoren, men stimulerer den ikke. Antagonistene binder seg sterkere til reseptorene enn agonistene og vil derfor fortrenge agonister som allerede er bundet til reseptoren. Derfor kan man bruke nalokson som motgift ved opioidoverdoser.

### 10.1.3 Toleranseutvikling

Hvis opioider inntas fortløpende, vil effekten avta på grunn av utvikling av toleranse. For å oppnå den samme (rus)effekten, må pasienten innta økende mengder opioider. Toleransen for den euforiske effekten inntreffer raskere enn for eksempel toleransen for dempning av åndedrettet. Opioidbrukere utvikler raskt en betydelig toleranse overfor de fleste opioidvirkningene. Det utvikles også toleranse overfor virkningen på pustesenteret i hjernen, slik at personer som har brukt opioider en stund, kan innta doseringer som vil være dødelige for en som bruker et opioid for første gang.

## 10.2 Avrusning fra opioider

---

Hensikten med opioidavrusning er å fjerne abstinenssymptomene eller redusere intensiteten av disse på en forsvarlig og effektiv måte når pasienten slutter å innta opioider. I hvilken grad avrusningen er effektiv, bedømmes primært ved behandlingens evne til å minske styrke og intensitet på abstinenssymptomene og i hvilken grad pasienten klarer å gjennomføre avrusningen.

### 10.2.1 Symptomer ved opioidabstinens

Intensiteten av symptomene ved opioidabstinens er avhengig av dosen og de farmakologiske egenskapene til det opioidet som pasienten har brukt. Forskjellige pasienter vil ha ulik nevrologisk tilpasning til opioider. *Opioider med kort virketid* gir abstinenser på et tidligere tidspunkt enn opioider med lengre virketid. Abstinensene vil nå toppen tidligere og avta raskere. Ubehandlete abstinenssymptomer som følge av inntak av korttidsvirkende opioider som heroin eller morfin vil typisk være sterkest 36-72 timer etter siste inntak og symptomene vil ha avtatt betydelig etter fem døgn. Ubehandlet abstinens som følge av inntak av metadon eller andre *langtidsvirkende opioider* når typisk høyden etter fire til seks døgn og vil ikke ha avtatt betydelig før etter 10-12 døgn.

De vanligste tegnene på abstinens etter opioider er: Svette\*, økt tårflod\*, gjesping\*, vekslende varme- og kuldefølelse\*, nedsatt matlyst og magekramper\*, kribling i bena, kvalme og oppkast, diaré\*, skjelvinger, søvnløshet og rastløshet\*, muskel- og leddsmerter\*, rask hjerterytme

(tachykardi), forhøyet blodtrykk (hypertensjon)\*, gåsehud, utvidete (dilaterte) pupiller, økte tarmlyder.

Symptomer merket med \* kan kvantifiseres ved hjelp av kartleggingsinstrumentet SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale), se kapittel 7.2.11.

Avrusning fra opioider er oftest udramatisk. De første symptomene er snufsing, nysing, kribling og frysing. Det er sjelden abstinensutløste psykoser eller andre komplikasjoner opptrer ved avrusning fra opioider alene. Ved blandingsbruk er faren for komplikasjoner større. Mange pasienter opplever at de psykiske symptomene da er verre å takle. Pasienten kan oppleves som psykisk meget sårbar med tilbaketrekking og isolasjon som vanlige mestringsstrategier. Søvnproblemer er vanlig og lengre tids søvnløshet øker sårbarheten og faren for psykoseutvikling.

### 10.3 Risiko ved avrusning fra opioider

---

#### **Bakgrunn**

Etter noen dager til ukers avhold fra opioider mister den opioidavhengige gradvis toleransen for opioider. Inntak av det som tidligere var en "vanlig" dose opioid kan medføre overdosering og eventuell død. Det utvikles i mindre grad toleranse overfor opioidenes virkning på pupillestørrelse og kvalme. Den farmakologiske toleransen for opioider er ikke klart definert i litteraturen, men innebærer sannsynligvis forandringer i antall opioidreseptorer som er tilgjengelig.

I en rapport fra Oslo kommune fra 1998 opplyses følgende (154): En opioidavhengig som har vært en uke uten opioider, har igjen 25-50 % av sin opprinnelige toleranse. Har personen vært uten opioider i ca 3 uker, har vedkommende bare igjen 5 % av sin toleranse. Tallene er basert på dyreeksperimentelle modeller, men stemte godt overens med oppsummert klinisk erfaring med pasienter som døde etter utskrivning fra Akuttinstitusjonen: Risikoen for å dø etter et avrusingsopphold på inntil en uke var atskillig mindre enn risikoen for å dø etter et utredningsopphold på tre til fire uker.

#### **Vurdering**

Pasienter med opioidavhengighet har ofte et blandingsbruk bestående av flere rusmidler. Alvorlighetsgraden av en rusavhengighet bestemmes ut fra debutalder, antall års bruk, inntaksmåte, antallet rusmidler som brukes og sameksisterende somatiske og psykiske lidelser. Problemer i forhold til psykososiale forhold sier også noe om alvorlighetsgrad. Jo mer alvorlig rusmiddelmissbruket er, desto mer tilbakeholden bør man være med avrusning.

Behandling av opioidavhengighet med avrusning alene medfører stor sjanse for tilbakefall til opioidbruk og avhengighet og i ytterste konsekvens overdosedødsfall. Nedtrapping fra LAR-legemiddel er en behandling som krever spesiell oppfølging og varsomhet. Beskrivelsen av dette ligger utenfor denne retningslinjen sitt mandat.

## Anbefalinger

1. *Hos pasienter med følgende kjennetegn/tilstander, bør man være tilbakeholden med avrusning fra opioider:* **C**
  - *Pasienter som har en akutt somatisk eller psykisk tilstand som trenger umiddelbar behandling*
  - *Pasienter i varetektsfengsel og/eller under soning av korte fengselsstraffer*
  - *Pasienter som oppsøker legevakt for hjelp*
  - *Gravide opioidavhengige pasienter*
  - *Pasienter som er opioidavhengige og i tillegg har langvarige psykiske eller somatiske lidelser*
  - *Pasienter med omfattende blandingsbruk av rusmidler*
2. *Pasienten bør informeres nøye om farer forbundet med avrusning fra opioider. Det gjelder tap av toleranse for opioider etter en avrusning og derav stor risiko ved opioidbruk. Dette gir økt risiko for overdose og evt. død ved inntak av opioider alene eller sammen med andre rusmidler.* **C**
3. *Pasienter som har fått forskrevet LAR-legemidler over tid og ønsker å avslutte opioidbehandlingen, vil oftest trenge nedtrapping og tett oppfølging over lang tid (måneder til år)* **B**

## 10.4 Valg av behandlingsnivå

---

I mange land skjer hovedtyngden av opioidavrusning i økende grad poliklinisk. Det kan også være aktuelt med blandete forløp, hvor første del av avrusningen skjer poliklinisk og den siste delen skjer ved innleggelse på institusjon.

### 10.4.1 Poliklinisk avrusning

#### **Bakgrunn**

I NICE sin omfattende retningslinje for opioidavrusning er poliklinisk avrusning fra opioider hovedanbefalingen (5). I en engelsk studie sammenliknes poliklinisk avrusning med institusjonsavrusning. I denne studien gjennomfører 81 % institusjonsavrusning, mens kun 17 % gjennomfører den polikliniske, men det påpekes i NICE sin retningslinje metodologiske problemer med denne studien (155). Det foreligger også en australsk studie fra 2003 som sammenlikner poliklinisk opioidavrusning med buprenorfin i en spesialistpraksis og hos allmennpraktiker (156). Begge klarte seg tilsvarende bra, rundt 70 % gjennomførte den fem dager lange avrusningen.

I en undersøkelse fra 2011 ble poliklinisk avrusning fra opioider sammenliknet med institusjonsbasert avrusning med lofexidin. Man fant ikke signifikante forskjeller i gjennomføringsrate, men det ble gitt legemidler over lengre tid poliklinisk. En måned etter avrusningen var bare 16 % opioidfrie, og det var ikke forskjell mellom de to gruppene (26). En oversiktsstudie fra 2008 tok for seg fem studier av avrusning i hjemmet med buprenorfin. Gjennomføringsraten var fra 55 til 100 %, men svært få personer forble opioidfrie (157). En studie fra Australia sammenliknet poliklinisk avrusning fra opioider i spesialhelsetjenesten med avrusning hos allmennlege (158). Man fant at begge settingene hadde like gode resultater.

En oppsummering av 28 studier med buprenorfinavrusning poliklinisk vurderte om lengden på nedtrappingen påvirket resultatene (159). Man fant at mange pasienter fikk tilbakefall til heroinbruk etter behandling; bare 30 % var opioidfrie da nedtrappingen ble avsluttet. Man fant at flere var opioidfrie etter lengre enn kortere nedtrapping med buprenorfin.

Mange opioidavhengige prøver avrusning på egenhånd, det vil si avrusning uten bruk av helsetjeneste eller andre profesjonelle hjelpere. En stor andel av intervjuede opioidavhengige hadde i en studie forsøkt dette, ofte gjentatte ganger. De brukte ofte alkohol, benzodiazepiner eller cannabis under avrusningen. De fleste begynte å bruke opioider etter en stund (160, 161).

### **Vurdering**

Den forskningsmessige dokumentasjonen når det gjelder sammenlikning mellom poliklinisk avrusning fra opioider og avrusning på institusjon er mangelfull. Det er relativt få undersøkelser som sammenlikner behandlingsformene og flere av studiene er gamle. Den nyeste og metodologisk beste studien viser at mindre enn 15 % av pasientene er opioidfrie åtte måneder etter avrusningen.

Basert på forskningen fra utlandet og norske kliniske erfaringer, bør poliklinisk avrusning kun foretas når forholdene er spesielt tilrettelagt for dette (se under).

En opioidavhengig person med sprøytebruk og tegn på manglende kontroll som for eksempel ved gjentatte overdoseringer med opioider, bør frarådes poliklinisk avrusning.

Poliklinisk avrusning bør kun foretas hvis forutsetningene under 3.2.1 er tilstede.

### **Anbefalinger**

1. *Opioidavhengige pasienter som vurderer egenavrusning, bør oppfordres til å søke avrusning med oppfølging av helsepersonell* **C**
2. *Farmakologisk stabilisering av opioidbruken bør skje forut for avrusningen. Vanedannende legemidler bør utdeles daglig under tilsyn av helsepersonell.* **C**



## 10.4.2 Avrusning i døgninstitusjon

### **Bakgrunn**

En Cochrane-oppsummering fra 2010 som sammenliknet institusjonsavrusning for opioider med andre settinger fant kun en studie som tilfredstilte inklusjonskriteriene (25). Denne studien viste at 70 % av pasientene som gjennomførte institusjonsoppholdet var opioidfrie ved avslutningen, mens det bare gjaldt 37 % av pasientene som valgte poliklinisk avrusning.

Strang sammenliknet i en RCT (randomisert kontrollert forsøk) avrusning på en rusinstitusjon med avrusning på en psykiatrisk avdeling. Flere pasienter gjennomførte avrusningen på rusinstitusjonen og en høyere andel av pasientene var rusfrie etter syv måneder. Studien har imidlertid en del metodiske svakheter som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner (162).

Flere andre studier har sett på mulige forhold ved pasientene og behandlingsinstitusjonene som kan forutsi hvordan avrusningen vil forløpe. Franken fant at mer omfattende rusbruk og alvorlige fysiske helseproblemer medførte færre gjennomførte avrusningsopphold. Pasienter uten sosial stabilitet og enslige pasienter gjennomførte også i mindre grad avrusninger (163).

Når det gjelder psykopatologi, fant Araujo ingen sammenheng mellom angst og depresjon og grad av gjennomføring av avrusningsopphold (164). Backmund fant en positiv sammenheng mellom graden av psykososial og psykoterapeutisk støtte og gjennomføring av avrusningsopphold (165). Specka undersøkte over tusen opioidpasienter under avrusning og fant flere faktorer som talte for at et opphold ville bli gjennomført etter planen: Planlagt oppfølging etter avrusning, tidligere gjennomførte avrusnings- eller behandlingsopphold, høy alder og langvarig opioidbruk (166).

### **Vurdering**

Fortsatt er det grunn til å tro at de fleste opioidavrusninger vil foregå på institusjon, da mange av pasientene ikke fyller kriteriene for poliklinisk avrusning. Avrusning fra opioider er medisinsk sett forholdsvis ukomplisert med få alvorlige bivirkninger. For å lykkes bedre med institusjonsavrusning, bør både abstinenslindringen med legemidler og psykososial oppfølging under og etter avrusningen intensiveres.

### **Anbefalinger**

1. *Institusjonsavrusning bør være førstevalget ved avrusning for illegal opioidavhengighet* **C**
2. *Aktuelle tilbud ved eventuelt tilbakefall til opioidbruk etter avrusning bør være drøftet (LAR, institusjon)* **C**

## 10.5 Legemidler ved opioidavrusning

---

### **Bakgrunn**

Opioidagonister (metadon) eller partielle agonister (buprenorfin) er den mest logiske farmakologiske tilnærmingen ved avrusning. Legemidlene vil da erstatte for eksempel heroin og reduseres gradvis til null over en kortere eller lengre periode.

Opioidantagonister har i noen sammenhenger vært benyttet for å fremskynde avrusningsprosessen: Hensikten er å tilføre så mye antagonist i hjernen at agonistene "vaskes vekk" fra reseptorene. Dette vil kunne føre til en plutselig innsettende abstinens hos pasienten og derfor har teknikker som sedasjon (søvn) eller anestesi vært benyttet sammen med en rekke andre Legemidler.

