



## Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler

# Om retningslinjen

## Mandat

Helsedirektoratet 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 personer med rusmiddelproblemer ikke får kunnskapsbasert behandling.

## Retningslinjen skal beskrive følgende:

- 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

## Målgruppe

### Målgruppen for denne retningslinjen omfatter:

- Ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) og andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Helsepersonell i fengsel og kriminalomsorg
- Ansatte i avrusningstiltak i privat/frivillig sektor
- Ledere/administratorer i helse- og omsorgstjenesten
- Brukere / pårørende / andre interesserte

## Arbeidsgruppe

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, lege/leder av gruppen
- Helsedirektoratet, avd. psykisk helsevern og rus, Stian Haugen, kriminolog
- AFR Helse Bergen/allmenntilleggsmedisin, Christian Ohldieck, spes. i allmenntilleggsmedisin
- A-larm, Erik Torjussen, brukerrepresentant
- Bergensklinikkene, Wenche Haga, psykolog
- Høgskolen i Sør-Øst Norge, Stian Biong, sykepleier/professor
- LAR-nett Norge, Dag Myhre, brukerrepresentant
- LAR-nett Norge, Karen Lise Følling, brukerrepresentant
- Oslo kommune, Jon Sundelius, sykepleier
- Oslo Universitetssykehus, Guri Spilhaug, spes. i rus- og avhengighetsmedisin
- Rus Møre og Romsdal, Ole Lorvik, sosionom
- SERAF, Lars Tanum (til 2011), psykiater/farmakolog
- Tromsø kommune, Inger Hilde Trandem, lege
- Vestfoldklinikken, Svein Dittmann, psykiater
- Østfoldklinikken, Arild Schillinger (død høsten 2013), psykiater

Prosjektgruppen har innhentet råd fra eksterne konsulenter når det har blitt vurdert hensiktsmessig.

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 ansvaret for.

## Definisjoner

**Avrusning** vil i hovedsak bli brukt som begrep i retningslinjen. Avrusning innebærer de medisinske, psykologiske og sosiale prosessene som pasienten gjennomgår når han eller hun ønsker å avslutte bruken av ett eller flere rusmidler. I Norge brukes også avgiftning i mange sammenhenger, men det vil ikke bli brukt i denne retningslinjen, siden begrepet i større grad assosieres med eliminering av selve rusmiddelet, eller «giften», fra kroppen.

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

## Målsettinger 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 rusmiddelproblemer
- 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 kortvarige

## Prinsipper for avrusning og abstinensbehandling

- Avrusningen tar utgangspunkt i medisinsk forsvarlighet og pasientens erfaring, ressurser, ønsker og mestring, og den er individuelt tilpasset
- 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
- 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, pårørendes og familiens behov for informasjon og oppfølging

## Forholdet til andre retningslinjer, veiledere og forskrifter

[IS-1701. Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet \(2010\)](#). Retningslinjen består av [111 anbefalinger](#), hvorav mange vurderes å berøre denne retningslinjen.

[IS-1876. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene](#)

[frem til barnet når skolealder \(2012\)](#). Retningslinjen består av [217 anbefalinger](#), hvorav en del vurderes å berøre denne retningslinjen.

[IS-1948. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser \(2012\)](#). Retningslinjen består av [93 anbefalinger](#), hvorav mange berører denne retningslinjen.

[IS-2219 Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet \(2016\)](#). Retningslinjen består av ca. 60 anbefalinger, hvorav en stor del forventes å berøre denne retningslinjen.

[IS-2076. Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne \(2014\)](#). Denne veilederen beskriver tjenestene innenfor psykisk helse og rus og skisserer hvordan tjenestene kan tilrettelegge for gode bruker- og pasientforløp.

[IS-1971. Veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel \(2013\)](#). Innsatte i norske fengsler har krav på helsehjelp som befolkningen for øvrig. For innsatte med rusmiddelproblemer finnes ulike behandlingsmuligheter.

[IS-2014. Veileder for Vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(2014\)](#). Hensikten med veilederen er å gi rekvirenter nødvendig kunnskap for riktig bruk av vanedannende legemidler.

[IS-2231. Veileder for rusmiddeltesting \(2014\)](#). Hensikten er å gi råd og veiledning ved rusmiddeltesting i biologisk materiale, slik at testing skjer på en faglig forsvarlig måte.

[IS-2022. Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR \(2013\)](#).

Veileder for rusmestringsenhetene. Veilederen er et samarbeid mellom Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet og forventes **publisert i 2016**. Veilederen vil omhandle gode råd for praksis og peke på viktige sider ved organisering, tilrettelegging og videreutvikling av enhetene.

[Prioriteringsveileder TSB](#). Revidert prioriteringsveileder ble ferdigstilt i 2015.

Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 vil bli **ferdigstilt i 2016**.

Ny gjennomføringsforskrift for rusmiddelinstusjoner var på ekstern høring fra Helse- og omsorgsdepartementet våren 2015. Formålet med forskriften er å gi regler om gjennomføring av opphold i institusjon for personer med rusmiddelproblemer, og å avklare når det er adgang til å bruke tvang. Det er nødvendig med klarere grenser for tvangsbruk i lovgivningen før forskriften kan vedtas, og departementet har fremlagt et lovendringsforslag i Prop. 40 L (2015-2016) som på utgivelsestidspunktet for retningslinjen er til behandling i Stortinget.

## Historisk utvikling i Norge

I Norge er det 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. 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 atskilte institusjoner for pasienter som bruker legale og illegale rusmidler, og enkelte institusjoner har separate avdelinger for kvinner og menn.

De aller fleste med rusmiddelproblemer avruser seg selv uten hjelp fra helsepersonell. I Norge 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.

## 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 Psychotherapy»](#) (BAP) kom i 2012 med oppdaterte retningslinjer når det gjelder farmakologisk behandling av ruslidelser. Denne retningslinjen inneholder oppdatert kunnskap om legemidler som benyttes ved avrusning og behandling. Det amerikanske instituttet [«Substance Abuse and Mental Health Services Administration»](#) (SAMHSA) ga i 2006 ut retningslinjer om avrusning. «National Institute of Clinical Excellence» (NICE) i England har regelmessig oppdatert sine kliniske retningslinjer på området (NICE clinical guidelines [115](#); [103](#); [52](#), [Pilling 2007](#)).

Mattick fra Australia publiserte i 1996 en artikkel hvor han satte spørsmålsteget ved om avrusningsprogrammene var effektive (Mattick 1996). 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.

## Norsk litteratur om avrusning

Det finnes relativt få undersøkelser om avrusning i Norge. Hobbesland foretok en omfattende undersøkelse av avrusningspraksis ved 6 institusjoner i Sør-Norge (Hobbesland 2006). Nordlie og medarbeidere så på behandlingstilbudet til legemiddelavhengige (Nordlie 2002). Kristensen og medarbeidere ved Sørlandet sykehus har sammenliknet to avrusningsregimer for pasienter som er avhengig av flere rusmidler (Kristensen 2006). [Watten og Waal](#) (2001) undersøkte effekten av ultra-rapid opioid avrusning.

Helland fra Haukeland sykehus har beskrevet avrusning for alkoholbrukere (Helland 2008) og Lobmeier fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har beskrevet avrusning for opioidavhengige (Lobmeier 2010). Skjøtskift fra Haukeland sykehus har forfattet «Lommerus», som er et klinisk hjelpemiddel for avrusning ved forskjellige avdelinger på sykehus (Skjøtskift 2015).

## Videoforedrag

Prosjektleder [Gabrielle Welle-Strand presenterer retningslinjen på ROP-TV](#), og snakker bl.a. om metodikk, prinsipper for avrusning, eksempler på anbefalinger og hvordan retningslinjen er bygget opp.

# Innholdsfortegnelse

## [1 Akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp](#)

### [1.1 Generelt om akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp](#)

### [1.2 Øyeblikkelig hjelp-plikten - rettslige sider](#)

### [1.3 Rusakuttenheter](#)

## [2 Poliklinisk avrusning](#)

## [3 Avrusning på institusjon](#)

## [4 Avrusning på psykiatrisk eller somatisk avdeling](#)

## [5 Avrusning i fengsel](#)

## [6 Brukermedvirkning ved avrusning](#)

## [7 Psykososial behandling ved avrusning](#)

## [8 Legemiddelbehandling av søvnforstyrrelser, angst og uro ved avrusning](#)

## [9 Fysisk aktivitet, musikkterapi og akupunktur ved avrusning](#)

## [10 Oppfølging/behandling etter avrusning](#)

## [11 Kartlegging ved avrusning](#)

## [12 Avrusning fra alkohol](#)

### [12.1 Generelt om alkohol - virkninger og grader av abstinens](#)

### [12.2 Komplikasjoner ved alkoholabstinens](#)

### [12.3 Legemidler brukt ved avrusning fra alkohol](#)

## [13 Avrusning fra benzodiazepiner](#)

### [13.1 Benzodiazepiners virkning](#)

### [13.2 Benzodiazepinabstinenser](#)

### [13.3 Poliklinisk behandling av benzodiazepinavhengige pasienter](#)

### [13.4 Behandling av benzodiazepinavhengige pasienter på institusjon](#)

## [14 Avrusning fra opioider](#)

### [14.1 Om opioider og deres virkninger](#)

### [14.2 Symptomer ved opioidabstinens](#)

## [15 Avrusning fra andre rusmidler og flere rusmidler](#)

## [16 Avrusning av gravide](#)

## [17 Oppfølging etter opioidoverdoser](#)

## [18 Forkortelser og sentrale begreper](#)

[19 Metode og tilgrensning til andre retningslinjer og veiledere](#)

[20 Referanser](#)

# 1 Akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp

## 1.1 Akutt/øyeblikkelig behandling av pasienter som bruker rusmidler

### Kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling i psykiatrisk eller somatisk avdeling av pasienter som bruker rusmidler

1. Ved akutt alvorlig psykisk lidelse skal pasientens behandlingsbehov innen psykisk helsevern vurderes. Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes med tanke på innleggelse i psykisk helsevern. **A**
2. Ved akutt somatisk sykdom skal pasientens behandlingsbehov i somatisk helsetjeneste vurderes selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler. TSB har fortsatt ansvar for behandling av rusmiddelproblematikken når pasienten er stabil somatisk. **A**

### Kriterier for akutt/øyeblikkelig behandling i TSB av pasienter som bruker rusmidler

1. Pasienten skal straks tas imot til undersøkelse og eventuell behandling for rusmiddelbruk når akutt intervensjon er påtrengende nødvendig. Pasientens behov for øyeblikkelig hjelp skal vurderes, og nødvendig behandling skal igangsettes. **A**
2. Gravide kvinner som bruker rusmidler, bør vurderes for akutt behandling i TSB. **C**
3. Personer med et rusmiddelinntak som utgjør en umiddelbar fare for eget liv og helse, bør vurderes for akutt behandling i TSB. **C**  
Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:
  - Suicidale tanker eller impulser
  - Utagerende atferd, redusert impuls kontroll
  - Vold eller alvorlige trusler
  - Bilkjøring eller liknende
  - Annen risikoatferd som for eksempel å bli liggende ute
  - Forvirringstilstander som gjør at pasienten er ute av stand til å ivareta egen sikkerhet
4. Personer som er i fare for å utvikle alvorlige abstinensreaksjoner, bør vurderes for akutt behandling i TSB. **C**  
Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:
  - Grad av toleranseutvikling
  - 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)
5. Personer med et rusmiddelinntak som gir atferdsendring, og som medfører fare for liv og helse for seg selv eller andre, bør vurderes for akutt behandling i TSB. **C**  
Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:
  - Suicidale tanker eller impulser
  - Utagerende atferd, redusert impuls kontroll
    - Vold eller alvorlige trusler
    - Bilkjøring eller liknende
    - Annen risikoatferd som for eksempel å bli liggende ute
  - Forvirringstilstander som gjør at pasienten er ute av stand til å ivareta egen sikkerhet
6. Personer med et rusmiddelinntak som kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale



konsekvenser eller funksjonsfall, bør vurderes for akutt behandling i TSB. **C**

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Rusmiddelinntaket medfører risiko for relasjonsbrudd til familie eller andre nære relasjoner (barn, ektefelle/samboer, foreldre, andre nære pårørende)
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige funksjoner (arbeid, aktiviteter, behandlingsplass)
- Rusmiddelinntaket medfører risiko for tap av viktige rammebetingelser (bolig, økonomisk fungering)

## Begrunnelse

## Sammendrag

Dette kapitlet omhandler de faglige vurderingene som bør foretas for å avklare om en person har [rett til akutt/øyeblikkelig hjelp fra TSB innenfor de rettslige rammene](#). Når det vurderes at en person har behov for øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, er det ikke krav til henvisning. Grunnlaget for de faglige anbefalingene i dette kapitlet er en rapport fra 2010 som ble utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus (Strøm 2010)

Dersom pasienten har en samtidig alvorlig psykisk lidelse, skal vedkommende vurderes med hensyn til behandlingsbehov innenfor psykisk helsevern ([IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser](#)). Pasienter med høy suicidal risiko skal vurderes med tanke på innleggelse i psykisk helsevern ([IS-1511 Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)). Psykisk helsevern vil i disse tilfellene være forpliktet til å vurdere om det er akutt behov for psykisk helsehjelp.

Ved infeksjoner eller kirurgiske lidelser er det ikke faglig grunnlag for en tverrfaglig spesialisert vurdering av tilstanden. Slik vil det også være hvis en person med rusmiddelproblemer har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for liv eller helse, som for eksempel ved forgiftning, overdose eller utvikling av delir. De somatiske delene av spesialisthelsetjenesten er i slike tilfeller forpliktet til å vurdere det akutte behovet for somatisk helsehjelp.

## Begrunnelse

Dersom rusmiddelbruk er dominerende i sykdomsbildet og det ikke foreligger alvorlige psykiske eller somatiske lidelser som nevnt over, må det gjøres en tverrfaglig vurdering, og pasienten må gis helsehjelp i TSB dersom hjelpebehovet er påtrengende nødvendig.

Ved akuttmottak av pasienter med rusmiddelproblemer bør følgende undersøkelser foretas:

- Undersøkelse og vurdering av rusmiddelbruk og annen avhengighet
- Undersøkelse og vurdering av somatisk helse
- Undersøkelse og vurdering av psykisk helse
- Undersøkelse og vurdering av aktuell sosial situasjon (arbeid, utdanning, økonomi, bolig og sosiale forhold, barn og nettverk (privat og profesjonelt))
- Innkostprøver
- Vurdering av ev. forgiftning

I løpet av 2015 har de første legespesialistene i rus- og avhengighetsmedisin blitt godkjent. Når et tilstrekkelig antall spesialister i rus- og avhengighetsmedisin er godkjent, forutsettes det at spesialister og leger i spesialisering (LIS) i rus- og avhengighetsmedisin involveres i øyeblikkelig hjelp-vurderinger ved helseforetakene samt hos de private avtalepartnere. Pasienten bør vurderes av et team som består av LIS eller spesialist i rus- og avhengighetsmedisin / lege med relevant kompetanse og ansatte med psykologisk/sosialfaglig utdanning. Når et tilstrekkelig antall spesialister og LIS i rus- og avhengighetsmedisin er godkjent og ansatt i de aktuelle helseforetakene, bør legen i teamet som vurderer

behov for akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp, være LIS eller spesialist i rus- og avhengighetsmedisin.

## 1.1 Generelt om akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp

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

Akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp gis i forskjellige deler av spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har valgt å organisere tilbudet om øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelproblemer på forskjellige måter. Ved noen helseforetak ivaretas ansvaret for øyeblikkelig hjelp til rusmiddelpasienter av akuttavdelinger i psykisk helsevern eller ved somatiske avdelinger. Tilbudet gis ved avrusningsenheter i TSB i andre HF/institusjoner, men fremdeles er det mange avrusningsenheter som ikke har ansvar for 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.

## 1.2 Øyeblikkelig hjelp-plikten - rettslige sider

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 må antas at den hjelp som institusjonen eller avdelingen kan gi, er påtrengende nødvendig.

De regionale helseforetakene er etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd pålagt å utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner. Disse plikter å motta pasienter med behov for akutt/øyeblikkelig tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer. 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 særlig plikt til øyeblikkelig hjelp.

Institusjonene eller avdelingene som utpekes, har tilsvarende plikt til å yte akutt/øyeblikkelig rusbehandling, som somatiske sykehus har til å gi akutt/øyeblikkelig somatisk helsehjelp. Plikten er også tilsvarende den plikt som psykiatriske institusjoner eller avdelinger som er utpekte til dette, har til å gi akutt/øyeblikkelig psykisk helsehjelp.

Innholdet i plikten til å gi akutt/øyeblikkelig rusbehandling er presisert i lovens forarbeider ([Ot.prp. nr. 53 2006-2007](#)). Det fremgår her 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.

Ved behov for akutt/øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten er det pasientens tilstand (sykdom) som er bestemmende for hvor pasienten innlegges. Pasienten skal behandles i den institusjon som har det riktige tjenestetilbudet i forhold til behov. Plikt til å motta omfatter også nødvendig undersøkelse og behandling for å avverge den akutte fase så langt dette er mulig ut fra tilgjengelig bemanning, kompetanse og utstyr. Det kreves ikke at pasienten skal ferdigbehandles. Pasienten kan overføres til annen institusjon når det ikke lenger foreligger akutt fare ([Rundskriv IS-5/2013](#)).

En tydelig definert akuttmedisinsk kjede er viktig for at de som trenger øyeblikkelig hjelp kan bli fulgt opp i et riktig behandlingsforløp. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus reguleres av akuttmedisinforskriften ([For-](#)

[2015-03-20-231](#)), som trådte i kraft 1.mai 2015. Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Den omfatter også akutte rusproblemer, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse, jf. forskriften § 3.

Hvor det vurderes at personen er i behov for øyeblikkelig hjelp er det ikke krav til henvisning slik det er for planlagte henvisninger som skal rettighetsvurderes etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2](#). Her er det pasientens tilstand som avgjør om akutt rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er påtrengende nødvendig.

De instanser som kan henvise til spesialisthelsetjenesten, kan også vurdere om det er behov for øyeblikkelig hjelp, herunder kommunal helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste, se [spesialisthelsetjenesteloven § 3-12](#). Det er imidlertid en forutsetning at det personell som bringer en person med rusmiddelproblemer til spesialisthelsetjenesten for øyeblikkelig hjelp vurdering har tilstrekkelig fagkompetanse til å vurdere akuttbehovet og den aktuelle tilstand.

Aktuelle instanser som kan vurdere om personer med rusmiddelproblemer har behov av øyeblikkelig hjelp vil være:

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

Noen av pasientene vil ha behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter at akuttfasen er over, og kan da bli henvist videre innenfor spesialisthelsetjenesten. På samme måte som for andre pasienter er hovedregelen at det ikke gjøres noen rettighetsvurdering ved interne henvisninger. I det videre forløpet innebærer kravet til faglig forsvarlighet at pasientene som har fått øyeblikkelig hjelp skal prioriteres på linje med andre pasienter med tilsvarende helsetilstand.

Hvis undersøkelsen av pasient som er kommet inn som øyeblikkelig hjelp avdekker en annen tilstand i tillegg til den som utløste behov for øyeblikkelig hjelp, henvises pasienten videre for vurdering av den nye problematikken. En slik henvisning starter et nytt forløp, og skal rettighetsvurderes ([helsedirektoratets fortolkning 30.03.2012-11/1978](#)).

## 1.3 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. Organisering og dimensjonering av tjenestetilbudet skulle sikre helhetlige pasientforløp uten brudd i behandlingsskjeden. Samtidig som tilbudet skulle tilpasses 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 2008-2010»](#). Rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus har nylig blitt evaluert av [SINTEF \(2015\)](#).

Helsedirektoratet har kartlagt status når det gjelder [rusakuttenheter og hvordan akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp håndteres rundt om i landet \(PDF\)](#) i forbindelse med ferdigstillingen av denne retningslinjen i mai/juni 2015. Det ble sendt ut forespørsel om status i de forskjellige RHF-ene via prosjektgruppen. Erfaringene fra Oslo og Bergen var allerede kartlagt i 2014.

## 2 Poliklinisk avrusning

### 2.1 Poliklinisk avrusning

1. Det bør ved de enkelte HF-ene være et tilbud om poliklinisk avrusning med medisinsk faglig oppfølging og med mulighet for snarlig innleggelse i avrusningsenhet ved behov. **C**
2. Poliklinisk avrusning bør vurderes når følgende forhold er til stede: **C**
  - o Pasienten ønsker poliklinisk avrusning
  - o Avhengighet kun av ett rusmiddel
  - o Ikke injeksjonsbruk
  - o Begrenset blandingsbruk av rusmidler
  - o Ikke tidligere komplikasjoner ved avrusning
  - o Ikke samtidig alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer
  - o Ikke kompliserende tilstander (f.eks. graviditet)
3. Ved poliklinisk avrusning bør helsepersonell sikre: **C**
  - o At pasienten vurderes av lege ved oppstart
  - o Daglig tilsyn av pasienten enten ved fremmøte eller ved hjemmebesøk av helsepersonell
  - o At behandlingen koordineres av TSB eller fastlege
  - o Nødvendig oppfølging i hjemmet av personer som kan bidra til trygghet og overvåkning av pasienten
  - o At støttepersonene bør få instruksjoner om når og hvordan de skal henvende seg til helsepersonell
  - o At hjelpeapparatet ved lege/hjemmesykepleie/rustjeneste har etablert et samarbeid med støttepersonene
4. Pasienten bør legges inn på avrusningsenhet hvis alvorlige abstinenssymptomer oppstår eller hvis vedkommende ikke klarer poliklinisk avrusning. **B**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

Når det gjelder valg av behandlingsnivå ved avrusning 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 og opioider. Retningslinjene fra NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) anbefaler avrusning fra alkohol på institusjon eller forsterket poliklinisk avrusning hvis pasienten har drukket over 15 alkoholenheter daglig eller skårer over 20 på [AUDIT \(NICE clinical guideline 115\)](#).

Sannibale evaluerte et australsk tiltak for å øke bruken av poliklinisk avrusning (Sannibale 2005). Et klart mål var å øke allmennlegenes 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.

#### Begrunnelse

Generelt er valg av riktig behandlingsnivå avhengig av mange faktorer, og hvilket nivå som bør anbefales er avhengig av pasientens totale situasjon, helsetilbudene og kompetansen når det gjelder avrusning som

finnes på de ulike nivåene lokalt.

Det er ofte slik at det kan være vanskelig å forutse hvordan avrusningen vil forløpe. Pasientens tidligere erfaring med avrusning, en samlet vurdering av den siste tids bruk av rusmidler og pasientenes somatiske og psykososiale situasjon, er viktige faktorer å vurdere ved valg av riktig behandlingsnivå.

I dette kapittelet omtales avrusning ved de ulike behandlingsnivåer, men valg av behandlingsnivå vil også omtales under kapitlene om de enkelte rusmidlene der det er spesielle forhold for de aktuelle rusmidlene.

Poliklinisk avrusning er mest aktuelt ved begrenset bruk av ett eller få rusmidler og der pasienten ikke tidligere har hatt komplikasjoner ved avrusning eller har kompliserende somatiske eller psykiske lidelser. Den sosiale situasjonen bør vurderes nøye før poliklinisk avrusning planlegges. Det bør videre vurderes om sosialfaglig og/eller psykologisk oppfølging bør supplere den polikliniske oppfølgingen.

Mulighet til oppfølging fra pårørende og/eller tett medisinskfaglig oppfølging er også av stor betydning. Det presiseres at pårørende må informeres om hva poliklinisk avrusning innebærer både for pasienten og for den/de pårørende. Pårørende må sikres tilstrekkelig oppfølging og mulighet til snarlig kommunikasjon med helsepersonell ved behov ([IS-1512 Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester](#)).

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

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.

Det vil ved en poliklinisk avrusning være et spesielt behov for tett samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Lege og andre fagpersoner i TSB bør være lett tilgjengelig for å gi råd til aktuelle kommunale tjenester når poliklinisk avrusning følges opp av kommunehelsetjenesten. Ambulerende virksomhet eller oppsøkende virksomhet kan være aktuelt å benytte ved poliklinisk avrusning. Det er ønskelig at man i de enkelte helseforetakene har tilbud om poliklinisk avrusning med mulighet for innleggelse i avrusningsenhet, dersom situasjonen tilsier dette.

