



## Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

# Om retningslinjen

## Mandat

Mandatet for retningslinjen er å utvikle anbefalinger som bygger på anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Med retningslinjen skal det settes en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon.

Retningslinjens anbefalinger er i hovedsak rettet mot behandling og oppfølging av personer som har et rusmiddelproblem eller er avhengige av rusmidler. Personer med annen avhengighet, som spill eller doping, er også i målgruppen med egne anbefalinger. Anbefalingene skal ikke omhandle tiltak som har til hensikt å hindre at man begynner med alkohol/narkotika. Anbefalingene skal derimot ha et spesifikt fokus på behandling og rehabilitering.

Retningslinjens anbefalinger skal ta hensyn til andre retningslinjer/veiledere og lignende som er under utarbeidelse eller er ferdigstilte og som omhandler tilgrensende problematikk.

Retningslinjen vil i noen grad ha en spesifikk omtale av behandling av alkoholproblemer. For å styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av dette området gjennomføres en omfattende kartlegging av dagens behandlingstilbud med vurdering av i hvilken grad tilbudene er tilpasset fremtidens tjenestebehov.

## Målgruppe

Målgruppene for retningslinjen er tjenesteytere og ledere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorg som har ansvar for behandlings- og rehabiliteringstilbudet, herunder virksomhetseiere. Videre er pasienter, brukere (inkludert pasienter i legemiddelassistert behandling (LAR) og pårørende til mennesker med rusmiddelproblemer i målgruppen.

## GAP-undersøkelser: Verktøy for forbedringsarbeid

[GAP-undersøkelser – et verktøy for forbedringsarbeid knyttet til nasjonale faglige retningslinjer om psykisk helse og rus \(rop.no\)](#). Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse har utviklet verktøyet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## Arbeidsform

Arbeidsgruppen startet sitt arbeid høsten 2011 og har hatt i alt 11 fellesmøter, en todagers samling, samt en rekke møter i undergruppene. Det har vært gjennomført tre dagsmøter med Sosialstyrelsen i Sverige som arbeider med tilsvarende retningslinje. I tillegg har vi hatt møte med Universitetet i Stockholm om den sosialfaglige tilnærmingen i retningslinjen. Deler av gruppen har også vært på studietur til San Francisco og deltatt på GIN-konferanse (Guideline International Network) hvor spesielt den metodiske tilnærmingen ble omhandlet.

Opprinnelig var gruppen todelt, med én undergruppe for illegale rusmidler og én for alkohol og legemidler. Etter hvert ble en ny inndeling laget: samordningsgruppe (ledet av E.K. Løvaas), forskningsgruppe (ledet av H. Nøkleby), samt gruppe for ekstern forankring (ledet av R. Hole). I siste del av arbeidet ble disse igjen slått sammen til én gruppe. Alle arbeidsgruppedeltakere har hatt samme status i prosessen. I utarbeidelsen av anbefalinger var brukerrepresentanter med i alle diskusjonene som ledet frem til de konkrete anbefalingene. Arbeidsgruppen leverte sitt forslag til Helsedirektoratet sommeren 2014.

## Rådslag

Det har vært invitert til to rådslag underveis i prosessen, i april 2013 og i juni 2014. På retningslinjens hjemmeside har program, innlegg, innspill og referater fra rådslagene blitt lagt ut. Deltagerne på rådslagene har bestått av

fagfolk, forskere, brukere, tilgrensende direktorat, pårørende og interesseorganisasjoner.

## Arbeidsgruppe

**Prosjektleder:** Brittelise Bakstad, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

**Prosjektmedarbeider:** Stine Margrethe Jacobsen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

### Arbeidsgruppeledere:

- Eva Karin Løvaas, klinikkjef, Stiftelsen Bergensklinikkene
- Reidar Hole, tidligere leder, KoRus Midt-Norge
- Heid Nøkleby, forsker, Tyrili Forskning og Utvikling / Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet.

### Deltagere:

- Aino Lundberg, enhetsleder, A-senteret
- Arild Knutsen, brukerrepresentant, Foreningen for human narkotikapolitikk
- Dagfinn Haarr, kommunelege, Kristiansand kommune
- Erik Torjussen, brukerrepresentant, A-larm
- Espen Arnevik, leder, Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- Espen Enoksen, daglig leder, KORFOR
- Kari Elisabeth Fjærli, leder, barnevernvakten på Romerike
- Kari Helene Alstad, ruskoordinator, Snåsa kommune
- Ragnhild Audestad, leder, Korus, Oslo kommune
- Randi Mobæk, avdelingsdirektør, Avdeling for unge voksne, Psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger HF
- Trond Ljøkjell, kriminolog, Rus Midt-Norge HF
- Terje Simonsen, overlege, Helse Nord RHF
- Tom Vøyvik, lege, A-senteret
- Torgeir Gilje Lid, fastlege, Stavanger kommune
- Trude Boldermo, enhetsleder rus- og psykiatritjenesten, Tromsø kommune
- Øistein Kristensen, overlege/forskningsleder, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Alle gruppemedlemmene har undertegnet interessekonfliktskjema. Ingen relevante interessekonflikter er identifisert.

### Gruppen har hatt støtte til søk, metode og digital utforming fra:

- Caroline Hodt-Billington, seniorrådgiver, Helsedirektoratets retningslinjesekretariat
- Geir Smedslund, forsker, kunnskapssenteret for helsetjenesten i folkehelseinstituttet
- Astrid Merete Nøstberg, spesialbibliotekar, Helsedirektoratets bibliotek
- Annelin Birkeland, webrådgiver i kommunikasjonsavdelingen, Helsedirektoratet

I tillegg har Lars Jørgen Berglund (tidligere leder avdeling ung, Senter for rus og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus HF) deltatt i begynnelsen av arbeidet, samt Pål Berger (brukerrepresentant, RIO) og Ingrid Elin Dahlberg (erfaringskonsulent, Helse Stavanger HF) i utviklingen av anbefalinger.

## Videoforedrag

Prosjektleder [Brittelise Bakstad presenterer retningslinjen på ROP-TV](#), og snakker bl.a. om metodikk, juridiske aspekter, eksempler på anbefalinger og hvordan retningslinjen er bygget opp.

# Innholdsfortegnelse

## [1 Brukermedvirkning i rusbehandling](#)

[1.1 Brukermedvirkning. Individuell plan. Rett til informasjon og opplæring. Fritt behandlingsvalg.](#)

## [2 Oppstart, gjennomføring, avslutning og evaluering i rusbehandling](#)

## [3 Kartlegging og utredning i rusbehandling](#)

## [4 Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling](#)

## [5 Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgn-/dag-/ambulerende behandling, somatikk og straffegjennomføring](#)

## [6 Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk](#)

## [7 Unge, eldre og gravide i rusbehandling](#)

## [8 Selvmords- og dødelighetsrisiko i rusbehandling](#)

## [9 Kjønnsspesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling](#)

## [10 Oppfølging av spilleavhengige. Kartlegging av anabole androgene steroider \(rusbehandling\)](#)

## [11 Refleksjoner over egen praksis - utfordringer i forløp](#)

[11.1 Karsten 21 år: Hasj og amfetamin, psykisk syk og sosialt utilpass \(brukerhistorie\)](#)

[11.2 Lars 48 år: Langvarige alkoholproblemer og somatiske plager \(brukerhistorie\)](#)

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

[12.1 Metodisk tilnærming](#)

[12.2 Tilgrensning til andre retningslinjer og veiledere](#)

## [13 Ulike tjenestenivå på rusfeltet: Oppgaver, roller og sentrale prinsipper](#)

[13.1 Kommunens oppgaver](#)

[13.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Oppgaver og roller](#)

[13.3 Samarbeid innad og mellom tjenestene, inkl. ambulerende virksomhet og tvang/tilbakehold overfor rusmiddelavhengige](#)

[13.4 Faglig forsvarlighet, taushetsplikt og rettslige sider ved bruk av verktøy](#)

## [14 Forkortelser, sentrale begreper og forslag til begrepsbruk på rusfeltet](#)

[14.1 Forkortelser brukt i retningslinjen](#)

[14.2 Sentrale begreper brukt i retningslinjen](#)

[14.3 Forslag til begrepsbruk på rusfeltet](#)

# 1 Brukermedvirkning i rusbehandling

## 1.1 Valg av behandlingsmetode i rusbehandling

Pasienten/brukeren skal kunne medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er forankret i lov. Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Pasienten har krav på grundig informasjon om hvilke behandlingstilnærminger som tilbys de ulike stedene. Det skal tilrettelegges for at pasienten får et best mulig grunnlag for selv å kunne velge hvilke tilnærminger som vil passe best. Den enkelte behandlingstjenestestasjon må gi utfyllende opplysninger til pasienten om de ulike behandlingsmetodene og støttetiltakene som er tilgjengelige, slik at valg av behandlingstjenestestasjon og metode kan skreddersys. Anbefalingen er forankret i [pasient og brukerrettighetsloven §3-1\(lovdata.no\)](#).