Ikke opioidholdige Legemidler kan benyttes for å lindre abstinenssymptomene ved avrusning. Legemidler som påvirker noradrenalinssystemet, som klonidin og lofexidin (alfa-2-adrenerge agonister), benyttes hyppigst (lofexidin er ikke registrert i Norge, men kan tas inn på registreringsfritak).

I følge WHO sin gjennomgang av syv studier med 577 deltakere var det ingen forskjell mellom medikamentene metadon og alpha-2-agonister (klonidin eller lofexidin) når det gjaldt gjennomføring av avrusningen. Det var heller ingen forskjell på tilbakefallsprosenten ved oppfølging (167).

Gowing gikk gjennom 22 studier med 1736 deltagere der man sammenlignet buprenorfin med andre preparater. Man fant at buprenorfin ga høyere gjennomføringsrate sammenlignet med alfa-2-agonister. Sammenlignet med metadon var det omtrent samme avrusningsbesvær, men plagene forsvant litt fortere med buprenorfin. Buprenorfin ga også litt høyere gjennomføringsrate enn metadon (168).

Når det gjelder sammenligning mellom buprenorfin og klonidin, har WHO gjort oppsummering av tre studier med 266 deltakere. Personer som fikk buprenorfin hadde færre abstinenssymptomer enn de som fikk klonidin. Fem studier med 277 deltagere viste færre bivirkninger med buprenorfin enn klonidin (167).

Raistrick delte 210 pasienter i to grupper der den ene gruppen ble behandlet med lofexidin, den andre med buprenorfin. Sistnevnte ga noe høyere gjennomføringsrate. 36 % av lofexidingruppen og 46 % av buprenorfingruppen var avholdende fra opioider en måned etter avslutning av programmet (169).

Amato tok for seg 20 studier med over 1900 pasienter der man undersøkte metadon i forhold til andre avrusningslegemidler. Man fant ikke forskjeller i gjennomføringsrate når man sammenlignet metadon med adrenerge agonister, buprenorfin eller sedativa. Behandling med placebo ga imidlertid mer besvær og høyere drop-out sammenlignet med metadon (170).

En Cochrane- oppsummering tar for seg avrusning i narkose og under sterk sedasjon (171). Oppsummeringen omfatter ni studier med 1109 deltakere. Det er atskillig høyere frekvens av uønskede effekter ved anestesi enn tung sedasjon. Forfatterne konkluderer med at de potensielle

risikoene ved avrusning under anestesi eller tung sedasjon overskygger mulige fordeler ved metoden og anbefaler derfor ingen av metodene.

### **Vurdering**

Metadon og buprenorfin synes begge å være effektive legemidler sammenliknet med alpha-2-adrenerge agonister. Det er ingen klar forskjell i effekt mellom metadon og buprenorfin, men buprenorfin bør velges som førstehåndspreparat på grunn av et enklere doseringsregime og større sikkerhet. Metadon bør ikke benyttes ved polikliniske avrusninger på grunn av fare for opioidoverdosering, spesielt sammen med andre rusmidler/legemidler.

Det er ingen forskjell når det gjelder gjennomføring av avrusning mellom klonidin og lofexidin. Klonidin er assosiert med hyppigere blodtrykksfall (hypotensjon). Fra klinikken rapporteres det at klonidin relativt sjelden medfører klinisk betydningsfullt blodtrykksfall. I studiene benyttes ofte en rekke andre legemidler ved siden av de alfa-2-adrenerge agonistene, men dette blir ikke systematisk rapportert.

Det rapporteres fra blant annet Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold at pasientene rapporterte om en stor forbedring ved overgang fra et klonidinregime ved avrusning fra opioider til buprenorfinnedtrapping. Buprenorfin foretrekkes av pasientene framfor klonidin. Buprenorfin i kombinasjon med nalokson gir lavere risiko for intravenøs bruk, noe som også forekommer skjult i døgninstitusjoner. Nedtrapping med buprenorfin eller metadon bør kun benyttes hvis pasienten er opioidavhengig. Ved å gi nedtrapping til pasienter uten avhengighet, vil man risikere å overbehandle en del pasienter.

Avrusning under narkose (UROD: ultra-rapid- opioid detoxification) har vist risiko for alvorlige utfall inkludert død. Avrusning under sterk sedasjon (ROD) er en meget komplisert farmakologisk behandling som krever et høyt nivå av medisinsk og sykepleierfaglig overvåking (171).

### **Anbefalinger**

1. Ved avrusning av opioidavhengige pasienter, bør buprenorfin med nalokson være første valg med klonidin eller lofexidin som andre valg **B**
2. Metadon bør ikke benyttes ved polikliniske avrusninger **C**
3. Avrusning i narkose frarådes og avrusning under tung sedasjon bør ikke benyttes **B**

## **10.6 Psykososial behandling ved opioidavhengighet**

---

Amato sammenliknet i en Cochrane-oppsummering resultatene av kombinert avrusning fra opioider med farmakologisk og psykososial behandling med farmakologisk behandling alene (167). Forfatterne viste at behandlingsresultatene var bedre med den kombinerte behandlingen. Forskningen baserte

seg på 11 kontrollerte studier med i alt 1592 deltakere. De forbedrede resultatene var økt antall som gjennomførte avrusning, mindre bruk av opioider etter avrusning og økt oppmøte til videre behandling.

## 10.7 Behandling etter avrusning fra opioider

---

### **Bakgrunn**

Forskning har vist at mange gjenopptar bruken av opioider etter avrusning. Uten oppfølging snakker man om betydelig tilbakefall innen ganske kort tid (26). Gossop fulgte 80 personer som hadde gjennomgått behandling for opioidavhengighet på 80-tallet (172). 71 % brukte opioider etter seks uker, men disse episodene representerte ofte ikke et fullt tilbakefall til avhengighet. Etter seks måneder var 45 % avholdende og bodde i lokalsamfunnet.

Tap av toleranse for opioider gjør at avrusningen i seg selv kan representere en fare for pasienten. Opioidavhengige vil derfor ofte trenge høyere behandlings- og omsorgsnivå enn andre avruste pasienter. Varig substitusjonsbehandling i LAR ser ut til å ha god langtidseffekt på skadelige virkninger av opioidbruk, men reduserer ikke den fysiske avhengighetstilstanden til opioider. Mange pasienter ønsker ikke å forbli opioidbrukere på ubestemt tid og bør da tilbys alternativer til langvarig substitusjonsbehandling (LAR).

Naltrekson, som er en opioidantagonist, kan benyttes som tilbakefallsforebygging hos motiverte pasienter. Pasienten vil da ikke ha ruseffekt av heroin og opplever det som hensiktsløst å bruke opioider. Langtidsvirkende naltrekson er på utprøvningsstadiet i Norge og er ikke registrert. Preparatet kan tas daglig i tablettform, opereres inn som implantat eller settes som intramuskulær injeksjon en gang i måneden. Behandling med naltrekson i tablettform er svært motivasjonsavhengig, og effekten har vært vanskelig å dokumentere (173). Det er større forhåpninger knyttet til naltrekson implantat eller langtidsvirkende injeksjon. Det gjort betydelig forskning på implantat ved Seraf ved Universitetet i Oslo (174-180). Et forskningsprosjekt med naltrekson som månedlige injeksjoner pågår ved fem sykhuser i Norge i regi av Seraf, se [www.naltrekson.no](http://www.naltrekson.no).

### **Vurdering**

Hvis en avrusning fra opioider skal ha positive konsekvenser, er oppfølgingen etter avrusningen essensiell. I samråd med pasienten planlegges et oppfølgingsprogram etter avrusningen. Det kan være døgninnleggelse i behandlingsinstitusjon, behandling med naltrekson eller poliklinisk oppfølging uten legemidler. Pasienter som har flere mislykkede avrusningsforsøk bak seg eller som har omfattende problematikk, bør sammen med behandler vurdere om LAR er et mer realistisk alternativ. Pasienten har ofte god kjennskap til egen fungering, men vil trenge veiledning. Tiltak som igangsettes på tvers av pasientens ønsker, vil ha små sjanser for å lykkes.

### **Anbefalinger**

1. *Hos de fleste opioidavhengige pasienter er LAR, eventuelt døgntilbudet det beste tilbudet*  
**D**
2. *For godt motiverte pasienter kan naltrekson i tablettform forsøkes for å forhindre ny bruk av opioider*  
**D**

# 11 AVRUSNING FRA ANDRE RUSMIDLER OG FLERE RUSMIDLER

I dette kapitlet vil det først være en gjennomgang av noen andre rusmidler som krever spesiell oppmerksomhet ved avrusning. De aller fleste pasientene som ønsker avrusning har brukt mer enn et rusmiddel i perioden før avrusningen begynner. Allikevel har vi valgt å behandle de vanligste rusmidlene som kan gi komplisert avrusning hver for seg i kapitlene foran, for å tydeliggjøre hvilke utfordringer de forskjellige rusmidlene utgjør hver for seg ved en avrusning.

## 11.1 Stimulerende rusmidler

---

De aktuelle rusmidlene her er amfetamin, metamfetamin og kokain. De siste årene har metamfetamin vært det mest benyttede av disse rusmidlene i Norge, selv om brukerne ikke alltid vet om de har inntatt amfetamin eller metamfetamin. Det er vanlig at disse rusmidlene inntas flere dager på rad før brukeren enten slutter å benytte stimulerende rusmidler og i tillegg eller isteden benytter dempende rusmidler (benzodiazepiner, cannabis, alkohol og/eller opioider).

Etter intens bruk av stimulerende rusmidler i to til tre dager, er pasienten nedstemt (dysforisk), utslitt og søvnig/sløv i 24 til 48 timer. Da det ofte benyttes dempende rusmidler i tillegg kan abstinenssymptomene skyldes blandingen av rusmidler.

Hvis pasienten har brukt stimulerende rusmidler regelmessig over lenger tid, vil abstinenssymptomene omfatte nedstemthet (dysfori), irritabilitet, søvnproblemer og intense drømmer. Symptomene vil avta i løpet av to til fire dager. Også her vil abstinenssymptomene oftest være preget av bruken av flere rusmidler.

Det finnes ikke noe virksomt spesifikt legemiddel til behandling av abstinenser som følge av bruk av stimulerende midler. Et psykososialt støttende miljø under avrusningen vil være av stor betydning. Forøvrig er det viktig å behandle symptomene som oppstår og spesielt bør det sørges for at pasientene får tilstrekkelig med søvn.

## 11.2 Gamma hydroksybutyrat (GHB)

---

### **Bakgrunn**

GHB er et rusmiddel som benyttes for å oppnå eufori, stimulerende, dempende og seksuelle effekter. Gamma butyrolakton (GBL) og 1,4 butanediol (BD) er inaktive substanser, men omdannes raskt til GHB etter inntak og har derfor samme virkning. GHB forekommer også naturlig i sentralnervesystemet og er antagelig en signalsubstans i hjernen. Det finnes spesifikke reseptorer for GHB i hjernen, men GHB virker også på GABA-reseptorene (181, 182)

Det er vanlig med hyppige inntak av GHB blant brukere, noen inntar stoffet en til to ganger i timen over tid, mens andre kun tar GHB en til to ganger i døgnet.

I lave doseringer gir GHB eufori og personen føler seg selvsikker med mindre hemninger enn vanlig. Ved høyere doseringer sovner personen. Selv ved lave doseringer, vil brukere bli søvnige og forvirret og det er kort avstand mellom ønsket virkning og overdosering (smalt terapeutisk vindu). Brukeren blir lett overdosert, med symptomer som nystagmus, aggresjon, hallusinasjoner, inkontinens for urin og kvalme/oppkast.

De vanligste tidlige symptomene på GHB-abstinens er skjelvninger, hallusinasjoner, forhøyet puls og søvnløshet. Uttalt søvnløshet er vanlig blant pasienter med GHB-abstinens og er ofte en årsak til tilbakefall. Krampes og rhabdomyolyse (en tilstand med blant annet henfall av muskulatur) opptrer sjeldnere. For avhengige pasienter med høyt forbruk, er et forløp med fullt utviklet delir vanlig. Abstinenssymptomene varer fem til 12 dager.

### **Vurdering**

Halveringstiden for GHB i blod er 20 minutter, noe som innebærer at pasienter kan endre tilstand fra å være komatøse til å bli våken i løpet av en halv time. Dette betyr at pasienter som bruker GHB regelmessig kan bli veldig abstinente i løpet av kort tid når bruken av GHB avsluttes eller reduseres vesentlig. Abstinenssymptomene kommer en til seks timer etter avsluttet eller sterkt redusert inntak av GHB. Delirium kan oppstå innen ett døgn. Utviklingen av symptomer er ofte vanskelig å forutsi, en tilsynelatende forbedring kan etterfølges av en dramatisk forverring av symptomene.

Behandlingen av GHB-abstinens vil primært være psykososial støtte, men ofte er det nødvendig med behandling med søvngivende legemidler for å kontrollere aggitasjon, delir og kramper.

Diazepam er legemiddelet som bør benyttes ved GHB-abstinens og ofte må man opp i betydelige doser for å få kontroll på situasjonen (181, 182).

På grunn av det uforutsigbare forløpet av en GHB-avrusning, bør pasienter med alvorlige symptomer vurderes å overflyttes til et medisinsk akuttmottak.

## Anbefalinger

1. *Pasienter som skal avruses fra GHB bør innlegges. Ved alvorlige symptomer bør pasienten overflyttes til medisinsk akuttmottak. **B***
2. *Symptomer som angst, skjelving og søvnløshet bør behandles med diazepam. Ved alvorlige symptomer må oftest gjentatte og høye doseringer med diazepam gis. **C***

### 11.3 Anabole androgene steroider

---

Vi har valgt å omtale disse kort her, da anabole androgene steroider (AAS) ofte brukes sammen med forskjellige rusmidler.