## Praktisk

[Kartlegging av praksis ved avrusningsenheter i Norge \(PDF\)](#)

# 3 Avrusning på institusjon

## 3.1 Avrusning på institusjon

1. Innleggelse på avrusningsenhet bør vurderes når følgende forhold er til stede: **C**
  - Avhengighet av flere rusmidler
  - Injeksjonsbruk
  - Omfattende blandingsbruk av rusmidler
  - Tidligere komplikasjoner ved avrusning
  - Samtidig alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer
  - Kompliserende tilstander (som graviditet)
2. Avrusningsenheter i spesialisthelsetjenesten bør: **C**

- ha tilgang til lege døgnet rundt
  - rekvirere og fortolke blodprøver
  - utføre og fortolke EKG
3. Poliklinisk behandling kan benyttes som en forberedelse til innleggelse. Pasienten bør da motiveres til og gis råd om å redusere sin bruk av rusmidler og/eller vanedannende legemidler. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

En australsk studie undersøkte utfall av avrusning for tunge, marginaliserte rusmiddelavhengige pasienter som brukte flere rusmidler. Studien konkluderer med at personer med rusmiddelavhengighet med sammensatte problemer bør avrusnes på institusjon (Silins 2008). En Cochrane-oppsummering som sammenliknet avrusning fra opioider poliklinisk og på institusjon, fant kun én studie som tilfredstilte søkekriteriene (Day 2010). De kunne derfor ikke konkludere med hvilken behandlingssetting som ga best resultat. I en randomisert kontrollert studie (RCT) av de samme forfatterne fant de at flere pasienter gjennomførte institusjonsavrusning fra opioider enn poliklinisk avrusning. Ved oppfølging én og åtte måneder etter avrusningen var det imidlertid ingen forskjell på gruppene når det gjaldt opioidbruk (Day 2011).

### Begrunnelse

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

Poliklinisk behandling kan være aktuelt som en forberedelse til avrusning på institusjon der dette vurderes som hensiktsmessig. Dette behovet kan også ivaretas som kommunal tjeneste (NAV, fastlege), men en forutsetning er da god kommunikasjon mellom kommunal tjeneste og TSB.

[Helsedirektoratet har i forbindelse med arbeidet med retningslinjen kartlagt praksis ved de ulike avrusningsenhetene i landet.](#)

## 4 Avrusning på psykiatrisk eller somatisk avdeling

### 4.1 Avrusning i psykiatrisk eller somatisk avdeling

1. Pasienter som legges inn på somatiske eller psykiatriske enheter, bør kartlegges/screenes for rusmiddelproblemer. Pasienter som har rusmiddelproblemer, bør henvises til adekvat hjelp i kommune eller TSB. **C**
2. Ved innleggelse i somatisk eller psykiatrisk avdeling bør pasienten få hjelp til avrusning om de ønsker det, eller til stabilisering av rusmiddelavhengigheten, slik at sykdommen/skaden kan behandles forsvarlig. Avrusning bør gjennomføres etter anbefalingene i denne retningslinjen. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

En studie fra akuttmottaket på Ullevål universitetssykehus i 2011 omfattet nesten 1300 pasienter som ble innlagt på grunn av skade (Bogstrand 2011). Fire av ti pasienter var kvinner. 38 prosent av kvinnene og 48 prosent 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.

I en studie ble det undersøkt om det var samsvar mellom klinikernes faktiske bruk av testing for alkohol og rusmidler hos traumepasienter og hvor mange klinikerne selv trodde de undersøkte (Rootman 2007). Undersøkelsen viste at klinikerne støtter å kartlegge rusmiddelbruk av traumepasienter, men at de overvurderte i hvilken grad de faktisk testet pasientene.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus har et prosjekt som heter [«Rus i kroppen»](#), hvor formålet er å fange opp pasienter i somatiske avdelinger med underliggende rusproblemer og henvise dem videre til relevant behandling innenfor TSB. Prosjektet skal formidle praktiske erfaringer, systemer og modeller, samt etablere nettverk og nettsider for å bidra til løpende erfaringsutveksling blant klinikere.

## Begrunnelse

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

Avrusning i andre deler av spesialisthelsetjenesten bør behandles etter anbefalingene i denne retningslinjen. Ved behov konsulteres TSB for å få hjelp til vurderinger av og forslag til behandling for aktuelle pasienter.

Stabilisering betyr for eksempel at pasienter med opioidavhengighet gis buprenorfin under innleggelsen på avdelingen eller at pasienter med benzodiazepin får forskrevet benzodiazepiner under oppholdet.

# 5 Avrusning i fengsel

## 5.1 Avrusning i fengsel

1. Fengselhelsetjenesten i det enkelte fengsel bør i samarbeid med kriminalomsorgen utarbeide rutiner for avrusning i tråd med denne retningslinjen. Den innsattes behov for abstinensbehandling bør vurderes så snart som mulig etter innsettelse. C
2. Innsatte med behov for døgkontinuerlig tilsyn av helsepersonell under avrusning bør behandles enten C
  - o ved innleggelse til avrusning i spesialisthelsetjenesten eller
  - o ved avrusning i egnet celle / egne senger i fengselet med tilsyn fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

## Begrunnelse

### Sammendrag

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 lengre perioder ([IS-1971 Veileder for helse og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#)). Flere undersøkelser viser at et betydelig antall innsatte har psykiske lidelser og/eller problemer knyttet til bruk av rusmidler. I en undersøkelse av et representativt utvalg på 857 domfelte kvinner og menn i perioden 2011–2013 hadde 29 prosent alkoholmisbruk eller avhengighet, mens 51 prosent hadde narkotikamisbruk eller avhengighet (Cramer 2014). Kun åtte prosent av de innsatte hadde ikke tegn på psykisk lidelse eller ruslidelse.

[Kartleggingen](#) som Helsedirektoratet foretok i forbindelse med denne retningslinjen, viser at om lag 60 prosent av nyinnsatte i norske fengsler har rusmiddelproblematikk. Fire av ti innsatte hadde behov for avrusning ved innsettelse. Alle fengslene tilbød behandling av abstinenssymptomer med legemidler. Ingen av fengslene hadde egne sengeposter beregnet på avrusning av innsatte, og fengslene benyttet ordinære



celler eller venteceller til avrusning. En egen avrusningsenhet ved Bjørgvin fengsel i Bergen er planlagt.

Kommunene har ansvar for helse- og omsorgstjenester i fengsel, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9](#). De regionale helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til de innsatte innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB. [Rundskriv G-8 2006](#) fra Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet beskriver samarbeid mellom kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte med rusmiddelavhengighet.

[Veileder for helse- og omsorgstjeneste til innsatte i fengsel](#) angir at nærmere undersøkelse og kartlegging av den innsatte bør gjøres innen et døgn. [Årsrapport fra fengselshelsetjenesten 2012](#) beskriver at halvparten av innkomstamtalene ble gjennomført i løpet av et døgn, ytterligere ti prosent i løpet av tre døgn og en femtedel i løpet av en uke.

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester for innsatte skal være likeverdige som for den øvrige befolkningen. Den innsatte skal gis et tilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Personer med rusmiddelproblemer som i forbindelse med innsettelse har behov for avrusning, skal tilbys et helsetilbud som beskrevet i denne retningslinjen.

De innsatte vil være underlagt kriminalomsorgens kontroll og ansvar når det gjelder sikkerhet og straffegjennomføring, 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.

En fengsling eller et varetektsopphold vil ofte føre til en ikke planlagt og ikke nødvendigvis ønsket avrusning fra ulike rusmidler. Dette oppleves ofte som utfordrende både for den innsatte og de ansatte.

Det vil variere hvordan helse- og omsorgstjenester, herunder avrusning, utføres i ulike fengsel, men svært få fengsel vil ha tilgjengelig helsetjeneste på døgnbasis. De innsatte har også rett til øyeblikkelig hjelp, som i mange tilfeller vil utføres av legevakt på forespørsel fra kriminalomsorgen. Legevakten kan ved behov for råd og veiledning eller innleggelse kontakte TSB. Ved planlagt soning bør avrusningsbehov kartlegges og at avrusningen eventuelt påbegynnes før innsettelse i fengsel.

Veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel anbefaler at helsetjenesten gjennomfører en innkomstamtale med den innsatte kort tid etter innsettelse. Ved innsettelse bør eventuelt legemiddelbruk og behov for avrusning kartlegges så snart som mulig. I praksis vil det oftest bety at den innsatte bruker de legemidlene de har med seg, inntil de er vurdert av fengselslegen. Når en person innsettes/varetektsfengsles på et tidspunkt hvor ikke helsepersonell er til stede, må fengselsbetjentene ta stilling til om det er behov for at helsepersonell, oftest legevaktslege, vurderer behovet for abstinensbehandling.

Dersom tilstanden er av en slik karakter at det er behov for døgnkontinuerlig tilsyn under avrusning, kan dette foregå på en av to måter. For de fleste fengslene vil det være mest aktuelt at det inngås et samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om innleggelse av innsatte til avrusning. For de større fengslene kan det være aktuelt å etablere egne senger til avrusningsformål, døgnbemannet av helsepersonell.

[Helsedirektoratet har i forbindelse med arbeidet med retningslinjen kartlagt praksis knyttet til avrusning i norske fengsler.](#)



## b Brukermedvirkning ved avrusning

### 6.1 Brukermedvirkning ved avrusning

1. Tjenestene bør systematisk involvere brukerrepresentanter i utviklingen av kompetanseprogram, skriftlige rutiner og diskusjoner om organiseringen av tjenesten. **C**
2. Tjenesten skal organiseres slik at behandlingen muliggjør at pasienten får medvirke i egen prosess og at pårørende får mulighet til å medvirke, dersom pasienten ønsker det. Virksomheten skal sikre bruk av Individuell plan under behandlingen. **A**
3. Pasient- og pårørendeopplæring bør integreres i virksomheten. Virksomheten kan vurdere å ansette erfaringskonsulent. **C/D**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

#### Hva er 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, [jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 pkt. b](#). Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, det vil si ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Brukermedvirkning er en samlebetegnelse på rettigheter som tilfaller pasienter.

Når det gjelder område for påvirkning og innflytelse skiller man 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 velferdspolitikken/rusbehandlingen generelt

Reell brukermedvirkning innebærer følgende:

- At opplysningsplikten understrekes tydeligere og at den enkelte må sikres et 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, også når det gjelder valg av pårørende.

Brukerne har en egen kunnskap, som er noe annet enn den profesjonelles faglige forståelse. 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. Det vises til kapittel 1 i veilederen [«Sammen om mestring»](#) som omhandler brukeren som den viktigste aktøren.

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).

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](#). Opplæring av pasienter og pårørende skal inngå som en del av helsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid. Hovedmålet med informasjonen er å fremme selvstendighet og brukerens evne til å mestre en endret livssituasjon.

## Brukermedvirkning i TSB

Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB ble opprettet i 2009, og en av arbeidsgruppene fikk brukermedvirkning som sin oppgave. Overordnede mål for brukermedvirkning beskrives slik i 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. Det bør utarbeides anbefalinger for gjennomføring av brukermedvirkning ved alle enheter. Regionale helseforetak og andre helseforetak bør etablere brukerråd/brukerforum på alle relevante nivå.

I 2014 kom rapporten «Brukermedvirkning i TSB – en myte?» (Torjussen 2014). Dette er en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i TSB som munner ut i forslag til tiltak som oppfølging til rapporten. Det vises også til [www.ropbruker.no](http://www.ropbruker.no), en nettside utviklet av nasjonal kompetansetjeneste for ROP.

Den forskningsbaserte kunnskapsbasen sier noe om pasientene/brukerne på gruppenivå. Det er imidlertid viktig at behandlingstilbudet tilpasses den enkelte bruker ut fra vedkommendes individuelle erfaringer og behov. Brukerne opplever ofte at de ikke får den hjelpen de trenger (Biong 2009).

Ifølge en forskningsbasert litteraturoversikt over hva som virker i behandling (Duncan 2010), er dette i stor grad avhengig av pasientens egen styrke og støtte fra omgivelsene, pasientens nettverk og relasjonen mellom pasient og behandler. Dette tilsier at man 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 (KOR) (Nebb 2010). KOR er en fremgangsmåte for å sikre systematisk tilbakemelding fra pasienten om den terapeutiske prosessen og den opplevde nytten av behandlingen (Nebb 2010, Miller 2004). 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.

## Begrunnelse

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 pasientenes 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.

Målet om at brukere skal ha innflytelse på egen behandling må realiseres, og her er spesielt to forhold av betydning. Det brukerfokuserende behandlingsperspektivet 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. Individuell plan er her et viktig virkemiddel. Medvirkning foregår lettere i brukerens lokalsamfunn og bør derfor foregå nær brukerens bopel. Det er viktig med lokalbasert helsearbeid, hvor man vektlegger tidlig intervensjon og behandling i lokalsamfunnet. 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 avrusningssammenheng 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. Det vises her til anbefalingen om [systematisk brukerevaluering](#) i retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

En annen mulighet er ansettelse av personer med erfaring fra egne rusproblemer i avrusningsenheten, såkalte erfaringskonsulenter. Ved flere av landets distriktpsikiatriske poliklinikker er dette gjort, og dette kan også bidra til å styrke brukerperspektivet i avrusnings- og behandlingstiltak i TSB (Sundfør 2012). Se også [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no).

## 7 Psykososial behandling ved avrusning

### 7.1 Helhetlig perspektiv på avrusning

Behandlingen i avrusningsenheten bør innrettes mot pasientens behov og forståelse av egne problemer. Behandlingen bør stimulere til økt mestring. C

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

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. 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 (Antonovsky 1996). 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 på at materielle forhold, sosial støtte, kultur og tradisjoner samvirker med forståelse, håndtering og mening i individets opplevelse av sammenheng.

**Rusmiddelbruk har helsemessig betydning eller konsekvenser innenfor en rekke livsområder, for eksempel følgende:**

- 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
- Personlig og faglig utvikling, selvfølelse og selvilde
- Hvordan man fremstår og egen identitet

En helhetlig tilnærming til pasienter med rusmiddelproblemer har som mål å sette pasienten og pasientens nettverk i stand til å ha mer kontroll over faktorene som påvirker helsen.

De fleste pasienter 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 (Haugsgjerd 2009, Skårderud 2010). 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 (Skårderud 2010).

For å skape et støttende miljø og utvikle pasientens personlige ferdigheter er det om å gjøre at pasienten anerkjennes og bekreftes, og ikke krenkes (Schibbye 1996, Kirkengen 2000). 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 selvstendiggjøring bør pasienten stimuleres til å undersøke egne reaksjoner og oppfatninger (Haugsgjerd 2009).

Forskning viser at erfaringer med rusmiddelproblemer, overdoser og selvmordsatferd ofte ikke verbaliseres, eller at de kommuniseres ved bruk av symbolsk verbalt eller kroppslig språk (Biong 2008, Moe 2008). Ved sykehusinnleggelse kan språk i akutte psykiske kriser by på særlige utfordringer for miljøterapeuter (Herrestad 2010).

## Begrunnelse

Behandlingen bør gjennom ulike tiltak søke å lindre smerter og ubehag, stimulere til utholdenhet og motivasjon, samt 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 meningsskaping. 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 metodiske krav til bruk av miljøterapi og psykososiale tiltak i behandlingen, i likhet med kravene man stiller til behandling av abstinenser med legemidler. Bruk av psykososiale metoder i abstinensbehandling bør avpasses etter behandlingens målsetting. Det bør stilles metodiske krav 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.

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 elementer som beforder relasjonsutvikling og motvirker behandlingsavbrudd. Behandlingskulturen bør være egnet til å formidle anerkjennelse og bekreftelse, med forutsigbarhet og kontinuitet i pasientkontakten.

## 7.2 Miljøterapi ved avrusning

Miljøterapiens arbeidsmåte og teoretiske forankring bør fremgå av avdelingens planverk/prosedyrer. Abstinensbehandling bør kombinere farmakologisk og psykososial behandling. C

### Begrunnelse

### Sammendrag

"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" (Skårderud 2000).

I norsk tradisjon, særlig innenfor psykisk helsevern, benyttes ofte Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser til å avgrense og strukturere en metodisk tilnærming gjennom miljøet (Gundersen 1978). Gundersons teori anvendes fortsatt, for eksempel i «Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon» (PAFFMUA 2011). Denne modellen benytter GAF – Global Assessment of Functioning (Startup 2002) til å kartlegge hvilken fase i sykdomsforløpet pasienten befinner seg i, samt til å vurdere pasientens tilstand og fremgang.

Det finnes også andre lærebøker om emnet: «Miljøterapi. Mentalisering som holdning og metode» av Finn Skårderud og Bente Sommerfeldt kom i 2013 (Skårdrud 2013). «Fellesskapet som metode» av Dag Furuholmen og Arne Schanke Andresen kom i 2007 (Furuholmen 2007).

I [svenske retningslinjer for misbruks- og avhengighetsarbeid](#) fremheves behandlingsmiljøets kvalitet og klima, personalets tilnærming og tilgjengelighet som viktige komponenter ved abstinensbehandling. 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 behandlingen for å gi effekt.

Sentrale metoder som anvendes innen rusbehandling, er kognitiv terapi, sosial nettverksintervensjon, løsningsfokustert terapi eller motiverende intervju, tilknytning og relasjonsarbeid, ulike familieintervensjoner, forebyggingsstrategier med tanke på eventuelle nye rusepisoder samt ressurs- og mestringsfokus. Se også anbefalingene om [behandlingsmetoder](#) i retningslinjen for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

## Begrunnelse

Kunnskapsgrunnet 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 utviklingen og endringen som finner sted.

Aktiviteter kan 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 som miljøarbeid eller psykososialt tiltak. Målretting og systematisering av et slikt tiltak, 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 ved å tilby tydelige strukturer og stabile relasjoner, slik at pasienten gis mulighet til å arbeide med sin egen utvikling.

I lys av kunnskap om hvordan erfaringer som gjerne er skambelagte, ikke kommuniseres åpent, blir det viktig at et støttende miljø evner å rette oppmerksomhet mot, identifisere og reagere 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.

Miljøterapi forutsetter at man vet hva man skal arbeide med og hvorfor. Dette bør fremkomme av henvisning eller Individuell plan (IP), eventuelt behandlingsplan. Avdelingen bør vurdere å ha en form for [evaluering eller måling av pasienterfaring](#), slik at en kan dokumentere resultatene.

## 7.3 Kompetanse og opplæring

1. Avrusningsenheter bør ha ansatte med kompetanse i følgende: C
  - Ulike terapeutiske metoder
  - Relasjonsarbeid

- Miljøterapi ved enheten (hva, når og hvordan)
  - Kartlegging av suicidal- og voldsrisiko (formidle behov for vurdering av spesialist)
2. Enheten bør ha et system for metodisk veiledning. Enheten bør organisere arbeidet slik at ansatte sikres mulighet for faglig og etisk refleksjon over daglig praksis. C

### Begrunnelse

### Sammendrag

Miljøterapi utspiller seg i møte mellom mennesker og omfatter menneskers styrke og muligheter så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre. Både som miljøterapeut og annen terapeut kreves generell menneskekunnskap og en profesjonell kompetanse som omfatter kunnskap, ferdighet og handlingsevne med tanke på det som er spesielt for individet og gruppen man arbeider med.

### Begrunnelse

Å kunne fylle rollen som miljøterapeut forutsetter kunnskap om holdninger og verdier. Man bør for eksempel ha et helhetlig og humanistisk menneskesyn, tillit til at alle kjenner sine egne problemer, lojalitet (til beslutninger) og tro på at endring er mulig.

Holdninger og verdier har bare gyldighet dersom de kommer frem i handlinger. De ansatte bør være bevisst på hvordan man 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 metodene som benyttes, for eksempel observasjon, samtaler, veiledning, samhandling i grupper og aktiviteter, struktur i dagliglivet, ADL-trening, kommunikasjon én til én og i grupper, relasjonsarbeid samt familie- og nettverksarbeid.

For å lykkes i relasjonsarbeid trenger de ansatte personlige egenskaper som gjør at de kan bygge og bruke relasjoner i en terapeutisk sammenheng. Strong peker på at samarbeid i slike situasjoner bør forankres i utvikling av dialog og arbeid i fellesskap (Strong 2011). En filosofisk tilnærming til relasjons- og samarbeid gis av Skjervheim (Skjervheim 1996). Noen egenskaper som de ansatte med fordel kan inneha, er humor, ro og tålmodighet, empati, evne til å være glad i mennesker, evne til å være ydmyk i egen rolle, engasjement og positivitet, evne til å være reflektert, samarbeidsorientering, trygghet og fleksibilitet samt evne til å sette grenser for seg selv og andre samtidig som man viser omsorg.

Med erfaringskompetanse menes den erfaringsbaserte kunnskapen og vitenen man får i utøvelse av en aktivitet, et fag eller et yrke og som ofte ikke lar seg forklare med ord. Slik kunnskap er vanskelig å formulere i en lærebok eller rutinebeskrivelse og vil alltid være lettere å demonstrere. Metoden er beskrevet i boka til Strømfors og Edland-Gryt om betydningen av praksisrefleksjoner på arbeidsplassen (Strømfors 2013).

## 7.4 Kjønnsdelt behandling

Kjønnsspesifikk tilnærming ved avrusning kan tilbys der forholdene ligger til rette for dette. D

### Begrunnelse

### Sammendrag

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjorde på oppdrag fra Helsedirektoratet et systematisk

litteratursøk med tittelen [«Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?»](#)

Oppdraget var å identifisere nye studier etter [Kunnskapssenterets forrige notat](#) om emnet fra 2009 (Dalsbø 2009). Av de 859 referansene søket ga, ble tre 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 for at en kjønnsdelt tilnærming kan ha positiv effekt på resultatet av behandling (Trulsson 2004, Dahlgren 1989a, Dahlgren 1989b, Gjestead 2011). Da har kvinner mulighet til å skjerme seg fra menn, og det tilrettelegges for utviklingen av et kvinnefelleskap 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 den 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 (Strantz 1995, Condelli 2000, Kaskutas 2005, Mellingen 2012).

### Begrunnelse

Det vises til de to anbefalingene i IS-2219 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» om [kjønns spesifikk tilnærming](#) med tilhørende kunnskapsgrunnlag.

## 8 Legemiddelbehandling av søvnforstyrrelser, angst og uro ved avrusning

### 8.1 Behandling av søvnforstyrrelser ved avrusning

1. Pasientenes søvnvaner bør kartlegges. Ansatte bør legge til rette for at pasienten kan følge generelle søvnhygieniske prinsipper: **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 timene 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
  - Man bør stå opp dersom man ikke får sove, samt ikke oppholde seg i sengen på dagtid
2. Ved legemiddelbehandling av abstinensrelaterte søvnforstyrrelser bør ett av følgende preparat forsøkes først: **C**
  - Trimipramin
  - Mianserin/mirtazepin
  - Alimemazin
  - Quetiapin
  - Melatonin
3. Hvis pasienten har mangelfull søvn i minst to døgn og bærer klinisk preg av dette, bør det gis zopiklon/zolpidem om kvelden, i inntil tre døgn. **C**
4. Hvis pasienten ikke oppnår søvneffekt ved bruk av zopiklon/zolpidem, bør det gis et søvninduserende benzodiazepin, som nitrazepam, i inntil tre døgn. **C**

### Begrunnelse



## Sammendrag

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

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. Man 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
- Søvnapné syndrom
- Forsinket søvnfase-syndrom, 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 før sengetid
- Inntak av koffein like før leggetid
- Forhold i omgivelsene, som støy, soveromstemperatur etc.

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.

## Begrunnelse

Pasientens søvnvansker bør kartlegges. Søvn dagbok kan brukes som hjelpemiddel for å kartlegge hvordan søvnforstyrrelsen påvirker søvnen. Pasientens egne erfaringer med hva som virker i avrusningssituasjonen, både tiltak med og uten legemidler, bør tillegges vesentlig vekt. Se også [www.sovno.no](http://www.sovno.no).

### Kartlegging av søvnvansker hos ruspasienter bør omfatte følgende:

- 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 søvngig?



- 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 å 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 med og uten 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 med tanke på å gjennomføre tidligere avrusninger?

I utgangspunktet bør behandlingen tilpasses årsaken til søvnforstyrrelsen, når denne er utredet og kartlagt. Det henvises til generell faglitteratur for behandling av ulike spesifikke tilstander. Det er sjeldent aktuelt med en grundig utredning av søvnforstyrrelser i forbindelse med en avrusning, men det er allikevel viktig å ta disse forholdene med i vurderingen av pasienten.