### Referanser

- [6] Dahl, Therese (red.) (2011) Brukeren som veileder. Ambulant brukerstyrt tilnærming. Oslo: Gyldendal Akademisk
- [7] Myhra, Ann-Beate (2012) Fra bruker til samarbeidspartner: realisering av brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget
- [8] Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (2007). Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk

## 1.2 Brukerevaluering i rusbehandling

For å sikre individuell tilpasning og ønsket behandlingsutbytte bør det gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen fra bruker/pasient.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Systematisk tilbakemelding fra bruker

### Komparator

Ikke bruk av systematisk tilbakemelding fra bruker

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmål) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 110 referanser ble identifisert. Ingen av disse ble vurdert til å være relevante.

Det ble funnet en artikkel fra 2013 utenfor søk (Goodman et al). Kort konklusjon fra artikkel:

«Metaanalyser viser at feedbacksystemer (Progress monitoring – PM) forbedrer effekt av behandling innenfor psykisk helsevern. Det har vært lite fokus og PM er implementert få steder innenfor behandling av rus og avhengighetslidelser. Det er behov for forskning på og implementering av PM i Rus og avhengighetsbehandling.»

### Begrunnelse

Systematisk innhenting av pasienters evaluering av bedringsprosess og den terapeutiske allianse gir bedre behandling. Behandlingen bør justeres fortløpende med bakgrunn i slike tilbakemeldinger.

### Praktisk

Eksempler på enkle verktøy som kan benyttes på tvers av teoretisk forståelse og behandlingsmetode:

- KOR-skalaene (Klient- og resultatstyrt praksis): [ORS \(Outcome Rating Scale\)](#), [SRS \(Session Rating Scale\)](#) og [GSRS \(Group Session Rating Scale\)](#)[napha.no](#)
- WAI (Working Alliance Inventory)
- Et nasjonalt opplæringsprogram for bruk av feedbackverktøy er under utarbeidelse. Informasjon om utviklingen finnes på [Nasjonal kompetansetjeneste \(tsb.no\)](#)

Se også informasjon om [rettslige sider ved bruk av verktøy](#).

### Referanser

- [1] Jessica D. Goodman, James R. McKay, and Dominick DePhillippis. Progress Monitoring in Mental Health and Addiction Treatment: A Means of Improving Care, Professional Psychology: Research and Practice In the public domain 2013 44 4 231 246
- [2] Danielsen K, Garratt A, Kornør H (2007) Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleinstrumenter. Notat, Kunnskapsenteret

## 1.3 Brukerstyrt innleggelse i rusbehandling

Pasient/bruker bør få tilgang til brukerstyrte innleggelse innen rusbehandling.

### Begrunnelse

## Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

## Intervensjon

Brukerstyrt innleggelse (tilbud om døgnovernatting når pasienten selv vurderer å ha behov for det)

## Komparator

Vanlig henvisning - venteliste

## Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Med utgangspunkt i PICO (forsknings spørsmål) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 574 referanser ble identifisert. Ingen av disse ble vurdert til å svare direkte på pico.

Følgende to studier ble likevel vurdert til kunne belyse spørsmålet noe.

En studie fra Norge om brukerstyrte innleggelser ved alvorlig psykisk lidelse (Heskestad 2008) omhandler en sengepost for schizofrene pasienter i et distriktpsikiatrisk senter. Her ble to av 11 senger omgjort til kriseplasser. Etter en kontraktfestet avtale fikk pasienter som var kjent med avdelingen rett til å benytte disse plassene uten å måtte gå om primærlegen. Kriseoppholdets varighet var på inntil 5 døgn med en karenstid på 14 dager mellom hvert opphold. Hos de 18 første pasientene som hadde hatt avtale i minst ett år, ble innleggelsesprofil og bruk av tvangsinnleggelser registrert og sammenliknet med tilsvarende periode umiddelbart før avtalen om kriseplass. Resultatet var at innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33%. Forfatterne fortolkning av funnene er at ved å etablere en kontraktfestet pasientrettighet og senke terskelen for innleggelse, øker pasientens autonomi og tryggheten for pasient og pårørende. Dette er trolig forklaringen på det paradoksale at økt tilgjengelighet gir et lavere sengeforbruk.

En studie fra USA tar for seg hva som predikerer deltagelse i rusbehandlingsprogrammer med stegvis nedtrapping av oppfølgingen fra behandlingsprogrammet, og forholdet mellom deltagelse i denne typen av behandling og utfallet når det gjaldt bruk av alkohol og «crack» kokainbruk ved oppfølging etter 36 måneder (McKay 2004). Studien inkluderte pasienter i døgnbehandling (134) og i intensiv poliklinisk behandling (370). Studien viser at de som mottok stegvis nedtrapping av oppfølgingen fra behandlingsprogrammet hadde mindre «crack» kokainbruk etter 6 måneder. Forfatterne mener dette tyder på at en trenger nye behandlingsmodeller med oppfølging over lengre perioder som er mer akseptable for pasientene, hvor utfallet er bedre og som er mer kostnadseffektive.

## Begrunnelse

Noen pasienter/brukere har behov for kortere døgnopphold som ledd i å forebygge kriser eller tilbakefall. Sengene kan også brukes for å begrense eller hindre rusepisoder eller som akutt tiltak når situasjonen er blitt kritisk.

Brukerstyrte senger brukes ofte av pasienter/brukere som over en viss tid har vært i et aktivt behandlingsopplegg, og hvor det er gjort avtaler om at de selv kan oppsøke tjenester som har brukerstyrte plasser tilgjengelig.

Vurdering av behov for brukerstyrt innleggelse bør fortrinnsvis skje i samarbeid mellom bruker, kommune og spesialisthelsetjeneste. Det betyr at når pasienten melder behov vil han/hun få tilbud om snarlig innleggelse (ofte mellom 1–5 virkedager).

Brukerstyrte senger gir fleksibilitet, økt selvstendighet og trygghet for brukerne. Det gir også trygghet for pårørende. Brukerstyrt seng kan gi reduksjon av tilbakefall og avbrudd i behandling samt avkorte behandlingstiden.

Helse- og omsorgsdepartementet fremhever viktigheten av [økt selvbestemmelse og rettsikkerhet for](#)

[pasienter med alvorlig problematikk \(regjeringen.no\)](#). Det er mangelfull forskning på området, men ordningen vurderes som hensiktsmessig, blant annet med bakgrunn i at brukerstyrte plasser fremmer brukermedvirkning i stor grad.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## Referanser

- [3] Heskestad, S. Tytlandsvik, M Brukerstyrte innleggelse ved alvorlig psykisk lidelse Tidsskrift for Den norske legeforening 2008 1 32 35
- [4] McKay JR, Foltz C, Leahy P, Stephens R, Orwin RG, Crowley EM Evaluation and Program Planning 27 321 331

## 1.4 Deltakelse i selvhjelpsgrupper for personer i rusbehandling

Helsepersonell bør informere pasienter/brukere om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Selvhjelpsprogrammer

#### Komparator

Ikke selvhjelpsprogrammer

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat

Det er ikke gjort et systematisk litteratursøk på dette forskningsspørsmålet. Det følgende bygger på arbeidsgruppens egne oppsummeringer av kunnskap, samt bidrag fra Selvhjelp Norge.

En norsk studie fra 2014 fra avgiftningsavdelingen på Sørlandet Sykehus undersøkte både motivasjon for deltakelse og resultater av deltakelse i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper (Vederhus et al 2014). Spesifikke motivasjonstiltak ble prøvd ut, for å øke deltagelsen i 12-trinnsbasert selvhjelpsgrupper og gjennom dette styrke oppfølgingen og kontinuiteten etter profesjonell rusmiddelbehandling. Pasienter som ble undervist om, og spesielt anbefalt å delta i 12-trinnsgrupper etter behandlingen deltok på dobbelt så mange gruppemøter, sammenlignet med dem som bare fikk en enkel brosjyre om 12-trinnsgruppene. Intervensjonsgruppen hadde redusert rusmiddelbruk ved oppfølging seks måneder etter utskrivning. Studien viser at det nytter å anbefale pasienter å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, og det kan føre til at den langsiktige prognosen for pasientene bedres. I et kost/nytte perspektiv er 12-trinnsgruppene svært hensiktsmessige da de er selvdrevne, lett tilgjengelige og selvfinansierende. Det vil følgelig være minimale kostnader knyttet til disse.