AAS er testosteronderivater og har testosteronliknende effekter. Testosteron har en kraftig androgen effekt med stimulering av mannlige kjønnskarakteristika som skjeggvekst, mørk stemme, stimulering av mannlige kjønnsorganer og muskeloppbyggende effekt. Testosteronderivatene har i variabel grad androgen og anabol (oppbyggende) effekt. Muskulaturens respons på bruk av AAS avhenger også av genetisk disposisjon. AAS ble utviklet i østblokklandene på 1960-tallet. Produksjonen den gang skjedde under kontrollerte forhold, noe som ikke lenger er tilfelle.

Effekten av AAS er blant annet at hjernen stimuleres slik at det oppnås en ruseffekt med økt velvære, selvsikkerhet og egosentrering. Muskelmassen og styrken øker og i takt med dette oftest selvbildet. Innledningsvis gir bruk av AAS økt kjønnsdrift (libido), men dette reverseres ved langvarig bruk (se under). Den intense følelsen av velvære øker intensiteten og irritabiliteten og søvnen forringes, noe som øker risiko for både voldsbruk og suicidalitet. AAS øker væskeansamling i kroppen. AAS er videre levertoksisk, noe som skyldes filtrering i leveren etter opptaket av AAS fra tarm («first-pass effect»). Sener og senefester styrkes ikke i samme grad som musklene og brukere får ofte ruptur av sener. Samtidig får brukere stadige betennelser i senefester; benbiter kan løsne og gi kroniske leddsmerter og nedsatt bevegelse i ledd. Hjertermuskulaturen påvirkes som annen muskulatur og brukere får forstørret hjerte («oksehjerte»). Dette kan disponere for lekkasjer i hjerteklaffene og rytmeforstyrrelser. AAS har negativ effekt på lipid- og kolesterolstoffsiftet og disponerer for avleiringer i blodårene (arteriosklerose) med muligheter for utvikling av angina pectoris (hjertekrampe), hjerte- og hjerneinfarkt. AAS utkonkurrerer kroppens egenproduksjon av testosteron, noe som kan medføre skrumpning av testiklene (atrofi). Overstimulering med testosteron gir økt mannlig hårtap. Tendensen til akne/kviser øker også med bruk av AAS. Den endrede hormonprofilen gir også økt østrogenstimulering med feminisering med brystutvikling som resultat.

For å dempe ubehaget og bivirkningene benytter en del AAS-brukere kokain/amfetamin for å kunne øke treningsmengder og minske matlyst. Cannabis og/eller benzodiazepiner sikrer avslapping og søvn.



## 11.4 Cannabis

---

Hos personer som regelmessig benytter cannabis, vil abstinenser oftest opptre når bruken opphører. Abstinensene kommer gradvis, da tetrahydrocannabinol (THC; et av de virksomme stoffene i cannabis) frigis fra lagre i fettvev over tid. Symptomer på cannabisabstinens omfatter søvnproblemer, livlige drømmer, nattesvette, økt kroppslukt, hodepine, nedsatt appetitt, magekramper, tretthet og hoste. Symptomene kan også omfatte depresjon, aggresjon og irritabilitet.

Abstinensbehandlingen bør omfatte psykososial støtte og miljøterapi. Pasienter som kun benytter cannabis kan oftest avruses under poliklinisk oppfølging.

## 11.5 Strategi ved avrusning fra flere rusmidler

---

### **Bakgrunn**

Hobbesland foretok en undersøkelse av 564 pasientinnleggelse på seks avrusningsenheter i Sør-Norge løpet av et halvt år i 2004 (8). Som mest brukte rusmiddel oppga 160 pasienter alkohol, 125 opioider, 86 vanedannende medikamenter, 85 sentralstimulerende medikamenter og 67 cannabis. Totalt oppga 59 % av pasientene å ha brukt vanedannende medikamenter siste halve år, 45 % hadde brukt cannabis, 41 % hadde brukt alkohol, 40 % sentralstimulerende midler og 34 % opioider. Det var med andre ord mange pasienter som hadde brukt mer enn ett rusmiddel de siste seks månedene. Til sammen utviklet fem prosent av pasientene enten delirium, annen psykose eller hallusinasjoner under forløpet. Blant pasientene med alkohol som mest brukte rusmiddel var forekomsten av epilepsilignende krampeanfoll fire prosent og delirium fem prosent.

De årlige statusrapportene for pasienter i LAR, viser hvor stor andel av pasientene som bruker rusmidler ved siden av behandlingen. I statusrapporten for 2013 var det 41 % av pasientene som ikke hadde brukt rusmidler siste 4 uker, 12 % hadde enkeltepisoder med rusbruk, mens 38 % av pasientene i LAR brukte regelmessig rusmidler (153). Basert på urinprøvefunn de siste 4 ukene hadde 10 % brukt opioider (annet enn LAR-legemiddelet), 33 % cannabis, 42 % benzodiazepiner og 16 % sentralstimulerende rusmidler. 25 % hadde fått forskrevet benzodiazepiner. Både bruken av rusmidler og forskrivning av benzodiazepiner viste stor variasjoner mellom helseforetakene. Pasienter i LAR med rusmiddelproblemer utgjør en betydelig andel av pasienter som søkes til innleggelse for avrusning.

I den amerikanske retningslinjen for avrusning anbefales det en prioritert rekkefølge når det gjelder hvilke rusmidler pasienten bør avruses fra (2). Prioriteringen bør basere seg på hvilke rusmidler pasienten har vært avhengig av og avrusning bør først skje fra de rusmidlene som gir de mest alvorlige abstinenssymptomene. Ut fra denne tankegangen anbefales det først avrusning fra alkohol og vanedannende legemidler, dernest fra opioider.

Kristensen foretok en klinisk undersøkelse av avrusning av pasienter som både var opioid- og benzodiazepinavhengighet. Hensikten var å sammenlikne et regime med seks dagers nedtrapping med buprenorfin og 10 dagers valproinsyre med 10 dagers kombinasjon av karbamazepin og klonidin (10). Resultatene tyder på at kombinasjon av buprenorfin og valproinsyre er et bedre abstinensbehandlingsregime enn kombinasjonen av klonidin og karbamazepin.

### **Vurdering**

Som anbefalt i kapitel 7.1 bør det foretas en grundig kartlegging av alle rusmidler som pasienten har brukt før avrusningen starter. For hvert rusmiddel spørres det detaljert om bruk av rusmidlet siste måned, siste uke og når siste inntak av rusmiddelet var. I tillegg bør det foretas en undersøkelse av urin eller spytt for å kartlegge hvilke rusmidler pasienten har inntatt. Dette er viktig både fordi pasienten ikke nødvendigvis husker eller vil oppgi alle rusmidlene vedkommende har brukt, men også fordi illegale midler ikke sjelden inneholder andre rusmidler enn det selger oppgir.

Det er viktig å legge spesiell vekt på de rusmidlene som pasienten er avhengig av og de som kan gi størst plager og komplikasjoner ved avrusning (alkohol, benzodiazepiner og opioider). Det vil som regel ikke være ønskelig (verken for pasienten eller ressursmessig) å avruse fra et rusmiddel/legemiddel av gangen. De ansatte bør legge er plan for avrusningen sammen med pasienten, om mulig før innleggelsen. Hvis pasienten også er benzodiazepinavhengig, bør nedtrapping startes før innleggelsen.

### **Anbefalinger**

1. *Ved avhengighet av flere rusmidler bør pasienten innlegges til avrusning. Avrusningsoppholdet bør planlegges og pasienten bør oppfordres til å redusere sitt forbruk av rusmidler før innleggelse. C*
2. *Ved benzodiazepinavhengighet, bør det vurderes om nedtrapping bør starte før innleggelsen. Hvis pasienten skal videre til en behandlingsinstitusjon, bør det vurderes om nedtrappingen kan fortsette der. C*

## 12 AVRUSNING AV GRAVIDE

### **Bakgrunn**

Rusmiddelbrukere har ofte uregelmessig menstruasjonssyklus på grunn av rusmidlenes effekt på hormonbalansen, samt den uregelmessige livsrytmen kvinner som ruser seg har. Derfor kan det gå tid før kvinnene oppdager at de er gravide.

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte i 2014: «Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy» (183). Hele fem av de 18 anbefalingene i retningslinjen omhandler avrusning av gravide. Når det gjelder behandling av alkoholabstinenser hos gravide kvinner som har drukket betydelig, anbefales gradvis nedtrapping med et langtidsvirkende benzodiazepin av typen diazepam. Det foreligger ingen forskning som dokumenterer resultatene av en slik nedtrapping. For opioidavhengige anbefales primært substitusjonsbehandling i LAR med metadon eller buprenorfin og sekundært nedtrapping på institusjon.

### **Vurdering**

En detaljert rusmiddelanamnese som omfatter alle aktuelle rusmidler og vanedannende legemidler bør opptas før avrusningen påbegynner. Bruk av tobakk og alkohol bør også kartlegges. Det bør spørres nøye om alle inntak av rusmidler/legemidler de siste to ukene, samt mengden av hvert enkelt rusmiddel/legemiddel. Man bør være oppmerksom på at noen kvinner bevisst vil kunne underrapportere bruken av rusmidler/legemidler fordi de er bekymret for om et vedtak om tilbakehold etter § 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven kan bli fattet eller fordi de allerede har et midlertidig vedtak etter § 10-3 (19).

I tillegg bør det spørres detaljert om tidligere svangerskap, eventuelt rusmiddelbruk under dette/disse og forløp/fødsel. Eventuelle plager og symptomer i nåværende svangerskap bør kartlegges nøye. Det kartlegges om kvinnen har vært til svangerskapskontroll(er) og hvilke fagpersoner og instanser kvinnen har kontakt med. Videre må kvinnens tanker og planer knyttet til nåværende svangerskap og forholdet til partner/barnefar kartlegges.

Under graviditeten kan et abstinenssyndrom som nødvendigvis krever behandling med legemidler oppstå etter bruk av alkohol, benzodiazepiner og opioider. Ut fra tilgjengelig kunnskap er det grunn til å tro at fosteret får abstinenser tilsvarende det kvinnen får, men i realiteten vet vi lite

om typen og graden av abstinensene som fosteret får. Dette skyldes at det i liten grad har vært fundersøkt hvordan fosteret har det mens kvinnen avruser. Det finnes heller ikke gode, tilgjengelig målemetoder for å kartlegge hvordan fosteret har det under en avrusning av kvinnen.

For gravide alkoholavhengige som som får abstinenser under avrusning, anbefaler WHO-retningslinjen behandling med langtidsvirkende benzodiazepiner (183).

Benzodiazepinavhengige gravide anbefales i WHO-retningslinjen gradvis nedtrapping med langtidsvirkende benzodiazepiner (183). Her benyttes i Norge oftere et mer kortidsvirkende benzodiazepin; oksazepam.

For gravide opioidavhengige som ikke er i LAR, anbefales primært behandling og stabilisering av abstinensene med buprenorfin, før avgjørelsen om videre forløp tas i samarbeid med den gravide (184). WHO sin retningslinje og retningslinjer fra andre land anbefaler primært LAR for opioidavhengige kvinner som ikke er i LAR når de oppdager at de er gravide (183).

Den nasjonale faglige retningslinjen for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familien til barnet når skolealder, omhandler de fleste forhold knyttet til gravide i LAR og oppfølging av barnet og familien før og etter fødsel (184). For gravide som er i LAR, anbefaler WHO og andre lands retningslinjer at kvinnen forblir i LAR med metadon eller buprenorfin under svangerskapet (183).

### **Anbefalinger**

1. *Kvinner som innlegges til avrusning bør alltid spørres om menstruasjonssyklus, siste menstruasjon og eventuell sjanse for at de kan være gravide. Graviditetstest bør tilbys ved mulighet for graviditet. C*
2. *Grundig og gjentatt informasjon om rusmidlers virkning på svangerskap og aktuelle behandlings- og oppfølgings tiltak bør gis til den gravide og eventuell partner. Det bør også opplyses om ansattes meldeplikt i forhold til § 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven. A*
3. *Gravide som bruker rusmidler bør tilbys innleggelse i egnet institusjon for avrusning og utredning C*
4. *En grundig sykehistorie som omfatter rusmiddelbruk/bruk av vanedannende legemidler og tidligere/nåværende svangerskap bør tas opp. Svangerskapet bør stadfestes og hvor langt svangerskapet har kommet. C*

5. *Alkoholavhengige gravide kvinner som blir abstinente under avrusning, bør behandles med benzodiazepiner, etter anbefalingene i kapitel 8.4* **C**
6. *Benzodiazepinavhengige gravide kvinner bør tilbys langsom nedtrapping med benzodiazepiner* **C**
7. *Opioidavhengige kvinner som ikke er i LAR, bør stabiliseres på buprenorfin, mens utredning og planlegging av det videre forløp foretas i samarbeid med den gravide.* **C**  
*Se (184) for detaljer .*

# 13 OPPFØLGING ETTER ALVORLIGE RUSFORGIFTNINGSTILSTANDER

## 13.1 Opioidoverdoser

---

### **Bakgrunn**

Mange som injiserer heroin har opplevd én eller flere overdoser (185) og har høy risiko for nye overdoser i løpet av de påfølgende uker og måneder (186). Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo har undersøkt forholdene rundt personer som døde av overdoser i Oslo i perioden 2006-2008 (187). Det fremkom at heroinoverdoser oppsto i et samspill mellom mange faktorer. De som døde hadde hatt komplekse helse-, sosiale og eksistensielle problemer, i tillegg til den akutte krisen knyttet til den aktuelle overdosesituasjonen. Rapporten dokumenterer opptil to-fire overdoser hos samme person på én dag. Funnene tydet dessuten på at livstruende overdoser kunne komme i "klynger." Fragmenterte tjenester og mangel på samarbeid i tjenesteapparatet fremkom også. De fleste som døde var menn, flere var utenbystilhørende og de fleste døde på privat adresse. Overdosedødsfallene kunne deles inn i tre grupper; dødsfall som kom overraskende på omgivelsene, dødsfall som ikke var uventet på grunn av utslitthet knyttet til ulike vanskelige forhold over lang tid, og dødsfall hvor selvmord ikke kunne utelukkes, bl.a. på grunn av nylige relasjonsbrudd.