Behandling 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 om gangen. Dette for å unngå problematikk knyttet til farmakologiske interaksjoner og for best mulig å kunne vurdere behandlingseffekten av det enkelte legemiddelet. Det er erfaringer med at quetiapin har god effekt ved samtidig uro/«tankekjør».

Anbefalt legemiddelbehandling for søvnvansker ved symptomer på predelir eller delir er beskrevet [her](#). Ved fare for delirutvikling ved alkoholabstinens bør det ikke gis zopiklon.

## Praktisk

## 8.2 Behandling av uro og angst ved avrusning

Hvis pasienten har behov for legemiddelbehandling av angst og uro knyttet til abstinens, bør et av følgende legemidler benyttes: **C/D**

- Hydroxizin
- Chlorprothixen
- Ved sterk psykisk uro, mistanke om utvikling i retning av psykose, bør olanzapin, quetiapin eller et annet antipsykotikum benyttes

### Begrunnelse

### Sammendrag

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 tanker og følelser trer tydeligere frem. Videre har pasientene ofte samtidige psykiske lidelser, der uro og angstfølelse er sentrale symptomer. Ofte hører symptomene sammen med og er en del av et abstinenssyndrom.

Det ligger utenfor denne retningslinjens mandat å gå nærmere inn på kartlegging av slike tilstander. Det henvises til behandling av temaet i Helsedirektoratets [«Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser»](#).

## Begrunnelse

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-skåringen og behandles i tråd med den. [Psykososiale tiltak](#) bør være sentrale i den symptomatiske behandlingen av angst og uro hos pasienter under avrusning.

# 9 Fysisk aktivitet, musikkterapi og akupunktur ved avrusning

## 9.1 Støttebehandling ved avrusning

Pasienten bør tilbys tilpasset fysisk aktivitet. C

### Begrunnelse

### Sammendrag

### Akupunktur

Bruk av akupunktur, enten i form av øreakupunktur eller tradisjonell akupunktur har vært brukt som et hjelpemiddel under avrusning og for å lindre abstinenser 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 (Moner 1996). 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 (Cui 2008). Det ser ut til 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 (Liu 2009). 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 (Jordan 2006). 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 (Clayton 2005). 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.

### Musikkterapi

Musikkterapi har over flere år blitt brukt innen psykisk helsevern og har dokumentert effekt for å redusere symptomer ved psykiske lidelser. Musikkterapi får en sterk anbefaling i [psykoseretningslinjen](#). I Norge har det foreløpig vært lite forskning på musikkterapi i rusbehandling, men det er antagelig god effekt også for

pasienter med rusmiddelproblemer. [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) anbefaler å tilrettelegge for bruk av musikkterapi til pasienter som ønsker dette. En studie ved avgiftningsenheten ved Akershus universitetssykehus viser blant annet at deltakelse i en musikkterapigruppe ved avrusning kan føre til avkobling fra vanskelige tanker og situasjoner, samtidig som at pasienten kan få en mestringsopplevelse som kan påvirke motivasjonen for å stå i behandlingen (Overå 2013).

### 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 (Skrede 2006, Moe 2011). 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 (Bahr 2009). 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 (Taylor 2005). Anbefalt aktivitet i denne fasen er lavintensiv kondisjonstrening i form av spaserturer, sykling på ergometersykel, 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 man 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 (Moe 2011).

### Begrunnelse

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.

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. Det vurderes ikke å være tilstrekkelig forskningsmessig grunnlag til å anbefale bruk av akupunktur ved avrusning.

## 10 Oppfølging/behandling etter avrusning

### 10.1 Oppfølging etter avrusning

1. Oppfølging og/eller behandling i kommune (fastlege, kommunal rustjeneste) eller spesialisthelsetjenesten etter avrusningen bør planlegges i forkant eller i løpet av behandlingen. Tiltakene (psykososiale tiltak og/eller legemidler) skal alltid utformes sammen med pasienten. **C**
2. Helsepersonell bør informere om selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner og tilby å formidle kontakt med slike. **B**

### Begrunnelse

## Sammendrag

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. Det finnes en del forskning fra Sørlandet sykehus om nytten av slike grupper (Vederhus 2011a, Vederhus 2011b, Vederhus 2009). En publisert RCT-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 (Vederhus 2014). En annen kontrollert studie av Vederhus viser at deltakelse i over 12 AA-møter i oppfølgingsperioden er assosiert med flere dager uten bruk av rusmidler (Vederhus 2015). To utenlandske RCT-studier viser at anbefaling fra helsepersonell om bruk av AA bidrar til økt deltakelse i gruppene etter utskrivning fra avrusning samt økt rusmestring (Manning 2012, Blondell 2011).

[Selvhjelp Norge](#) fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å kartlegge selvhjelpsgrupper på rusfeltet, og totalt er 499 selvhjelpsgrupper/tiltak fordelt på fylker beskrevet i heftet fra 2009.

## Begrunnelse

Avrusning er en del av et behandlingsforløp, og pasienten bør alltid tilbys oppfølging og/eller behandling i etterkant i kommune- og/eller spesialisthelsetjeneste. Ideelt sett bør dette være planlagt og avtalt før avrusningen påbegynnes. I dette kapitlet omtales oppfølging og behandling som er uavhengig av hvilke rusmidler eller avhengighetsskapende legemidler som har vært brukt. En meta-analyse fra 2000 ser på sosiale relasjoner og alkoholinntak etter behandling (Beattie 2001). Spesifikke forhold som gjelder det enkelte rusmiddel/legemiddel omtales under det aktuelle kapitlet. Det vises for øvrig til [IS-2219 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet»](#) og [IS-2076 «Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne»](#) for mer detaljert beskrivelse av oppfølging og behandling.

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

De ulike selvhjelpsgruppene er viktige bidragsytere 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. Terapeuter bør ha en grunnleggende positiv holdning til selvhjelpsgrupper og bistå med å etablere kontakt med disse.

Det finnes flere brukerorganisasjoner for rusavhengige som det kan være aktuelt å henvise til.

# 11 Kartlegging ved avrusning

## 11.1 Informasjon før avrusning

Enheten bør informere pasienten om følgende forhold: **C**

- De fysiske og psykologiske aspektene ved avrusning, inkludert varighet og intensitet av symptomene
- Hvordan man kan bruke psykososiale tiltak for å klare å gjennomføre avrusningen
- Hvordan man kan bruke legemidler for å lette avrusningen
- Behandling og/eller oppfølging etter en avrusning for å opprettholde/forbedre rusfrihet / pasientens tilstand

## Begrunnelse

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

## 11.2 Sykehistorie og klinisk undersøkelse

1. Pasienten bør undersøkes av lege før avrusningen starter. En grundig kartlegging av følgende forhold hos pasienten bør foretas: **C**
  - Rusmiddel- og legemiddelforbruket
  - Hvordan tidligere avrusningsforløp har vært
  - Somatisk helse inkludert ernæringsstatus
  - Psykisk helse
  - [Søvn, med fokus på søvn ved tidligere avrusninger og siste uke](#)
  - Psykososiale forhold
2. Den kliniske undersøkelsen av pasienten bør omfatte følgende: **C**
  - Er pasienten orientert for tid og sted?
  - En generell somatisk undersøkelse (inkluderer bl.a. temperatur, puls, blodtrykk, pupiller, tannstatus, respirasjon, vekt) og orienterende nevrologisk undersøkelse på indikasjon
  - Psykiske symptomer (hallusinasjoner, angst, aggresjon)
  - Somatiske tegn (ernæringsstatus, tegn på leversvikt, stikkmerker, sår/absesser)
  - Suicidalvurderinger og voldsrisikovurderinger når indisert
3. Følgende laboratorieundersøkelser av pasienten bør foretas når indisert: **C**
  - Promillemåling i ekspirasjonsluft (ev. også etanol i blod)
  - Kliniske, kjemiske prøver (elektrolytter, glukose, lever- og nyrefunksjon, CRP, samt vitamin B12 / metylmalonsyre, stoffskifteprøver og jernstatus)
  - Urin – standard urinstix (leukocytter, glukose, blod, protein etc.)
  - Urinanalyse/spyttprøve for rusmidler eller vanedannende legemidler
  - Graviditetstest
  - EKG hos alle over 50 år, samt øvrig indikasjon (legemiddel, annet)

## Begrunnelse

### Sammendrag

Kartleggingen og den kliniske undersøkelsen bør alltid omfatte en vurdering av pasientens ernæringsstatus. Rusavhengige har ofte en dårlig ernæringsstatus (Sæland 2009, Sæland 2011) I [retningslinjen for forebygging og behandling av underernæring](#) gis anbefalinger for å identifisere underernæring og ernæringsmessig risiko, samt for forebygging og behandling av underernæring. I [kosthåndboken](#) finnes praktiske råd og eksempel på spørsmål som kan inngå i en kartlegging, samt forslag til tiltak for å bedre den ernæringsmessige status hos pasienter med rusmiddelproblemer.

## Begrunnelse

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.

Når det er indisert, bør den kliniske undersøkelsen også omfatte suicidalvurderinger og voldsrisikovurderinger. Selve kartleggingen kan utføres av helse- og sosialfaglig personell som har opplæring i dette, mens vurderingene må gjøres av lege med spesialkompetanse, legespesialist eller psykologspesialist ([IS-1511 Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)).

## Praktisk

### Rusmiddelanamnese

#### For hvert rusmiddel/legemiddel kartlegges følgende:

- Når begynte pasienten å bruke rusmidlet/legemidlet?
- Detaljert fokus på bruk av rusmidler/legemidler siste måned og uke (type, hyppighet, mengde og inntaksmåte (administrasjonsform))
- Siste inntak av rusmiddel/legemiddel

#### Kartlegging av nikotinbruk skal alltid inkluderes

#### Har pasienten tatt overdose 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 sykehusinnleggelser
- Har pasienten noen kroniske sykdommer?
  - Infeksjonssykdommer (hepatitt A, B, C, HIV)
  - Hjerte- og karsykdommer
  - Andre sykdommer
- Har pasienten kjente allergier?
- Bruker pasienten noen faste legemidler?
- Tidligere blødninger i mage/tarmkanal
- Er pasienten gravid?
- Nåværende somatiske helse inkludert pågående infeksjoner

#### Kartlegging av psykisk helse

- Tidligere sykehusinnleggelser
- Tidligere og nåværende 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
- Har pasienten barn eller omsorg for barn?
- Bolig/boforhold
- Sysselsetting
- Økonomi
- Kriminalitet
- Vold og aggresjon (utsatt for vold, utøver av vold)

### 11.3 Kartleggings skjema ved avrusning

1. For kartlegging av pasientens bruk av rusmidler anbefales FAST/ CAGE/ AUDIT og DUDIT. C
2. For pasienter med alkoholavhengighet anbefales [CIWA-AR](#) til følgende: C
  - Å vurdere om en avrusning kan foretas poliklinisk
  - Å vurdere behovet for legemidler under alkoholavrusning
  - Å følge forløpet av en alkoholavrusning

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

Her redegjøres det for kartleggings skjema som kan være aktuelle å benytte i en avrusningssituasjon. Kartleggingsverktøyene fra [Snakk om rus](#) er også tilgjengelige på en app som kan lastes ned fra siden.

#### 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 (Saunders 1993, Allen 2002, Reinert 2002). AUDIT består av 10 spørsmål og kan brukes til å måle alkoholbruk frem til avrusning. Samtlige spørsmål graderes fra null til fire, og ved samlet verdi over åtte 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 to 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 [Snakk om rus](#)

#### FAST

FAST (The Fast Alcohol Screening Test) er basert på AUDIT og er utviklet for bruk i travle kliniske settinger (Meneses-Gaya 2010a, Meneses-Gaya 2010b). FAST består av fire 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 på legevakt, i akuttmedisinske avdelinger og i primærhelsetjenesten. Hvis kartleggingen viser at pasienten drikker risikofylt, bør den etterfølges av en intervensjonssamtale med helsepersonell (brief intervention).

#### CAGE

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) er et kort og relativt lite konfronterende kartleggings skjema

(Ewing 1984). Det består av fire spørsmål som omhandler eget ønske om å slutte, kritikk fra andre, skyldfølelse og morgendriking. 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. Testen og veiledningen kan lastes ned fra [Snakk om rus](#).

### **Alcohol-E**

Alcohol-E er et fordypningsskjema for personer som har et identifisert problem med alkohol. Skjemaet kartlegger bruk av ulike typer alkohol, positive og negative funksjoner ved bruk av alkohol med tilhørende ambivalens, samt eventuell motivasjon for endring i alkoholbruk og behandling.

Skjemaet inneholder 52 spørsmål og tar 20–25 minutter ved selvutfylling og lengre tid som intervju/samtale. Det er en fordel at fagpersonen har erfaring med rusarbeid, men verktøyet stiller ingen formelle krav til profesjon eller opplæring. Testen og manualen kan lastes ned fra [Snakk om rus](#)

### **CIWA-Ar**

CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment) består av 10 spørsmål. Dette er et godt utprøvd, kort, enkelt og klinisk nyttig kartleggingsskjema (Sullivan 1989, Reoux 2000, Stuppaeck 1994). 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 å ta kliniske beslutninger om behandling. Skjemaet tar to minutter å fylle ut og ytterligere fem minutter for å skåre/tolke. Skjemaet kan brukes av fagpersonell og opplæring bør gis.

### **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 (Russel 1994, Burns 2010). Testen (elektronisk) og manualen på norsk finnes her: [Snakk om rus](#).

### **DUDIT**

Et selvrapporteringsskjema med 11 spørsmål som det tar fem 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 prosent (Berman 2007a, Berman 2005). Testen (elektronisk) og manualen kan lastes ned her: [Snakk om rus](#).

### **DUDIT-E**

DUDIT-E er et fordypningsskjema 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 (Berman 2007b). Testen (elektronisk) og manualen kan lastes ned fra [Snakk om rus](#).

### **COWS**

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (Wesson 2003) er et skjema som inneholder 11 forskjellige kliniske tegn og symptomer som skal skåres av klinikere for å fastslå graden av klinisk opioidabstinens. Avhengig av



skår kategoriseres opioidabstinensen som mild, moderat, middels alvorlig eller alvorlig. Skjemaet kan benyttes både poliklinisk og ved innleggelse til å bedømme grad av abstinens, samt følge tegn og symptomer over tid.

## SOWS

SOWS (Subjective Opioid Withdrawal Scale) benyttes til å kartlegge pasienters [symptomer på opioidabstinens](#) og består av et spørreskjema til selvutfylling med 16 spørsmål (Gossop 1990). Utfyllingen tar maksimalt 10 minutter, og det samme gjelder for skåringen av skjemaet.

## Begrunnelse

[Kunnskapssenteret](#) gjorde en vurdering av aktuelle kartleggingsskjemaer i forbindelse med arbeidet med [ROP-retningslinjen](#). Denne gjennomgangen viste gode resultater ved bruk av CAGE og AUDIT. 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 (Fiellin 2000). 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.

# 12 Avrusning fra alkohol

## 12.1 Valg av behandlingsnivå ved avrusning fra alkohol

1. Poliklinisk avrusning fra alkohol kan skje i følgende tilfeller: **C**
  - Punktene under anbefalingene for [poliklinisk avrusning](#) 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 har ikke hatt alkoholiske kramper eller delirium tremens
2. Ved poliklinisk avrusning bør legemidler doseres etter et forhåndsbestemt skjema basert på en individuell vurdering. **C**
3. Avrusning i døgninstitusjon bør finne sted i følgende tilfeller: **B**
  - Punktene under anbefaling 1 for [avrusning på institusjon](#) er til stede, samt:
  - Det er risiko for alvorlige avrusningsreaksjoner
  - Pasienten har hatt delirium tremens eller abstinenskramper

## Begrunnelse

## Sammendrag

Alwyn viste at hjemmebesøk med motiverende samtale økte effekten av hjemmeavrusning (Alwyn 2004). I en undersøkelse fra Brasil sammenliknet man konvensjonell behandling med behandling hvor det inngikk hjemmebesøk. Man fant at behandling med hjemmebesøk fikk flere pasienter til å være avholdende fra alkohol (Moraes 2010).

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.

## Begrunnelse

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 lenger enn en uke.

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.

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

## Poliklinisk avrusning

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.](#)

## Avrusning i institusjon

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 det er nødvendig.

Delirtruede pasienter skjerms 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 primært behandles i somatisk/intensiv avdeling.

## 12.2 Forebygging og behandling av Wernickes encefalopati

1. Pasienter med alkoholavhengighet som avruses, bør rutinemessig gis vitamin B1 (tiamin), 100–200 mg x 1 i 3–5 dager, intramuskulært eller intravenøst. Pasienter bør i tillegg gis multivitamintabletter ved dårlig ernæringsstatus. **B/D**
2. Pasienter med Wernickes encefalopati bør behandles med 200 mg intravenøs vitamin B1 (tiamin) og bør deretter legges inn på nevrologisk eller medisinsk avdeling. **B**

### Begrunnelse

### Sammendrag

Wernickes encefalopati skyldes mangel på tiamin (vitamin B1). Det oppstår ofte akutt, og symptomene er 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 de kan også innebære hukommelsestap.

Hvis en pasient med begynnende Wernickes encefalopati 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.

### Begrunnelse

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 eller intravenøst. For pasienter som avruses poliklinisk, må sikkerhet rundt injeksjon med tiamin ivretas. Enkelte institusjoner bruker vitamin B1 i tablettform tatt inn på registreringsfritak. Dokumentasjonen er usikker, og slik behandling bør ikke erstatte injeksjoner.

## 12.3 Krampeprofylakse ved avrusning fra alkohol

### Pasienter bør tilbys krampeprofylakse i følgende tilfeller: **B**

- Pasienter har drukket mye alkohol i mer enn en uke
- Pasienten har hatt krampeanfallet eller andre alvorlige abstinensreaksjoner

### Som førstehåndspreparat ved promille under 1 bør det velges ett av følgende: **C**

- Valproinsyre 600–1200 mg som engangsdose, deretter 300–600 mg x 2–3 i 3–5 dager eller
- Diazepam, 10 mg x 3–4 i 3 døgn eller
- Oksazepam, 15–25 mg x 3–4 i 3–5 døgn

Sekundært kan eventuelt karbamazepin velges. Initialdose 400 mg, deretter 200 mg x 3

### Unntak ved krampeprofylakse:

- Benzodiazepiner bør benyttes til gravide, da valproinsyre er teratogent (fosterskadelig)
- Benzodiazepiner bør benyttes ved leversvikt, da valproinsyre bør unngås. Ved moderat leversvikt kan levetiracetam brukes, 250 mg x 2 første døgn, deretter 500 mg x 2. Ved marginal leverfunksjon kan ev. oksazepam 15 mg x 3 benyttes.

### Begrunnelse

#### Sammendrag

I de senere år har valproinsyre i stor grad overtatt plassen til karbamazepin ved en rekke behandlingssteder i Norge. De kliniske erfaringene synes gode selv om det er lite dokumentasjon. En australsk gruppe ga valproinsyre til pasienter og hadde også en kontrollgruppe (Lambie 1980). De så alkoholiske kramper hos fire 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.

### Begrunnelse

Dokumentasjon om hvilket legemiddel som primært bør velges for å forebygge kramper, er mangelfull, og særlig gjelder dette valproinsyre. Både benzodiazepiner og valproinsyre har sine fordeler og ulemper, og begge legemidlene kan brukes som krampeprofylakse. Det synes å være forskjellige tradisjoner i behandlingsapparatet i Norge når det gjelder hvilket preparat som velges primært, og den kliniske erfaringen med valproinsyre som krampestillende middel rapporteres å være god.

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 (skipsdekkliknende svimmelhet). Vær også oppmerksom på karbamazepinens enzyminduserende effekt (CYP 3A4), som fører til interaksjoner med en rekke legemidler.

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

Valproinsyre skal ikke brukes av gravide, da det er teratogent. Fertile kvinner kan gis valproinsyre hvis de bruker sikker prevensjon i form av IUD (spiral) eller p-stav.

## 12.4 CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning

[CIWA-skåring](#) bør benyttes til å følge alkoholavrusningens forløp på institusjon. Ansatte bør gis tilstrekkelig opplæring i CIWA-skåring. 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 eller hver 2. time

### Legemiddelbehandling 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: Diazepam-tabletter (per os) 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. Deretter diazepam 10 mg x 4 i 1–2 dager. Ved manglende respons etter 50 mg diazepam gis olanzapin 5–10 mg intramuskulært eller per os. Dette gjentas hver time til maks 30 mg.

Oksazepam kan erstatte diazepam, spesielt hos eldre og pasienter med leversvikt.

## Begrunnelse

### Sammendrag

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

1. Det er vanligst å forordne legemidler 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-skår på under 10 indikerer lette symptomer, skåringer på 10–18 moderate symptomer og skåringer over 18 alvorlige symptomer. Høye CIWA-Ar-skåringer første abstinensdøgn er et tegn på at senere forløp blir alvorlig.

I en undersøkelse sammenliknes CIWA-Ar-styrt avrusning med annen alkoholavrusning (Reoux 2000). Man finner at færre pasienter trenger benzodiazepinbehandling i CIWA-Ar-gruppen.

## Begrunnelse

CIWA-styrt behandling integrerer behandlingen av 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 frem 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.

## 12.5 Delirium tremens - forebygging og behandling

1. Pasienter med delir i anamnesen bør sikres nattesøvn, fortrinnsvis ved bruk av benzodiazepiner, for eksempel diazepam 10–20 mg om kvelden. Dersom pasienten likevel ikke får sove, kan pasienten for eksempel få 10 mg hver time til vedkommende sover. Oksazepam kan erstatte diazepam, spesielt hos eldre og pasienter med leversvikt. **B**
2. Fullt utviklet delir bør behandles på en avdeling med kvalifisert medisinsk personell og muligheter for somatisk overvåking. 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 intramuskulært hver time til maksimalt 20 mg. **B**

## Begrunnelse

### Sammendrag

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.

Hallusinasjonene kan være svært skremmende, og pasientene kan av og til opptre truende. Det er 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 opptil fem prosent dødelighet som følge av hjertearytmi eller samtidige tilstander som lungebetennelse, bukspyttkjertelbetennelse, leverbetennelse eller hjerneskade.

Faktorer som predikerer utvikling av delir, er tidligere delir, lavt kaliumnivå i serum, lavt nivå av blodplater i serum og hjerneskader i sykehistorien (Eyer 2011).

## Begrunnelse

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

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 tilstanden 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.

## 12.6 Forebygging av nye drikkeepisoder med legemidler

Legen bør sammen med pasienten gå gjennom de ulike behandlingmulighetene med legemidler for å forebygge/begrense alkoholbruk og vurdere om legemiddelbehandling bør gis. Hvis legemiddelbehandling påbegynnes, bør videre oppfølging hos fastlege avtales. C

### Begrunnelse

### Sammendrag

Alkoholavhengighet er en alvorlig lidelse, og tilbakefallsforebygging er et viktig element i behandlingen. Dette kapitlet omhandler kun legemidler, se [kapittel om oppfølging/behandling](#) for psykososial oppfølging og behandling etter avrusning.

En god, samlet gjennomgang av de forskjellige legemidlene sammen med en vurdering av legemidlenes effekt, samt fordeler og ulemper, finnes i de oppdaterte retningslinjene til British Association for Psychopharmacology fra 2012, med anbefalinger (Lingford-Hughes 2012). Se også [IS-2219 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet»](#) og [NICE sin kliniske retningslinje](#) på området for mer detaljer. Nedenfor følger kun en kort gjennomgang av de aktuelle legemidlene.

### Disulfiram (Antabus)

Disulfiram har lang tradisjon ved 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 2010 konkluderte man med at overvåket disulfiraminntak synes mer effektivt enn akamprosatbehandling (Diehl 2010).

### **Akamprosat**

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

### **Naltrekson**

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 (Rosner 2010).

### **Nalmefen**

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.

### **Begrunnelse**

Det tar tid å bygge opp enzymhemming med disulfiram, og preparatet bør tas regelmessig. En bør være forsiktig med å forskrive preparatet til pasienter med hjerte- og lungesykdom. Disulfiram fungerer best hos pasienter som har grunnleggende motivasjon for avholdenhet fra alkohol, og som ønsker å beskytte seg mot situasjoner som kan dukke opp. Legemidlet kan kombineres med akamprosat. Disulfiram bør ikke kombineres med antihistaminer eller de antipsykotika som har størst antihistamineffekt.