Det er ulikheter men også store likhetstrekk mellom de ulike organisasjoner og miljøers praktisering av selvhjelp. Alle har til felles at de etablerer et lærende fellesskap basert på deling av historier og erfaringer. Det er en læringskultur hvor deltakeren (ikke brukeren, ikke pasienten) selv tar ansvaret for den delen av sitt problem han/hun kan og ønsker å gjøre noe med – og gjør dette i et erfaringsbasert, læringsfokuser, støttende fellesskap. Hver enkelt deltaker bestemmer selv hva han/hun har som målsetning og ønsker å få ut av gruppen (Selvhjelp Norge).



Følgende er gjennomgående fellestrekk i all selvhjelp slik vi kjenner det i Norge (fra Stortingsmelding 16.93/94 Om videreføring av arbeidet med Frivillighetssentraler):

- Det bygger på den enkelte deltakers iboende ressurser.
- Det tar utgangspunkt i deltakernes erkjente problem.
- Det bygger på at den enkelte deltaker opplever et behov for å bearbeide sitt problem, er motivert og har foretatt et valg om å delta aktivt.
- Alle deltar på eget ansvar.
- Gruppene bygger på gjensidighet, likeverd og toleranse.
- Gruppene bygger på aktiv deltakerrolle, ikke passiv mottakerrolle.
- Gruppene bygger på kommunikasjon om følelser og tanker den enkelte har.
- Arbeidet bygger på åpenhet, men ikke mer enn deltakerne selv vil eller er klare til.
- Deltakerne har taushetsplikt og meldeplikt.
- Gruppene legger opp til vekst for den enkelte innenfra. Ikke ved at det kommer noen utenfra eller ovenfra som skal hjelpe eller lære opp.
- Arbeidet bygger på å hente ressurser fra et erkjent problem

Se også:

[Selvhjelp Norge \(kompetansesenter for selvhjelpsgrupper\)](#)

[Nasjonal plan for selvhjelp \(2014-2018\)](#)

## Begrunnelse

Selvhjelpsgrupper drives på initiativ fra mennesker som har et problem og som ønsker å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon gjennom å kommunisere følelser og tanker i selvorganiserte grupper.

I selvhjelpsgrupper møter man mange som har samme erfaring og kan utveksle gode måter for å bedre livskvalitet eller å kunne leve rusfritt. Selvhjelpsgrupper er et sosialt nettverk som formidler håp, og enkelte ganger er slike grupper det eneste varige nettverk.

Helsepersonell bør informere om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper. Dette gjelder først og fremst pasienter/brukere, men kan også være aktuelt for pårørende. Helsepersonell bør sette seg inn i aktuelle selvhjelpsmuligheter, eventuelt bruker- og pårørendeorganisasjoner, som finnes i lokalområdet for sine pasienter.

Se [Selvhjelp Norge \(selvhjelp.no\)](#).

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## Referanser

- [5] Vederhus JK, Timko C, Kristensen Ø, Hjemdahl B, Clausen T Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014;109(5):766-73 766

# 1.1 Brukermedvirkning. Individuell plan. Rett til informasjon og opplæring. Fritt behandlingsvalg.

## Brukermedvirkning

Det skilles mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå.

På individnivå innebærer brukermedvirkning at pasienten/brukeren medvirker til helsehjelpen gjennom valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og får den informasjonen som er nødvendig for å medvirke.

Det er viktig at pasienten/brukeren faktisk blir involvert når helse- og omsorgstjenester ytes. Pasientens/brukerens egne valg og prioriteringer er av stor betydning for behandlingen. Det er også viktig å sikre involvering og ivaretagelse av pårørende og barn som pårørende, og at dette blir gjort så tidlig som mulig i et behandlings- og rehabiliteringsforløp.

Behandling av rus- og avhengighetsproblemer handler om å sette pasienten/brukeren i stand til å leve et godt liv. Ut fra den enkeltes mål, ønsker og behov er det viktig å involvere instanser og personer som kan bidra konstruktivt i behandlings- og rehabiliteringsprosessen.

Det bør også tilrettelegges for kontakt med brukerorganisasjoner, likemenn og personer med erfaringskompetanse.

På systemnivå innebærer brukermedvirkning at pasientene/brukerne som gruppe/organisasjon deltar i og påvirker planleggings- og beslutningsprosesser som angår politikk- og tjenesteutvikling. Representantene skal bidra med sin kunnskap til fagfolk og andre relevante aktører i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. I arbeidet med denne retningslinjen har brukere bidratt på systemnivå.

Når det gjelder føringer, praktisk veiledning og arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning, herunder pårørende og barn som pårørende vises det til:

- [Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av ROP-lidelser \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Nettside for brukere og pårørende til pasienter med ROP-lidelser \(rop.no\)](#)

I tillegg er det laget to brosjyrer som oppsummerer pårørendes rettigheter:

- [Pårørendes rettigheter - til pårørende 2014](#)
- [Pårørendes rettigheter - for helsepersonell 2014](#)

Den nasjonale kompetansetjenesten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennomførte en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i TSB som gir god innsikt i blant annet bruk av likemenn og erfaringskonsulenter [Brukermedvirkning i TSB - en myte? \(ous.no\)](#)

Det vises også til de regionale kompetansetjenestene [Regionale kompetansesentre for rus \(kompetansesenterrus.no\)](#). Brukermedvirkning er en rettighet som er regulert flere steder i lovgivningen. De sentrale bestemmelsene om pasienters og brukeres rett til medvirkning og informasjon finnes i [pasient og brukerrettighetsloven, kapittel 3 og 4 \(lovdata.no\)](#) Helsepersonells og tjenestens plikt til å ivareta mindreårige barn som [pårørende er nedfelt i helsepersonelloven §10 a](#) og [spesialisthelsetjenesteloven §3-7a](#).

## Individuell plan

Pasient/bruker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP) dersom vedkommende selv samtykker til det jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#). Selv om pasienten ikke ønsker å få utarbeidet en IP, har de likevel krav på en koordinator jf. [veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

[Individuell plan](#) (IP) er ment å være et godt verktøy for å fremme pasientenes/brukernes interesser gjennom tilrettelegging av gode behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Pasienten/brukeren peker selv ut hvem som kan medvirke i planen, det gjelder også deres valg av pårørende. Tjenestene har ansvar for å sikre at andre relevante tjenester og aktører medvirker inn i planen. Dersom pasient/bruker har behov for både spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres.

Dersom en pasient/bruker kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten uten at det er utarbeidet IP, har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å sette i gang arbeidet med IP dersom det vurderes å være et behov for det. Det bør fremgå av individuell plan hvilken enhet fra spesialisthelsetjenesten som administrerer planen og hvem som er planens koordinator fra kommunen, jf. [spesialisthelsetjenestelovene § 2-5, annet ledd](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven kap. 7](#).

[Forskrift av 16. desember 2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator \(lovdata.no\)](#) har nærmere bestemmelser om blant annet formålet med planen, ansvar for utarbeidelse av planen og innhold i planen. Helsedirektoratets har utarbeidet en [elektronisk veileder](#) til forskriften.

Det vises forøvrig til [Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#) der utarbeidelse og koordinering er nærmere omtalt.

## Pasientens og brukerens rett til informasjon og opplæring

Pasient/bruker har rett til nødvendig informasjon for å få tilstrekkelig innsikt i helsetilstanden sin og innholdet i helsehjelpen som kan tilbys, for å kunne ivareta sine rettigheter. Helsepersonell har plikt til å gi pasient/bruker denne informasjonen, jf. [helsepersonelloven §10](#), jf. [pasient- og brukerrettighetsloven §§3.2 til 3-4 \(lovdata.no\)](#). For eksempel kan det være viktig at pasient/bruker tidlig i et behandlingsforløp gjøres kjent med mulighetene for ambuleringstjenester. Det kan ha betydning for motivasjon og innstilling til behandlingen.

Spesialisthelsetjenesten skal også sørge for at pasienter/brukere og pårørende som har behov for opplæring får tilbud om dette, jf. [spesialisthelsetjenesteloven §3-8](#).

## Fritt behandlingsvalg

I november 2015 ble ordningen Fritt behandlingsvalg innført. Ordningen erstatter og utvider tidligere Fritt sykehusvalg. Pasienten kan etter ny ordning velge mellom:

- Offentlige behandlingssteder
- Private som har avtale med et offentlig helseforetak
- Private som er godkjent som helsetjenesteleverandør av HELFO

Målet med ordningen er å:

- Øke valgfriheten for pasientene
- Redusere ventetidene
- Skape en bedre og mer effektiv offentlig helsetjeneste

Ordningen retter seg mot brukere som har behov for døgnbehandling innen TSB og tjenesten finnes på [Helsenorge.no/fritt behandlingsvalg](#). Det er opprettet [egne informasjons- og veiledningssider](#) for støtte til å ta gode valg på Helsenorge.no. Det er også mulig å ringe 800 43 573 som setter videre til pasientrådgivere i tjenesten Velg behandlingssted.