Heroinoverdoser skjer ved injisering av heroin og ved blanding med alkohol og/eller benzodiazepiner (188). Oksygenmangel/respirasjonssvikt gir svekket kognisjon og/eller hjerneskader (189, 190). Svekket kognisjon ved oppvåkning etter overdose skaper problemer med å forstå rekkevidden av hendelsen og med å formulere og uttrykke behov for hjelp (44, 191).

Personer med heroinoverdose har i tillegg somatiske lidelser (sår/absesser, virusinfeksjoner), psykiske lidelser og selvmordsadferd (192-195). 46 % i en norsk studie av 2051 innlagte i rusbehandling hadde erfart én eller flere livstruende overdoser, og 33 % hadde prøvd å ta sitt eget liv. Det fremkommer ikke om hvor mange av overdosene som var selvmordsforsøk (196). Selvmordsproblematikken i overdosene er vanskelig å identifisere, men man kan konservativt anta at om lag 10 % av overdosedødsfallene kan være selvmord (185).

De fleste (73 %) behandles "på stedet" i Oslo. Behandlingen er beskrevet som varende mellom åtte og 30 minutter (44, 197). En studie fra Danmark (Wichmann et al., 2012) viser at åtte prosent av personer med livstruende overdose døde innen 48 timer, hovedsakelig av hjertesvikt. Behandling «på stedet» utgjorde i liten grad risiko for disse dødsfallene, mens alder over 50 år og overdose i weekenden var signifikante risikofaktorer.

Overdoserapporten fra Oslo dokumenterer at både personer med etablert opioidavhengighet og Legevakten ønsket et raskt tilbud om avrusning eller substitusjonsbehandling utenfor LAR i etterkant av overdoser. Ravndal og Lauritzen (2010) har vist forhøyet risiko for fatale overdoser etter fravær av innleggelse. Det er iverksatt tiltak i aktuelle institusjoner for å forebygge dette gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7» (Kunnskapssenteret, 2011). Helsedirektoratet har utgitt og igangsatt IS-0418 Nasjonal overdosestraegi 2014-2017 (198).

### **Vurdering**

Fysisk sykdom, psykiske lidelser, sosiale og eksistensielle problemer utgjør vesentlige og vanskelige forhold ved heroinoverdoser og gjør behandlingsbehovene omfattende, sammensatte og kompliserte. En bred faglig innsats på individ-, gruppe- og strukturelt nivå antas å være nødvendig for å gi rett og forsvarlig behandling, og som kan forebygge framtidige overdoser. Trondheim kommune er et eksempel på en kommune som har et sammenhengende helsemessig og psykososialt tilbud i etterkant av livstruende overdoser.

Selv om antall overdosedødsfall er sunket, ligger Norge fortsatt høyt på denne statistikken i europeisk sammenheng. Langt de fleste døde av injiserte heroinoverdoser, selv om det også fantes overdosedødsfall med alkohol eller benzodiazepiner og andre rusmidler som hovedrusmiddel. Kombinasjoner av rusmidler er utbredt.

Mange som injiserer heroin har opplevd tidligere livstruende overdoser, og gjentatte livstruende overdoser er en risikofaktor for overdosedødsfall, både som uhell og selvmord.

På grunn av svært kort behandlingstid for å løse livstruende og sammensatte problemer kan det oppstå barrierer i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Dette kan dreie seg om behov, tilbud og etterspørsel for medisinsk og psykososial oppfølging, og om mulighetene for å gi forsvarlig helsehjelp.

Forebygging og intervensjon bør ta hensyn til at mulige hjerneskader og nedsatt funksjonsevne kan være undervurdert som konsekvens av livstruende overdose. Dette vil da ha betydning for helsepersonellens vurdering av personens samtykkekompetanse og videre samarbeid med andre tjenester i forhold til å motta nødvendig helsehjelp eller ikke.

Den aktuelle behandlingsformen for livstruende overdoser per i dag i Norge, er hovedsakelig gjenopplivning på stedet med opioidantagonist, uten videre medisinsk eller psykososial oppfølging. På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget som er presentert her, anses dette ikke som tilstrekkelig helsehjelp, fordi en bredere faglig innsats synes å være nødvendig for å gi rett og forsvarlig behandling med tanke på de sammensatte helseproblemene som er dokumentert.

Oppfølgingen etter en livstruende overdose bør som hovedregel vare minst to timer og følge standardisert behandlingsprotokoll. Denne kan eventuelt skje i kommunalt akuttiltak.

Kommunal legevakt bør ha et system for mottak av ruspasienter og eventuell overføring til rusakuttmottak eller annen enhet for akuttusbehandling. For personer med opioidavhengighet bør dette inneholde abstinensbehandling med buprenorfin eller metadon.

Helseforetaket bør sørge for et tilbud om tilrettelagt avrusning/stabilisering i etterkant av prehospital behandling av livstruende overdoser. Overdoseforebyggende tiltak ved utskrivning etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i nasjonal pasientsikkerhetskampanje (199) og nasjonal overdosestrategi (198).

Kommuner med høy prevalens av overdoser bør vurdere å opprette egne psykososiale oppfølgingsteam med ubyråkratisk tilgang til videre hjelp.

### **Anbefalinger**

1. Ambulansepersonell bør administrere opioidantagonist slik at abstinenser og brå oppvåkning unngås så langt som mulig **C**
2. Ambulansepersonell bør etterspørre konkret om intensjonen var selvmordsforsøk, samt om vedkommende har selvmordstanker og/eller selvmordsplaner **B**
  - Nylige brudd i relasjoner bør etterspørres spesielt
  - Dersom pasienten svarer bekreftende bør situasjonen håndteres som et selvmordsforsøk og pasienten skal undersøkes på psykiatrisk akuttmottak eller psykiatrisk legevakt med tanke på videre behandling
  - Ambulansepersonell bør oppfordre og motivere pasienten til å bli med til legevakt eller rusakuttmottak hvis de oppfatter at vedkommende er i selvmordsfare, selv om overdosen ikke opplyses å ha vært et selvmordsforsøk
3. Ambulansepersonell bør etterspørre og vurdere graden av pasientens fysiske utslitthet i form av avmagring og/eller infeksjonstegn. Ved slike funn bør pasienten innlegges. **C**
4. Ambulansetjenesten bør sørge for transport til legevakt eller sykehus dersom pasienten vurderes til ikke å ha samtykkekompetanse, har åpenbart behov for hjelp eller ikke kan ta vare på seg selv- **B**

Merknad [gwe9]: I boks



5. Ambulansepersonell bør ikke etterlate pasienten alene. Oppfølgingen etter en livstruende overdose bør som hovedregel vare minst to timer. **B**
6. Ved flere livstruende overdoser hos samme person samme dag bør ambulansepersonell drøfte situasjonen med vakthavende lege, dokumentere forholdene og sørge for transport til legevakt eller sykehus **C**
- Ved slike situasjoner bør lege i legevakt eller i rusakttmottaket vurdere å sende bekymringsmelding til fastlegen og ansvarlig i sosialtjenesten. Vurderingen nedtegnes i pasientens journal.
  - Sendes bekymringsmelding uten pasientens samtykke, skal pasienten informeres om dette, få kopi av vedtaket og få informasjon om klageadgang
7. Kommunal legevakt bør ha et system for mottak av ruspasienter og eventuell overføring til rusakttmottak eller annen enhet for akuttusbehandling **C**
8. Helseforetaket bør sørge for et tilbud om tilrettelagt avrusning/stabilisering i etterkant av prehospitalet behandling av livstruende overdoser **C**
9. Overdoseforebyggende tiltak ved utskriving etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i nasjonal pasientsikkerhetskampanje **C**
10. Helseforetaket bør sammen med oppholdskommunen sørge for et direkte tilbud om midlertidig substitusjonsbehandling hos personer med opioidavhengighet **C**

**Merknad [gwe10]:** I BOKS

# 14 VEDLEGG

## 14.1 Praksis ved avrusningsenheter i Norge

---

### 14.1.1 Innledning

Som ledd i arbeidet med en nasjonal retningslinje for avrusning fra ulike rusmidler og vanedannende legemidler ble det i 2011-2012 foretatt en kartlegging av praksis ved de ulike avrusningsenheter i landet, dels gjennom direkte kontakt med de regionale helseforetakene (RHFene), avrusningsenheter (14.1) og fengselshelsetjenesten (14.2). Retningslinjen omfatter avrusning både i kommunen, poliklinisk og på institusjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), ved somatiske og psykiatriske avdelinger, samt i fengsel. Alle typer rusmidler (inkludert alkohol) og vanedannende legemidler er inkludert. De enkelte avrusningsenheter og fengslene besvarte egne svarskjema. Det ble i tillegg utpekt en kontaktperson ved de enkelte enhetene og fengslene.

### 14.1.2 Praksis ved avrusningsenheter i de regionale helseforetakene

I kartleggingen av praksis ved avrusningsenheter i RHFene deltok 26 enheter (inkludert private enheter med avtale med helseregionene). Tabell 14.1 viser at 15 prosent av avrusningsenheter i de ulike regionale helseforetakene tilbyr poliklinisk avrusning. Imidlertid tilbyr flere enheter avrusning i egne poliklinikker, som ikke nødvendigvis er tilknyttet døgnenheten. Andre igjen gir råd og veiledning blant annet til pasientens fastlege, som sørger for videre medisiner og oppfølging.

Alle avrusningsenheter tar i mot pasienter med alkohol- og legemiddelavhengighet, mens 96 prosent tar i mot pasienter med problemer knyttet til illegale rusmidler. 15 prosent av avrusningsenheter tilbyr poliklinisk avrusning i tillegg til døgnbehandling.

Syv av ti avrusningsenheter kan ta i mot gravide. Ikke alle tar i mot gravide etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (19). Noen tar i mot gravide selv om enheten selv ikke besitter god nok kompetanse. I slike tilfeller sørger enhetene for rask videreføring til en mer egnet institusjon; enheter spesialisert på oppfølging av gravide.

To av ti tar i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. I de fleste tilfeller er øyeblikkelig hjelp lagt til sykehusene, eventuelt ved psykiatrisk akuttmottak.

**Tabell 14.1 - Avrusning, oversikt RHF fra 2011-2012. Tall og prosent (N=26)**

	Helse Nord (N=4)	Helse Midt (N=2)	Helse Vest (N=2)	Helse Sør (N=7)	Helse Øst (N=7)	Andre, private (N=4)	Totalt:	Prosent:
Poliklinikk	0	1	2	0	1	0	4	15 %
Alkohol	4	2	2	7	7	4	26	100 %
Illegale rusmidler	4	2	2	6	7	4	25	96 %
Legemiddel-avhengighet	4	2	2	7	7	4	26	100 %
Gravide	3	2	2	6	5	0	18	72 %
Øyeblikkelig hjelp	0	2	0	1	2	0	5	19 %
Tvang §§ 10-2 og 10-3	1	2	2	3	2	0	10	38 %
Tvang § 10-4	2	2	1	6	2	1	14	56 %

Fire av ti avrusningsenheter tar i mot pasienter etter Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 (19). De fleste av enhetene har relativt få tilgjengelige plasser for denne pasientgruppen. Noe over halvparten av avrusningsenhetene tar i mot pasienter etter hot § 10-4. Også her er få av enhetenes plasser tilgjengelig for denne pasientgruppen. Enkelte tar kun i mot gravide etter § 10-4, mens andre ikke har tatt i mot pasienter etter denne paragrafen på flere år.

Tabell 14.2 viser en oversikt over hovedtyngden av type rusmidler ved avrusningsenhetene i helseregionene. Halvparten behandler i hovedsak pasienter med problemer knyttet til bruk av illegale rusmidler.

**Tabell 14.2 - Type rusmidler, hovedtyngde. Oversikt RHF fra 2011-2012. Tall og prosent (N=24).**

	Helse Nord (N=2)	Helse Midt (N=2)	Helse Vest (N=2)	Helse Sør (N=7)	Helse Øst (N=7)	Andre (N=4)	Totalt:	Prosent:
<b>Alkohol</b>	0	2	0	2	3	0	<b>7</b>	<b>29 %</b>
<b>Illegale rusmidler</b>	1	0	2	2	3	4	<b>12</b>	<b>50 %</b>
<b>Blandingsbruk</b>	1	0	0	3	1	0	<b>5</b>	<b>21 %</b>

De fleste avrusningsenheter tar i mot pasienter med alle typer rusmiddelavhengighet, og flere oppgir en nokså lik fordeling mellom alkohol og illegale rusmidler. Tre av ti enheter har en overvekt av pasienter med alkoholrelaterte problemer, mens to av ti rapporterer at de fleste pasientene har problemer med både bruk av alkohol, legemidler og illegale rusmidler. Noen avrusningsenheter tar også i mot LAR-pasienter med alkohol- og/eller legemiddelavhengighet.

### 14.1.3 Oversikt over avrusningsenheter - Helse Nord

#### **Sigma Nord**

**Eier:** Sigma Nord AS

**Adresse:** Fjelldalvn. 349, 9441 Fjelldal

**Telefon:** 76 93 60 00

**Internett:** [www.sigmanord.no](http://www.sigmanord.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@sigmanord.no](mailto:post@sigmanord.no)

#### **Type avdeling:**

- Avrusning – alkohol, medikamenter, illegale stoffer og blandingsmisbruk. LAR.
- Døgnavdeling – alkohol, medikamenter, illegale stoffer og blandingsmisbruk. LAR.