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

Det er begrenset klinisk erfaring med naltrekson og nalmefen i Norge.

## **12.1 Generelt om alkohol - virkninger og grader av abstinens**

Anslaget over antall stordrikkere på landsbasis varierer fra 66 500 til 377 000 (Amundsen 2010). Stordrikkere har større risiko for helseskader knyttet til alkohol enn de som har et moderat forbruk. Mest typisk er leverskader, men også hjerte- og karsykdommer, sykdommer i bukspyttkjertelen og nervesystemet, 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 ([SIRUS 2012](#)).

Alkohol er det rusmiddelet som kan gi de mest kompliserte avrusningsforløpene. På grunn av alkoholens enorme utbredelse, er det likevel hver dag tusenvis av ukompliserte avrusninger. Spennet i symptomer er fra «dagen derpå-hodepine» til abstinensfremkalte forvirringstilstander (delirium tremens) og dødsfall. Alkoholavrusning blir en behandlingsoppgave når en pasient får eller kan få alvorlige symptomer. Pasienter kan søke hjelp etter



langvarig alkoholbruk, men det er også vanlig at disse pasientene plutselig «påtvinges» en avrusning når de ikke har mer alkohol eller fordi de blir sykehusinnlagt som følge av en annen tilstand. Fra Haukeland kom det i 2008 en oversiktsartikkel om legemiddelbehandling av alkoholabstinens (Helland 2008).

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 det overaktivitet i sentralnervesystemet (Hoffman 2013). Abstinenssymptomer kan oppstå hos alkoholavhengige fra to timer etter drikkestopp, ofte før promillen har nådd null.

Symptomene kommer fra det autonome nervesystemet, i form av forhøyet hjerterefrekvens, skjelving, forhøyet blodtrykk, svetting, kvalme og oppkast. Symptomene kan også være psykiske, i form av nedstemthet, angst, kroppslig uro (psykomotorisk uro), søvnløshet og syns- eller hørselsbedrag (illusjoner og hallusinasjoner).

Alvorlighetsgraden kan variere fra lett ubehag til alvorlige symptomer, eventuelt ledsaget av komplikasjoner (Hoffman 2013, Wiese 2000, McKeon 2008). Lettere abstinensplager opphører vanligvis innen et par dager (Kluwer 2009).

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

**Moderate symptomer på alkoholabstinens** er mer uttalte psykiske symptomer, skjelving, svetting, hodepine, kvalme, forsterkede reflekser, litt forhøyet hjerterytme (takykardi) 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 allmentilstand er klart nedsatt. Dette kalles av og til «predelir».

Tilstanden kan kompliseres med alkoholiske kramper eller delirium tremens. Alvorlige avrusningssymptomer forekommer hos ca. 20 prosent av pasientene i kliniske settinger (Kluwer 2009). Under eller etter avrusningen kan man se følgetilstander av alkoholmisbruk som [Wernicke-Korsakoffs encefalopati](#), demens eller ulike nevropatier (nerveskader).

## 12.2 Komplikasjoner ved alkoholabstinens

### Alkoholiske kramper

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

Anfallene varer vanligvis under tre 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 rett etter hverandre.

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. Faktorer som predikerer kramper, omfatter sen utvikling av abstinenssymptomer, hjerneskader i sykehistorien og kramper som henvisningsgrunn (Eyer 2011). De som får alkoholiske kramper, skal i anfallsfrie perioder ikke ha avvikende EEG hyppigere enn andre pasienter (Kluwer 2009). Alkoholiske kramper bør ikke forveksles med ulike typer muskelsmerter som også kan oppstå i et abstinensforløp.



### Alkoholisk hallusinose

Alkoholisk hallusinose (sansebedrag) kan oppstå 12 til 24 timer etter drikkestopp og avtar ett til to døgn senere. I lettere tilfeller kan det oppstå forskjellige typer sanseopplevelser, for eksempel at lyset oppleves for sterkt eller at man har en følelse av å bli stukket i huden med 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 føler at de har 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 (Hoffman 2013).

### Delirium tremens

Se intern link under anbefaling

### Wernickes encefalopati

Se intern link under anbefaling

## 12.3 Legemidler brukt ved avrusning fra alkohol

En kunnskapsoppsummering av randomiserte, kontrollerte studier fra 1998 viste at alle de 12 legemidlene som ble undersøkt, kom bedre ut enn placebo (Williams 1998).

### Midler mot kramper (antiepileptika)

En Cochrane-oppsummering fra 2010 sammenlikner antiepileptika brukt ved alkoholavrusning med placebo eller andre legemidler ([Minozzi 2010](#)). Totalt ble 56 randomiserte kontrollerte studier med 4000 deltakere inkludert. Det ble ikke funnet forskjeller i effekt 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](#). For øvrig var det ingen sikre forskjeller. Forfatterne konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å anbefale at antiepileptika er å foretrekke ved behandling av alkoholabstinenser. 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 ([Minozzi 2010](#)). Et annet krampeforebyggende legemiddel, valproinsyre er antakelig likeverdig med karbamazepin (Eyer 2011). Det krampestillende middelet gabapentin har usikker dokumentasjon.

### Benzodiazepiner

En oppsummering fra 1997 konkluderer med at benzodiazepiner egner seg godt til behandling av alkoholabstinenser (Mayo-Smith 1997). Det samme gjør en oppsummeringsartikkel fra 1999 (Holbrook 1999). En Cochrane-oppsummering fra 2010 sammenlikner benzodiazepiner brukt ved alkoholavrusning med placebo eller andre legemidler ([Amato 2010](#)). I tillegg sammenliknes forskjellige typer benzodiazepiner. Totalt er 64 randomiserte kontrollerte studier med 4300 deltakere inkludert i denne oppsummeringen. Benzodiazepiner viste seg å være signifikant bedre enn placebo når det gjelder krampeforebyggelse. Det samme viser to andre oppsummeringsartikler (Schafer 2013, [Ntais 2005](#)). Oppsummeringene viser at sammenlikning av effekt og sikkerhet mellom benzodiazepiner og andre legemidler er vanskelig, da studiene er veldig forskjellige når det gjelder intervensjon og utfall. Når benzodiazepiner sammenliknes med midler mot kramper, finnes det ingen signifikante forskjeller når det gjelder forebygging av kramper.

Sammenliknende undersøkelser viser at benzodiazepiner gir bedre lindring av subjektivt abstinensbesvær enn placebo, antihistaminer og nevroleptika (Holbrook 1999). Benzodiazepiner er like effektive som legemidlet

klometiazol (Heminevrin). Klometiazol brukes fremdeles en del steder, men er svakere dokumentert enn benzodiazepiner.

Britiske [NICE \(National Institute of Clinical Excellence\) sin retningslinje fra 2011](#) anbefaler benzodiazepiner som førstevalg ved alkoholavrusning. Benzodiazepinene er trygge i bruk, og overdosering sees sjelden.

## Vurdering

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 benzodiazepinfor skriving, har blitt mindre.

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.

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. 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 avhengighetskapende legemidler 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.

# 13 Avrusning fra benzodiazepiner

## 13.1 Pasienter med benzodiazepinavhengighet bør tilbys nedtrapping med benzodiazepiner

1. Pasienter med benzodiazepinavhengighet bør tilbys nedtrapping med benzodiazepiner. Oksazepam anbefales som førstevalg ved nedtrapping av benzodiazepiner, 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 under benzodiazepinnedtrapping. Vær oppmerksom på interaksjonen mellom valproinsyre og benzodiazepiner. **D**
3. Hvis pasienten skal videre til en behandling sinstitusjon, bør det vurderes om nedtrappingen med benzodiazepiner kan fortsette der. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

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

Noen studier viser at karbamazepin kan ha en positiv effekt på abstinenssymptomene, men kunnskapsgrunnlaget er sparsomt (Dennis 2006, Parr 2009, Voshaar 2006). Valproinsyre er også i bruk som

abstinensdempende legemiddel (Kristensen 2006).

Ved kontakt med forskjellige avrusningsenheter i Norge fremkommer det at praksis er svært forskjellig, både når det gjelder indikasjonen for nedtrapping med benzodiazepiner og hvor lang tidsrom nedtrappingen foretas over.

## Begrunnelse

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, og i tillegg gir det minst negativ påvirkning av psykomotorisk og kognitiv funksjon. Derfor er det egnet som legemiddel i nedtrappingsregimer (Nilsen 2007). Diazepam har lengre halveringstid og gir mer stabil serumkonsentrasjon enn oksazepam. Det taler for bruk av dette legemidlet i nedtrapping. Forskning gir ikke entydige svar på hvilket preparat som bør foretrekkes.

Nedtrapping ved benzodiazepinavhengighet bør individualiseres. Startdosering for oksazepam kan være 10–25 mg 3 ganger daglig, mens den for diazepam kan være 5–10 mg 2–3 ganger daglig. Varighet på nedtrappingen vil avhenge av om pasienten behandles poliklinisk eller på institusjon og hvilken type oppfølging/behandling som planlegges i etterkant. Raske nedtrappingsregimer angis å vare fra 5–10 dager hos inneliggende pasienter.

Ved rask nedtrapping med benzodiazepiner bør pasienten dekkes med valproinsyre eller karbamazpin som krampeprofylakse. Se [anbefaling for dosering og forsiktighetsregler](#) (graviditet / nedsatt leverfunksjon / enzyminduksjon). Det er interaksjon mellom valproinsyre og benzodiazepiner, med økt effekt av benzodiazepinene.

All bruk av benzodiazepiner bør kartlegges i forkant av i avrusningen/nedtrappingen. Nedtrapping/avrusning fra benzodiazepiner bør planlegges og sees i sammenheng med hvilke funksjoner benzodiazepinene har for den enkelte pasient.

## Praktisk

Tabellen i [Veileder om vanedannende legemidler](#) gir en oversikt over benzodiazepiner og z-hypnotika som er tilgjengelig i Norge. Formålet med tabellen er å vise dosering av legemidlene (spesielt alprazolam og klonazepam) og ved seponering hvor man velger å bytte til diazepam. Opplysningene gitt i tabellen er basert på oralt bruk. Velg ATC-kode ved siden av virkestoffet for å finne tilgjengelig preparater, preparatomtaler/ pakningsvedlegg hos Statens legemiddelverk. Tabellen baseres på kildene: Statens legemiddelverk og Goodman and Gilman's: Manual of Pharmacology and Therapeutics 2008.

I tillegg til legemidlene nevnt i tabellen brukes det også en del andre legemidler på godkjeningsfritak. Dette er for det meste sovemiddelet triazolam (Halcion®) og angstmidlene lorazepam (Ativan®), klobazam (Frisium®) og bromazepam (Lexotan®). Flunitrazepam (Flunipam®) markedsføres ikke i Norge etter 2012. Det burde være unødvendig å bruke de midlene som det må søkes godkjeningsfritak for, da den kliniske effekten av samtlige av disse legemidlene, er nokså lik.

## 13.1 Benzodiazepiners virkning

Dette kapitlet gir anbefalinger om nedtrapping og avrusning fra benzodiazepiner ved samtidig bruk og avhengighet av andre rusmidler (Glyngdal 1997), samt hos pasienter i legemiddellassistert rehabilitering (LAR).

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.

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 nedbrytnings hastighet, samt i hvilken grad de fører til dannelse av biologisk aktive metabolitter. Dette har betydning for 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»](#). Folkehelseinstituttet (2011) har også beskrevet bruken av benzodiazepiner i ulike pasientpopulasjoner.

### **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 troen 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. 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.

## **13.2 Benzodiazepinabstinenser**

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 (Ashton 2005).

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 (UpToDate 2013).

## 13.3 Poliklinisk behandling av benzodiazepinavhengige pasienter

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 pasientgruppene som omtales 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 (Denis 2006, Ringerrike 2009, Fatseas 2006). Studier peker på at behandlingsresultatet bedres om nedtrapping ledsages av psykososial oppfølging (Parr 2009, Voshaar 2006). Forskningen er hovedsakelig foretatt i en poliklinisk behandlingssituasjon.

Behandling av benzodiazepinavhengighet hos pasienter som har samtidig bruk og avhengighet av 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 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.

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.

Benzodiazepiner bør ikke bråseponeres etter lengre tids bruk. Varighet og omfang av nedtrappingen bør vurderes ut fra varighet og omfang av benzodiazepinavhengigheten. Forskrivning og nedtrapping bør ledsages av tett poliklinisk oppfølging.

Forhold som taler for poliklinisk nedtrapping:

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

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.

## 13.4 Behandling av benzodiazepinavhengige pasienter på institusjon

Pasienter som innlegges med avhengighet av benzodiazepiner, har ofte samtidig bruk og avhengighet av andre rusmidler. Studier har vist at en høy andel av denne gruppen pasienter har psykisk lidelse i tillegg til sin rusmiddelavhengighet (UpToDate 2013a, UpToDate 2013b).

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 lave doser i kort tid.

Det bør vurderes om nedtrappingen bør vare lenger enn det som varigheten av et avrusningsopphold tillater. Videre nedtrapping kan da skje i en behandlingstilstand eller poliklinisk. Nedtrapping av benzodiazepiner i behandlingstilstand 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 for et avrusningsopphold. Dette gjelder særlig dersom forbruket av benzodiazepiner har vært høyt i tiden før avrusningsoppholdet.

Under nedtrappingen og i tiden etter seponering vil symptomer på psykisk lidelse ofte fremkomme tydeligere. Det bør tilbys kartlegging, utredning og videre behandling for underliggende psykisk lidelse, i henhold til anbefalingene i [IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser](#), og det bør legges en plan for videre oppfølging av dette i etterkant av avrusningen.

## 14 Avrusning fra opioider

### 14.1 Tilstander hvor man bør være tilbakeholden med avrusning fra opioider.

1. Hos pasienter med følgende kjennetegn/tilstander, bør man være tilbakeholden med avrusning fra opioider uten at videre behandling/oppfølging er planlagt direkte etter avrusningen: **C**
  - Pasienter som har en akutt somatisk eller psykisk tilstand som trenger umiddelbar behandling
  - Personer i varetekt og/eller under soning av korte fengselsstraffer
  - Pasienter som oppsøker legevakt
  - Gravide pasienter
  - Pasienter som har langvarige psykiske eller somatiske lidelser
  - Pasienter med omfattende blandingsbruk av rusmidler

2. Pasienten bør informeres om tap av toleranse etter avrusning fra opioider. Overdoseforebyggende tiltak etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i «Pasientsikkerhetsprogrammet» og «Nasjonal overdosestrategi». **C**
3. Pasienter som har fått forskrevet LAR-legemidler over tid og ønsker å avslutte, bør få tilbud om nedtrapping og tett oppfølging over lang tid (måneder til år). **B**

## Begrunnelse

### Sammendrag

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.

Økt sjanse for overdoserelatert død etter løslatelse fra fengsel er dokumentert i mange studier (Binswanger 2013, Leach 2011, Møller 2010). De fire første ukene etter utskriving fra behandling sinstitusjon er risikoen for å dø av overdose 16 ganger større enn ellers (Ravndal 2010). Det er også økt sjanse for overdoserelatert død etter en opioidfri periode som har vart mer enn en uke. I en rapport fra Oslo kommune fra 1998 opplyses det at en opioidavhengig som har vært en uke uten opioider, har igjen 25–50 prosent av sin opprinnelige toleranse (Welle-Strand 1998).

Har personen vært uten opioider i ca. 3 uker, har vedkommende bare igjen 5 prosent av sin toleranse. Tallene er basert på dyreeksperimentelle modeller, men stemte godt overens med oppsummert klinisk erfaring med pasienter som døde etter utskriving fra Akuttinstitusjonen: Risikoen for å dø etter et avrusningsopphold på inntil en uke var atskillig mindre enn risikoen for å dø etter et utredningsopphold på tre til fire uker.

## Begrunnelse

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

Behandling av opioidavhengighet med avrusning alene medfører stor sjanse for tilbakefall til opioidbruk og avhengighet og i ytterste konsekvens overdosedødsfall. Det vises til tiltaksplanen i [«Nasjonal overdosestrategi»](#) og tiltakene i kapittel 7.11 i «Pasientsikkerhetskampanjen» (Skjellanger 2014).

Nedtrapping fra LAR-legemiddel er en behandling som krever spesiell oppfølging og varsomhet. Beskrivelsen av dette ligger utenfor denne retningslinjen sitt mandat, se for øvrig kap.13 i [LAR-retningslinjen](#) og kapittel 6.5.3 i retningslinjen for [LAR-gravide](#).

## 14.2 Poliklinisk avrusning fra opioider

Opioidavhengige personer som vurderer avrusning på egen hånd, bør oppfordres til å be om oppfølging av helsepersonell. Eventuelle vanedannende legemidler bør utdeles daglig under tilsyn av helsepersonell. **C**

## Begrunnelse

### Sammendrag



I NICE sin omfattende retningslinje for opioidavrusning er poliklinisk avrusning fra opioider hovedanbefalingen ([NICE 2008](#)). I en engelsk studie sammenliknes poliklinisk avrusning med institusjonsavrusning. I denne studien gjennomfører 81 prosent institusjonsavrusning, mens kun 17 prosent gjennomfører den polikliniske, men det påpekes metodologiske problemer med denne studien (Gossop 1986). En australsk studie fra 2003 sammenlikner poliklinisk opioidavrusning med buprenorfin i en spesialistpraksis og hos allmennpraktiker (Gibson 2003). Begge grupper klarte seg tilsvarende bra, rundt 70 prosent 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 prosent opioidfrie, og det var ikke forskjell på de to gruppene (Day 2011). En oversiktsstudie fra 2008 tok for seg fem studier av avrusning i hjemmet med buprenorfin. Gjennomføringsraten var fra 55 til 100 prosent, men svært få personer forble opioidfrie (Horspool 2008). En studie fra Australia sammenliknet poliklinisk avrusning fra opioider i spesialhelsetjenesten med avrusning hos allmennlege (Doran 2004). Man fant at begge settingene hadde like gode resultater.

En oppsummering av 28 studier med buprenorfinavrusning poliklinisk vurderte om lengden på nedtrappingen påvirket resultatene (Dunn 2011). Mange pasienter fikk tilbakefall til heroinbruk etter behandling; bare 30 prosent 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 (Gossop 1991, Noble 2002).

## Begrunnelse

Den forskningsmessige dokumentasjonen av 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 prosent av pasientene er opioidfrie åtte måneder etter avrusningen.

Basert på forskningen fra utlandet og norske kliniske erfaringer, bør poliklinisk avrusning fra opioider kun foretas hvis forutsetningene under [kapittel om poliklinisk avrusning](#) er til stede og personen ikke har kjennetegn som beskrevet under [anbefaling 1 i kapittel om risiko ved avrusning](#). En opioidavhengig person med sprøytebruk og tegn på manglende kontroll, for eksempel ved gjentatte overdoseringer med opioider, bør frarådes poliklinisk avrusning.

## 14.3 Avrusning av opioidavhengige pasienter på institusjon

Personer som ønsker avrusning fra opioider, bør innlegges. Under avrusningen bør aktuelle tilbud (LAR, institusjon) ved eventuelt tilbakefall drøftes med pasienten. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

En Cochrane-oppsummering fra 2010 som sammenliknet institusjonsavrusning for opioider med andre settinger, fant kun én studie som tilfredstilte inklusjonskriteriene (Day 2010). Denne studien viste at 70 prosent av pasientene som gjennomførte institusjonsoppholdet, var opioidfrie ved avslutningen, mens det tilsvarende tallet var 37 prosent for 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 (Strang 1997).

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 (Franken 1999).

Når det gjelder psykopatologi, fant Araujo ingen sammenheng mellom angst og depresjon og grad av gjennomføring av avrusningsopphold (Araujo 1996). Backmund fant en positiv sammenheng mellom graden av psykososial og psykoterapeutisk støtte og gjennomføring av avrusningsopphold (Backmund 2001). Specka undersøkte over tusen opioidavhengige pasienter 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 (Specka 2011).

## Begrunnelse

Det er grunn til å tro at de fleste opioidavrusninger bør foregå på institusjon, da mange av pasientene ikke fyller kriteriene for poliklinisk avrusning. For å lykkes bedre med institusjonsavrusning bør både abstinenslindringen med legemidler og psykososial oppfølging under og etter avrusningen intensiveres.

## 14.4 Legemiddelvalg ved avrusning fra opioider

1. For pasienter som avruskes fra opioider, bør buprenorfin (primært med nalokson) være førstevalg, med klonidin eller lofexidin som andrevalg. **B**
2. Ved polikliniske avrusninger bør ikke metadon benyttes. **C**
3. Avrusning i narkose frarådes, og avrusning under tung sedasjon anbefales ikke. **B**

## Begrunnelse

### Sammendrag

Opioidagonister (metadon) eller partielle agonister (buprenorfin) er den mest logiske farmakologiske tilnærmingen ved avrusning fra opioider. Legemidlene vil da erstatte for eksempel heroin, og doseringen 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 noradrenalinsystemet, som klonidin og lofexidin (alfa-2-adrenerge-agonister), benyttes hyppigst (lofexidin er ikke registrert i Norge, men kan tas inn på registreringsfritak).

Ifølge WHO's gjennomgang av syv studier med 577 deltakere var det ingen forskjell mellom legemidlene metadon og alpha-2-agonister (klonidin eller lofexidin) når det gjaldt gjennomføring av avrusningen. Det var heller ingen forskjell på tilbakefallsprosenten ved oppfølging (Amato 2011).

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 forttere

med buprenorfin. Buprenorfin ga også litt høyere gjennomføringsrate enn metadon (Gowing 2009).

Når det gjelder sammenligning av 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 (Amato 2011).

Raistrick delte 210 pasienter i to grupper der den ene gruppen ble behandlet med lofexidin og den andre med buprenorfin. Sistnevnte ga noe høyere gjennomføringsrate. 36 prosent av lofexidingruppen og 46 prosent av buprenorfingruppen var avholdende fra opioider en måned etter avslutning av programmet (Raistrick 2005).

Amato tok for seg 20 studier med over 1900 pasienter der man undersøkte avrusning med metadon sammenliknet med andre legemidler. 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 sammenliknet med metadon (Amato 2005).

Amato sammenliknet i en Cochrane-oppsummering resultatene av kombinert avrusning fra opioider med både farmakologisk og psykososial behandling, med farmakologisk behandling alene (Amato 2011). 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.

En Cochrane-oppsummering tar for seg avrusning i narkose og under sterk sedasjon (Gowing 2010). 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.

## Begrunnelse

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.

Ved sykehusene i Vestfold og Østfold har pasientene rapportert om stor forbedring i avrusningen fra opioider ved overgang fra et klonidinregime til buprenorfinnedtrapping. Buprenorfin foretrekkes av pasientene fremfor klonidin. Buprenorfin i kombinasjon med nalokson gir lavere risiko for intravenøs bruk, noe som kan forekomme i døgninstitusjoner. Nedtrapping med buprenorfin eller metadon bør kun benyttes hvis pasienten er opioidavhengig eller har brukt opioider regelmessig over tid.

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 (Gowing 2010).

Doseringsforslag for buprenorfin med nalokson ved avrusning varierer i stor grad i kliniske anbefalinger fra andre land og ved avrusningsenheter i Norge. Anbefalingene i [TIP 40](#) fra amerikanske helsemyndigheter er detaljerte og godt forklart. Behandlingen startes med 4 mg buprenorfin med nalokson når symptomer på opioidabstinens oppstår (i Norge angis de ofte tidligst 12 timer etter siste heroindosering). Hvis indisert, gis ny dosering med 4 mg buprenorfin etter 2–4 timer. Over de neste to dagene økes doseringen gradvis til 10–

16 mg buprenorfin med nalokson per døgn. Deretter reduseres doseringen av buprenorfin med nalokson over 5–10 døgn. I TIP 40 gis alternativer ved bruk av opioider med lengre varighet og også for nedtrapping over lengre perioder.

Anbefalte doseringer for klonidin varierer også mye. Det er viktig å følge nøye med på blodtrykk og trappe ned doseringen før den seponeres. Klonidin anbefales imidlertid ikke rutinemessig brukt i NICE sin retningslinje fra 2008 ([NICE 2008](#)).