# 2 Oppstart, gjennomføring, avslutning og evaluering i rusbehandling

## 2.1 Oppstart rusbehandling

Behandling bør vurderes og starte opp så raskt som mulig etter at pasient/bruker har formidlet et slikt behov.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

Anbefalingen er primært rettet mot tverrfaglig spesialisert behandling, men er også aktuell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

For å opprettholde motivasjon og forhindre forverring, bør behandlingen forsøkes startet når vedkommende selv ber om det.

I en oppstart vil det i mange tilfeller være viktig med behandlingsforberedende tiltak der det arbeides med ambivalens og forberedelse av videre behandlingsforløp. Dette er en fase hvor tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er sentralt og tverretattlig ambulerende tilnærming bør vurderes. For unge er dette spesielt viktig.

I spesialisthelsetjenesten skal behandlingen starte senest etter gitt frist, jf. [prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#).

I tilfeller hvor barn og unge mottar helsehjelp kan det komme fram opplysninger eller gjøres vurderinger knyttet til den unges omsorgs- eller livssituasjon som gjør det nødvendig å bringe inn barneverntjenesten i kommunen. Se rundskriv: [Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste](#).

Se også: [Velg behandlingssted \(helsenorge.no\)](#).

## Referanser

- [9] Kelly JF, White WL (2011) Addiction Recovery Management – Theory, Research and Practice
- [10] Lie T, Nesvåg S (2006) Evaluering av rusreformen. IRIS-rapport 227/2006
- [11] Nesvåg S, Aakerholdt A (2012) Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering. Grunnlagsrapport til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken Tilgjengelig fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%20for%C3%B8p%20og%20kunnskapsop>
- [12] West R (2006) Theory of Addiction. London: Blackwell Publishing
- [13] Nesvåg S, Aakerholt A (2012) Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering, Grunnlagsrapport til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Tilgjengelig fra <https://helse-stavanger.hn.nhn.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%20for%C3%B8p%20og%20kunn>

## 2.2 Første del av rusbehandling og oppfølging: Allianseetablering, kartlegging og utredning

Første del av behandling og oppfølging bør fokusere på allianseetablering, kartlegging og utredning.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

I startfasen av behandlingen bør hovedfokus være å etablere en behandlingsrelasjon og engasjere pasienten i sin egen endringsprosess.

Behandlingsutbytte er påvirket av en god behandlingsallianse og relasjon. En god relasjon mellom pasient og behandler er ofte en forutsetning for god kartlegging, utredning, behandling og oppfølging. De første samtaleene har stor betydning for relasjonen der behandlerens empati, respekt, engasjement og trygghet er sentralt.

Det er i denne første fasen at det dannes grunnlag for utarbeidelse av videre behandlingsplan.

God kvalitet i den terapeutiske relasjonen reduserer risikoen for behandlingsbrudd.

### Referanser

- [14] Horvath AO (2006) The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 43(3), 258-263 Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- [15] Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC (2005) The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3):304-16

## 2.3 Bytte av behandler i rusbehandling

Dersom pasienten/brukeren vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig, bør det gis anledning til å bytte behandler.

### Begrunnelse

**Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

**Begrunnelse**

Mangelfull behandlingsallianse er en risiko for behandlingsavbrudd.

For å få til et konstruktivt og nyttig samarbeid mellom pasient og behandler er det viktig at relasjonen mellom partene er god. Dersom dette ikke er tilfelle, og dårlig allianse vedvarer etter forsøk på forbedring, bør pasienten få anledning til å skifte behandler.

**Referanser**

- [14] Horvath AO (2006) The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 43(3), 258-263 Tilgjengelig fra <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258>
- [15] Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC (2005) The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3):304-16
- [16] Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33: 1010–1024

## 2.4 Behandlingsplan i rusbehandling

Det bør utarbeides en behandlingsplan sammen med pasienten/brukeren tidlig i behandlingsforløpet.

**Begrunnelse****Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke

oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

Innsats og igangsetting av tiltak skal tilpasses pasientens fungering og behov. Med dette som bakgrunn utarbeider pasient og behandler, gjerne sammen med andre involverte, en behandlingsplan.

En behandlingsplan bør inneholde beskrivelse av:

- behandlingsmål
- hvilke tilnærminger og tiltak som skal benyttes
- hvordan arbeidet skal organiseres
- hvem som er involvert

Behandlingsplan bør bygge på innledende kartlegging og utredning. Enkelte pasienter vil ha behov for at planen er så konkret som mulig og at den også kan fungere som et pedagogisk hjelpemiddel til å opprettholde behandlingsmotivasjon og gjennomføring.

Etter noe tid i døgntilrettelagt behandling vil for eksempel ofte treningsturer/permisjoner øke i hyppighet og inngå som en naturlig del. Behandlingsplanen er et viktig redskap for behandlingen og det er like essensielt, som ved [individuell plan \(IP\)](#), at det er pasientens plan.

Dersom individuell plan foreligger eller er under utarbeidelse bør behandlingsplanen være en del av denne. Behandlingsplanen erstatter ikke individuell plan.

Behandlingsplanen bør evalueres og eventuelt justeres gjennom hele behandlingsforløpet og refereres i [pasientens journal \(lovdata.no\)](#)

## 2.5 Behandlingsmål i rusbehandling

Behandlingsmål bør settes av pasienten/brukeren i samråd med behandlere tidlig i behandling- og oppfølgingsforløpet og evalueres jevnlig.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Den vesentligste premissleverandøren for behandlingsmålene er pasienten selv.

Behandlingsmålene vil variere betydelig mellom ulike pasienter, men behandlingsmål knyttet til selve rusmiddelbruken vil alltid være sentralt. Videre vil behandlingsmål eller delmål knyttet til bakenforliggende problematikk og livssituasjon forøvrig være viktig.

Behandlingsmålene utformes og konkretiseres i samarbeid mellom pasient og behandler. Eksempler på mål tilknyttet rusmiddelbruk kan være:

- totalavhold
- kontrollert bruk
- substitusjonsbehandling
- redusert bruk

I noen tilfeller vil det være behov for hjelp gjennom en krisesituasjon som er behandlingsmålet. Behandlingsmålene kan endres over tid og det er viktig å evaluere slik at nødvendige endringer kan gjøres når vilkårene for pasienten endrer seg. Behandlingsmålene skal konkretiseres i [individuell plan](#) og i behandlingsplanen.

## Referanser

- [17] Duncan, BL, Scott DM, Bruce EW, Mark AH (red.) (2010) The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy. Second edition. Washington: American Psychological Association
- [18] McKay JR (2009) Treating substance use disorders with adaptive continuing care. Washington, D.C.: American Psychological Association

## 2.6 Behandlingsvarighet i rusbehandling

Behandlings- og oppfølgingens varighet bør tilpasses den enkeltes behov.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Den samlede behandlingsvarigheten må tilpasses den enkeltes behov og vil kunne være flere år for personer med de mest omfattende avhengighetsproblemene. Det betyr ikke årelange opphold i døgnbehandlingsinstitusjoner, men tilpassede behandlingsformer.

For mange vil en veksling mellom bruk av poliklinikk, bruk av dag- og døgnbehandling samt oppfølging i



kommunen være aktuelt.

Avtalte reinnleggelse eller brukerstyrte innleggelse kan være aktuelt ved behov for døgnbehandling.

## Referanser

- [9] Kelly JF, White WL (2011) Addiction Recovery Management – Theory, Research and Practice
- [10] Lie T, Nesvåg S (2006) Evaluering av rusreformen. IRIS-rapport 227/2006
- [11] Nesvåg S, Aakerholdt A (2012) Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering. Grunnlagsrapport til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken Tilgjengelig fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%C3%B8p%20og%20kunnskapsoppsummering>
- [12] West R (2006) Theory of Addiction. London: Blackwell Publishing

## 2.7 Kriseplan i rusbehandling

Kriseplan bør lages tidlig i behandlingsforløpet i samarbeid mellom pasient/bruker og behandler.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

En kriseplan for pasienten bør være en del av behandlingsplanen ved ethvert behandlingsforløp. Pasientens/brukerens egen medvirkning til utarbeidelse av kriseplanen er helt sentral for at den skal bli et effektivt redskap.

Kriseplanen bør settes i verk i situasjoner når risikoen for tiltagende bruk av rusmidler har økt eller når risikoen for ulike typer helseskader er stor.