#### **Poliklinisk avrusning:**

- Nei

#### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruskes: Ja (ikke tvang § 10-3)
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Ja

#### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler
- Blandingsmisbruk
- Alkohol

#### **Rusavdelingen, Helgelandssykehuset HF**

**Eier:** Helse Nord

**Adresse:** Søsterveien 7, 8607 Mo i Rana

**Telefon:** 75 12 52 70

**Internett:** [www.helgelandssykehuset.no](http://www.helgelandssykehuset.no)

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@helgelandssykehuset.no](mailto:postmottak@helgelandssykehuset.no)

**Type avdeling:**

- Utrednings- og behandlingspost med 6 senger
- Avrusningspost med 2 senger

**Poliklinisk avrusning:**

- Ja

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Nei, i hovedsak ikke
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alle typer, men mye amfetamin, mye opiater, mye benzodiazepiner, mye alkohol og mye hasj.

**Salten DPS korttidsenhet rus**

**Eier:** Helse Nord RHF, Nordlandssykehuset HF

**Adresse:** Postboks 1480, 8092 Bodø

**Telefon:** 75 50 17 23

**Internett:** <http://www.nordlandssykehuset.no/korttidsenhet-rus/category29984.html>

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@nlsh.no](mailto:postmottak@nlsh.no)

**Type avdeling:**

- Enhet i drift fra februar 2012.

**Poliklinisk avrusning:**

- Ikke planlagt

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ikke i målgruppe

- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter: § 10-4: Ikke målgruppe

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Cannabis, benzodiazepiner, opiater

**Avrusningsenheten, Nordlandsklinikken**

**Eier:** UNN HF

**Adresse:** 8520 Ankenesstrand

**Telefon:** 07766

**Internett:** [www.unn.no/nordlandsklinikken/category16103.html](http://www.unn.no/nordlandsklinikken/category16103.html)

**Kontaktperson/e-post:** [post@unn.no](mailto:post@unn.no)

**Type avdeling:**

- Én avdeling

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja (hhv. 4-6 stk. og <1)
- Pasienter etter § 10-4: Ja (4-6 stk.)

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Blandingsmisbruk

#### 14.1.4 Oversikt over avrusningsenheter - Helse Midt

##### **Akutt- og avrusningsavdelingen, Lade Behandlingscenter Blå kors**

**Eier:** Lade Behandlingscenter, Blå Kors Norge

**Adresse:** Lade allé 86, 7041 Trondheim

**Telefon:** 73 84 85 00

**Internett:** [www.ladebs.no](http://www.ladebs.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@ladebs.no](mailto:post@ladebs.no)

##### **Type avdeling:**

- Rusakutt med ansvar for øyeblikkelig hjelp
- Avrusningspost med ansvar for elektiv avrusning/avgiftning

##### **Poliklinisk avrusning:**

- Nei

##### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Ja
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Ja (ca. 5 hvert år)

##### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alkohol = 65 %
- Illegale rusmidler = 35 %

##### **Ålesund Behandlingscenter, Seksjon for avgiftning/akutt/stabilisering**

**Eier:** Rusbehandling Midt-Norge HF

**Adresse:** Vestmoa 27, 6018 Ålesund

**Telefon:** 70 17 13 01

**Internett:** [www.rus-midt.no](http://www.rus-midt.no)

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@helse-mr.no](mailto:postmottak@helse-mr.no)



**Type avdeling:**

- Én avdeling

**Poliklinisk avrusning:**

- Ja, ved poliklinisk avdeling

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Ja
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Ja (16 stk. 2010)

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alkohol = 45 %
- Illegale rusmidler = 35 %

#### 14.1.5 Oversikt over avrusningsenheter - Helse Vest

**Stiftelsen Bergenslinikkene**

**Eier:** Stiftelsen Bergenslinikkene

**Adresse:** Vestre Torggate 11. 5015 Bergen

**Telefon:** 55 90 86 00

**Internett:** [www.bergenslinikkene.no](http://www.bergenslinikkene.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@bergenslinikkene.no](mailto:post@bergenslinikkene.no)

**Type avdeling:**

- 

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei. Gir ikke tilbud om medikamentkrevende avrusning poliklinisk.

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja

- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Ja
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Ja

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Ca. 70/30 fordelt mellom illegale rusmidler og alkohol

**Seksjon spesialisert behandling Haugesund, avrusningspost**

**Eier:** Helse Fonna HF

**Adresse:** Helse Fonna, Postboks 2170, 5504 Haugesund

**Telefon:** 05253

**Internett:** [www.Helse-Fonna.no](http://www.Helse-Fonna.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@helse-fonna.no](mailto:post@helse-fonna.no)

**Type avdeling:**

- Akutt post
- Post for dobbeltdiagnose, 6 senger (fra august 2013)
- Avrusnings post
- Poliklinikk 1 + 2

**Poliklinisk avrusning:**

- Ja

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Nei, men bør kunne ta subakutt
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Ja

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler

#### 14.1.6 Oversikt over avrusningsenheter - Helse Øst

##### **Seksjon IR (illegale rusmidler)**

**Eier:** Akershus universitetssykehus

**Adresse:** 1478 Lørenskog

**Telefon:** 75 12 52 7

**Internett:** <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/illegale-rusmidler-ir/Sider/enhet.aspx>

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)

##### **Type avdeling:**

- Én seksjon

##### **Poliklinisk avrusning:**

- I egne poliklinikker, ikke knyttet til døgnenheten

##### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja (kun frivillige)
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei, men på sikt er det tenkt en ny enhet knyttet til seksjonen
- Pasienter etter § 10-4: Nei

##### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Opiatavhengige

##### **Avd. Rus og avhengighet seksjon Klosteret**

**Eier:** Akershus universitetssykehus, Helse sør-øst

**Adresse:** Alexander Kiellandsgt. 11, 2000 Lillestrøm

**Telefon:** 64 84 33 00

**Internett:** <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/rus-og-avhengighet/klosteret/Sider/side.aspx>

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)

**Type avdeling:**

- Avrusningsenhet
- Motivasjonsenhet

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja, pasientene har ofte et blandingsmisbruk, men vi skal i hovedsak ta i mot pasienter med legale rusmidler
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Nei, ØH er lagt til sykehuset
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alkohol = 60 %
- Medikament nedtrapping = 40 %

**Avdeling rus og avhengighet, Follo døgn**

**Eier:** Akershus universitetssykehus HF

**Adresse:** Vestveien 15, 1400 Ski

**Telefon:** 907 81 686

**Internett:** [http://www.ahus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/rus-og-avhengighet\\_/follo-dogn\\_/Sider/side.aspx](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/rus-og-avhengighet_/follo-dogn_/Sider/side.aspx)

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)

**Type avdeling:**

- Avrusningsenhet
- ROP (rus og psykiatri) behandlingssenhet

**Poliklinisk avrusning:**

- I egne poliklinikker, ikke knyttet til døgnenhet

**Type pasienter:**

- Alkohol: ja

- Illegale stoffer: ja
- Legemiddelavhengighet: ja
- Gravide som skal avruses: ja (frivillige)
- Øyeblikkelig hjelp: nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler:**

- illegale, benzo og alkohol

**Divisjon psykisk helsevern/Avdeling for TSB. Enhet for avgiftning**

**Eier:** Sykehuset Innlandet HF

**Adresse:** Petter Skreddersvei 34, 2312 Ottestad

**Internett:** [http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss\\_/avdelinger\\_/avdeling-for-tsb](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/avdelinger_/avdeling-for-tsb)

**Kontaktperson/e-post:** [rusbehandling@sykehuset-innlandet.no](mailto:rusbehandling@sykehuset-innlandet.no)

**Telefon:** 06200

**Type avdeling:**

- Én av flere enheter i Avdeling for TSB i Sykehuset Innlandet HF

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja (også LAR)
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Ja

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Opiater, benzodiazepiner og amfetamin

### **Seksjon rusakuttmottak og avgiftning**

**Eier:** Oslo universitetssykehus HF

**Adresse:** Avdeling rusakuttmottak og avgiftning, Aker sykehus, Postboks 4959 Nydalen, 0424 Oslo

**Telefon:** 23 03 43 10

**Internett:** [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/rusakuttmottak](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/rusakuttmottak)

**Kontaktperson/e-post:** [post@oslo-universitetssykehus.no](mailto:post@oslo-universitetssykehus.no)

#### **Type avdeling:**

- To enheter
  - Enhet rusakuttmottak 13 senger
  - Enhet avgiftning, to poster, til sammen 30 senger

#### **Poliklinisk avrusning:**

- Ja

#### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Ja
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Meget sjelden

#### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alkohol/illegale: 50/50. Mange pasienter bruker mange rusmidler samtidig, legale/illegale/legemidler.

### **Seksjon for avgiftning og kartlegging, Avdeling for rusbehandling**

**Eier:** Sykehuset Østfold HF

**Adresse:** Sykehuset Østfold Moss, Seksjon for avgiftning og kartlegging, 1603 Fredrikstad

**Telefon:** 69 86 63 00

**Internett:** [http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss\\_/avdelinger\\_/seksjon-for-avgiftning-og-kartlegging-](http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss_/avdelinger_/seksjon-for-avgiftning-og-kartlegging-)

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@so-hf.no](mailto:postmottak@so-hf.no)

**Type avdeling:**

- 3 døgnenheter
- 5 sosialmedisinske poliklinikker

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja, i enkelte tilfeller
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler

#### 14.1.7 Oversikt over avrusningsenheter - Helse Sør

**Avgiftningsenheten Skien**

**Eier:** Borgestadklinikken – Blå Kors Sør BA

**Adresse:** Postboks 1 Sentrum, 3701 Skien

**Telefon:** 35 90 47 00

**Internett:** [www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)

**Kontaktperson/e-post:** [info@borgestadklinikken.no](mailto:info@borgestadklinikken.no)

**Type avdeling:**

- Én avdeling

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja

- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja
- Øyeblikkelig hjelp: Ja
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja
- Pasienter etter § 10-4: Sjelden, da kun gravide

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Blandingsmisbruk

**Borgestadklinikken, Bragernes Behandlingscenter Drammen**

**Eier:** Borgestadklinikken

**Adresse:** Cappelensgt. 42, 3015 Drammen

**Telefon:** 35 90 47 00

**Internett:** [www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@bragernesbehandlingscenter.no](mailto:post@bragernesbehandlingscenter.no)

**Type avdeling:**

- -

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ikke målgruppe
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Nei
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Ja

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Alkohol
- Medikamenter



### **Vestfoldklinikken, Enhet 1 – Avrusning- og kartlegging/utredningsenhet for stoffmisbrukere**

**Eier:** Psykiatrien i Vestfold HF, Helse Sør-Øst RHF

**Adresse:** Kirkeveien 275, 3140 Nøtterøy

**Telefon:** 33 34 20 00

**Internett:** [www.piv.no](http://www.piv.no)

**Kontaktperson/e-post:** [firmapost@siv.no](mailto:firmapost@siv.no)

#### **Type avdeling:**

- Døgnetenhet

#### **Poliklinisk avrusning:**

- Nei

#### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja, ved behov – ikke enhetens hovedmålgruppe
- Illegale rusmidler: Ja – enhetens hovedmålgruppe
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja – de vil bli prioritert raskt
- Øyeblikkelig hjelp: Nei, det er avtalt i foretaket at ø-hjelp til rusmiddelavhengige vil bli gitt ved psykiatrisk akuttmottak.
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja, inntil 4 stk
- Pasienter etter § 10-4: Ja (5-7 per år)

#### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler (opiater, amfetamin, cannabis mm.)
- LAR-pasienter med alkohol- og/eller medikamentavhengighet

### **Vestfoldklinikken, Enhet 2 – enhet for avrusning- utredning- og behandling av alkohol- og medikamentavhengige**

**Eier:** Psykiatrien i Vestfold HF, Helse Sør-Øst RHF

**Adresse:** Kirkeveien 275, 3140 Nøtterøy

**Telefon:** 33 34 20 00

**Internett:** [www.piv.no](http://www.piv.no)

**Kontaktperson/e-post:** [firmapost@siv.no](mailto:firmapost@siv.no)

#### **Type avdeling:**

- Døgnavsnitt og poliklinisk avsnitt

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja – Hovedmålgruppe
- Illegale rusmidler: Ja, til en viss grad, dersom funksjonsnivå tilsier at de kan nyttiggjøre seg våre rammer
- Legemiddelavhengighet: Ja - Hovedmålgruppe
- Gravide som skal avruses: Ja, de vil bli prioritert raskt, men har ikke særskilt kompetanse her, og vil sørge for videreføring til mer egnet institusjon
- Øyeblikkelig hjelp: Nei, går vi psykiatrisk akuttmottak.
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Ja, inntil 4 stk.
- Pasienter etter § 10-4: Ja, i prinsippet, men benyttes i svært liten grad (1-2 per år)

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Hovedtyngden av pasientene har alkohol- og /eller medikamentavhengighet. Det kan også være LAR-pasienter med alkohol- og/eller medikamentavhengighet. Vurdert ut fra pasientenes funksjonsnivå, har vi også innlagt pasienter med stoffavhengighet

**Avgiftningsposten i Kristiansand**

**Eier:** Sørlandet Sykehus HF

**Adresse:** Avgiftningsposten, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Serviceboks 416, 4604 Kristiansand

**Telefon:** 03738

**Internett:** <http://www.avhengighetsbehandling.no/html/avhengighet.html> / [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Kontaktperson/e-post:** [ara@sshf.no](mailto:ara@sshf.no)

**Type avdeling:**

- Én enhet

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja

- Gravide som skal avruses: Kun unntaksvis – frivillige innleggelse. Oftest midlertidige innleggelse i påvente av overføring til enheter spesialisert på oppfølging av gravide
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Ja (20 per år)

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Blandingsmisbruk – legemidler/illegale stoffer

**Avgiftningsenheten i Arendal**

**Eier:** Sørlandet sykehus HF

**Adresse:** Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, avgiftningsenheten i Arendal, serviceboks 783, 4809 Arendal.