## 14.5 Behandling etter avrusning fra opioider

1. LAR, eventuelt døgnbehandling, bør anbefales til opioidavhengige personer. **B/C**
2. For motiverte pasienter kan naltrekson i tablettform forsøkes for å forhindre tilbakefall til opioider. **D**

### Begrunnelse

### Sammendrag

[Forskning har vist at mange gjenopptar bruken av opioider etter avrusning](#). Uten oppfølging snakker man om betydelig tilbakefall innen ganske kort tid (Day 2011). Gossop fulgte 80 personer som hadde gjennomgått behandling for opioidavhengighet på 80-tallet (Gossop 1989). 71 prosent brukte opioider etter seks uker, men disse episodene representerte ofte ikke et fullt tilbakefall til avhengighet. Etter seks måneder var 45 prosent 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 etter avrusning enn andre pasienter. Langvarig substitusjonsbehandling i LAR har god langtidseffekt på skadelige virkninger av opioidbruk, men reduserer ikke den fysiske avhengighetstilstanden til opioider ([Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)). En del opioidavhengige 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 én gang i måneden. Behandling med naltrekson i tablettform er svært motivasjonsavhengig, og effekten har vært vanskelig å dokumentere (Minozzi 2011). Det er større forhåpninger knyttet til naltreksonimplantat eller langtidsvirkende injeksjon. Det er gjort betydelig forskning på implantat ved Seraf ved Universitetet i Oslo (Lobmaier 2008, Kunøe 2009, Lobmaier 2010, Kunøe 2010a, Kunøe 2010b, Lobmaier 2011, Kunøe 2012). Et [forskningsprosjekt med naltrekson](#) som månedlige injeksjoner pågår ved fem sykehus i Norge i regi av Seraf.

### Begrunnelse

Hvis avrusning fra opioider skal ha positive konsekvenser for en pasient, er oppfølgingen etter avrusningen essensiell. I samråd med pasienten planlegges et oppfølgingsprogram etter avrusningen. 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.

Alternativene kan være døgninnleggelse i behandlings- eller omsorgsinstitusjon eller poliklinisk oppfølging med eller uten legemidler. Behandling med naltreksontabletter kan være et alternativ for spesielt motiverte pasienter.

Pasienter som har flere mislykkede avrusnings- og/eller behandlingsforsøk uten legemiddelstøtte bak seg og/eller som har omfattende problematikk, bør sammen med behandler vurdere om LAR er et realistisk

alternativ ([Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)). Pasienter som skal inkluderes i LAR, bør ikke avruses fra opioider.

## 14.1 Om opioider og deres virkninger

Antallet sprøytebrukere ble i Norge i 2005 anslått til å være mellom 8200 og 12500, hvorav ca. 85 prosent var heroinbrukere (Bretteville-Jensen 2006). Ved utgangen av 2014 var det ca. 7500 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge (Waal 2014). 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 2013 døde 234 personer i Norge av narkotikaoverdoser (SSB 2013). Norge har de siste årene vært blant de 2–3 landene med høyest registrert overdosedødelighet på oversiktene til Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). På grunn av metodeforskjeller er det vanskelig direkte å sammenligne dødeligheten i de europeiske landene.

Et opiat er fremstilt fra opium. De naturlige opiatene omfatter blant annet morfin, kodein og noskapin. De semisyntetiske opiatene omfatter blant annet heroin, etylmorfin, oksykodon og buprenorfin. Et opioid er et stoff som binder seg til kroppens opioidreseptorer. Begrepet opioid omfatter i tillegg 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.

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 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.

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. 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.

## 14.2 Symptomer ved opioidabstinens

Hensikten med opioidavrusning er å redusere eller fjerne abstinenssymptomene på en forsvarlig måte.

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 neurologisk tilpasning til opioider. 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 svetting, økt tåreflod, gjesping, vekslende varme- og kuldefølelse, nedsatt matlyst og magekramper, kribling i bena, kvalme og oppkast, diaré, skjelvinger, søvnløshet og rastløshet, muskel- og leddsmarter, rask hjerterytme (takykardi), forhøyet blodtrykk (hypertensjon), gåsehud, utvidete (dilaterte) pupiller og økte tarmlyder.

Avrusning fra opioider er oftest udramatisk. De første symptomene er snufsing, nysing, kribling og frysing. Abstinensutløste psykosier eller andre komplikasjoner opptrer sjelden 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 sårbar med tilbaketrekking og isolasjon som vanlige mestringsstrategier. Søvnproblemer er vanlig, og lengre tids søvnløshet øker sårbarheten og faren for psykoseutvikling.

## 15 Avrusning fra andre rusmidler og flere rusmidler

### 15.1 Avrusning fra stimulerende rusmidler

Pasienter som avruskes fra sentralstimulerende midler, bør tilbys et psykososialt støttende miljø, og det bør sikres tilstrekkelig med søvn, mat og drikke. **D**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

Det er vanlig at stimulerende rusmidler inntas flere dager på rad før brukeren slutter og isteden benytter dempende rusmidler (benzodiazepiner, cannabis, alkohol og/eller opioider).

Da det ofte benyttes dempende rusmidler i tillegg til stimulerende rusmidler, kan abstinenssymptomene skyldes blandingen av rusmidler. Ca. 90 prosent av regelmessige brukere av amfetamin som avslutter bruken, opplever abstinenssymptomer (Cantwell 1998, Mancino 2011). Abstinenssymptomene etter regelmessig bruk av amfetamin over tid varer fra 5 dager til over 2 uker. De akutte abstinenssymptomene kan omfatte nedstemthet (dysfori), irritabilitet, tretthet, intense drømmer, økt spising, søvnløshet, aggresjon, angst og økt søvnbehov. Symptomene vil oftest avta i løpet av to til fire dager.

McGregor inndeler abstinenssymptomene etter avsluttet metamfetaminbruk i to faser (McGregor 2005). Den første fasen når toppen innen 24 timer etter avsluttet bruk og varer ca. en uke. Symptomene omfatter økt søvn og matinntak, et knippe av depresjonsrelaterte symptomer, samt angst og craving. De neste to ukene kjennetegnes av abstinenssymptomer på et lavere og stabilt nivå. Newton oppsummerer at abstinenssymptomene ved metamfetaminavhengighet varierte i intensitet og varighet, men at de fleste pasientene hadde milde symptomer som ga seg raskt (Newton 2004). Mancino undersøkte endringer i abstinenssymptomer over en 4-ukersperiode for en gruppe metamfetaminavhengige pasienter som ble innlagt til behandling (Mancino 2011). Lineberry redegjør for de medisinske og sosiale konsekvensene av metamfetaminbruk i sin artikkel (Lineberry 2006).

En Cochrane-oppsummering fra 2009 oppsummerer randomiserte, kontrollerte forsøk og kliniske forsøk med farmakologisk og/eller psykososial behandling av abstinenssymptomer for amfetaminbrukere (Shoptaw 2009). Konklusjonen er at ingen legemidler er effektive i behandlingen av amfetaminabstinenser.

#### Begrunnelse

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

## 15.2 Avrusning fra gamma hydroksybutyrat (GHB)

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

### Begrunnelse

#### Sammendrag

GHB er et rusmiddel som benyttes for å oppnå eufori samt stimulerende, dempende og seksuelle effekter. Gamma butyrolakton (GBL) og 1,4 butanediol (BD) er inaktive substanser som omdannes raskt til GHB etter inntak og derfor har 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 (Zvosec 2010, Bell 2011). Det er vanlig med hyppige inntak av GHB blant brukerne. Noen inntar stoffet én til to ganger i timen over tid, mens andre kun tar GHB én 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 brukerne 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 skjelvinger, hallusinasjoner, forhøyet puls og søvnløshet. Uttalt søvnløshet er vanlig blant pasienter med GHB-abstinens og er ofte en årsak til tilbakefall. Abstinenssymptomene varer 5 til 12 dager. Kramper 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 ikke uvanlig.

### Begrunnelse

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

Behandlingen av GHB-abstinenser vil primært være psykososial støtte, men ofte er det nødvendig med behandling med søvngivende legemidler for å kontrollere agitasjon, 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 (Zvosec 2010, Bell 2011).

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

## 15.3 Avrusning fra anabole androgene steroider

1. Pasienter som avruskes fra anabole androgene steroider, bør kartlegges nøye for psykiske symptomer. **C**
2. Pasienter i avrusningsfasen fra anabole androgene steroider bør få støttesamtaler og behandles for psykiske symptomer og andre symptomer som oppstår. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

En nylig utgitt metaanalyse av kvalitative/deskriptive studier fra universitetet i Bergen viser at brukere av anabole androgene steroider (AAS) ofte benytter en rekke andre rusmidler og legemidler både før de begynner med og mens de bruker AAS (Sagoe 2015). Nasjonal kompetansetjeneste TSB ved Oslo universitetssykehus har nylig gitt ut en håndbok om kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling av anabole androgene steroider (Wisløff 2015). Forskjellige kartleggingsundersøkelser viser at to til fem prosent av unge menn bruker eller har brukt dopingmidler. Mellom en femdel og en tredel av dem som har forsøkt dopingmidler, er kvinner.

AAS er testosteronderivater med testosteronliknende effekter. Testosteron har en kraftig androgen effekt med stimulering av mannlige kjønnskarakteristika som skjeggvekst, mørk stemme og mannlige kjønnsorganer, i tillegg til å ha en 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.

AAS-brukere anvender ofte flere typer AAS samtidig, såkalt «stacking», for å oppnå synergistisk effekt på muskelvekst (Pallesen 2014). AAS tas ofte i sykluser på 4–12 uker og inntas både i tablettform, som depotsprøyter og som depotplaster.

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 raskt når AAS kombineres med fysisk aktivitet. 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. Dette øker risikoen for både voldsbruk og suicidalitet. AAS-bruk fører til økt salt- og væskeansamling i kroppen, som igjen kan medføre forhøyet blodtrykk. AAS er videre levertoksisk, noe som skyldes filtrering i leveren etter opptaket av AAS fra tarmen («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 leddsmarter og nedsatt bevegelighet i ledd. Hjertemuskulaturen påvirkes som annen muskulatur, og brukere kan få forstørret hjerte («oksehjerte»). Dette kan disponere for lekkasjer i hjerteklaffene og rytmeforstyrrelser. AAS har negativ effekt på lipid- og kolesterolstoffskiftet og disponerer for avleiringer i blodårene (arteriosklerose) med mulighet for utvikling av angina pectoris (hjertekrampe) og hjerte- og hjerneinfarkt. Inntak av AAS i doser høyere enn kroppens normalproduksjon utkonkurrerer kroppens egenproduksjon av testosteron, noe som kan medføre skrumpning av testiklene (atrofi). Overstimulering med testosteron kan gi økt mannlig hårtap. Tendensen til akne/kviser øker også ved bruk av AAS. Den endrede hormonprofilen gir også økt østrogenstimulering med feminisering, som kan resultere i brystutvikling hos menn.

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 benyttes ofte for å sikre avslapping og søvn.

### Begrunnelse



Håndboken fra nasjonal kompetansetjeneste TSB gir en detaljert oversikt over nødvendig diagnostikk/kartlegging når pasienten bruker anabole androgene steroider (Wisløff 2015). Kartlegging av psykiske symptomer er spesielt viktig, da risikoen for depresjon og suicid øker i pausene mellom kurer og etter avsluttet bruk av anabole androgene steroider.

Brukere som slutter å bruke anabole androgene steroider, opplever ofte at følelsen av styrke og mestring erstattes av kraftløshet og fortvilelse over egen situasjon. Det er derfor risiko for at personen gjenopptar bruken av AAS eller utvikler depresjon. Pasienten bør kartlegges med tanke på psykose og suicidalfare, men også for affektive tilstander og kognitive funksjoner. I avrusningsfasen er det viktig at pasienten følges nøye med tanke på mulig utvikling av abstinenssymptomer og tegn på tilbakefall. Eventuelle søvnproblemer behandles etter anbefalingene i [kapittel om søvnforstyrrelser ved avrusning](#). Det er viktig at pasienten gis støttesamtaler og at behandling og oppfølging i tiden etter avrusningsfasen planlegges i samarbeid mellom pasient og behandler. Ulike behandlingstiltak er redegjort for i håndboken fra nasjonal kompetansetjeneste TSB ( Wisløff 2015).

## 15.4 Avrusning fra cannabis

Abstinensbehandling av pasienter som er cannabisavhengige, bør omfatte psykososial støtte og miljøterapi. Pasienter som kun er avhengige av cannabis, kan avruses poliklinisk. **D**

### Begrunnelse

### Sammenheng

Cannabis er etter alkohol det mest brukte rusmiddelet på verdensbasis.

Hos personer som regelmessig benytter cannabis, vil abstinenser oftest opptre når bruken opphører. Abstinensene kommer gradvis fordi tetrahydrocannabinol (THC), et av de virksomme stoffene i cannabis, frigis over tid fra lagre i fettvev. Symptomer på cannabisabstinens omfatter søvnproblemer, livlige drømmer, nattesvette, økt kroppslukt, hodepine, nedsatt appetitt, magekramper, tretthet og hoste. Symptomene omfatter også angst og uro, depresjon, aggresjon og irritabilitet (Hasin 2008, Budney 2003, Budney 2006). Abstinenssymptomene starter oftest en dag eller to etter at bruk av cannabis opphører, er kraftigst dag to til seks og forsvinner i løpet av en til to uker. Symptomer som søvnproblemer og irritabilitet kan fortsette i uker etter at bruken av cannabis har opphørt.

En Cochrane-oppsummering fra 2014 oppsummerte randomiserte, kontrollerte forsøk med legemidler som har vært prøvd i forbindelse med avrusning fra cannabis og behandling av cannabisavhengighet (Marshall 2014). Oppsummeringen konkluderer med at antidepressiva, buprion, buspirone og atomoxine neppe er effektive i behandlingen av cannabisavhengighet. Legemidler som inneholder THC, synes å ha mer effekt, men begrensningen i tilgjengelig dokumentasjon innebærer at behandlingen ansees som å være på forsøksstadiet. Det samme gjelder behandling med gabapentin og N-acetylcystein. En ny artikkel fra Australia beskriver et klinisk forsøk med et cannabissekstrakt (Allsop 2015). Behandlingen reduserte abstinenssymptomene hos cannabisavhengige, men en måned etter avrusningen hadde 69 prosent av pasientene som fikk behandling og de som fikk placebo, begynt å bruke cannabis igjen.

Allsop beskriver utviklingen av Cannabis Withdrawal Scale (CWS), som kan benyttes til å monitorere abstinenssymptomer når en pasient slutter med cannabis (Allsop 2011). Behavior Checklist Diary (BCD) er et annet verktøy som kan være nyttig i avrusningsfasen fra cannabis, og dette benyttes ved Sørlandet sykehus (Budney 2006).

### Begrunnelse

Abstinensbehandlingen av cannabis bør omfatte psykososial støtte og miljøterapi. Pasienter som kun



benytter cannabis, kan ofte avruses under poliklinisk oppfølging.

Foreløpig er det ingen spesifikke legemidler som viser sikker effekt i randomiserte studier når pasienter ønsker å slutte med cannabis.

## 15.5 Avrusning fra cannabinoider

Pasienter som har brukt større mengder syntetiske cannabinoider over tid, bør innlegges til avrusning. **C**

### Begrunnelse

### Sammendrag

Syntetiske cannabinoider er en stor gruppe rusmidler med cannabisliknende effekt. Rusmidlene selges oftest over internett som lovlige urteblandinger under navn som «spice» og «legal/herbal highs» (Tuv 2012). Et økende antall cannabinoider i ulike blandinger har blitt identifisert de siste årene. De syntetiske cannabinoidene omfatter en rekke forskjellige rusmidler.

De syntetiske cannabinoidene inntas oftest ved røyking, men kan også inhaleres eller spises (inntas peroralt). Kunnskap om kort- og langvarige effekter ved bruk av syntetiske cannabinoider er økende (Macfarlane 2015). Winstock rapporterer fra en internasjonal nettundersøkelse om bruken av cannabis og cannabinoider (Winstock 2013). De syntetiske cannabinoidene gir rusvirkning raskere, og den varer kortere enn ved bruk av cannabis. Over 90 prosent av brukerne foretrekker å bruke cannabis, da cannabis gir flere ønskede og færre negative effekter. Syntetiske cannabinoider er i større grad assosiert med abstinenser og paranoiditet. Cannabinoider synes å kunne presipitere psykose hos sårbare individer, på samme måte som cannabis (Every-Palmer 2011). De syntetiske cannabinoidene er i større grad enn cannabis koplet til akutte overdoseringer, noe som antagelig skyldes den sterke stimuleringen av CB1-reseptorene (Hermanns-Clausen 2013). Bruk av syntetiske cannabinoider har også vært assosiert med akutte nyreskader (Bhanushali 2013, Buser 2014) og hjertekomplikasjoner (Young 2012, Mir 2011).

De vanligste abstinenssymptomene etter bruk av cannabinoider er ifølge en studie fra New Zealand agitasjon, irritabilitet, angst, humørsvingninger og kvalme/oppkast (Macfarlane 2015). I den samme studien beskrives det at diazepam og quetiapin ble benyttet for å dempe abstinenssymptomene. En annen studie anbefaler også disse legemidlene ved abstinenssymptomer forårsaket av syntetiske cannabinoider (Nacca 2013).

### Begrunnelse

Syntetiske cannabinoider synes i større grad enn cannabis å være assosiert med psykoseutvikling, akutte overdoseringer og organskader. Pasienter som har brukt større mengder syntetiske cannabinoider over tid, bør derfor innlegges til avrusning.

## 15.6 Strategier ved avrusning fra flere rusmidler

Ved avhengighet av flere rusmidler / vanedannende legemidler bør pasienten innlegges til avrusning. Avrusningsoppholdet bør planlegges, og pasienten bør oppfordres til å redusere sitt forbruk av rusmidler før innleggelse. **C**

### Begrunnelse

## Sammendrag

Hobbesland foretok en undersøkelse av 564 pasientinnleggelses på seks avrusningsenheter i Sør-Norge løpet av et halvt år i 2004 (Hobbesland 2006). Som mest brukte rusmiddel oppga 28 prosent alkohol, 22 prosent opioider, 15 prosent vanedannende medikamenter, 15 prosent sentralstimulerende medikamenter og 12 prosent cannabis. Totalt oppga 59 prosent av pasientene å ha brukt vanedannende legemidler det siste halve året. 45 prosent hadde brukt cannabis, 41 prosent hadde brukt alkohol, 40 prosent sentralstimulerende midler og 34 prosent 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.

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 prosent av pasientene som ikke hadde brukt rusmidler siste 4 uker, 12 prosent hadde enkeltepisoder med rusbruk, mens 38 prosent av pasientene i LAR brukte regelmessig rusmidler (Waal 2014). Basert på urinprøvefunn de siste 4 ukene hadde 10 prosent brukt opioider (annet enn LAR-legemiddelet), 33 prosent cannabis, 42 prosent benzodiazepiner og 16 prosent sentralstimulerende rusmidler. 25 prosent hadde fått forskrevet benzodiazepiner. Både bruken av rusmidler og forskrivning av benzodiazepiner viste stor variasjoner mellom helseforetakene. Pasienter i LAR som bruker rusmidler, 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 avrusnes fra. 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 hadde både 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 (Kristensen 2006). Resultatene tyder på at kombinasjon av buprenorfin og valproinsyre er et bedre abstinensbehandlingsregime enn kombinasjonen av klonidin og karbamazepin.

## Begrunnelse

Som anbefalt i [kapittel om informasjon før avrusning](#) 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 og siste uke, samt når siste inntak av rusmiddelet var. I tillegg bør det foretas en undersøkelse av biologisk materiale (urin eller spytt) for å kartlegge hvilke rusmidler pasienten har inntatt ([Prosedyrer for rusmiddeltesting IS-2231](#)). 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 bør legges spesiell vekt på de rusmidlene som pasienten er avhengig av, og de som kan gi størst plager og komplikasjoner ved avrusning. Dette gjelder alkohol, benzodiazepiner, opioider, GHB og syntetiske cannabinoider. Det vil som regel ikke være ønskelig (verken for pasienten eller ressursmessig) å avrusne fra ett rusmiddel/legemiddel om gangen. De ansatte bør sammen med pasienten legge en plan for avrusningen, om mulig før innleggelsen. Hvis pasienten også er benzodiazepinavhengig, bør nedtrapping startes før innleggelsen.

# 16 Avrusning av gravide

## 16.1 Avrusning av gravide som bruker rusmidler

### ◦ Påvisning av graviditet og prevensjonsveiledning

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. **C**
2. Bruk av prevensjon bør alltid drøftes med kvinner i fruktbar alder og eventuell partner under avrusning. Kvinnen bør informeres om prevensjonsalternativer og tilbys gratis prevensjon. **D**
  - **Holdninger, informasjon og samarbeid**
3. De ansatte bør møte den gravide og hennes eventuelle partner med ikke-fordømmende holdninger og respekt. Målet bør være å oppnå et samarbeid med den gravide basert på gjensidig tillit. **C**
4. Den gravide og eventuell partner bør få grundig og gjentatt informasjon om rusmidler og vanedannende legemidlers virkning på foster/svangerskap samt aktuelle behandlings- og oppfølgingstiltak. I tillegg bør det informeres om helsepersonellets opplysningsplikt i henhold til Helsepersonellovens § 32 (jf. [§ 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven](#)). **A**
  - **Innleggelse**
5. Gravide som bruker rusmidler, bør tilbys innleggelse i egnet institusjon for avrusning og utredning, se [kapittel om akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp](#). **C**
  - **Kartlegging**
6. En grundig sykehistorie som omfatter rusmiddelbruk, bruk av vanedannende legemidler og tobakk samt tidligere/nåværende svangerskap, bør tas opp når avrusningen påbegynnes. Svangerskapet bør stadfestes, og det bør avklares hvor langt svangerskapet har kommet. **C**
  - **Videre oppfølging og behandling**
7. Den videre oppfølgingen og behandlingen av den gravide og eventuell partner bør planlegges nøye under avrusningen. Individuell plan bør tilbys/revideres, og det bør opprettes/suppleres en ansvarsgruppe med koordinerende fagperson. Det bør avtales forpliktende samarbeid med aktuelle instanser i kommune (jordmor, fastlege, NAV etc.) og spesialisthelsetjeneste (fødeavdeling, barneavdeling etc.). **C**

### Begrunnelse

#### Sammendrag

Ross foretok i 2015 en litteraturgjennomgang når det gjelder mulige konsekvenser av eksponering for forskjellige rusmidler og vanedannende legemidler i graviditeten (Ross 2015). Behnke fra American Academy of Pediatrics gjennomgikk mulige kort- og langvarige effekter av eksponering for forskjellige rusmidler i svangerskapet (Behnke 2013). Helsedirektoratet ga i 2015 et oppdrag til Folkehelseinstituttet om å utarbeide en rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler / avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet i forbindelse med ferdigstilling av IS-2355 (se under) (Mørch-Johnsen 2015).

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte i 2014 [«Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy»](#). Hele fem av de 18 anbefalingene i retningslinjen omhandler avrusning av gravide.

Både [IS- 1876 «Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder»](#) og veileder IS-2355 om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 (**kommer i 2016**), er aktuelle dokumenter når det gjelder dette kapitlet.

[Verdens helseorganisasjon](#) kom i 2013 med anbefalinger for forebygging og behandling av tobakksbruk og tobakkeksponering i graviditeten. Kvinner som har eller har hatt rusmiddelproblemer, røyker i større grad i graviditeten enn andre gravide. Over 95 % av de norske kvinnene som ble gravide i LAR, røykte da de oppdaget at de var gravide, og over 85 % røykte siste måned før termin ([Welle-Strand 2013](#)). Bruk av tobakk i graviditeten er blant annet assosiert med for tidlig løsning av placenta og økt sjanse for abort,

dødfødsel, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og plutselig spedbarnsdød.

Kvinner som bruker rusmidler, har ofte uregelmessig menstruasjonssyklus på grunn av rusmidlenes effekt på hormonbalansen samt den uregelmessige livsrytmen kvinner som ruser seg ofte har. Derfor kan det gå tid før kvinnene oppdager at de er gravide. Når kvinner slutter å bruke rusmidler, blir de lettere gravide. Dette gjelder også kvinner som begynner i LAR ([IS-1876](#)).

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en [rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler og avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet](#).

## Begrunnelse

Menstruasjonssyklus og bruk av prevensjon bør kartlegges hos alle kvinner i fruktbar alder som innlegges til avrusning. Kvinner og eventuelle partnere bør informeres om prevensjonsalternativer og tilbys gratis prevensjon. Oftest vil hormonspiral være det mest aktuelle prevensjonsmiddelet. Gratis prevensjon bør finansieres av pasientens hjemkommune eller ved hjelp av en statlig ordning. Kvinner som innlegges til avrusning eller begynner i LAR, bør informeres om økt mulighet for å bli gravid på grunn av normalisering av menstruasjonssyklus når bruk av rusmidler avsluttes. Se også kapittel 6.1.1. i [IS-1876](#).