### Praktisk

Verktøy:

- [Forslag til mal for kriseplan \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Kriseplan-app til iPhone og Android: Min plan \(helsebiblioteket.no\)](#)

### Referanser

- [19] Bateman A, Krawitz R (2013) Borderline personality disorder: An evidence - based guide for generalist mental health professionals. Oxford, UK: University Press

## 2.8 Bedringsmål for evaluering av rusbehandling

Det bør jevnlig fastsettes konkrete bedringsmål som grunnlag for løpende evaluering av behandlingen/oppfølgingen.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammenheng

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Anbefalingen handler om:

1. Pasientens progresjon i behandling
2. Behandler og tiltak tilbyr individuelt tilpasset og treffsikker behandlingsinnsats

I tillegg til den evalueringen som er foretatt av pasienten selv, bør den enkelte pasients progresjon i behandling evalueres fortløpende av behandler.

I evalueringen skal det alltid fokuseres på behandlingens kvalitet og hvorvidt den er tilpasset pasientens ønsker og behov. Evalueringen skal se på:

- om pasienten oppnår endring i bruk av rusmidler
- mestring av risikosituasjoner uten bruk av rusmidler
- positive endringer i pasientens liv forøvrig

Konklusjonen etter evaluering skal gjenspeiles i opprettholdelse, justering eller avslutning av behandlingsplanen.

### Referanser

- [2] Danielsen K, Garratt A, Kornør H (2007) Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleinstrumenter. Notat, Kunnskapsenteret
- [17] Duncan, BL, Scott DM, Bruce EW, Mark AH (red.) (2010) The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy. Second edition. Washington: American Psychological Association
- [20] Dahle K, Iversen H (2011) Utvikling av metode for å måle pasienterfaringer med døgnopphold

innen spesialisert tverrfaglig rusbehandling. Brukererfæringsundersøkelse, PasOpp-rapport nr. 01 – 2011

## 2.9 Avslutning av rusbehandling

Avslutning av behandling bør være planlagt og skje i samarbeid mellom pasient/bruker, behandler og samarbeidspartnere.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Den optimale behandlingsslutt er planlagt og i enighet mellom pasient/bruker, behandler og samarbeidspartnere og er nedfelt i behandlingsplan.

Behandlingen bør avsluttes fortrinnsvis etter pasientens/brukerens eget ønske med mindre vedkommende mottar behandling med bakgrunn i helse- og omsorgstjenesteloven §§10-2 og 10-3 (tilbakehold).

Hvis partene vurderer en forlengelse av behandlingstiden utover avtalt forløp bør dette tas opp under evaluering av behandlingsplan og i god tid før avtalt avslutning.

Ved avslutning av behandling uten pasientens/brukerens medvirkning eller enighet skal pasienten/brukeren informeres om mulighet for å klage og tilbys bistand til å påklage avgjørelsen. Det bør informeres om [Pasient- og brukerombudet \(helsenorge.no\)](http://helsenorge.no) i fylket og hva de kan bistå med når pasienten/brukeren ønsker å klage på utskrivningen. Pasienten/brukeren kan be om at avgjørelsen om utskrivning gis oppsettende virkning inntil klagesaken er avsluttet.

Det skal være etablert gode overføringsprosedyrer i tråd med [pasient og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](http://lovdata.no)

Behandlingen bør evalueres av pasienten/brukeren ved avslutning, uavhengig av om den er planlagt eller ikke. Utgangspunktet bør være behandlingsplanen og målene med behandlingen.

### Opplysningsplikt til barneverntjenesten:

- For ungdom under 18 år må det ved ikke-planlagt avslutning vurderes om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten etter [helsepersonelloven § 33 \(lovdata.no\)](http://lovdata.no). Dette er særlig relevant om pasienten/brukeren ikke er kjent for barneverntjenesten fra før.
- Opplysningsplikten må også vurderes for ungdom mellom 18-23 år som mottar barneverntjenester

eller mottok dette i forkant av behandlingsstart.

## 2.10 Dokumentering og evaluering av rusbehandling

Alle tjenestesteder bør dokumentere og evaluere egne behandlingsresultater.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Pasientene skal være trygge på at behandlingen er effektiv, individuelt tilpasset og ikke skadelig.

Det er avgjørende for et godt pasientforløp å ha et kontinuerlig fokus på hvordan tjenestene virker og betydningen de har for pasientens behov og muligheter. Det er derfor nødvendig at tjenestestedene kan dokumentere resultater og effekt av behandlingen de tilbyr. Dette bør være forankret i virksomhetenes systemer for internkontroll og øvrig oppfølging av tjenestetilbudet.

På systemnivå stiller forskrift av [17 januar 2013 om internkontroll \(lovdata.no\)](#) i helse- og omsorgstjenestene krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.

### Referanser

- [21] Schaub MP, Uchtenhagen A (2013) Building a European Consensus on Minimum Quality Standards for Drug Treatment, Rehabilitation and Harm Reduction. European Addiction Research. Vol. 19, No. 6, 314-324 (DOI:10.1159/000350740)

## 3 Kartlegging og utredning i rusbehandling

### 3.1 Kartlegging av bruk av rusmidler

Ved oppstart av behandling bør rusmiddelbrukens omfang og funksjon kartlegges og danne grunnlag for videre utredning.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

Rusmiddelbrukens alvorlighetsgrad, omfang, oppstart og funksjon er avgjørende for utarbeidelse av behandlingsplan for den enkelte pasient. Denne kartleggingen legger grunnlag for arbeid med:

- motivasjon
- endring
- forebygging av dropout/tilbakefall

## Praktisk

Rusmiddelbrukens omfang kan kartlegges ved hjelp av for eksempel:

- [AUDIT \(snakkomrus.no\)](http://snakkomrus.no)
- [DUDIT \(snakkomrus.no\)](http://snakkomrus.no)
- [EuropASI / EuroADAD \(rop.no\)](http://rop.no)

Rusmiddelbrukens funksjoner kan kartlegges ved hjelp av samtaler og eventuelt standardiserte verktøy som:

- [DUDIT-E \(snakkomrus.no\)](http://snakkomrus.no)
- [Alcohol-E \(snakkomrus.no\)](http://snakkomrus.no)

Se også informasjon om [rettslige sider ved bruk av verktøy](#).

## Referanser

- [22] Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>

## 3.2 Risiko for avbrudd i rusbehandling

Det anbefales at risiko for behandlingsavbrudd og tiltak for å forebygge kartlegges tidlig i behandlingsforløpet.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet medfører stor risiko for avbrudd i behandling, såkalt «drop out». Rusmiddelproblematikkens natur, grad av samtidig psykisk/somatisk lidelse og bakgrunnsvariabler som tilhørighet/lite rusmiddelfritt nettverk og ustabil sosial situasjon gjør pasientgruppen spesielt sårbar for å avbryte behandling.

Ung alder, kognitiv svikt, bruk av tyngre narkotiske stoff, varierende motivasjon for atferdsendring og svak behandlingsallianse er andre risikofaktorer for avbrudd.

Ved fare for brudd i behandlingsforløpet kan det være hensiktsmessig å endre behandlingsplanen. Mer egnede tiltak tilpasset situasjonen der og da iverksettes. Aktuelle tiltak bør være avtalt med pasienten på forhånd og tiltakene bør dokumenteres.

Ved midlertidig overføring til andre deler av spesialisthelsetjenesten, eller om pasienten blir fengslet, skal kontakten intensiveres dersom pasienten ønsker det.

Se [anbefaling om manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd](#).

Se også prosjektet [«Hindre drop-out fra rusbehandling» \(oslo-universitetssykehus.no\)](http://oslo-universitetssykehus.no)

## Referanser

- [10] Lie T, Nesvåg S (2006) Evaluering av rusreformen. IRIS-rapport 227/2006
- [23] Nordfjærn T (2011) Relapse patterns among patients with substance use disorders. Journal of Substance Use. Volume 16, Issue 4, pages 313-329. DOI:10.3109/14659890903580482
- [16] Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clinical Psychology Review, 33: 1010–1024

## 3.3 Helhetlig tilnærming i rusbehandling

Kartlegging og utredning bør omfatte psykisk helse, kognisjon, somatisk helse – inkludert tannhelse og ernæring – samt sosial situasjon og fungering og danne grunnlag for en behandlingsplan.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### **Intervensjon**

NOTSET!

### **Komparator**

NOTSET!

## **Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## **Begrunnelse**

En helhetlig tilnærming baseres på kartlegging av ulike relevante områder som danner grunnlaget for videre utredning og behandlingsprosess. Kommunen har et selvstendig ansvar for å kartlegge i tråd med anbefalingene i [ROP-retningslinjen kapittel 8.3](#). Ansvaret fremgår også av [samhandlingsreformen \(regjeringen.no\)](#). Kartlegging i spesialisthelsetjenesten skal bygge på og utfylle kartleggingen i kommunen. Pasientens hjelpebehov og endringsmuligheter vurderes ut fra faktorer hos pasienten, i hjelpeapparat, arbeidsliv, skole, nærmiljø, familie og øvrige sosiale nettverk. Hos mange pasienter er det en betydningsfull sammenheng mellom deres rusmiddelproblematikk og andre lidelser og belastninger i livet. Derfor bør det sjekkes ut om pasienten har andre behandlingstrengende problemer og i så tilfelle om disse kan påvirke behandlingen av rusmiddelproblemene. Det bør, etter pasientens samtykke, etterstrebes samarbeid med pårørende og relevante samarbeidspartnere i denne prosessen (komparentopplysninger).