**Telefon:** 38 14 80 00

**Internett:** <http://www.avhengighetsbehandling.no/html/avhengighet.html> / [www.sshf.no](http://www.sshf.no)

**Kontaktperson/e-post:** [ara@sshf.no](mailto:ara@sshf.no)

**Type avdeling:**

- Én enhet

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja, men sjelden
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Ja, sjelden (4-6 per år)

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Blandingsmisbruk

### **ARA, Seksjon for avgiftning og utredning Bærum**

**Eier:** Vestre Viken HF

**Adresse:** Postboks 83, 1309 Rud

**Telefon:** 67 52 37 70

**Internett:** [http://www.vestreviken.no/omoss\\_/avdelinger\\_/avdeling-for-rus-og-avhengighet\\_/Sider/enhet.aspx](http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger_/avdeling-for-rus-og-avhengighet_/Sider/enhet.aspx)

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)

#### **Type avdeling:**

- Én seksjon
- En akutt plass etter innleggelse i akuttpsykiatri Lier/Blakstad (én til syv dager)
- 8 avgiftningsplasser
- 4 utredningsplasser
- Konvertering LAR, opp- og nedtrapping LAR

#### **Poliklinisk avrusning:**

- Nei

#### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Ja, kun frivillige
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

#### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler og legemiddelavhengighet, helst i en kombinasjon

### 14.1.8 Oversikt over avrusningsenheter - Andre

#### **Evangeliesenterets Mottak i Oslo**

**Eier:** Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter

**Adresse:** Nordregate 20, 0551 Oslo

**Telefon:** 21 00 49 00

**Internett:** [www.evangeliesenteret.no](http://www.evangeliesenteret.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@evangeliesenteret.no](mailto:post@evangeliesenteret.no)

**Type avdeling:**

- Avrusning
- Beboeradministrasjon

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Nei
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler

**Stiftelsen P22**

**Eier:** Stiftelsen P22

**Adresse:** Osterhaus' gate 11, Postboks 8811 Youngstorget, 0028 Oslo

**Telefon:** 23 29 05 00

**Internett:** [www.p22.no](http://www.p22.no)

**Kontaktperson/e-post:** [p22@p22.no](mailto:p22@p22.no)

**Type avdeling:**

- Én avdeling

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja

- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Nei
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler

**Østsiden – senter for utredning og behandling**

**Eier:** Incita AS

**Adresse:** 2090 Hurdal

**Telefon:** 66 92 64 00

**Internett:** [www.incita.no](http://www.incita.no)

**Kontaktperson/e-post:** [post@incita.no](mailto:post@incita.no)

**Type avdeling:**

- To enheter:
  - «Forsterket» avrusningsenhet – sterke sikkerhetskrav
  - Lettere avrusning – mindre sikkerhetskrav

**Poliklinisk avrusning:**

- Nei

**Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja, men sjelden
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Nei
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei, men godkjennes i tilknytning til enkeltplasseringer
- Pasienter etter § 10-4: Ja

**Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Illegale rusmidler

### **Alfa Behandlingscenter**

**Eier:** Alfa Vestfold

**Adresse:** Kjønnørødn. 24, 3175 Ramnes

**Telefon:** 33 30 67 50

**Internett:** <http://www.alfabehandling.no/>

**Kontaktperson/e-post:** [post@alfavest.no](mailto:post@alfavest.no)

#### **Type avdeling:**

- To enheter

#### **Poliklinisk avrusning:**

- Nei

#### **Type pasienter:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Gravide som skal avruses: Nei
- Øyeblikkelig hjelp: Nei
- Pasienter etter §§ 10-2 og 10-3: Nei
- Pasienter etter § 10-4: Nei

#### **Type rusmidler (hovedtyngde):**

- Rusavhengige

## 14.2 Praksis ved avrusning i norske fengsler

I likhet med kartleggingen av praksis ved de ulike avrusningsenhetene i de regionale helseforetakene, ble det foretatt en kartlegging av praksis knyttet til avrusning i norske fengsler i 2011-2012. Tabell 14.3 gir en oversikt over andelen nye innsatte, hvor mange som har et definert rusmiddelproblem, og hvor mange som har behov for avrusning ved innsettelse i kriminalomsorgens fem regioner. I tabellen er fengslene slått sammen i sine respektive regioner. I kartleggingen mangler tall fra tre fengsler.

**Tabell 14.1 - Oversikt over andel innsatte med rusmiddelproblemer og behov for avrusning. Kriminalomsorgen, kartlegging 2011-2012. Tall og prosent (N=27).**

	Region øst	Region sør	Region sørvest	Region vest	Region nord	Totalt	Prosent
<b>Nye innsatte pr. mnd.</b>	281	89	134	98	114	<b>716</b>	<b>100 %</b>
<b>Nye innsatte pr. mnd. med rusmiddelproblemer</b>	160	51	77	53	79	<b>420</b>	<b>59 %</b>
<b>Nye innsatte med behov for avrusning</b>	86	42	52	47	55	<b>282</b>	<b>39 %</b>

Kartleggingen viser at om lag 60 prosent av nyinnsatte i norske fengsler sliter med rusproblematikk. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser av levkår blant innsatte i norske fengsler (Friestad og Skog Hansen 2004, Skardhamar 2005). Forskjellene er relativt små mellom regionene, men Region nord skiller seg ved at 69 prosent av nye innsatte har rusmiddelproblemer. I underkant av 60 prosent av de innsatte i de øvrige regionene har rusmiddelproblemer.

Kartleggingen viser videre at nær fire av ti har behov for avrusning ved innsettelse. Dette utgjør 67 prosent av alle som har rusmiddelproblemer ved innsettelse. Skillet mellom regionene er her noe større. Region øst kan vise til lavest andel: tre av ti har her behov for avrusning ved innsettelse, noe som utgjør 54 prosent av alle som har rusmiddelproblemer ved innsettelse. Region vest har høyest andel: nær fem av ti har behov for avrusning ved innsettelse, noe som utgjør 89 prosent av alle som har rusmiddelproblemer ved innsettelse.

Alle fengslene i kartleggingen fra 2011-2012 oppgir at rusmiddelavhengige innsatte er avhengig av alkohol, illegale rusmidler eller en kombinasjon av disse. De fleste oppgir «blandingsmisbruk» som det vanligste. Alle fengslene tilbyr også medikamentell behandling av abstinenssymptomer.

I kartleggingen av avrusningspraksis i fengslene ble det også spurt hvordan avrusningen ble gjennomført, samt varighet på avrusningen. Ingen fengsler hadde egne sengeposter beregnet på



avrusning av innsatte. Fengslene benyttet dermed ordinære celler eller venteceller til avrusning. En egen avrusningsenhet ved Bjørgvin fengsel (Bergen) er under planlegging.

Når det gjelder varighet på avrusningen, praktiseres dette ulikt i fengslene. Noen fengsler oppga at avrusningen hadde en varighet på inntil to uker, andre alt fra to uker til tre måneder (N=18). Mange oppga ingen konkret tidsanvising, men tydeliggjør i stedet at avrusning foregår etter en individuell vurdering, alt etter den enkelte innsattes behov. Noen fengsler praktiserer også i første omgang et abstinensregime før de går over i en nedtrappingsperiode på alt fra én uke til halvannen måned.

#### 14.2.1 Oversikt avrusning i fengsler – Region øst

##### **Hedmark fengsel, avd.Hamar**

**Adresse:** Hedmark fengsel avd. Hamar, Grønne gt. 131, 2317 Hamar

**Telefon:** 62 54 36 60

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@hamar.kommune.no](mailto:postmottak@hamar.kommune.no)

##### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 15-20
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 10-15
- Nye innsatte med behov for avrusning: 10-15

##### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 5-25 dager

##### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja (alt)
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

##### **Kongsvinger fengsel**

**Adresse:** Vardåsvegen 190, 2214 Kongsvinger

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@kongsvinger.kommune.no](mailto:postmottak@kongsvinger.kommune.no)

**Telefon:** 62 88 84 50

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: -
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: -
- Nye innsatte med behov for avrusning: -

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 0-14 dager. Sobril nedtrapping 4-6 uker.

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja (alt)
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Kombinasjon legemidler og illegale rusmidler
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Bredtveit fengsel**

**Adresse:** Trondheimsveien 375, PB 1, 0901 Oslo

**Telefon:** 22 80 34 20

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@bbj.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bbj.oslo.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 13
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 6-7
- Nye innsatte med behov for avrusning: 6-7

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 3-10

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Gjøvik avdeling, Vestoppland fengsel

**Adresse:** Skolegate 1, 2821 Gjøvik

**Telefon:** 61 13 63 40

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@gjovik.kommune.no](mailto:postmottak@gjovik.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 8
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 4
- Nye innsatte med behov for avrusning: 0-1

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 7-14

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Piller, opiater
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Halden fengsel

**Adresse:** Postboks 1094, 1787 Berg i Østfold

**Telefon:** 69 21 46 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@halden.kommune.no](mailto:postmottak@halden.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 20-30
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 15
- Nye innsatte med behov for avrusning: 3

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 14

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja, sjelden
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Hasj, amfetamin
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Bruvoll fengsel

**Adresse:** 2123 Bruvoll

**Telefon:** 62 97 85 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@nord-odal.kommune.no](mailto:postmottak@nord-odal.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: Varierer, 314 pr. desember 2013 (ca. 100 færre enn 2012)
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: Varierer med antall innsettelse, over 50 % av de innsatte har rusproblemer med behov for oppfølging. I tillegg bruker ca. 90 % hasj før innsettelse.
- Nye innsatte med behov for avrusning: Varierer med antall innsettelse.

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Egen ventecelle
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 1-7

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Hasj, amfetamin, heroin, benzodiazepiner, GHB
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Ila fengsel

**Adresse:** Jøssingveien 33, 1359 Eiksmarka

**Telefon:** 67 16 10 00

**Kontaktperson/e-post:** [post@baerum.kommune.no](mailto:post@baerum.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 5
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 2
- Nye innsatte med behov for avrusning: 0-1

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): -

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Legemidler
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Oslo fengsel**

**Adresse:** Postboks 9292 Grønland, 0134 Oslo

**Telefon:** 23 30 15 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@bgo.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bgo.oslo.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 160
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 90
- Nye innsatte med behov for avrusning: 20

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 10

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Opiater, benzo
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Ravneberget fengsel**

**Adresse:** Ravneberget, 1708 Sarpsborg

**Telefon:** 69 11 58 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@sarpsborg.com](mailto:postmottak@sarpsborg.com)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 30
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 60 %
- Nye innsatte med behov for avrusning: 30

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Sarpsborg fengsel**

**Adresse:** PB 180, 1701 Sarpsborg

**Telefon:** 69 15 50 33

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@sarpsborg.com](mailto:postmottak@sarpsborg.com)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 12-15
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 60 %
- Nye innsatte med behov for avrusning: 60 %

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

## 14.2.2 Oversikt avrusning i fengsler - Region sør

### Horten fengsel

**Adresse:** Langgt. 1, 3187 Horten

**Telefon:** 33 07 18 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@horten.kommune.no](mailto:postmottak@horten.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 9
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 7
- Nye innsatte med behov for avrusning: 3

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt (men ikke lenger enn 10-12 dager)

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Amfetamin, heroin, legemidler
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Ringerike fengsel

**Adresse:** Postboks 40, 3553 Tyristrand

**Telefon:** 33 20 74 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@ringerike.kommune.no](mailto:postmottak@ringerike.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 30-35
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 20
- Nye innsatte med behov for avrusning: Nesten alle

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Fra 3-4 dager til flere uker

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Sem fengsel**

**Adresse:** PB 84, 3107 Sem

**Telefon:** 33 30 81 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@tonsberg.kommune.no](mailto:postmottak@tonsberg.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: Varierer
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: Varierer
- Nye innsatte med behov for avrusning: Varierer

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Skien fengsel**

**Adresse:** Rødmyrlia 43, 3743 Skien

**Telefon:** 33 20 76 00

**Kontaktperson/e-post:** [skien.postmottak@skien.kommune.no](mailto:skien.postmottak@skien.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 10-12
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 60 %
- Nye innsatte med behov for avrusning: -



**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 2-3 uker

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Larvik fengsel**

**Adresse:** Herregårdssletta 2, 3257 Larvik

**Telefon:** 33 13 38 50

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@larvik.kommune.no](mailto:postmottak@larvik.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 8
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 4-6
- Nye innsatte med behov for avrusning: 1

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Hasj
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Sandefjord fengsel**

**Adresse:** Pb 165, 3201 Sandefjord

**Telefon:** 33 46 21 91

**Kontaktperson:** Gro Tove Hem

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@sandefjord.kommune.no](mailto:postmottak@sandefjord.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 11
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 2-3
- Nye innsatte med behov for avrusning: 1

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuelt

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Alkohol, hasj, legemidler
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### 14.2.3 Oversikt avrusning i fengsler - Region sør-vest

#### [Haugesund fengsel](#)

**Adresse:** Skillebekkgt. 10, 5515 Haugesund

**Telefon:** 52 70 54 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@haugesund.kommune.no](mailto:postmottak@haugesund.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 10
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 8
- Nye innsatte med behov for avrusning: lite behov, sjelden

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager):

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja

- Legemiddelavhengighet: Sjelden
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

#### Arendal fengsel (Evje)

**Adresse:** Evjemoen, 4735 Evje

**Telefon:** 37 93 17 70

**Kontaktperson/e-post:** [post@e-h.kommune.no](mailto:post@e-h.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 6
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 4-5
- Nye innsatte med behov for avrusning: Svært få

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Individuell vurdering

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja, etter behov

#### Arendal fengsel (Kleivgrend)

**Adresse:** 3870 Fyresdal

**Telefon:** 35 04 23 29

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@fyresdal.kommune.no](mailto:postmottak@fyresdal.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 20
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 14
- Nye innsatte med behov for avrusning: 2

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Nei
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei (28 plasser i leiren, ca. 80 % rusrelatert)

- Lengde avrusning (antall dager): Varierer

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Amfetamin, hasj, alkohol
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Kristiansand fengsel**

**Adresse:** Postboks 507, Lundsiden, 4605 Kristiansand

**Telefon:** 38 12 00 40

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@kristiansand.kommune.no](mailto:postmottak@kristiansand.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 17
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 10
- Nye innsatte med behov for avrusning: 8

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 7-14

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Subutex, benzo, Temgesic, Rivotril
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Sandeid fengsel**

**Adresse:** 5585 Sandeid

**Telefon:** 52 76 72 10

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@vindafjord.kommune.no](mailto:postmottak@vindafjord.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 46
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 10-15

- Nye innsatte med behov for avrusning: 8-10

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 14 dager – 3 mnd.