Det bør gis grundig og gjentatt informasjon om rusmidlers og vanedannende legemidlers virkning på foster/svangerskap og aktuelle behandlings- og oppfølgingstiltak. Dersom kvinnen vurderer abort, bør hun tilbys informasjon om abort av lege/jordmor og få mulighet til å drøfte sine tanker/vurderinger rundt temaet med fagpersoner. Informasjonen om abortinngrep bør være mest mulig nøytral, slik at kvinnen i samarbeid med eventuell partner kan foreta den endelige beslutningen.

Det er viktig at behandlerne i sitt møte med den gravide og hennes eventuelle partner tilstreber å ha ikke-dømmende holdninger og viser respekt for pasienten. Målet er å oppnå et samarbeid basert på gjensidig tillit. Gjensidig tillit vil skape trygghet og øke muligheten for at kvinnen kan nyttiggjøre seg tilbudet om oppfølging/behandling. Hvis kvinnen og eventuell partner føler seg trygge i møtet med behandlerne, vil de også lettere kunne tilegne seg nødvendig kunnskap og forståelse.

En detaljert rusmiddelanamnese som omfatter bruk av alle aktuelle rusmidler og vanedannende legemidler i graviditeten, bør opptas før avrusningen påbegynnes. Det bør spørres nøye om alle inntak av rusmidler/legemidler de siste to til fire ukene, samt mengden og hyppigheten av hvert enkelt rusmiddel/legemiddel. Bruk av tobakk bør også kartlegges, og med tanke på røykeslutt/røykereduksjon bør psykososiale intervensjoner inkluderes i behandlingsopplegget for gravide som røyker. Man bør være oppmerksom på at noen kvinner bevisst vil kunne underrapportere bruken av rusmidler/legemidler fordi de er bekymret for at det kan bli fattet et vedtak om tilbakeholdelse etter [§ 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven](#), eller fordi de allerede har et midlertidig vedtak etter § 10-3. Urinprøver bør tas ved innkommst etter anbefalingene i [veileder for rusmiddeltesting](#), avhengig av formålet ved rusmiddeltestingen.

I tillegg bør det spørres detaljert om tidligere svangerskap, eventuelt rusmiddelbruk under dette/disse og forløp av tidligere svangerskap og fødsler. Eventuelle symptomer knyttet til svangerskap eller abstinenser i nåværende svangerskap bør kartlegges nøye. Graviditet bør stadfestes, og det bør spørres 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 nødvendiggjør behandling med legemidler, oppstå blant annet 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 abstinenser hos fosteret. Dette skyldes at det i liten grad har vært undersøkt hvordan fosteret har det når kvinner avruser. Det finnes heller ikke gode, tilgjengelige målemetoder for å kartlegge hvordan fosteret har det under en avrusning av kvinnen.

Under innleggelsen/avrusningen bør den videre oppfølgingen og behandlingen av den gravide og hennes eventuelle partner planlegges nøye. Vurderingene og anbefalingene i kapittel 6 i [IS-1876](#) gjelder for alle

svangerskap med rusrelatert problematikk, med unntak av det som spesifikt omhandler LAR-legemiddelet. Individuell plan/behandlingsplan bør revideres/tilbys, og det bør opprettes/utvides en ansvarsgruppe med koordinerende fagperson. Det bør etableres kontakt med aktuelle instanser i kommune og spesialisthelsetjeneste.

## Praktisk

### 16.2 Avrusning fra alkohol i graviditet

For gravide som er avhengige av alkohol, bør CIWA-Ar benyttes til å styre abstinensbehandlingen. Ved behov for behandling med legemidler, bør diazepam benyttes, etter anbefalingene i kapittel om [CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning](#). Tiamin bør gis i tillegg. **C**

## Begrunnelse

### Sammendrag

En betydelig kunnskapsbase fra grunnforskning og kliniske studier viser at alkohol kan skade fosteret gjennom hele graviditeten (Riley 2011). Eksponering for alkohol i første trimester, selv før graviditeten er påvist, kan føre til hjerneskade, medfødte fosterskader og spesielle ansiktstrekk. Hjernen og andre organsystemer som utvikler seg gjennom hele graviditeten, kan bli skadet i alle graviditetens faser. Eksponisjon for alkohol i fosterlivet kan føre til en rekke uønskede tilstander, som samlet kalles Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) (Manning 2007, Mattson 2011).

Effekten på fosteret har sammenheng med den mengde alkohol fosteret utsettes for og når i graviditeten eksponeringen skjer. Eksempelvis vil tidlig eksponering kunne føre til ansiktstrekkene som er karakteristiske for FAS (Suttie 2013). Drikkemønsteret i graviditeten har også betydning; overstadig beruselse («binge drinking») medfører større sjanse for skade (Alvik 2011, Alvik 2013). Eventuelle skadevirkninger på fosteret påvirkes av faktorer som genetikk (morens og barnets), mors alder, ernæringsstatus, underliggende sykdommer og samtidig bruk av andre rusmidler.

Det er vanskelig å forutsi risikoen for skade i et gitt svangerskap, da de føtale effektene av alkoholeksponisjon i svangerskapet er avhengig av og interagerer med en rekke andre faktorer. Dette gjelder spesielt for lave og moderate mengder av alkoholbruk i svangerskapet, hvor kunnskapsbasen for mulige skadevirkninger på fosteret er begrenset, viser variable resultater og hvor en rekke andre påvirkningsfaktorer gjør det vanskelig å konkludere vitenskapelig. Ut fra nåværende kunnskapsstatus bør gravide kvinner rådes til ikke å drikke alkohol.

DeVido oppsummerer i sin artikkel fra 2015 kunnskapsgrunnlaget knyttet til mulige effekter av alkoholabstinenser i graviditeten og vurderinger rundt behandling av alkoholabstinenser med benzodiazepiner (DeVido 2015)). Artikkelen oppsummerer at uttalte alkoholabstinenser utsetter kvinne og foster for risiko og at bruk av benzodiazepiner i abstinensbehandlingen av gravide kvinner ikke er studert. Heberlein gjennomgår både farmakologiske og psykososiale intervensjoner i sin artikkel (Heberlein 2012). Artikkelen oppsummerer at benzodiazepiner er det beste alternativet ved behov for farmakologisk abstinensbehandling av alkoholavhengige gravide og at psykososiale intervensjoner er effektive for å få kvinnen til å avstå fra alkohol i graviditeten eller redusere sitt alkoholinntak. En Cochrane-oppsummering fra 2009 gjennomgår psykologiske intervensjoner og opplæringsintervensjoner for å få gravide og kvinner som planlegger å bli gravide, til å redusere sitt alkoholbruk (Stade 2009). Konklusjonen er at intervensjonene kan få flere kvinner til slutte å drikke eller redusere sitt alkoholkonsum, men ikke alle studiene viser dette.

## Begrunnelse

Kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt når det gjelder farmakologisk behandling av alkoholabstinenser under

svangerskapet. DeVido oppsummerer at akutte alkoholabstinenser utsetter kvinne og foster for risiko og at alkoholabstinenser i graviditet bør behandles som øyeblikkelig hjelp. Kvinnen bør overvåkes nøye, og abstinensene bør følges med CIWA-Ar. For gravide alkoholavhengige som får abstinenser under avrusning, anbefaler [WHO-retningslinjen](#) behandling med et langtidsvirkende benzodiazepin av typen diazepam, selv om det ikke foreligger forskning som dokumenterer sikkerheten av en slik behandling under graviditet. Det er ikke sannsynlig at kortvarig behandling med diazepam etter anbefalingene i kapittel om [CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning](#) vil utsette kvinne og/eller foster for en risiko som overgår risikoen ved uttalte alkoholabstinenser. Alkoholdelir bør behandles etter anbefalingene i kapittel om [delirium tremens – forebygging og behandling](#).

Psykososiale intervensjoner kan være effektive når det gjelder å få kvinnen til å slutte å drikke alkohol i graviditeten eller til å redusere sitt inntak av alkohol betraktelig.

### 16.3 Avrusning fra benzodiazepiner i graviditet

Gravide som er avhengig av benzodiazepiner, bør tilbys nedtrapping med benzodiazepiner. **C**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

En metaanalyse fra Canada i 1998 omhandler effekten på fosteret av eksponering for benzodiazepiner i graviditeten. Denne ble oppdatert i 2011 (Dolovich 1998, Enato 2011). Metaanalysen omfatter ni studier med over en million graviditeter. Bruk av benzodiazepiner i graviditeten er ikke knyttet til økning av misdannelser generelt. Kaskontrollstudier viser isolert en doblett risiko for leppe-ganespalte. Bruken av benzodiazepiner er assosiert med risiko for for tidlig fødsel og lav fødselsvekt (Wikner 2007). Et abstinensliknende syndrom som ofte kalles «floppy infant syndrome», kan sees ved bruk av benzodiazepiner nær termin. I veileder [IS-2014 for vanedannende legemidler](#) står det: Dersom det er indikasjon for bruk av benzodiazepiner, skal det gis i lavest mulig dose over så kort tid som mulig. Videre står det at benzodiazepiner med lang halveringstid bør unngås og at oksazepam er det foretrukne legemidlet.

#### Begrunnelse

Benzodiazepinavhengige gravide anbefales i [WHO-retningslinjen](#) gradvis nedtrapping med langtidsvirkende benzodiazepiner. I Norge benyttes oftere et mer kortidsvirkende benzodiazepin: oksazepam, jf. anbefalingen i [IS-2014](#).

#### Praktisk

### 16.4 Avrusning fra opioider i graviditeten

Opioidavhengige gravide som ikke er i LAR, bør stabiliseres på buprenorfin. Utredning og planlegging av videre behandling foretas i samarbeid med den gravide. **C**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

Konsekvenser for fosteret av kvinners bruk av heroin i graviditeten ble beskrevet på 70-tallet i USA og

omfattet for tidlige fødsler, indikasjoner på stress i fosterlivet, nedsatt vekst i fosterlivet, økt fosterdød, neonatal abstinenssyndrom (NAS) etter fødselen og økt neonatal dødelighet (Zelson 1971, Naeye 1973, Finnegan 1977). Når kvinner som brukte heroin, ble sammenliknet med kvinner i metadonbehandling, fant man redusert bruk av rusmidler og bedre svangerskapsoppfølging for kvinnene i metadonbehandling. De metadoneksponerte nyfødte ble født nærmere termin, hadde bedre vekst i fosterlivet og hadde redusert dødelighet i fosterlivet (Connaughton 1977, Kandall 1976). NAS hos nyfødte etter eksponering for metadon varte imidlertid lenger enn etter eksponering for heroin.

Tidlige studier fra USA av gravide pasienter som ble avrust fra opioider med metadon over 5 til 14 dager med påfølgende oppfølging, viste at kvinnene raskt begynte å bruke opioider igjen etter avrusningen (Blinick 1969, Wallach 1975). Kasuistikker rapporterte om tilfeller med dødfødsler og markert føtalt stress etter avrusning fra opioider (Rementeria 1973, Zuspan 1975).

Avrusning fra opioider medfører betydelige [abstinenser for kvinnen](#). Sannsynligvis gjennomgår [fosteret tilsvarende abstinenser](#). Et intrauterint abstinenssyndrom (IAS) er beskrevet, men er omdiskutert (McCarthy 2012, Jones 2012).

## Begrunnelse

For gravide opioidavhengige som ikke er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), anbefales primært behandling og stabilisering av abstinensene med buprenorfin (uten nalokson), før avgjørelse om videre behandling tas i samarbeid med den gravide ([IS-1876](#)). Alternativene er enten langsom nedtrapping av buprenorfin etter anbefalingene i retningslinjen eller inklusjon i LAR. [WHO's retningslinje](#) samt retningslinjer fra andre land anbefaler primært LAR for opioidavhengige kvinner som ikke er i LAR når de blir gravide. Sekundært anbefales nedtrapping med metadon under innleggelse.

Den [nasjonale faglige retningslinjen for gravide i LAR og oppfølging av familien frem til barnet når skolealder](#), omhandler de fleste forhold knyttet til gravide i LAR og oppfølging av barnet og familien før og etter fødsel. Gravide kvinner i LAR i Norge anbefales primært å bli værende i LAR med buprenorfin eller metadon i graviditeten, sekundært kan de nedtrappes langsomt mellom 14. og 32. svangerskapsuke, gitt at en del forutsetninger er til stede ([IS-1876](#)). Kunnskapsgrunnlaget er i løpet av 2014/15 blitt revurdert av Helsedirektoratet, og det er ikke funnet grunnlag for å revurdere disse anbefalingene. En norsk studie viser at få kvinner klarer en betydelig nedtrapping av LAR-legemiddelet i graviditeten og at effekten for den nyfødte kun er signifikant når det gjelder fødselsvekt for barn født av kvinner som bruker metadon, og som har trappet seg betydelig ned i svangerskapet (Welle-Strand 2015). For gravide som er i LAR, anbefaler [WHO's retningslinjer](#) at kvinnen forblir i LAR med metadon eller buprenorfin under svangerskapet.

## 16.5 Avrusning fra cannabis i graviditet

Gravide som bruker cannabis, bør få behandling, oppfølging og psykososial støtte til å avslutte bruken.  
C

### Begrunnelse

### Sammendrag

Den viktigste virksomme substansen i cannabis er tetrahydrocannabinol (THC), som sammen med sine metabolitter passerer fritt over i morkaken. Cannabis inntas ofte sammen med tobakk (når det røykes) og/eller andre rusmidler. Effekten av cannabis alene på svangerskap og fødsel kan derfor være vanskelig å vurdere. THC-innholdet i hasj har økt betraktelig i løpet av senere år (Psychoyos 2013).

Det har i løpet av de siste årene kommet flere oppsummeringsartikler som gjennomgår kunnskapsgrunnlaget for mulige effekter på fosteret/barnet etter eksponering for cannabis i svangerskapet



(Hill 2013, Huizink 2014, Metz 2015). Eksponering for cannabis i svangerskapet har ikke vist økt risiko for misdannelser hos barn og har vist varierende effekt på vekst og utvikling i fosterlivet. Eksponering for cannabis i fosterlivet synes å være assosiert med milde effekter på kognisjon og atferd i barne- og ungdomsalder.

En amerikansk faggruppe av spesialister i gynekologi og fødselshjelp har nylig kommet med anbefalinger knyttet til bruk av cannabis i svangerskap og når kvinnen ammer (Committee opinion 2015).

### Begrunnelse

Cannabisbruk i svangerskapet kan ha effekt på kognisjon og atferd hos barnet senere. I tillegg brukes cannabis ofte sammen med tobakk og/eller andre rusmidler. Det kan heller ikke utelukkes at cannabis med høyere THC-innhold eller syntetiske cannabinoider vil kunne ha større effekt både på svangerskap, fødsel og barnets utvikling etter fødsel.

Gravide bør systematisk spørres om bruk av cannabis og få den oppfølgingen de trenger til å avslutte bruk av cannabis.

Vi har ikke funnet spesifikk litteratur eller anbefalinger knyttet til avrusning fra cannabis under graviditet.

## 16.6 Avrusning fra sentralstimulerende midler i graviditet

Gravide som bruker sentralstimulerende midler, bør få psykososial støtte til å avslutte bruken og følges tett opp, og det bør sikres tilstrekkelig med søvn, mat og drikke. **C**

### Begrunnelse

#### Sammendrag

Amfetamin, metamfetamin og kokain påvirker karsystemet generelt hos kvinne og foster, og påvirker også sirkulasjonen i morkaken.

Oei publiserte en oppsummerende artikkel i 2012 som gir oversikt over kunnskapsstatus når det gjelder konsekvensen av bruk av amfetaminer på svangerskap, den nyfødte og på barnet (Oei 2012). Barnet har økt risiko for å bli født for tidlig og har ofte nedsatt vekst i fosterlivet. I en annen artikkel redegjør Oei for at bruk av amfetaminer i graviditet antagelig er underestimert. De gravide som bruker amfetaminer, har oftere psykisk komorbiditet, bruker ofte andre rusmidler, er mer utsatt for vold og har oftere kontakt med rettsvesenet enn andre gravide kvinner med rusproblemer (Oei 2010). De nyfødte har av og til et abstinensliknende bilde etter fødsel, men dette kan oversees. Spesielt hvis kvinnen bruker amfetaminer opp mot termin, kan det sees økt stress, søvnighet og dårlig dieevne hos det nyfødte barnet. Wright fra Hawaii har studert kvinner som brukte metamfetamin i svangerskapet, og deres nyfødte (Wright 2015). Det å avslutte bruken av metamfetamin under svangerskapet, bedrer resultatene for de nyfødte.

Det er beskrevet langtidseffekter på kognisjon og atferd hos barn etter kvinnens bruk av sentralstimulerende rusmidler i svangerskapet, men resultatene i slike studier er i stor grad påvirket av blant annet den gravides bruk av andre rusmidler og psykososiale forhold.

### Begrunnelse

Bruk av sentralstimulerende rusmidler hos gravide er en tilstand som ofte oversees, da disse kvinnene i mindre grad enn andre gravide med rusmiddelproblemer er i kontakt med behandlingsapparatet. Det samme gjelder i forbindelse med fødsel og nyfødtperiode, både på grunn av kort liggetid på sykehus og fordi eventuelle abstinenssymptomer hos den nyfødte lett kan oversees.



Vi har ikke funnet litteratur som spesifikt omtaler behandling av abstinenssymptomer hos gravide som har brukt sentralstimulerende rusmidler. Det vises derfor til vurderingen og anbefalingen i [kapittel om avrusning fra stimulerende rusmidler](#): Et psykososialt støttende miljø under avrusningen vil være av stor betydning, symptomene som oppstår bør behandles og det bør sørges for at pasienten får tilstrekkelig med søvn, mat og drikke.

## 17 Oppfølging etter opioidoverdoser

### 17.1 Oppfølging etter opioidoverdoser

1. Ambulansepersonell bør administrere opioidantagonist, slik at abstinenser og brå oppvåkning unngås. **C**
2. Ambulansepersonell bør spørre om hensikten var selvmord, samt om vedkommende har selvmordstanker, selvmordsønsker og/eller selvmordsplaner. **B**
  - Det bør spørres spesielt om nylige relasjonsbrudd
  - Hvis personen bekrefter forsøk på selvmord, bør situasjonen håndteres i tråd med dette, og personen skal undersøkes på psykiatrisk akuttmottak eller psykiatrisk legevakt med tanke på videre behandling
  - Ambulansepersonell bør motivere personen 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 undersøke personens fysiske tilstand i form av avmagring og/eller infeksjonstegn. Ved slike funn bør personen innlegges. **C**
4. Ambulansetjenesten bør transportere personen til legevakt eller sykehus dersom vedkommende vurderes til ikke å ha samtykkekompetanse, har et åpenbart behov for hjelp eller ikke kan ta vare på seg selv. **B**
5. Ambulansepersonell bør ikke etterlate personen alene. Oppfølging etter en livstruende overdose bør som hovedregel vare i 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**
  - I slike situasjoner bør legen som behandler pasienten, vurdere å sende bekymringsmelding til fastlege og NAV/sosialtjeneste
  - 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 overføring til rusakuttmottak eller annen enhet for akutt rusbehandling. **C**
8. Helseforetaket bør sørge for et tilbud om tilrettelagt avrusning/stabilisering etter at pasienter har fått prehospital behandling for livstruende overdoser. Helseforetaket bør sammen med oppholdskommunen sørge for et direkte tilbud om midlertidig substitusjonsbehandling hos personer med opioidavhengighet etter livstruende overdoser. **C**

#### Begrunnelse

#### Sammendrag

Mange som injiserer heroin, har opplevd én eller flere overdoser (Darke 2007) og har høy risiko for nye overdoser i løpet av påfølgende uker og måneder (Fatovich 2010). Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har undersøkt forholdene rundt personer som døde av overdoser i Oslo i perioden 2006–2008 (Gjersing 2011). Det fremkom at heroinoverdoser oppsto i et samspill mellom mange faktorer. De som døde, hadde hatt komplekse helseproblemer samt sosiale og eksistensielle problemer, i tillegg til den akutte

krisen knyttet til den aktuelle overdosesituasjonen. Rapporten dokumenterer opptil 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 (Brugal 2002). Oksygenmangel/respirasjonssvikt gir svekket kognisjon og/eller hjerneskader (Brvar 1999, Andersen 1999). Svekket kognisjon ved oppvåkning etter overdose skaper problemer med å forstå rekkevidden av hendelsen og med å formulere og uttrykke behov for hjelp (Biong 2009, Biong 2007).

Personer med heroinoverdose har i tillegg somatiske lidelser (sår/absesser, virusinfeksjoner), psykiske lidelser og selvmordsatferd (Darke 2002, Ebright 2002, Landheim 2003, Gråwe 2006). I en norsk studie hadde 46 prosent av 2051 innlagte i rusbehandling erfart én eller flere livstruende overdoser, og 33 prosent hadde prøvd å ta sitt eget liv. Det fremkommer ikke hvor mange av overdosene som var selvmordsforsøk (Rossow 1999). Selvmordsproblematikken i overdosene er vanskelig å identifisere, men man kan konservativt anta at om lag 10 prosent av overdosedødsfallene kan være selvmord (Darke 2007).

De fleste (73 prosent) behandles «på stedet» i Oslo. Behandlingen er beskrevet som varende mellom åtte og 30 minutter (Biong 2009, [WHO Guidelines opioids 2009](#)). En studie fra Danmark viser at åtte prosent av personer med livstruende overdose døde innen 48 timer, hovedsakelig av hjertesvikt (Wichmann 2013). Behandling «på stedet» utgjorde i liten grad risiko for disse dødsfallene, mens alder over 50 år og overdose i helgen 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 har vist forhøyet risiko for fatale overdoser etter fravær av innleggelse (Ravndal 2010). Det er iverksatt tiltak i aktuelle institusjoner for å forebygge dette gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «[I trygge hender 24/7](#)». Helsedirektoratet har utgitt og igangsatt [IS-0418 Nasjonal overdosestrategi 2014–2017](#).

## Begrunnelse

Fysisk sykdom, psykiske lidelser samt sosiale og eksistensielle problemer utgjør vesentlige og vanskelige forhold ved heroinoverdoser og gjør behandlingsbehovene omfattende, sammensatte og kompliserte. En bred faglig innsats på individ- og gruppenivå samt strukturelt nivå antas å være nødvendig for å gi rett og forsvarlig behandling og forebygge fremtidige 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. Andelen dødsfall hvor metadon er involvert, har økt de siste årene (Amundsen 2015). 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 med tanke på å motta nødvendig helsehjelp eller ikke, se [pasientrettighetslovens kap. 4](#).

Den aktuelle behandlingsformen for livstruende overdoser i Norge i dag er hovedsakelig gjenopplivning på stedet med opioidantagonist, uten videre medisinsk eller psykososial oppfølging. På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget som er presentert her, anses ikke dette 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 skje i kommunalt akuttiltak eller i spesialisthelsetjenesten.

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

Helseforetaket bør sørge for et tilbud om tilrettelagt avrusning/stabilisering i etterkant av prehospitaal behandling av livstruende overdoser.

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

Pasienten bør informeres nøye om tap av toleranse etter avrusning fra opioider. Overdoseforebyggende tiltak ved utskrivning etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i «Pasientsikkerhetsprogrammet» og «Nasjonal overdosestrategi» (se kapittel om [tilstander hvor man bør være tilbakeholden med avrusning fra opioider](#)).

## 18 Forkortelser og sentrale begreper

### Forkortelser

<b>AA</b>	Anonyme Alkoholikere
<b>AAS</b>	Anabole androgene steroider
<b>AUDIT</b>	Alcohol Use Disorder Identification Test – et standardisert spørreskjema for å kunne avdekke alkoholproblemer
<b>BZD</b>	Benzodiazepiner – beroligende og søvngivende, vanedannende legemidler
<b>CIWA</b>	Clinical Institute Withdrawal Assessment. Kartleggingsskjema for vurdering av grad av abstinenssymptomer ved alkoholavrusning
<b>DPS</b>	Distriktpsikiatrisk senter
<b>DUDIT</b>	Drug Use Disorder Identification Test – et standardisert spørreskjema for å kunne avdekke rusmiddelproblemer
<b>FAS/FASD</b>	Føtalt alkoholsyndrom / Fetal Alcohol Spectrum Disorder – det karakteristiske syndromet med svikt i flere organsystemer som barn kan få når de har vært eksponert for alkohol i svangerskapet
<b>FAE</b>	Føtale alkoholeffekter – tilsvarer FASD, men mangler det typiske utseendet. Variabel grad av utviklingsproblemer.