## **Psykisk helse**

Kartlegging av psykisk helse er essensielt da psykiske problemer kan gi redusert effekt av rusbehandling eller medføre feilbehandling. Dette gjelder spesielt traumelidelser, psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser [jf. anbefaling 17 i ROP-retningslinjen](#). For bruk av ulike verktøy for kartlegging og utredning av psykiske problemer vises til [ROP-retningslinjen kapittel 6.13](#). I tilfeller hvor det foreligger samtidig alvorlig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser vil det være nødvendig med fokus på begge deler samtidig [jf. ROP-retningslinjen kapittel 6](#). Der en person med problematisk rusmiddelbruk ikke har en kjent psykisk lidelse, bør likevel mulig sammenheng utforskes.

## **Kognisjon**

Kognisjon er et annet sentralt kartleggingsområde som har stor betydning for behandlingstilnærmingen. Misforhold mellom pasientens kognitive funksjon og kravene i behandlingen kan gi økt risiko for behandlingsavbrudd. Svekket kognitiv funksjon kan enten være permanent eller oppstå midlertidig på grunn av emosjonelle påkjenninger, rusmiddelbruk eller akutte hendelser.

## **Somatisk helse**

Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet er forbundet med svekket somatisk helsetilstand, inkludert dårlig tannhelse og feil eller mangelfull ernæring. Somatiske plager kan hindre effektiv behandling for rusmiddelproblemene og må derfor diagnostiseres og behandles. Den somatiske helsetilstanden kan for noen forbedres som direkte følge av avhold eller redusert rusmiddelbruk, mens det for mange vil være behov for behandling. Fastlegene har her en viktig oppgave ved å sørge for nødvendig primærmedisinsk utredning. Det bør foretas generell helsesjekk som blant annet omfatter infeksjonssykdommer (hepatitt A, B, C, HIV) og hjerte/karsykdommer. Videre bør det kartlegges allergier, bruk av legemidler, tidligere blødninger i mage/tarmkanalen, graviditet, pågående infeksjoner og tidligere sykehusinnleggelses. Dersom pasienten har brukt eller bruker anabole androgene steroider bør hormonanalyser rekvireres.

Tannhelse er et annet viktig område å kartlegge. Infeksjoner i munnhulen påvirker generell helse. Dårlig tannhelse kan skyldes kombinasjon av dårlig ernæring og munnhygiene, dessuten kan skadelige virkninger av rusmidler innvirke [se også anbefaling 22 i Rop-retningslinjen](#). Så tidlig som mulig bør derfor behovet for tannlegetjenester vurderes blant annet for å forebygge unødige smertetilstander og potensielt behandlingsavbrudd. Tannhelsetjenester er i dag for de fleste i målgruppen vederlagsfritt etter 3 måneder i behandling.

Kosthold og ernæringsstatus vil variere, men blir ofte sterkt påvirket av langvarig inntak av rusmidler. Dette avhenger igjen av hvilke rusmidler personen har brukt og om det er andre helseproblemer i tillegg. I [kosthåndboken s.232](#) finnes praktiske råd og eksempel på spørsmål som kan inngå i en kartlegging, og forslag til tiltak for å bedre den ernæringsmessige status hos pasienter med rusmiddelproblemer.

## Sosiale forhold

Sosiale forhold bør kartlegges og legge grunnlag for tydelige mål. Sosiale forhold omfatter blant annet familie, nettverk, bolig, arbeid/utdanning, økonomi og eventuelt kriminalitet. Det bør tas i bruk standardiserte verktøy, som for eksempel EuropASI (EuroADAD for ungdom) [jf.ROP retningslinje anb.23](#). I tillegg bør det vurderes behov for kartlegging av ADL-ferdigheter (Aid to Daily Living). Det er lovpålagt å avklare om pasienten har barn og sørge for, med foreldrenes samtykke, at disse barna får informasjon om foreldrenes situasjon og nødvendig oppfølging. [Se prosedyre Barn som pårørende](#).

## Brukerperspektivet ved bruk av kartleggingsverktøy

Bruken av kartleggingsverktøy er omfattende både i skolevesen, barnevern og mange deler av helsetjenesten. Brukere kan ha blitt utsatt for ulike kartleggingsverktøy på en måte som har medført negative erfaringer både med verktøyet og måten resultatene er brukt på. Det er viktig at pasientene er kjent med innholdet i testene og at formålet for kartleggingen er i samsvar med pasientens ønsker og behov.

## Referanser

- [22] Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- [24] Helsedirektoratet Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) 2012 Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- [25] Hole R (2014) Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget
- [26] Miller P (red.) (2009): Evidence-based addiction treatment. (Del 2: Clinical assessment and treatment monitoring). Academic Press/Elsevier
- [27] Samet S, Waxman R, Hatzenbuehler M, Hasin DS (2007) Assessing Addiction: Concepts and Instruments. Addict Sci Clin Pract. Dec; 4(1): 19–31 Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797097/>

## 3.4 Utredningsplan i rusbehandling

Det foreslås at det lages en egen utredningsplan når omfattende utredningsarbeid igangsettes.

### Begrunnelse



**Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

**Begrunnelse**

Et omfattende utredningsarbeid er i mange tilfeller både ressurs- og tidkrevende. For å sikre at arbeidet gjøres systematisk og forutsigbart er det hensiktsmessig å utarbeide en egen utredningsplan.

Utredningsplanen kan inngå som en del av en større individuell plan og omhandle:

- hva som skal inngå i utredningen
- tidspunkt
- tester
- observasjoner
- innhenting av opplysninger
- fremdrift
- involverte

**Referanser**

- [28] Lossius K (red.) (2012) Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Gyldendal

### 3.5 Differensialdiagnostisering i rusbehandling

Differensialdiagnostisering bør være basert på samtaler, anamnese, resultater fra standardiserte intervju og tester, observasjoner av atferd og klinisk tverrfaglig vurdering.

**Begrunnelse****Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

En god differensialdiagnostisering krever at pasientens totale somatiske og psykiske helsetilstand er kartlagt. I de tilfeller pasienten fyller kriterier for flere diagnoser samtidig, skal aktuelle tilstander vurderes opp mot hverandre for å sjekke ut overlapping. Konklusjonen baseres aldri kun på innfrielse av diagnostiske kriterier, men på flere informasjonskilder deriblant komparentopplysninger.

En presis diagnose kan ha betydning for valg av behandlingstilbud. I tillegg ligger diagnoser til grunn for forskning, system- og fagutvikling og pasientens eventuelle trygderettigheter.

En diagnose kan både være stigmatiserende og forløsende for pasient og pårørende. Fordi en diagnose også kan virke negativt for pasienten, er det svært viktig at pasienten selv ønsker en differensialdiagnostisk vurdering, og er kjent med mulige konsekvenser av denne. Det er også viktig å være oppmerksom på at symptomer vil kunne endres over tid, og at pasienten ikke nødvendigvis får en diagnose som vil vare livet ut.

Det er viktig å være oppmerksom på at pasienten kan være preget av rusmiddelbruken, abstinenser og senvirkninger noe som tilsier at det er viktig å vurdere egnet tidspunkt for å stille diagnose med unntak av selve rusdiagnosen og en del somatiske tilstander.

Pasienter med stor grad av samsykelighet blir ofte gjengangere i tverrfaglig spesialisert behandling så vel som i andre behandlingssystemer, NAV, og tiltak rettet mot skole og jobb. I mange tilfeller har tilstandene deres blitt sett og forsøkt behandlet uavhengig av hverandre eller en av tilstandene har fått alt fokus slik at andre tilstander har blitt bagatellisert, eller i verste fall oversett. En årsak kan være manglende kunnskap om pasientens bakenforliggende eller sammenfallende lidelser, noe som kan ha medført at tiltakene har vært for lite individtilpasset. [Det vises til ROP-retningslinjen for å imøtekomme disse pasientenes behandlingsbehov.](#)

## Referanser

- [28] Lossius K (red.) (2012) Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Gyldendal

# 4 Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling

## 4.1 Miljøterapi (rusbehandling)

Miljøterapiens arbeidsmåte og teoretiske forankring bør nedfelles i tjenestestedets planverk og prosedyrer.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har i noen grad sett på forskning, men ikke oppsummert den samlede forskningen på dette området.