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: -
- Illegale rusmidler: -
- Legemiddelavhengighet: -
- Hovedtyngde type rusmidler: Diverse B-preparater og illegal bruk av Subutex
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

[Åna fengsel](#)

**Adresse:** 4365 Nærbø

**Telefon:** 51 79 90 00

**Kontaktperson/e-post:** [post@ha.kommune.no](mailto:post@ha.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 35
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 30
- Nye innsatte med behov for avrusning: 25-30

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 14

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Amfetamin
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

## 14.2.4 Oversikt avrusning i fengsler - Region vest

### Bergen fengsel

**Adresse:** PB 224 Ulset

**Telefon:** 55 39 36 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@bergen.kommune.no](mailto:postmottak@bergen.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 51
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 30
- Nye innsatte med behov for avrusning: 30

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 11

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Opiater, benzo, amfetamin
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Vik fengsel

**Adresse:** Postboks 134, 6891 Vik i Sogn

**Telefon:** 57 69 65 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@vik.kommune.no](mailto:postmottak@vik.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 10-12
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 6-8
- Nye innsatte med behov for avrusning: 2

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 5-10

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Ålesund fengsel**

**Adresse:** Sundgata 8, 6007 Ålesund

**Telefon:**

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@alesund.kommune.no](mailto:postmottak@alesund.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 35
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 15
- Nye innsatte med behov for avrusning: 10-15

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Gjøres svært lite ift. avrusning i fengslet i dag.

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Amfetamin
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**14.2.5 Oversikt avrusning i fengsler - Region nord****Trondheim fengsel**

**Adresse:** Helseavdelingen ved Trondheim fengsel, Nermarka 2, 7047 Trondheim

**Telefon:** 73 82 60 00

**Kontaktperson/e-post:** [tk.postmottak@trondheim.kommune.no](mailto:tk.postmottak@trondheim.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 49 (590 per år i 2011)

- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 30
- Nye innsatte med behov for avrusning: 20-25

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 2 uker abstinensregime, nedtrapping benzo 1-4 uker

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja (hasj, amfetamin, heroin/opiater)
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Hasj, amfetamin, benzo, blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

**Bodø fengsel**

**Adresse:** PB 833, 8001 Bodø

**Telefon:** 75 55 94 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@bodo.kommune.no](mailto:postmottak@bodo.kommune.no)

**Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 15
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 11
- Nye innsatte med behov for avrusning: 7

**Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Abstinensdosett i 7-14 dager. Nedtrapping av B-prep. Individuell nedtrapping.

**Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja (hasj, amfetamin, blåvalium, syntetisk cannabis, opiater, opiatderivater)
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja



### Mosjøen fengsel

**Adresse:** Mathias Bruunsgate 23, 8651 Mosjøen

**Telefon:** 75 11 12 70

**Kontaktperson/e-post:** [post@vefsn.kommune.no](mailto:post@vefsn.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 2-10
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 8
- Nye innsatte med behov for avrusning: 2

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): Varierende

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Hasj, amfetamin, benzo
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

### Tromsø fengsel

**Adresse:** Pb 3260, 9275 Tromsø

**Telefon:** 77 60 86 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@tromso.kommune.no](mailto:postmottak@tromso.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 20
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 15
- Nye innsatte med behov for avrusning: 3

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 7-10

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja

- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

#### Vadsø fengsel

**Adresse:** Pb 23, 9811 Vadsø

**Telefon:** 78 94 11 00

**Kontaktperson/e-post:** [postmottak@vadso.kommune.no](mailto:postmottak@vadso.kommune.no)

#### **Antall (domfelte og varetekt):**

- Nye innsatte per mnd.: 25
- Nye innsatte med rusmiddelproblemer per mnd.: 15-20
- Nye innsatte med behov for avrusning: 15-20

#### **Hvor foregår avrusning i fengslet – og varighet:**

- På cellene: Ja
- Egne senger i fengselshelsetjenesten: Nei
- Lengde avrusning (antall dager): 21-70, etter behov

#### **Hva slags rusmiddelproblemer har de innsatte:**

- Alkoholproblem: Ja
- Illegale rusmidler: Ja
- Legemiddelavhengighet: Ja
- Hovedtyngde type rusmidler: Blandingsmisbruk
- Tilbys medikamentell behandling av abstinenssymptomer: Ja

## 15 REFERANSER

1. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *JPsychopharmacol*. 2012;26(7):899-952.
2. Detoxification and Substance Abuse Treatment. 2006. Report No.:45.
3. NICE. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. 2011 2011. Report No.: NICE clinical guideline 115.
4. NICE. Delirium: diagnosis, prevention and management. 2010. NICE clinical guideline 103.
5. NICE. Drug misuse: Opioid detoxification. 2008. National Clinical Practice Guideline Number 52.
6. Pilling S, Strang J, Gerada C. Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2007;335(7612):203-5.
7. Mattick RP, Hall W. Are detoxification programmes effective? *Lancet*. 1996;347(8994):97-100.
8. Hobbesland Å. Undersøkelse av avgiftningsbehandling ved seks avgiftningsavdelinger i Helseregion Sør. 2006.
9. Nordlie E, Voyvik T, Aasland OG. [Treatment offered to drug addicts]. *TidsskrNor Laegeforen*. 2002;122(25):2455-7.
10. Kristensen O, Lolandsmo T, Isaksen A, Vederhus JK, Clausen T. Treatment of polydrug-using opiate dependents during withdrawal: towards a standardisation of treatment. *BMCPsychiatry*. 2006;6:54.
11. Watten R, Waal H. Avrusning: Fra vilje til medisin. Avrusningstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse til ultrarask opioidavrusning (UROD). 2001. SIRUS Rapport Nr.3.
12. Helland A, Skjotskift S. [Drug treatment of alcohol withdrawal]. *TidsskrNor Laegeforen*. 2008;128(10):1182-4.

13. Lobmaier P, Gossop M, Waal H, Bramness J. The pharmacological treatment of opioid addiction--a clinical perspective. *EurJClinPharmacol*. 2010;66(6):537-45.
14. Skjøtskift S, Lommerus. En guide for helsepersonell til behandling av rusmedisinske problemstillinger i sykehus. 2010.
15. Hodt-Billington C. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
16. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64, (1999).
17. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63, (1999).
18. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61., (1999).
19. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30, (2011).
20. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). FOR 2009-12-18 nr 1641, (2010).
21. Lov om barneverntjenester (barnevernloven). LOV-1992-07-17-100, (1992).
22. Om helsepersonells rett og plikt til å gi opplysninger til barnevern, politi og sosialtjeneste. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
23. Sannibale C, Fucito L, O'Connor D, Curry K. Process evaluation of an out-patient detoxification service. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(6):475-81.
24. Silins E, Sannibale C, Larney S, Wodak A, Mattick R. Residential detoxification: essential for marginalised, severely alcohol- and drug-dependent individuals. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(4):414-9.
25. Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. *CochraneDatabaseSystRev*. 2010(2):CD004580.
26. Day E, Strang J. Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial. *JSubstAbuse Treat*. 2011;40(1):56-66.
27. Bogstrand ST, Normann PT, Rossow I, Larsen M, Morland J, Ekeberg O. Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug Alcohol Depend*. 2011.
28. Veileder for helse- og omsorgstjenesten til innsatte i fengsel. Oslo: Helsedirektoratet, 2013 IS-1971.
29. Friestad C, Skog Hansen I. Levekår blant innsatte. Oslo: Fafo. 2004.

30. Årsrapport 2012. Helsetjenester til innsatte i fengsel. Helsedirektoratet, 2013. IS-2112.
31. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *CochraneDatabaseSystRev*. 2011(5):CD008063.
32. Dalsbø TS, A; Høie, B. Er kjønnssegregert behandling det beste for rusavhengige kvinner? Systematisk litteratursøk med sortert referanseliste. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
33. Trulsson K, Hedin U-C. The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International Journal of Social Welfare*. 2004;13:145-57.
34. Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcohol ClinExpRes*. 1989;13(4):499-504.
35. Dahlgren L, Willander A. [A study of abusers at the EWA unit: women not treated for their alcohol problems have an increased mortality rate]. *Lakartidningen*. 1989;86(20):1898-900.
36. Gjestad R, Franck J, Lindberg S, Haver B. Early Treatment for Women with Alcohol Addiction (EWA) reduces mortality: a randomized controlled trial with long-term register follow-up. *Alcohol*. 2011;46(2):170-6.
37. Strantz IH, Welch SP. Postpartum women in outpatient drug abuse treatment: Correlates of retention/completion. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1995;27(4):357-73.
38. Condelli WS, Koch MA, Fletcher B. Treatment refusal/attrition among adults randomly assigned to programs at a drug treatment campus The New Jersey Substance Abuse Treatment Campus, Seacaucus, NJ. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;18(4):395-407.
39. Kaskutas LA, Zhang L, French MT, Witbrodt J. Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*. 2005;100(1):60-9.
40. Mellingen S. A woman left lonely. En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling. Bergen: Høgskolen i Bergen og Stiftelsen Bergensklinikkene, 2012.
41. Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2008.
42. Pårørende - en ressurs. Oslo: Helsedirektoratet, 2008 IS-1512.
43. Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo: 2014: IS-2076.
44. Biong S, Svensson T. Bridging the gaps: Experiencing and preventing life-threatening heroin overdoses in men in Oslo. *IntJQualitative Studies on Health and Well-being*. 2009;4(2):94-105.
45. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1.

46. Nebb A-HL, R-M; Wangsberg,S. Klient- og resultatstyrt praksis. Erfaringer fra ruspoliklinikken UNN. Kompetansesenter rus Nord-Norge, 2010.
47. Miller SD, Duncan BL. The outcome and session rating scales: Administration and scoring manual. Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change. 2004.
48. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. 2006 2006.
49. Sundfør K-O. Fra bruker til erfaringskonsulent. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2012;9(4):366-9.
50. Ottawa charter for health promotion, WHO(1986).
51. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11(1):11-8.
52. Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle. 3.utgave ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
53. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stånicke. Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
54. Schibbye AL. Anerkjennelse; en terapeutisk intervensjon? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 1996;33:530-7.
55. Kirkengen AL. Innskrevet i kroppen. TidsskrNor Lægeforen. 2000;13:120-4.
56. Biong S, Karlsson B, Svensson T. Metaphors of a shifting sense of self in men recovering from substance abuse and suicidal behaviour. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services. 2008;46(4):35-41.
57. Moe A. Fra å sette arr på det til å sette ord på det: "Det er ikke vondt å kutte, men det er jævlig vondt å la være". Suicidologi. 2008;3(13):24-5.
58. Herrestad H, Biong S. Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-har,. IntJ of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2010;5:1-9.
59. Larsen E, Selnes B. Fra avvik til ansvar. En miljøterapeutisk tilnærming til ungdom i institusjon: Tanum; 1992.
60. Skårderud F. Sterk/svak: Aschehoug; 2000.
61. Gunderson J. Defining the therapeutic process in psychiatric milieus. Psychiatry. 1978;41:327-35.
62. PAFFMUA. Miljøterapi, en modell for tenkning, holdning og handling. 6.utgave ed: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning; 2011.

63. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *BrJ Clin Psychol.* 2002;41(Pt 4):417-22.
64. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
65. Lie G, Granby I. *Mennesket bak rusen*: Fagbokforlaget; 2011.
66. Honneth A. *Kamp om annerkjennelse. Sosiale konflikters moralske grammatikk*. København: Hans Retzels forlag; 2006.
67. Strong T, Sutherland O, Ness O. Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy.* 2011;2(1):25-40.
68. Skjervheim H, Aarnes A. *Deltakar og tilskodar og andre essays*: Aschehoug; 1996.
69. Strømfors GE-G, M. *Jeg visste ikke at jeg kunne så mye. Praksisrefleksjoner på arbeidsplassen*. Oslo: 2013.
70. IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser - ROP-lidelser: Helsedirektoratet; 2011.
71. Moner SE. Acupuncture and addiction treatment. *Journal of addictive diseases.* 1996;15(3):79-100.
72. Cui C-L, Wu L-Z, Luo F. Acupuncture for the treatment of drug addiction. *Neurochemical research.* 2008;33(10):2013-22.
73. Liu T-t, Shi J, Epstein DH, Bao Y-p, Lu L. A meta-analysis of acupuncture combined with opioid receptor agonists for treatment of opiate-withdrawal symptoms. *Cellular and molecular neurobiology.* 2009;29(4):449-54.
74. Jordan JB. Acupuncture treatment for opiate addiction: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2006;30(4):309-14.
75. Clayton AH. *Blog Archives Complementary and Alternative Medicine. Primary psychiatry.* 2005;12(8):37-44.
76. Skrede A, Munkvold H, Watne Ø, Martinsen E. [Exercise contacts in the treatment of substance dependence and mental disorders]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række.* 2006;126(15):1925-7.
77. Moe TM, E.W. Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. In: Borge EW, editor. *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtalerapi*. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
78. Bahr R. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*: Helsedirektoratet; 2009.