<b>GA</b>	Gestational age, svangerskapets lengde, måles i svangerskapsuger
<b>GABA</b>	Gamma-aminobutyric acid (gamma-amino-smørsyre)
<b>GHB</b>	Gamma-hydroksybutyrat
<b>HF</b>	Helseforetak
<b>HIV</b>	Humant immunsviktvirus – viruset som forårsaker AIDS
<b>HOD</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>IP</b>	Individuell plan
<b>IUD</b>	Intrauterin device – prevensjonsmiddelet spiral
<b>KOR</b>	Klient- og resultatstyrt praksis
<b>LAR</b>	Legemiddelassistert rehabilitering
<b>LIS</b>	Lege i spesialisering
<b>NAS</b>	Neonatal abstinenssyndrom – abstinenssyndromet med symptomer i mange organsystemer som mange nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for opiater eller andre rusmidler/legemidler i svangerskapet
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>PTSD</b>	Post-traumatic stress disorder / posttraumatisk stresslidelse
<b>RCT</b>	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.
<b>RHF</b>	Regionalt helseforetak
<b>Seraf</b>	Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo
<b>SIDS</b>	Sudden Infant Death Syndrome – plutselig spedbarnsdød
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>SIRUS</b>	Statens senter for rusmiddelforskning
<b>SSRI</b>	Selektive serotoninreopptakshemmere (inhibitors) – en gruppe antidepressive medikamenter
<b>THC</b>	Tetrahydrocannabinol
<b>TSB</b>	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer
<b>TWEAK</b>	Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down – Et spørreskjema som kartlegger bruk av alkohol under graviditet.

<b>WHO</b>	World Health Organization – Verdens helseorganisasjon
------------	---

## Sentrale begrep

<b>Agonist</b>	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
<b>Antagonist</b>	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 nalokson. Buprenorfin er en partiell (delvis) antagonist/agonist som delvis blokkerer for virkningen av andre opioider.
<b>Elektiv</b>	planlagt
<b>Epikrise</b>	Rapport til henvisende lege / annet helsepersonell etter et sykehusopphold eller etter undersøkelse/behandling ved en poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist.
<b>Interaksjon</b>	Hvordan virkningen av et legemiddel påvirkes av et annet.
<b>Intravenøst inntak</b>	Inntak med sprøyte direkte i blodbanen.
<b>Kommunal rustjeneste</b>	Brukes som begrep uavhengig om den er organisert under NAV eller som et eget kommunalt rusteam.
<b>Komorbiditet</b>	Samtidig forekomst av flere sykdommer.
<b>Legemiddelkonsentrasjon</b>	Konsentrasjonen av et legemiddel i blodet. Den samme dosen gitt til forskjellige personer kan gi forskjellige legemiddelkonsentrasjoner.
<b>Opioid</b>	Fellesbetegnelse på stoffer som kan binde seg til bestemte virkesteder i kroppen, opioidreseptorer, særlig i hjernen.
<b>Plasmakonsentrasjon</b>	Mål på konsentrasjon av et legemiddel i blodplasma.
<b>Retensjon</b>	Med retensjon i behandling menes hvor stor andel/prosent av en pasientgruppe som blir værende i behandling etter en viss periode, vanligvis ett år.
<b>Reseptor</b>	Proteiner i hjernen som molekylene fra bestemte stoffer binder seg til og virker gjennom. Det finnes en rekke forskjellige reseptorer for rusmidler.
<b>Resoriblett</b>	Tabletter som legges under tungen og suges opp gjennom slimhinnen i munnhulen.
<b>Serum</b>	Blodvæske, flytende bestanddel av blod etter at både blodceller og koaguleringsstoffer er fjernet, den klare, gulaktige væsken som utskilles når blodet lever seg.
<b>Substitusjonsbehandling</b>	Behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet der 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.

## 10 Metode og tilgrensning til andre retningslinjer og

## 15 Metode og utgrensing til andre retningslinjer og veiledere

### Hva er en nasjonal, faglig retningslinje?

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.

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 helsepersonell for en eller flere pasienter velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, skal avviket dokumenteres og begrunnes i journal ([IS-1870 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)).

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.

### Referansegruppe

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

### 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, Avdeling for Rus og avhengighet (ARB, tidligere Vestfoldklinikken), Oslo universitetssykehus, Stiftelsen Bergensklinikkene, Lade behandlingssenter og Trondheimsklinikken. I tillegg har gruppen fått orientering om Rusakuttmottakene i Oslo og Bergen, overdoseteamet i Trondheim, samt om legevakten i Oslo.

### 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, tre 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 retningslinjen](#).

### Kartlegging av avrusning i fengsel

Våren 2012 kartla Helsedirektoratet avrusningspraksis i norske fengsler. Det ble kartlagt informasjon om avrusningspraksis i til sammen 30 fengsler. Informasjonen ble sammenfattet av Helsedirektoratet høsten 2013, og informasjonen ble oppdatert per desember 2013. Oppsummeringen ligger som [vedlegg til retningslinjen](#).

### Avgiftningsnettverket i Helse Sør-Øst

Borgestadklinikken drifter et nettverk for TSB-enheter i Helse Sør-Øst med ansvar for avrusning. Nettverket møtes til todagers samlinger to ganger i året. 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 en ekstra referansegruppe.

## Studietur til England

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

## 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 klinikerens erfaringsbaserte kunnskap.

## Aktuelle retningslinjer

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

## Annen litteratur

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

## Gradering av anbefalinger

Følgende graderingsmodell hentet fra SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) er lagt til grunn i denne faglige retningslinjen ([IS-1870 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)):

<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 én randomisert, kontrollert studie som en del av en samling litteratur/publikasjoner av overveiende god kvalitet og i samsvar med den spesifikke anbefalingen.</b>
<b>B</b>	<b>Basert på minst én 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 erfaringene i gruppen som har utviklet retningslinjene, i tillegg til annen involvert ekspertise, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.</b>

## Ekstern høring

Den eksterne høringen fant sted fra november 2014 til februar 2015, og høringsdokumentene ble sendt til et bredt utvalg høringsinstanser. Det kom i alt 36 høringsvar.

## Avsluttende arbeid

Etter den eksterne høringen har aktuelle grupper av fagfolk vært konsultert for å gjennomgå utvalgte deler av retningslinjen. Dette har omfattet anbefalinger om legemiddelbruk, samt kapitlene om androgene, anabole



steroider og avrusning av gravide.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, ROP, var behjelpelig med GLIA-vurderinger av samtlige anbefalinger i november 2015.

### 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.

### 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 kapitlet, er også en viktig del av implementeringen.

Det skal lages en helhetlig plan som innbefatter flere tilgrensende retningslinjer. Et implementeringsarbeid vil bli iverksatt i forbindelse med retningslinjens ferdigstillelse for å sikre at retningslinjen og dens anbefalinger er godt kjent for aktuelle fagmiljøer og brukere.

Plan for revisjon av retningslinjen vil bli utarbeidet i henhold til direktoratets føring for revisjoner.

### Videoforedrag

Prosjektleder [Gabrielle Welle-Strand presenterer retningslinjen på ROP-TV](#), og snakker bl.a. om metodikk, prinsipper for avrusning, eksempler på anbefalinger og hvordan retningslinjen er bygget opp.

## 20 Referanser

Allen, J. P., D. F. Reinert and R. J. Volk (2001). "The alcohol use disorders identification test: an aid to recognition of alcohol problems in primary care patients." Prev.Med. **33**(5): 428-433.

Allsop, D. J., N. Lintzeris, J. Copeland, A. Dunlop and I. S. McGregor (2015). "Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabiximols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal." Clin Pharmacol Ther **97**(6): 571-574.

Allsop, D. J., M. M. Norberg, J. Copeland, S. Fu and A. J. Budney (2011). "The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress." Drug Alcohol Depend **119**(1-2): 123-129.

Alvik, A., O. O. Aalen and R. Lindemann (2013). "Early Fetal Binge Alcohol Exposure Predicts High Behavioral Symptom Scores in 5.5-Year-Old Children." Alcohol Clin.Exp.Res.

Alvik, A., S. Heyerdahl, T. Haldorsen and R. Lindemann (2006). "Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study." Acta Obstet.Gynecol.Scand. **85**(11): 1292-1298.

Alvik, A., A. M. Torgersen, O. O. Aalen and R. Lindemann (2011). "Binge alcohol exposure once a week in early pregnancy predicts temperament and sleeping problems in the infant." Early Hum.Dev. **87**(12): 827-833.

Alwyn, T., B. John, R. J. Hodgson and C. J. Phillips (2004). "The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme." Alcohol Alcohol **39**(6): 536-541.

- Amato, L., M. Davoli, S. Minozzi, R. Ali and M. Ferri (2005). "Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal." Cochrane.Database.Syst.Rev.(3): CD003409.
- Amato, L., S. Minozzi, M. Davoli and S. Vecchi (2011). "Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification." Cochrane.Database.Syst.Rev. **9**: CD005031.
- Amato, L., S. Minozzi, S. Vecchi and M. Davoli (2010). "Benzodiazepines for alcohol withdrawal." Cochrane.Database.Syst.Rev.(3): CD005063.
- Amundsen, E. J. (2015). "Narkotikautløste dødsfall."
- Amundsen, E. J., I. Lund, A. L. Bretteville-Jensen, A. Skretting, J. Rise and S. Nordlund (2010). Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang. SIRUS-rapporter.
- Andersen, S. N. and K. Skullerud (1999). "Hypoxic/ischaemic brain damage, especially pallidal lesions, in heroin addicts." Forensic.Sci.Int. **102**(1): 51-59.
- Antonovsky, A. (1996). "The salutogenic model as a theory to guide health promotion." Health Promotion International **11**(1): 11-18.
- Araujo, L., P. Goldberg, J. Eyma, S. Madhusoodanan, D. D. Buff, K. Shamim and R. Brenner (1996). "The effect of anxiety and depression on completion/withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program." J.Subst.Abuse Treat. **13**(1): 61-66.
- Ashton, H. (2005). "The diagnosis and management of benzodiazepine dependence." Curr.Opin.Psychiatry **18**(3): 249-255.
- Backmund, M., K. Meyer, D. Eichenlaub and C. G. Schutz (2001). "Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients." Drug Alcohol Depend. **64**(2): 173-180.
- Bahr, R. (2009). Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling, Helsedirektoratet.
- Beattie, M. C. (2001). "Meta-Analysis of social relationships and posttreatment drinking outcomes: comparison of relationship structure, function and quality." J.Stud.Alcohol **62**(4): 518-527.
- Behnke, M. and V. C. Smith (2013). "Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus." Pediatrics **131**(3): e1009-1024.
- Bell, J. and R. Collins (2011). "Gamma-butyrolactone (GBL) dependence and withdrawal." Addiction **106**(2): 442-447.
- Berman, A. H., H. Bergman, T. Palmstierna and F. Schlyter (2005). "Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample." Eur.Addict.Res. **11**(1): 22-31.
- Berman, A. H., H. Bergman, T. Palmstierna and F. Schlyter (2007). DUDIT. The Drug Use Disorder Identification Test. Manual.
- Berman, A. H., T. Palmstierna, H. Kallmen and H. Bergman (2007). "The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index." J.Subst.Abuse Treat. **32**(4): 357-369.
- Bhanushali, G. K., G. Jain, H. Fatima, L. J. Leisch and D. Thornley-Brown (2013). "AKI associated with synthetic cannabinoids: a case series." Clin J Am Soc Nephrol **8**(4): 523-526.
- Binswanger, I. A., P. J. Blatchford, S. R. Mueller and M. F. Stern (2013). "Mortality after prison release: opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009." Ann Intern Med **159**(9):

592-600.

Biong, S., B. Karlsson and T. Svensson (2008). "Metaphors of a shifting sense of self in men recovering from substance abuse and suicidal behaviour." Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services **46**(4): 35-41.

Biong, S. and E. Ravndal (2007). "Young mens' experiences of living with abuse and suicidal behavior." Int.J.Qualitative Studies on Health and Well-being **2**(4): 246-259.

Biong, S. and T. Svensson (2009). "Bridging the gaps: Experiencing and preventing life-threatening heroin overdoses in men in Oslo." Int.J.Qualitative Studies on Health and Well-being **4**(2): 94-105.

Blinick, G., R. C. Wallach and E. Jerez (1969). "Pregnancy in narcotics addicts treated by medical withdrawal. The methadone detoxification program." Am J Obstet Gynecol **105**(7): 997-1003.

Blondell, R. D., L. M. Frydrych, U. Jaanimagi, L. Ashrafioun, G. G. Homish, E. M. Foschio and H. L.

Bashaw (2011). "A randomized trial of two behavioral interventions to improve outcomes following inpatient detoxification for alcohol dependence." J Addict Dis **30**(2): 136-148.

Bogstrand, S. T., P. T. Normann, I. Rossow, M. Larsen, J. Morland and O. Ekeberg (2011). "Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department." Drug Alcohol Depend.

Bretteville-Jensen, A. L. and E. J. Amundsen (2006). Omfanget av sprøytemisbruk i Norge. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning. **SIRUS-rapport 5/2006**.

Brugal, M. T., G. Barrio, L. F. De, E. Regidor, L. Royuela and J. M. Suelves (2002). "Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration." Addiction **97**(3): 319-327.

Brvar, M. (2005). "S100B protein in heroin overdose: A pilot study." Critical Care **9**(1): 290.

Budney, A. J. and J. R. Hughes (2006). "The cannabis withdrawal syndrome." Curr Opin Psychiatry **19**(3): 233-238.

Budney, A. J., B. A. Moore, R. G. Vandrey and J. R. Hughes (2003). "The time course and significance of cannabis withdrawal." J Abnorm Psychol **112**(3): 393-402.

Burns, E., R. Gray and L. A. Smith (2010). "Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review." Addiction **105**(4): 601-614.

Buser, G. L., R. R. Gerona, B. Z. Horowitz, K. P. Vian, M. L. Troxell, R. G. Hendrickson, D. C. Houghton, D. Rozansky, S. W. Su and R. F. Leman (2014). "Acute kidney injury associated with smoking synthetic cannabinoid." Clin Toxicol (Phila) **52**(7): 664-673.

Cantwell, B. and A. J. McBride (1998). "Self detoxication by amphetamine dependent patients: a pilot study." Drug Alcohol Depend **49**(2): 157-163.

Clayton, A. H. (2005). "Blog Archives Complementary and Alternative Medicine." Primary psychiatry **12**(8): 37-44.

Condelli, W. S., M. A. Koch and B. Fletcher (2000). "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 **18**(4): 395-407.

Connaughton, J. F., D. Reeser, J. Schut and L. P. Finnegan (1977). "Perinatal addiction: outcome and management." Am J Obstet Gynecol **129**(6): 679-686.

Cramer, V. (2014). Prosjektrapport 2014-1: Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler, Oslo univrsitetssykehus, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst.

- Cui, C.-L., L.-Z. Wu and F. Luo (2008). "Acupuncture for the treatment of drug addiction." Neurochemical research **33**(10): 2013-2022.
- Dahlgren, L. and A. Willander (1989). "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 Clin.Exp.Res. **13**(4): 499-504.
- Dahlgren, L. and A. Willander (1989). "[A study of abusers at the EWA unit: women not treated for their alcohol problems have an increased mortality rate]." Lakartidningen **86**(20): 1898-1900.
- Dalsbø, T. S., A; Høie, B (2009). Er kjønnssegregert behandling det beste for rusavhengige kvinner? Systematisk litteratursøk med sortert referanseliste, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Darke, S. and J. Ross (2002). "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods." Addiction **97**(11): 1383-1394.
- Darke, S., A. Williamson, J. Ross, K. L. Mills, A. Havard and M. Teesson (2007). "Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: findings from the Australian treatment outcome study." J.Urban.Health **84**(2): 283-291.
- Day, E., J. Ison and J. Strang (2010). "Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence." Cochrane.Database.Syst.Rev.(2): CD004580.
- Day, E. and J. Strang (2011). "Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial." J.Subst.Abuse Treat. **40**(1): 56-66.
- Denis, C., M. Fatseas, E. Lavie and M. Auriacombe (2006). "Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings." Cochrane.Database.Syst.Rev.(3): CD005194.
- DeVido, J., O. Bogunovic and R. D. Weiss (2015). "Alcohol use disorders in pregnancy." Harv Rev Psychiatry **23**(2): 112-121.
- Diehl, A., L. Ulmer, J. Mutschler and H. Herre (2010). "Why is disulfiram superior to acoprostat in the routine clinical setting? A retrospective long-term study in 353 alcohol-dependent patients." Alcohol and alcoholism **45**(3): 271-277.
- Dolovich, L. R., A. Addis, J. M. Vaillancourt, J. D. Power, G. Koren and T. R. Einarson (1998). "Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies." Bmj **317**(7162): 839-843.
- Doran, C. M., M. Shanahan, J. Bell and A. Gibson (2004). "A cost-effectiveness analysis of buprenorphine-assisted heroin withdrawal." Drug Alcohol Rev. **23**(2): 171-175.
- Duncan, E., C. Best and S. Hagen (2010). "Shared decision making interventions for people with mental health conditions." Cochrane Database Syst Rev **1**.
- Dunn, K. E., S. C. Sigmon, E. C. Strain, S. H. Heil and S. T. Higgins (2011). "The association between outpatient buprenorphine detoxification duration and clinical treatment outcomes: a review." Drug Alcohol Depend. **119**(1-2): 1-9.
- Ebright, J. R. and B. Pieper (2002). "Skin and soft tissue infections in injection drug users." Infect.Dis.Clin.North Am. **16**(3): 697-712.
- Enato, E., M. Moretti and G. Koren (2011). "The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis." J Obstet Gynaecol Can **33**(1): 46-48.
- Every-Palmer, S. (2011). "Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study." Drug Alcohol

Depend **117**(2-3): 152-157.

Ewing, J. A. (1984). "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire." JAMA **252**(14): 1905-1907.

Eyer, F., M. Schreckenber, D. Hecht and K. Adorjan (2011). "Treatment. Carbamazepin and valproat as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A retrospective cohort study." Alcohol and alcoholism **46**(2): 177-184.

Eyer, F., T. Schuster, N. Felgenhauer, R. Pfab, T. Strubel, B. Saugel and T. Zilker (2011). "Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal—predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal." Alcohol Alcohol **46**(4): 427-433.

Fatovich, D. M., A. Bartu, G. Davis, J. Atrio and F. F. Daly (2010). "Morbidity associated with heroin overdose presentations to an emergency department: a 10-year record linkage study." Emerg.Med.Australas. **22**(3): 240-245.

Fatseas, M., E. Lavie, C. Denis, P. Franques-Reneric, J. Tignol and M. Auriacombe (2006). "[Benzodiazepine withdrawal in subjects on opiate substitution treatment]." Presse Med. **35**(4 Pt 1): 599-606.

Fiellin, D. A., M. C. Reid and P. G. O'Connor (2000). "Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review." Arch.Intern.Med. **160**(13): 1977-1989.

Finnegan, L. P., D. S. Reeser and J. F. Connaughton, Jr. (1977). "The effects of maternal drug dependence on neonatal mortality." Drug Alcohol Depend **2**(2): 131-140.

Franken, I. H. and V. M. Hendriks (1999). "Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers." Psychiatr.Serv. **50**(6): 813-817.

Furuholmen, D. and A. S. Andresen (2007). Fellesskapet som metode, Cappelen akademisk.

Gibson, A. E., C. M. Doran, J. R. Bell, A. Ryan and N. Lintzeris (2003). "A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial." Med.J.Aust. **179**(1): 38-42.

Gjersing, L., S. Biong, E. Ravndal, H. Waal, J. Bramness and T. Clausen (2011). Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008.

Gjestad, R., J. Franck, S. Lindberg and B. Haver (2011). "Early Treatment for Women with Alcohol Addiction (EWA) reduces mortality: a randomized controlled trial with long-term register follow-up." Alcohol Alcohol **46**(2): 170-176.

Glyngdal, P. and K. Hansen (1997). "Benzodiazepinmisbru hos heroinmisbrugere i København." Videnskap og praksis: 6523-6527.

Gossop, M. (1990). "The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)." Addict.Behav. **15**(5): 487-490.

Gossop, M., M. Battersby and J. Strang (1991). "Self-detoxification by opiate addicts. A preliminary investigation." Br.J.Psychiatry **159**: 208-212.

Gossop, M., L. Green, G. Phillips and B. Bradley (1989). "Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective follow-up study." Br.J.Psychiatry **154**: 348-353.

Gossop, M., A. Johns and L. Green (1986). "Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment." Br.Med.J.(Clin.Res.Ed) **293**(6539): 103-104.

Gowing, L., R. Ali and J. M. White (2009). "Buprenorphine for the management of opioid withdrawal." Cochrane.Database.Syst.Rev.(3): CD002025.

- Gowing, L., R. Ali and J. M. White (2010). "Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal." Cochrane.Database.Syst.Rev.(1): CD002022.
- Gråwe, R. and T. Ruud (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne.
- Gunderson, J. (1978). "Defining the therapeutic process in psychiatric milieus." Psychiatry **41**: 327-335.
- Hasin, D. S., K. M. Keyes, D. Alderson, S. Wang, E. Aharonovich and B. F. Grant (2008). "Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC." J Clin Psychiatry **69**(9): 1354-1363.
- Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. Karlsson and J. A. Løkke (2009). Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Heberlein, A., L. Leggio, D. Stichtenoth and T. Hillemecher (2012). "The treatment of alcohol and opioid dependence in pregnant women." Curr Opin Psychiatry **25**(6): 559-564.
- Helland, A. and S. Skjotskift (2008). "[Drug treatment of alcohol withdrawal]." Tidsskr.Nor Laegeforen. **128**(10): 1182-1184.
- Hermanns-Clausen, M., S. Kneisel, B. Szabo and V. Auwarter (2013). "Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings." Addiction **108**(3): 534-544.
- Herrestad, H. and S. Biong (2010). "Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-har,." Int.J of Qualitative Studies on Health and Well-being **5**: 1-9.
- Hill, M. and K. Reed (2013). "Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: a review article." Obstet Gynecol Surv **68**(10): 710-718.
- Hobbesland, Å. (2006). Undersøkelse av avgiftningsbehandling ved seks avgiftningsavdelinger i Helseregion Sør.
- Hodt-Billington, C. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Helsedirektoratet. Oslo, Helsedirektoratet. **IS-1870**.
- Hoffman, R. S. and G. L. Weinhouse (2013). Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. UpToDate.
- Holbrook, A. M., R. Crowther, A. Lotter, C. Cheng and D. King (1999). "Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal." CMAJ. **160**(5): 675-680.
- Holbrook, A. M., R. Crowther, A. Lotter, C. Cheng and D. King (1999). "Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal." CMAJ. **160**(5): 649-655.
- Horspool, M. J., N. Seivewright, C. J. Armitage and N. Mathers (2008). "Post-treatment outcomes of buprenorphine detoxification in community settings: a systematic review." Eur.Addict.Res. **14**(4): 179-185.
- Huizink, A. C. (2014). "Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies." Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry **52**: 45-52.
- Jones, H. E., K. Kaltenbach, S. H. Heil, S. M. Stine, M. G. Coyle, A. M. Arria, K. E. O'Grady, P. Selby, P. R. Martin, L. Jansson and G. Fischer (2012). "Intrauterine abstinence syndrome (IAS) during buprenorphine inductions and methadone tapers: can we assure the safety of the fetus?" J.Matern.Fetal Neonatal Med. **25**(7): 1197-1201.
- Jordan, J. B. (2006). "Acupuncture treatment for opiate addiction: a systematic review." Journal of Substance Abuse Treatment **30**(4): 309-314.
- Kandall, S. R., S. Albin, J. Lowinson, B. Berle, A. I. Eidelman and L. M. Gartner (1976). "Differential effects of maternal heroin and methadone use on birthweight." Pediatrics **58**(5): 681-685.