I litteraturen finnes minst fire miljøterapeutiske retninger; den humanistisk og demokratisk orienterte, psykodynamisk, medisinsk-psykiatrisk og behavioristisk og kognitive. En rendyrket modell og tilnærming brukes kun unntaksvis i rusinstitusjoner i Norge i dag, og elementer fra ulike tilnærminger er vanlig. I Norge benyttes ofte Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser til å avgrense og strukturere en metodisk tilnærming gjennom miljøet (Gundersen J. 78).

En kunnskapsoppsummering fra psykisk helse - feltet som Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) ga ut i 2013 viser til at det i en litteraturgjennomgang fra 2010 forelå lite forskningsbasert kunnskap på miljøterapiens innhold og nytteverdi, og det er et stort behov for forskning på dette feltet.

[Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\) har oppsummert kognitiv miljøterapi \(napha.no, PDF\)](#) . Seks kvantitative og en kvalitativ studie ble vurdert med moderat/god kvalitet. Ingen av disse var randomiserte kontrollerte studier eller inneholdt metaanalyser, men beskrev praktiske erfaringer med kognitiv miljøterapi. Flere av enkeltstudiene er gjennomført for å måle effekt av kognitiv miljøterapi, men det var i denne gjennomgangen ingen oppsummerende studier av effekt. Noen av studiene antyder en effekt på funksjon (GAF) og livskvalitet, reduksjon i grad av sykkelighet, økt funksjon, bedring i angstnivå, depressive symptomer og selvfølelse etter behandlingen. Studiene ble i all hovedsak gjennomført innenfor psykisk helsevern.

## Begrunnelse

I de fleste døgninstitusjoner ligger miljøterapeutiske prinsipper til grunn for den daglige oppfølgingen av pasientene.

Miljøterapi er et arbeid som utspiller seg i møter mellom mennesker, hvor både menneskenes styrke og muligheter, så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre, spiller seg ut. Miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens ståsted og dennes ressurser, og miljøterapeuten benytter samspillet mellom bruker, seg selv, og de omkringliggende omgivelser på en rekke ulike arenaer både i og utenfor institusjonen. Å kunne fylle rollen som miljøterapeut forutsetter kunnskap om holdninger og verdier, og mulighetene for ulike tilnærminger er mange.

Miljøterapiens nære forbindelse med institusjonens og pasientgruppens dagligliv kan føre til at viktige læringspunkter ikke dokumenteres og at arbeidet ikke synliggjøres i tjenestestedets kvalitetsmålingssystemer. Faktorer som fremmer implementering av miljøterapi er:

- opplæring og påfølgende veiledning av personalet
- gradvis innføring
- god planlegging og organisering
- utarbeidelse av skjemaer
- pasientinformasjon
- tilpasning til pasientens behov

Det anbefales å forankre den valgte miljøterapiens arbeidsmåte og grunnlaget for denne i tjenestestedets planverk og prosedyrer.

## Referanser

- [36] Føyn P, Shaygani S (2010) Psykodynamisk behandling av ruslidelser. Oslo: Universitetsforlaget
- [37] Larsen E (2015) Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- [38] Skårderud F, Sommerfeldt B (2013) Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Akademisk
- [39] Solbjør M, Kleiven HH (2013) Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr 3/2013 Tilgjengelig fra <http://www.napha.no/multimedia/3775/NAPHA-Rapport-Kognitiv-7k.pdf>
- [40] Gundersen JG (1978) Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. Psychiatry, 41(4), 327-335

## 4.2 Motiverende intervju (MI) (rusbehandling)

Motiverende intervju anbefales som metode i samtale med pasienter/brukere med rusmiddelproblemer.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

[Motiverende intervju \(MI\)](#) ble i utgangspunktet utviklet for å behandle personer med alkoholproblemer. I dag benyttes samtalemetoden generelt i behandling som gjelder livsrelaterte faktorer innen helsevesenet, kriminalomsorgen, sosialtjenesten med flere. MI er en målrettet og brukersentrert samtalemetode for å motivere til endring gjennom å utforske og løse ambivalens.

Bruk av MI øker pasientens mulighet til å starte, bli værende og fullføre behandling, samt følge opp egne målsetninger og redusere problematferd. Effekten av behandling blir mer stabil og langvarig når MI kombineres med annen aktiv behandling og andre behandlingsmetoder. Metoden kan brukes i alle deler av behandlingstilbudet. Se også egen anbefaling i [ROP 7.5.1 nr. 49 \(helsebiblioteket.no\)](#)

### Praktisk

ROP kompetansetjenesten har utviklet et samtalehus hvor du kan lære mer om [motiverende intervju \(snakkomrus.no\)](#)

Se også gode tips om [samtaleteknikk i rusarbeid \(kommunetorget.no\)](#)

### Referanser

- [22] Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- [41] Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL (2010) A Meta-analysis of Motivational Interviewing: Twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice March, vol. 20 no. 2 p 137-160
- [42] Rollnick S, Miller WR, Butler CC (2008) Motivational Interviewing in health care. Helping patients change behaviour. London/New York The Guilford Press
- [43] Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD008063. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2 Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/motiverende-intervju-kan-vaere-en-rask-og-effektiv-rusbehandling>

### 4.3 Kognitiv atferdsterapi (rusbehandling)

Kognitiv atferdsterapi anbefales som behandlingstilnærming.

#### Begrunnelse

##### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

##### Intervensjon

NOTSET!

##### Komparator

NOTSET!

#### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

#### Begrunnelse

Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet for ulike psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser, men anses nå også som en kunnskapsbasert behandlingstilnærming for rusrelaterte lidelser.

Kognitiv atferdsterapi (KAT-CBT) anvendes ofte for pasienter/brukere som har en kombinasjon av rusmiddelproblem og psykiske lidelser.

Kognitiv tilnærming har som utgangspunkt at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering. Det legges vekt på normalisering av symptomene pasienten opplever, med utgangspunkt i [oppdatert psykologisk forskning på området \(Norsk forening for kognitiv terapi\)](#).

Kognitiv terapi er en metode som kan benyttes i:

- individuell terapi
- gruppeterapi
- miljøterapi

Metoden er strukturert, psykoedukativ og tidsbegrenset.

## Referanser

- [28] Lossius K (red.) (2012) Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Gyldendal
- [47] Brumoen H (2000) Bygging av mestringstillit. En metodebok i mestring av rusproblemer, Oslo: Gyldendal
- [48] Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA (2011) Relapse prevention for addictive behaviors. Review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 20116:17 DOI: 10.1186/1747-597X-6-17 Tilgjengelig fra <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-17>
- [49] McHugh RK, Hearon BA, Otto MW (2010) Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010 Sep; 33(3): 511–525. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012 Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2897895/>

## 4.4 Mentaliseringsbasert terapi (MTB) (rusbehandling)

Det foreslås å benytte mentaliseringsbasert terapi for pasienter/brukere med samtidige rus- og relasjonelle vansker.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) har vist gode resultater for personer med alvorlige psykiske lidelser, spesielt personlighetsforstyrrelser. Tilnærmingen benyttes i økende grad i rusfeltet med utgangspunkt i at mange pasienter har tilknytnings- og relasjonelle problemer.

Pasienten/brukeren får hjelp til å se på ulike fortolkninger og ulike forståelser av hendelser og situasjoner i personens liv. Både stabilisering av rusfrihet og bedre håndtering av personlige og relasjonelle vansker vil være sentrale fokus.

En mentaliseringsbasert tilnærming kan benyttes i:

- individuell terapi
- gruppeterapi
- parterapi

- familierterapi
- miljøterapi

## Referanser

- [28] Lossius K (red.) (2012) Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Gyldendal
- [38] Skårderud F, Sommerfeldt B (2013) Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Akademisk
- [50] Bateman AW, Fonagy P (red.) (2012). Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing

## 4.5 Systematisk fysisk aktivitet og treningskontakt (rusbehandling)

Det forslås bruk av systematisk fysisk aktivitet som del av rusbehandling.

Pasienter/brukere med ønske og behov for treningskontakt kan tilbys dette.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Systematisk (organisert) fysisk trening

#### Komparator

Vanlig behandling

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmål) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 159 referanser ble identifisert. Én studie ble vurdert til å være relevant. Dette var en oversiktsstudie, men ettersom den ikke rapporterte noen resultater i tall kunne den ikke graderes.

Oversiktsstudien (Zschucke) er fra 2012 og inkluderer primærstudier fra 1970 til 2011. I tekst, men ikke tall, oppsummeres effekter av trening og fysisk aktivitet på ruslidelser (tobakk, alkohol, narkotika).

Ni studier inkluderer utvalg med alkoholproblemer (kun én RCT) der utvalgsstørrelsen varierte fra 19 til 214 (totalt 687). Intervensjonen med fysisk aktivitet varte fra fire uker til fire måneder. Effektene som ble målt var avhold fra alkohol, tilbakefall, samt generell fysisk helsetilstand. (Effektstørrelser er ikke rapportert ettersom det nesten ikke er kontrollgruppestudier.) Zschucke oppsummerer at vi kun har begrenset evidens for effekt på alkoholproblemer.