79. Taylor AH, Ussher MH. Effects of exercise on smoking cessation and coping with withdrawal symptoms and nicotine cravings. *Exercise, health and mental health: Emerging relationships*. 2005;135-58.
80. Vederhus JK, Hjerkin B, Kristensen O. [Self-help groups for substance addicts]. *TidsskrNor Laegeforen*. 2011;131(12):1204-6.
81. Vederhus JK, Timko C, Kristensen O, Clausen T. The courage to change: patient perceptions of 12-Step fellowships. *BMCHealth ServRes*. 2011;11:339.
82. Vederhus JK, Kristensen O, Laudet A, Clausen T. Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway. *BMCHealth ServRes*. 2009;9:147.
83. Vederhus JK, Timko C, Kristensen Ø, Hjemdahl B, Clausen T. Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014;109(5):766-73.
84. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
85. Allen JP, Reinert DF, Volk RJ. The alcohol use disorders identification test: an aid to recognition of alcohol problems in primary care patients. *PrevMed*. 2001;33(5):428-33.
86. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol ClinExpRes*. 2002;26(2):272-9.
87. Meneses-Gaya C, Crippa JA, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, et al. The fast alcohol screening test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders. *SubstUseMisuse*. 2010;45(10):1542-57.
88. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Azevedo Marques JM, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol ClinExpRes*. 2010;34(8):1417-24.
89. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7.
90. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *BrJAddict*. 1989;84(11):1353-7.
91. Reoux JP, Miller K. Routine hospital alcohol detoxification practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar). *AmJAddict*. 2000;9(2):135-44.
92. Stuppaeck CH, Barnas C, Falk M, Guenther V, Hummer M, Oberbauer H, et al. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome--validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A). *Addiction*. 1994;89(10):1287-92.



93. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol ClinExpRes*. 1994;18(5):1156-61.
94. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010;105(4):601-14.
95. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. DUDIT. The Drug Use Disorder Identification Test. Manual. 2007 2007. Report No.: Versjon 1.1, norsk oversettelse.
96. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *EurAddictRes*. 2005;11(1):22-31.
97. Berman AH, Palmstierna T, Kallmen H, Bergman H. The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index. *JSubstAbuse Treat*. 2007;32(4):357-69.
98. Blacken P, Hendriks V, Pozzi G, Tempesta E, Hartgers C, Koeter M, et al. European Addiction Severity Index (EuropASI). 1994.
99. Hidle L, Lauritzen G, Skretting A. EuropASI - norsk versjon. 1997.
100. Lauritzen G. European Addiction Severity Index i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksis. 2010 2010. Report No.: SIRUS-Rapport nr.6/2010.
101. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *JPsychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9.
102. Bradley BP, Gossop M, Phillips GT, Legarda JJ. The development of an opiate withdrawal scale (OWS). *BrJAddict*. 1987;82(10):1139-42.
103. Gossop M. The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS). *AddictBehav*. 1990;15(5):487-90.
104. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *ArchInternMed*. 2000;160(13):1977-89.
105. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing - preparing people for change: The Guilford Press*; 2002.
106. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *AddictBehav*. 1996;21(6):835-42.
107. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *AmPsychol*. 1992;47(9):1102-14.

108. Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *JStudAlcohol*. 1999;60(2):285-7.
109. Miller WR, Baca C, Compton WM, Ernst D, Manuel JK, Pringle B, et al. Addressing substance abuse in health care settings. *Alcohol ClinExpRes*. 2006;30(2):292-302.
110. Stewart JS. A critical appraisal of motivational interviewing within the field of alcohol misuse. *JPsychiatrMentHealth Nurs*. 2012.
111. Engle B. Review: motivational interviewing reduces substance use compared with no treatment in substance-dependent individuals. *EvidBasedMentHealth*. 2011;14(4):116.
112. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *JAffectDisord*. 2012;139(3):217-29.
113. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(1):39-50.
114. Skretting A, Storvoll EE. Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. 2011 2011. Report No.: 3/2011.
115. Amundsen EJ, Lund I, Bretteville-Jensen AL, Skretting A, Rise J, Nordlund S. Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang. 2010. Report No.: 4/2010.
116. Rusmidler i Norge 2012. 2013.
117. Hoffman RS, Weinhouse GL. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. 2013.
118. Kluwer W. Principles of Addiction Medicine. 4.Edition ed: Lippincott, Williams & Willems; 2009.
119. Wiese JG, Shlipak MG, Browner WS. The alcohol hangover. *AnnInternMed*. 2000;132(11):897-902.
120. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *JNeuroNeurosurgPsychiatry*. 2008;79(8):854-62.
121. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, et al. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal--predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(4):427-33.
122. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta ObstetGynecolScand*. 2006;85(11):1292-8.
123. Alwyn T, John B, Hodgson RJ, Phillips CJ. The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(6):536-41.

124. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira R, Ferraz MB. Cost-effectiveness of home visits in the outpatient treatment of patients with alcohol dependence. *EurAddictRes*. 2010;16(2):69-77.
125. Williams D, McBride AJ. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(2):103-15.
126. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *CochraneDatabaseSystRev*. 2010(3):CD005064.
127. Eyer F, Schreckenber M, Hecht D, Adorjan K. Treatment. Carbamazepin and valproat as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A retrospective cohort study. *Alcohol and alcoholism*. 2011;46(2):177-84.
128. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 1997;278(2):144-51.
129. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5):649-55.
130. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *CochraneDatabaseSystRev*. 2010(3):CD005063.
131. Schaefer TJ, Hafner JW. Are benzodiazepines effective for alcohol withdrawal? *AnnEmergMed*. 2013;62(1):34-5.
132. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5):675-80.
133. Lambie D, Johnson R, Vijayasenan M, Whiteside E. Sodium valproate in the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. *Australasian Psychiatry*. 1980;14(3):213-5.
134. Beattie MC. Meta-Analysis of social relationships and posttreatment drinking outcomes: comparison of relationship structure, function and quality. *J StudAlcohol*. 2001;62(4):518-27.
135. Rana A, Luthra V, Wazir MNK. Audit of alcohol detoxification at Leeds Addiction Unit. *Drugs and alcohol today*. 2012;12(1):45-50.
136. Diehl A, Ulmer L, Mutschler J, Herre H. Why is disulfiram superior to acomprosat in the routine clinical setting? A retrospective long-term study in 353 alcohol-dependent patients. *Alcohol and alcoholism*. 2010;45(3):271-7.
137. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *CochraneDatabaseSystRev*. 2010(12):CD001867.
138. Vanedannende legemidler - forskrivning og forsvarlighet. Oslo: Helsedirektoratet, 2014 Contract No.: IS-2014.

139. Bruk av vanedannende legemidler. 2011. Report No.
140. Glyngdal P, Hansen K. Benzodiazepinmisbru hos heroinmisbrugere i København. Videnskap og praksis. 1997;6523-7.
141. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(3):249-55.
142. . 1995.
143. UpToDate. Benzodiazepin poisoning and withdrawal 2013 [updated 2013].
144. Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(3):CD005194.
145. Ringerrike T, Kornor H, Harboe I, Klemp M. Effekt av tiltak for å avslutte legemiddelavhengighet. 2009. Report No.
146. Fatseas M, Lavie E, Denis C, Franques-Reneric P, Tignol J, Auriacombe M. [Benzodiazepine withdrawal in subjects on opiate substitution treatment]. *Presse Med*. 2006;35(4 Pt 1):599-606.
147. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD YR. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(1):13-24.
148. Voshaar RC, Couvee JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006;189:213-20.
149. UpToDate. Co-occurring anxiety disorders and substance use disorders: epidemiology, clinical manifestation and diagnosis 2013 [updated 2013].
150. UpToDate. Dual diagnosis: severe mental illness and substance use disorders 2013 [updated 2013].
151. Nilsen EM, Bachs L, Bjørner T, Høiseth G, Johnsen J, Ørbeck AL, et al. Benzodiazepiner i behandlingen av personer med rusmiddelproblemer. 2007 2007. Report No.: Nr 6 - 2007.
152. Bretteville-Jensen AL, Amundsen EJ. Omfanget av sprøytemisbruk i Norge. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2006.
153. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Håseth A, Lillevold PH. Statusrapport 2014. Helseforetakene - et godt sted å være? Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo, 2014.
154. Welle-Strand GK. Hvordan møte overdoseproblematikken på kort og lang sikt i Oslo kommune? 1998.
155. Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6539):103-4.

156. Gibson AE, Doran CM, Bell JR, Ryan A, Lintzeris N. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *MedJAust*. 2003;179(1):38-42.
157. Horspool MJ, Seivewright N, Armitage CJ, Mathers N. Post-treatment outcomes of buprenorphine detoxification in community settings: a systematic review. *EurAddictRes*. 2008;14(4):179-85.
158. Doran CM, Shanahan M, Bell J, Gibson A. A cost-effectiveness analysis of buprenorphine-assisted heroin withdrawal. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23(2):171-5.
159. Dunn KE, Sigmon SC, Strain EC, Heil SH, Higgins ST. The association between outpatient buprenorphine detoxification duration and clinical treatment outcomes: a review. *Drug Alcohol Depend*. 2011;119(1-2):1-9.
160. Gossop M, Battersby M, Strang J. Self-detoxification by opiate addicts. A preliminary investigation. *BrJPsychiatry*. 1991;159:208-12.
161. Noble A, Best D, Man LH, Gossop M, Stang J. Self-detoxification attempts among methadone maintenance patients: what methods and what success? *AddictBehav*. 2002;27(4):575-84.
162. Strang J, Marks I, Dawe S, Powell J, Gossop M, Richards D, et al. Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. Results from a randomised trial. *BrJPsychiatry*. 1997;171:335-9.
163. Franken IH, Hendriks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *PsychiatrServ*. 1999;50(6):813-7.
164. Araujo L, Goldberg P, Eyma J, Madhusoodanan S, Buff DD, Shamim K, et al. The effect of anxiety and depression on completion/withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program. *JSubstAbuse Treat*. 1996;13(1):61-6.
165. Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schutz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(2):173-80.
166. Specka M, Buchholz A, Kuhlmann T, Rist F, Scherbaum N. Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. *EurAddictRes*. 2011;17(4):178-84.
167. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *CochraneDatabaseSystRev*. 2011;9:CD005031.
168. Gowing L, Ali R, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. *CochraneDatabaseSystRev*. 2009(3):CD002025.
169. Raistrick D, West D, Finnegan O, Thistlethwaite G, Brearley R, Banbery J. A comparison of buprenorphine and lofexidine for community opiate detoxification: results from a randomized controlled trial. *Addiction*. 2005;100(12):1860-7.

170. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *CochraneDatabaseSystRev*. 2005(3):CD003409.
171. Gowing L, Ali R, White JM. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *CochraneDatabaseSystRev*. 2010(1):CD002022.
172. Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective follow-up study. *BrJPsychiatry*. 1989;154:348-53.
173. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *CochraneDatabaseSystRev*. 2011(2):CD001333.
174. Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *CochraneDatabaseSystRev*. 2008(2):CD006140.
175. Kunoe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, et al. Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *BrJPsychiatry*. 2009;194(6):541-6.
176. Lobmaier PP, Kunoe N, Gossop M, Katevoll T, Waal H. Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release. *EurAddictRes*. 2010;16(3):139-45.
177. Kunoe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Gossop M, Hegstad S, et al. Challenges to antagonist blockade during sustained-release naltrexone treatment. *Addiction*. 2010;105(9):1633-9.
178. Kunoe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, et al. Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010;111(1-2):166-9.
179. Lobmaier PP, Kunoe N, Gossop M, Waal H. Naltrexone depot formulations for opioid and alcohol dependence: a systematic review. *CNSNeurosciTher*. 2011;17(6):629-36.
180. Kunoe N, Lobmaier P, Ngo H, Hulse GK. Injectable and implantable sustained release naltrexone in the treatment of opioid addiction. *BrJClinPharmacol*. 2012.
181. Zvosec L, Smith S. Gamma hydroxybutyrate (GHB) dependence and withdrawal. 2010.
182. Bell J, Collins R. Gamma-butyrolactone (GBL) dependence and withdrawal. *Addiction*. 2011;106(2):442-7.
183. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization, 2014.
184. IS-1876 Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder: Norwegian Directorate of Health; 2011.
185. Darke S, Williamson A, Ross J, Mills KL, Havard A, Teesson M. Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: findings from the Australian treatment outcome study. *JUrbanHealth*. 2007;84(2):283-91.

186. Fatovich DM, Bartu A, Davis G, Atrie J, Daly FF. Morbidity associated with heroin overdose presentations to an emergency department: a 10-year record linkage study. *EmergMedAustralas*. 2010;22(3):240-5.
187. Gjersing L, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T. Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008. 2011 2011. Report No.: 2/2011.
188. Brugal MT, Barrio G, De LF, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*. 2002;97(3):319-27.
189. Brvar M. S100B protein in heroin overdose: A pilot study. *Critical Care*. 2005;9(1):290.
190. Andersen SN, Skullerud K. Hypoxic/ischaemic brain damage, especially pallidal lesions, in heroin addicts. *Forensic SciInt*. 1999;102(1):51-9.
191. Biong S, Ravndal E. Young mens' experiences of living with abuse and suicidal behavior. *IntJQualitative Studies on Health and Well-being*. 2007;2(4):246-59.
192. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*. 2002;97(11):1383-94.
193. Ebricht JR, Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users. *InfectDisClinNorth Am*. 2002;16(3):697-712.
194. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *EurAddictRes*. 2003;9(1):8-17.
195. Gråwe R, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. 2006 2006. Report No.: STF78 A06003.
196. Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 1999;94(2):209-19.
197. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009.
198. IS-0418 Nasjonal overdosestrategi 2014-2017. "Ja visst kan du bli rusfri - men først må du overleve". Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
199. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Oslo: 2014.