- Kaskutas, L. A., L. Zhang, M. T. French and J. Witbrodt (2005). "Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study." Addiction **100**(1): 60-69.
- Kirkengen, A. L. (2000). "Innskrevet i kroppen." Tidsskr.Nor Laegeforen. **13**: 120-124.
- Kluwer, W. (2009). Principles of Addiction Medicine, Lippincott, Williams & Willems.
- Kristensen, O., T. Lolandsmo, A. Isaksen, J. K. Vederhus and T. Clausen (2006). "Treatment of polydrug-using opiate dependents during withdrawal: towards a standardisation of treatment." BMC.Psychiatry **6**: 54.
- Kunoe, N., P. Lobmaier, H. Ngo and G. K. Hulse (2012). "Injectable and implantable sustained release naltrexone in the treatment of opioid addiction." Br.J.Clin.Pharmacol.
- Kunoe, N., P. Lobmaier, J. K. Vederhus, B. Hjerkin, M. Gossop, S. Hegstad, O. Kristensen and H. Waal (2010). "Challenges to antagonist blockade during sustained-release naltrexone treatment." Addiction **105**(9): 1633-1639.
- Kunoe, N., P. Lobmaier, J. K. Vederhus, B. Hjerkin, S. Hegstad, M. Gossop, O. Kristensen and H. Waal (2009). "Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial." Br.J.Psychiatry **194**(6): 541-546.
- Kunoe, N., P. Lobmaier, J. K. Vederhus, B. Hjerkin, S. Hegstad, M. Gossop, O. Kristensen and H. Waal (2010). "Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence." Drug Alcohol Depend. **111**(1-2): 166-169.
- Lambie, D., R. Johnson, M. Vijayasenan and E. Whiteside (1980). "Sodium valproate in the treatment of the alcohol withdrawal syndrome." Australasian Psychiatry **14**(3): 213-215.
- Landheim, A. S., K. Bakken and P. Vaglum (2003). "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." Eur.Addict.Res. **9**(1): 8-17.
- Leach, D. and P. Oliver (2011). "Drug-related death following release from prison: a brief review of the literature with recommendations for practice." Curr Drug Abuse Rev **4**(4): 292-297.
- Lineberry, T. W. and J. M. Bostwick (2006). "Methamphetamine abuse: a perfect storm of complications." Mayo Clin Proc **81**(1): 77-84.
- Lingford-Hughes, A. R., S. Welch, L. Peters and D. J. Nutt (2012). "BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP." J.Psychopharmacol. **26**(7): 899-952.
- Lippestad, J.-W. and S. Steihaug (2015). Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus HF, SINTEF Teknologi og samfunn. Avdeling Helse.
- Liu, T.-t., J. Shi, D. H. Epstein, Y.-p. Bao and L. Lu (2009). "A meta-analysis of acupuncture combined with opioid receptor agonists for treatment of opiate-withdrawal symptoms." Cellular and molecular neurobiology **29**(4): 449-454.
- Lobmaier, P., M. Gossop, H. Waal and J. Bramness (2010). "The pharmacological treatment of opioid addiction--a clinical perspective." Eur.J.Clin.Pharmacol. **66**(6): 537-545.
- Lobmaier, P., H. Kornor, N. Kunoe and A. Bjorndal (2008). "Sustained-release naltrexone for opioid dependence." Cochrane.Database.Syst.Rev.(2): CD006140.
- Lobmaier, P. P., N. Kunoe, M. Gossop, T. Katevoll and H. Waal (2010). "Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release." Eur.Addict.Res. **16**(3): 139-145.
- Lobmaier, P. P., N. Kunoe, M. Gossop and H. Waal (2011). "Naltrexone depot formulations for opioid and alcohol



dependence: a systematic review." CNS.Neurosci.Ther. **17**(6): 629-636.

Macfarlane, V. and G. Christie (2015). "Synthetic cannabinoid withdrawal: a new demand on detoxification services." Drug Alcohol Rev **34**(2): 147-153.

Mancino, M. J., B. W. Gentry, Z. Feldman, J. Mendelson and A. Oliveto (2011). "Characterizing methamphetamine withdrawal in recently abstinent methamphetamine users: a pilot field study." Am J Drug Alcohol Abuse **37**(2): 131-136.

Manning, M. A. and H. Eugene Hoyme (2007). "Fetal alcohol spectrum disorders: a practical clinical approach to diagnosis." Neurosci Biobehav Rev **31**(2): 230-238.

Manning, V., D. Best, N. Faulkner, E. Titherington, A. Morinan, F. Keane, M. Gossop and J. Strang (2012). "Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial." Drug Alcohol Depend **126**(1-2): 131-137.

Marshall, K., L. Gowing, R. Ali and B. Le Foll (2014). "Pharmacotherapies for cannabis dependence." Cochrane Database Syst Rev **12**: Cd008940.

Mattick, R. P. and W. Hall (1996). "Are detoxification programmes effective?" Lancet **347**(8994): 97-100.

Mattson, S. N., N. Crocker and T. T. Nguyen (2011). "Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features." Neuropsychol Rev **21**(2): 81-101.

Mayo-Smith, M. F. (1997). "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 **278**(2): 144-151.

McCarthy, J. J. (2012). "Intrauterine abstinence syndrome (IAS) during buprenorphine inductions and methadone tapers: can we assure the safety of the fetus?" J Matern Fetal Neonatal Med **25**(2): 109-112.

McGregor, C., M. Srisurapanont, J. Jittiwutikarn, S. Laobhripatr, T. Wongtan and J. M. White (2005). "The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal." Addiction **100**(9): 1320-1329.

McKeon, A., M. A. Frye and N. Delanty (2008). "The alcohol withdrawal syndrome." J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry **79**(8): 854-862.

Mellingén, S. (2012). A woman left lonely. En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling. Rusmidler og rusmiddelbruk

K. Humerfelt and H. Sagvaag. Bergen, Høgskolen i Bergen og Stiftelsen Bergensklinikkene.

Meneses-Gaya, C., J. A. Crippa, A. W. Zuardi, S. R. Loureiro, J. E. Hallak, C. Trzesniak, J. P. Machado de Sousa, M. H. Chagas, R. M. Souza and R. Martin-Santos (2010). "The fast alcohol screening test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders." Subst.Use.Misuse. **45**(10): 1542-1557.

Meneses-Gaya, C., A. W. Zuardi, S. R. Loureiro, J. E. Hallak, C. Trzesniak, J. M. de Azevedo Marques, J. P. Machado-de-Sousa, M. H. Chagas, R. M. Souza and J. A. Crippa (2010). "Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions." Alcohol Clin.Exp.Res. **34**(8): 1417-1424.

Metz, T. D. and E. H. Stickrath (2015). "Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence." Am J Obstet Gynecol.

Miller, S. D. and B. L. Duncan (2004). "The outcome and session rating scales: Administration and scoring manual." Chicago: Institute for the Study of Therapeutic Change.

Minozzi, S., L. Amato, S. Vecchi and M. Davoli (2010). "Anticonvulsants for alcohol withdrawal."



[Cochrane.Database.Syst.Rev.\(3\): CD005064.](#)

Minozzi, S., L. Amato, S. Vecchi, M. Davoli, U. Kirchmayer and A. Verster (2011). "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence." [Cochrane.Database.Syst.Rev.\(2\): CD001333.](#)

Mir, A., A. Obafemi, A. Young and C. Kane (2011). "Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2." [Pediatrics 128\(6\): e1622-1627.](#)

Moe, A. (2008). "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 3\(13\): 24-25.](#)

Moe, T. M., E.W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. [Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtalerapi.](#) E. W. Borge. Bergen, Fagbokforlaget.

Moller, L. F., S. Matic, B. J. van den Bergh, K. Moloney, P. Hayton and A. Gatherer (2010). "Acute drug-related mortality of people recently released from prisons." [Public Health 124\(11\): 637-639.](#)

Moner, S. E. (1996). "Acupuncture and addiction treatment." [Journal of addictive diseases 15\(3\): 79-100.](#)

Moraes, E., G. M. Campos, N. B. Figlie, R. Laranjeira and M. B. Ferraz (2010). "Cost-effectiveness of home visits in the outpatient treatment of patients with alcohol dependence." [Eur.Addict.Res. 16\(2\): 69-77.](#)

Mørch-Johnsen, G. H., J. A. Andersen and G. Høiseth (2015). Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nacca, N., D. Vatti, R. Sullivan, P. Sud, M. Su and J. Marraffa (2013). "The synthetic cannabinoid withdrawal syndrome." [J Addict Med 7\(4\): 296-298.](#)

Naeye, R. L., W. Blanc, W. Leblanc and M. A. Khatamee (1973). "Fetal complications of maternal heroin addiction: abnormal growth, infections, and episodes of stress." [J Pediatr 83\(6\): 1055-1061.](#)

Nebb, A.-H. L., R-M; Wangsberg, S (2010). Klient- og resultatstyrt praksis. Erfaringer fra ruspoliklinikken UNN, Kompetansesenter rus Nord-Norge.

Newton, T. F., A. D. Kalechstein, S. Duran, N. Vansluis and W. Ling (2004). "Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings." [Am J Addict 13\(3\): 248-255.](#)

NICE (2008). Drug misuse: Opioid detoxification.

NICE (2010). Delirium: diagnosis, prevention and management.

NICE (2011). Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence.

Nilsen, E. M., L. Bachs, T. Bjørner, G. Høiseth, J. Johnsen, A. L. Ørbeck, H. Waal, S. S. Ormstad, H. Kornør, E. J. Paulsen and B. Hoffmann (2007). Benzodiazepiner i behandlingen av personer med rusmiddelproblemer. [Medisinsk metodevurdering.](#)

Noble, A., D. Best, L. H. Man, M. Gossop and J. Stang (2002). "Self-detoxification attempts among methadone maintenance patients: what methods and what success?" [Addict.Behav. 27\(4\): 575-584.](#)

Nordlie, E., T. Voyvik and O. G. Aasland (2002). "[Treatment offered to drug addicts]." [Tidsskr.Nor Laegeforen. 122\(25\): 2455-2457.](#)

Ntais, C., E. Pakos, P. Kyzas and J. P. Ioannidis (2005). "Benzodiazepines for alcohol withdrawal." [Cochrane Database Syst Rev\(3\): Cd005063.](#)

Oei, J., M. E. Abdel-Latif, R. Clark, F. Craig and K. Lui (2010). "Short-term outcomes of mothers and infants

exposed to antenatal amphetamines." Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed **95**(1): F36-41.

Oei, J. L., A. Kingsbury, A. Dhawan, L. Burns, J. M. Feller, S. Clews, J. Falconer and M. E. Abdel-Latif (2012). "Amphetamines, the pregnant woman and her children: a review." J Perinatol **32**(10): 737-747.

Overå, M. (2013). Hekta på musikk, Norges musikkhøgskole.

PAFFMUA (2011). Miljøterapi, en modell for tenkning, holdning og handling, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Pallesen, S., C. S. Andreassen, S. M. Jensen, O. Jøsendal, S. Wadsworth and H. S. Pettersen (2014). "Anabole-androgene steroider - en oversikt." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **51**.

Parr, J. M., D. J. Kavanagh, L. Cahill, G. Mitchell and Y. R. McD (2009). "Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis." Addiction **104**(1): 13-24.

Pilling, S., J. Strang and C. Gerada (2007). "Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: summary of NICE guidance." BMJ **335**(7612): 203-205.

Psychoyos, D. and K. Y. Vinod (2013). "Marijuana, Spice 'herbal high', and early neural development: implications for rescheduling and legalization." Drug Test Anal **5**(1): 27-45.

Raistrick, D., D. West, O. Finnegan, G. Thistlethwaite, R. Brearley and J. Banbery (2005). "A comparison of buprenorphine and lofexidine for community opiate detoxification: results from a randomized controlled trial." Addiction **100**(12): 1860-1867.

Ravndal, E. and E. J. Amundsen (2010). "Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study." Drug Alcohol Depend **108**(1-2): 65-69.

Reinert, D. F. and J. P. Allen (2002). "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research." Alcohol Clin.Exp.Res. **26**(2): 272-279.

Rementeria, J. L. and N. N. Nunag (1973). "Narcotic withdrawal in pregnancy: stillbirth incidence with a case report." Am J Obstet Gynecol **116**(8): 1152-1156.

Reoux, J. P. and K. Miller (2000). "Routine hospital alcohol detoxification practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar)." Am.J.Addict. **9**(2): 135-144.

Riley, E. P., M. A. Infante and K. R. Warren (2011). "Fetal alcohol spectrum disorders: an overview." Neuropsychol Rev **21**(2): 73-80.

Ringerrick, T., H. Kornor, I. Harboe and M. Klemp (2009). Effekt av tiltak for å avslutte legemiddelavhengighet.

Rootman, D. B., R. Mustard, V. Kalia and N. Ahmed (2007). "Perceptions and realities of testing for alcohol and other drugs in trauma patients." Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care **63**(6): 1370-1373.

Rosner, S., A. Hackl-Herrwerth, S. Leucht, S. Vecchi, M. Srisurapanont and M. Soyka (2010). "Opioid antagonists for alcohol dependence." Cochrane.Database.Syst.Rev.(12): CD001867.

Ross, E. J., D. L. Graham, K. M. Money and G. D. Stanwood (2015). "Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn." Neuropsychopharmacology **40**(1): 61-87.

Rossov, I. and G. Lauritzen (1999). "Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts." Addiction **94**(2): 209-219.

Russell, M., S. S. Martier, R. J. Sokol, P. Mudar, S. Bottoms, S. Jacobson and J. Jacobson (1994). "Screening for pregnancy risk-drinking." Alcohol Clin.Exp.Res. **18**(5): 1156-1161.

Saeland, M., M. Haugen, F. L. Eriksen, A. Smehaugen, M. Wandel, T. Bohmer and A. Oshaug (2009). "Living as a

- drug addict in Oslo, Norway--a study focusing on nutrition and health." Public Health Nutr **12**(5): 630-636.
- Saeland, M., M. Haugen, F. L. Eriksen, M. Wandel, A. Smehaugen, T. Bohmer and A. Oshaug (2011). "High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway." Br J Nutr **105**(4): 618-624.
- Sagoe, D., J. McVeigh, A. Bjornebekk, M. S. Essilfie, C. S. Andreassen and S. Pallesen (2015). "Polypharmacy among anabolic-androgenic steroid users: a descriptive metanalysis." Subst Abuse Treat Prev Policy **10**: 12.
- Sannibale, C., L. Fucito, D. O'Connor and K. Curry (2005). "Process evaluation of an out-patient detoxification service." Drug Alcohol Rev. **24**(6): 475-481.
- Saunders, J. B., O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. de la Fuente and M. Grant (1993). "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II." Addiction **88**(6): 791-804.
- Schaefer, T. J. and J. W. Hafner (2013). "Are benzodiazepines effective for alcohol withdrawal?" Ann. Emerg. Med. **62**(1): 34-35.
- Schibbye, A. L. (1996). "Anerkjennelse; en terapeutisk intervensjon?" Tidsskrift for Norsk Psykologforening **33**: 530-537.
- Shoptaw, S. J., U. Kao, K. Heinzerling and W. Ling (2009). "Treatment for amphetamine withdrawal." Cochrane.Database.Syst.Rev.(2): CD003021.
- Silins, E., C. Sannibale, S. Larney, A. Wodak and R. Mattick (2008). "Residential detoxification: essential for marginalised, severely alcohol- and drug-dependent individuals." Drug Alcohol Rev. **27**(4): 414-419.
- Skjellanger, A.-G., E. T. Deilkås and R. Sørensen (2014). Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender 24-7. 2011-2013, Kunnskapssenteret.
- Skjervheim, H. and A. Aarnes (1996). Deltakar og tilskodar og andre essays, Aschehoug.
- Skjøtskift, S. (2015). Lommerus. En guide for helsepersonell til behandling av rusmedisinske problemstillinger, Avdeling for rusmedisin. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus
- Skrede, A., H. Munkvold, Ø. Watne and E. Martinsen (2006). "[Exercise contacts in the treatment of substance dependence and mental disorders]." Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række **126**(15): 1925-1927.
- Skårderud, F. (2000). Sterk/svak, Aschehoug.
- Skårderud, F., S. Haugsgjerd and Stänicke (2010). Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. and B. Sommerfeldt (2013). Miljøterapiboken. Mentalisering som holdning og handling, Gyldendal.
- Smedslund, G., R. C. Berg, K. T. Hammerstrom, A. Steiro, K. A. Leiknes, H. M. Dahl and K. Karlsen (2011). "Motivational interviewing for substance abuse." Cochrane.Database.Syst.Rev.(5): CD008063.
- Specka, M., A. Buchholz, T. Kuhlmann, F. Rist and N. Scherbaum (2011). "Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study." Eur. Addict. Res. **17**(4): 178-184.
- Stade, B. C., C. Bailey, D. Dzenoletas, M. Sgro, T. Dowswell and D. Bennett (2009). "Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy." Cochrane Database Syst Rev(2): Cd004228.
- Startup, M., M. C. Jackson and S. Bendix (2002). "The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)." Br.J.Clin.Psychol. **41**(Pt 4): 417-422.

- Strang, J., I. Marks, S. Dawe, J. Powell, M. Gossop, D. Richards and J. Gray (1997). "Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. Results from a randomised trial." Br.J.Psychiatry **171**: 335-339.
- Strantz, I. H. and S. P. Welch (1995). "Postpartum women in outpatient drug abuse treatment: Correlates of retention/completion." Journal of Psychoactive Drugs **27**(4): 357-373.
- Strong, T., O. Sutherland and O. Ness (2011). "Considerations for a discourse of collaboration in counseling." Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy **2**(1): 25-40.
- Strøm, R., H. Munkvold, S. Skjøtskift, R. Høifødt and K. Tømmervik (2010). Hva er god akuttbehandling i TSB?
- Strømfors, G. E.-G., M (2013). Jeg visste ikke at jeg kunne så mye. Praxisrefleksjoner på arbeidsplassen. Oslo.
- Stuppaeck, C. H., C. Barnas, M. Falk, V. Guenther, M. Hummer, H. Oberbauer, R. Pycha, A. B. Whitworth and W. W. Fleischhacker (1994). "Assessment of the alcohol withdrawal syndrome--validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A)." Addiction **89**(10): 1287-1292.
- Sullivan, J. T., K. Sykora, J. Schneiderman, C. A. Naranjo and E. M. Sellers (1989). "Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)." Br.J.Addict. **84**(11): 1353-1357.
- Sundfør, K.-O. (2012). "Fra bruker til erfaringskonsulent." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **9**(4): 366-369.
- Suttie, M., T. Foroud, L. Wetherill, J. L. Jacobson, C. D. Molteno, E. M. Meintjes, H. E. Hoyme, N. Khaole, L. K. Robinson, E. P. Riley, S. W. Jacobson and P. Hammond (2013). "Facial dysmorphism across the fetal alcohol spectrum." Pediatrics **131**(3): e779-e788.
- Taylor, A. H. and M. H. Usher (2005). "Effects of exercise on smoking cessation and coping with withdrawal symptoms and nicotine cravings." Exercise, health and mental health: Emerging relationships: 135-158.
- Torjussen, E., H. L. Harwiss and I. A. Havnes (2014). Brukermedvirkning i TSB - en myte? TSB Skriftserie nr.1 2014. Oslo, Nasjonal kompetansetjeneste TSB.
- Trulsson, K. and U.-C. Hedin (2004). "The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective." International Journal of Social Welfare **13**: 145-157.
- Tuv, S. S., M. C. Strand, R. Karinen, E. L. Oiestad, A. S. Christophersen and V. Vindenes (2012). "[Effect and occurrence of synthetic cannabinoids]." Tidsskr Nor Laegeforen **132**(20): 2285-2288.
- UpToDate. (2013, 2013). "Benzodiazepin poisoning and withdrawal." [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- UpToDate. (2013, 2013). "Co-occurring anxiety disorders and substance use disorders: epidemiology, clinical manifestation and diagnosis."
- UpToDate. (2013, 2013). "Dual diagnosis:severe mental illness and substance use disorders."
- Vederhus, J.-K., S. E. Zmore, J. Rise, T. Clausen and M. Høie (2015). "Predicting patient post-detoxification engagement in 12-step groups with an extended version of the theory of planned behavior." Addiction Science & Clinical Practice **10**(1): 15.
- Vederhus, J. K., B. Hjerkin and O. Kristensen (2011). "[Self-help groups for substance addicts]." Tidsskr. Nor Laegeforen. **131**(12): 1204-1206.
- Vederhus, J. K., O. Kristensen, A. Laudet and T. Clausen (2009). "Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway." BMC.Health Serv.Res. **9**: 147.

- Vederhus, J. K., C. Timko, O. Kristensen and T. Clausen (2011). "The courage to change: patient perceptions of 12-Step fellowships." BMC.Health Serv.Res. **11**: 339.
- Vederhus, J. K., C. Timko, Ø. Kristensen, B. Hjemdahl and T. Clausen (2014). "Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial." Addiction **109**(5): 766-773.
- Voshaar, R. C., J. E. Couvee, A. J. van Balkom, P. G. Mulder and F. G. Zitman (2006). "Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis." Br.J.Psychiatry **189**: 213-220.
- Waal, H., K. Bussesund, T. Clausen, A. Håseth and P. H. Lillevold (2014). Statusrapport 2014. Helseforetakene - et godt sted å være? Oslo, Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo. **Seraf rapport 1/2014**.
- Wallach, R. C., E. Jerez and G. Blinick (1975). "Comparison of pregnancies and births during methadone detoxification and maintenance." Pediatr Ann **4**(7): 46-61.
- Watten, R. and H. Waal (2001). Avrusning: Fra vilje til medisin. Avrusningstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse til ultrarask opioidavrusning (UROD).
- Welle-Strand, G. K. (1998). Hvordan møte overdoseproblematikken på kort og lang sikt i Oslo kommune?
- Welle-Strand, G. K., S. Skurtveit, H. E. Jones, H. Waal, B. Bakstad, L. Bjarko and E. Ravndal (2013). "Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: a National Cohort Study of opioid-agonist treatment of Pregnant Women in Norway from 1996 to 2009." Drug Alcohol Depend **127**(1-3): 200-206.
- Welle-Strand, G. K., S. Skurtveit, L. Tanum, H. Waal, B. Bakstad, L. Bjarko and E. Ravndal (2015). "Tapering from Methadone or Buprenorphine during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes in Norway 1996-2009." Eur Addict Res **21**(5): 253-261.
- Wesson, D. R. and W. Ling (2003). "The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)." J.Psychoactive Drugs **35**(2): 253-259.
- Wichmann, S., S. L. Nielsen, V. D. Siersma and L. S. Rasmussen (2013). "Risk factors for 48-hours mortality after prehospital treatment of opioid overdose." Emerg Med J **30**(3): 223-225.
- Wiese, J. G., M. G. Shlipak and W. S. Browner (2000). "The alcohol hangover." Ann.Intern.Med. **132**(11): 897-902.
- Wikner, B. N., C. O. Stiller, U. Bergman, C. Asker and B. Kallen (2007). "Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations." Pharmacoepidemiol Drug Saf **16**(11): 1203-1210.
- Williams, D. and A. J. McBride (1998). "The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review." Alcohol Alcohol **33**(2): 103-115.
- Winstock, A. R. and M. J. Barratt (2013). "Synthetic cannabis: a comparison of patterns of use and effect profile with natural cannabis in a large global sample." Drug Alcohol Depend **131**(1-2): 106-111.
- Wisløff, C., E. Haug, A. V. Becken, T. O. Aamo, R. Hobbesland, M. Koroma, B. H. Manger, F. Lauritzen, B. J. Vikesund and H. P. Aasen (2015). Håndbok. Anabole-androgene steroider. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling., Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Oslo universitetssykehus.
- Wright, T. E., R. Schuetter, J. Tellei and L. Sauvage (2015). "Methamphetamines and pregnancy outcomes." J Addict Med **9**(2): 111-117.
- Young, A. C., E. Schwarz, G. Medina, A. Obafemi, S. Y. Feng, C. Kane and K. Kleinschmidt (2012). "Cardiotoxicity associated with the synthetic cannabinoid, K9, with laboratory confirmation." Am J Emerg Med **30**(7): 1320.e1325-1327.

Zelson, C., E. Rubio and E. Wasserman (1971). "Neonatal narcotic addiction: 10 year observation." Pediatrics **48**(2): 178-189.

Zuspan, F. P., J. A. Gumpel, A. Mejia-Zelaya, J. Madden and R. Davis (1975). "Fetal stress from methadone withdrawal." Am J Obstet Gynecol **122**(1): 43-46.

Zvosec, L. and S. Smith (2010). Gamma hydroxybutyrate (GHB) dependence and withdrawal. UpToDate.