Åtte studier inkluderer utvalg med narkotikabruk (ingen RCT) der utvalgsstørrelsen varierte fra 12 til 218 (totalt 509). Intervensjonen med fysisk aktivitet varte fra to uker til seks måneder. Det synes å være en uspesifisert nytte, betinget av en viss intensitet og varighet på treningen. På grunn av store metodiske begrensinger kan bare forsiktige konklusjoner antydes, i følge Zschucke (2012).

Studien oppsummerer mulige mekanismer eller årsaker til at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere rusmiddelproblemer: blant annet at det reduserer akutt sug; gir alternative indre belønningsstimuli; virker humørregulerende; reduserer angst depresjon og stress; er sosialt; og gir mestring og økt tro på egne krefter.

## Begrunnelse

### Fysisk aktivitet

Dersom fysisk aktivitet/treningsterapi ønskes som en del av behandlingen, bør behovet imøtekommes. Vitenskapelig dokumentasjon av fysisk aktivitet som treningsterapi og selvstendig behandlingsmetode rettet mot skadelig bruk og rusmiddelavhengighet er begrenset. Personer med skadelig bruk og rusmiddelavhengighet har høyere risiko for å få fysiske helseproblemer.

Helsedirektoratet har utgitt [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#) for å øke bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling av ulike lidelser, der iblant rusmiddelavhengighet. Systematisk bruk av fysisk aktivitet og trening kan muligens redusere rusmiddelbruk og forebygge tilbakefall. Tilnærmingen er spesielt effektiv for lidelse som angst og depresjon.

Ved bruk av fysisk aktivitet som metodisk tilnærming bør metoden brukes jevnlig og over tid, og være en del av pasientens/brukerens behandlingsplan. Det bør benyttes aktiviteter som pasienten/brukeren trives med, og som det er mulig å følge opp i sitt lokalmiljø etter avsluttet behandling. Det skal foreligge medisinsk og psykologisk vurdering av kontraindikasjoner og risiko i forkant av systematisk bruk av fysisk aktivitet for å kunne tilrettelegge for tilpasset tilnærming.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

### Treningskontakt

Bruk av treningskontakt kan med fordel starte før avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre behov for treningskontakt etter behandling bør vurderes og legges inn som del av individuell plan.

Treningskontakt er et tilbud om oppfølging av fysisk aktivitet/trening for pasienter med behov for dette i hverdagen og tilbudet bør utføres av opplært personale (treningskontakt). Det kan også benyttes spesielt tilrettelagte treningstilbud som «aktiv på dagtid» og andre.

Se også [Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)

## Referanser

- [51] Zschucke, E., Heinz & Ströhle, A Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. Review article The Scientific World Journal 2012

## 4.6 Musikkterapi (rusbehandling)

Det foreslås at det tilrettelegges for bruk av musikkterapi til pasienter/brukere som ønsker dette. Musikkterapi vil være relevant i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i kriminalomsorg og i kommunale tjenester.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!



## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet, men følgende er vurdert ;

Det er sparsomt med vitenskapelig dokumentasjon for musikkterapi som en del av rusbehandling, men en stor del av pasientene innen rusbehandling har psykiske lidelser i tillegg. Musikkterapi har dokumentert effekt for å redusere symptomer ved psykiske lidelser. I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykose får musikkterapi en sterk anbefaling. Sannsynligheten for god effekt også for pasienter med skadelig bruk og rusmiddelavhengighet vurderes å være til stede.

Forskere ved Griegakademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) ved Universitetet i Bergen i samarbeid med Uni Research oppsummerer pr. 2016 den samlede forskningen på effekt ved bruk av musikkterapi. I en foreløpig oversikt er 17 relevante kvantitative studier identifisert, derav 11 kontrollerte studier med til sammen 863 deltakere. Foreløpige statistiske analyser av effekter på psykologiske symptomer (som depresjon, angst, aggresjon og stress) indikerer signifikante effekter med moderat til stor effektstørrelse (upubliserte data).

## Begrunnelse

Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og pasient. Musikk kan skape gode muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk, og for å arbeide med sosial angst, motivasjon, selvforståelse, rusfrihet og annen personlig vekst. Mestringsopplevelser er sentrale i musikkterapien, og kvalitativ forskning viser at med god tilrettelegging og oppfølging kan mange brukere ta musikken med seg ut av terapirommet og inn som en mestringsressurs i hverdagslivet.

Musikkterapi kan foregå i både kommunen, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Den kan være en del av et individuelt forløp, og som tiltak i gruppeterapi eller i åpne grupper. Terapien må utføres av personer med godkjent utdanning innen musikkterapi.

## Referanser

- [56] Aldridge D, Fachner J (red.) (2010). Music Therapy and Addiction. London: Jessica Kingsley
- [57] Dale R, Kielland T, Trondalen G, Stige B (2015) Musikkterapi, rus og psykisk helse – brukererfaringer. Rusfag nr 2 Tilgjengelig fra <http://kompetansesenterrus.no/file/art-6.pdf>
- [58] Kielland T (2015) Musikkterapi i kommunalt rusarbeid. Rapport. Lillehammer: Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus – region øst
- [59] Mays KL, Clark DL, Gordon AJ (2008) Treating Addiction with Tunes: A Systematic Review of Music Therapy for the Treatment of Patients with Addictions. Substance Abuse, 29(4), s. 51-59. doi: 10.1080/08897070802418485

## 4.7 12-trinns rusbehandling

Pasienter / brukere kan tilbys 12-trinnsbehandling.

## Begrunnelse

**Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har i noen grad sett på forskning, men ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

Kunnskapsgrunnlaget under [anbefaling om selvhjelpsgrupper](#) vil være relevant.

**Begrunnelse**

12-trinnsbehandling er en metode spesifikt innrettet mot endring av rusatferden, samtidig som den også ivaretar familieperspektivet gjennom et psykoedukativt familieprogram.

Døgnbehandling er vanligst og varer fra 4 – 8 uker, med påfølgende deltakelse i polikliniske ettervernsgrupper, vanligvis i ett år. Målsettingen for behandlingen er rusfrihet og forbedret livskvalitet for pasient/bruker og familie.

12-trinns behandling skiller seg noe fra annen behandling i det den drar brukererfaring inn i behandlingen ved å benytte seg av filosofien fra 12- trinnsgruppene som et tillegg til nevrobiologiske og psykososiale perspektiver på rusmiddelavhengighet. Pasienter/brukere med egen erfaring er med i det tverrfaglige teamet. Hovedvekt i behandlingen legges på gruppeterapien. Samtaler med etisk rådgiver er også vektlagt, likeså familieperspektivet.

Pasientene/brukerne kan anbefales og motiveres for å benytte selvhjelpsgrupper ([Anonyme Alkoholikere \(AA\)](#) og [NA \(nanorge.no\)](#) etter fullført behandling der en slik tilnærming passer pasienten/brukeren.

**Referanser**

- [28] Lossius K (red.) (2012) Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Gyldendal
- [44] Bergmark KH (1999) AA og 12-trinnsbehandling. Rus & Avhengighet. Nr 1. Tilgjengelig fra <https://www.idunn.no/file/ci/2824254/rus>
- [45] Chappel JN, DuPont RL (1999) Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. Psychiatric Clinics of North America. Volume 22, Issue 2, Pages 425–446. doi:10.1016/S0193-953X(05)70085-X
- [46] Detar DT (2011) Alcoholics Anonymous and Other Twelve-Step Programs in Recovery. Primary Care: Clinics in Office Practice. Volume 38, Issue 1, Pages 143–148. doi:10.1016/j.pop.2010.12.002

**4.8 Mindfulness i rusbehandling**

Det foreslås at mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) og mindfulness-basert tilbakefallsforebygging (MBRP) benyttes ved behov.

**Begrunnelse**

**Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har i noen grad sett på forskning, men ikke oppsummert den samlede forskningen på dette området.

Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) har i noen studier vist god effekt blant annet ved stressreduksjon og forebygging av tilbakefall av depresjon ved å lære pasienter/brukere hensiktsmessige selvhjelpsteknikker.

Mindfulness-basert tilbakefallsforebygging har i noen studier vist god effekt som tiltak ved tilbakefallsforebygging av rusepisoder.

**Begrunnelse**

Mange pasienter/brukere har problemer med å være tilstede i det som skjer her og nå. Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) er en metode som er utviklet for å hjelpe mennesker som lider av gjentatte depresjoner og kronisk nedstemthet. Metoden kombinerer kognitiv terapi med meditasjon og annen oppmerksomhetstrening.

[Mindfulness-basert tilbakefallsforebygging \(MBRP\) \(mindfulrp.com\)](http://mindfulrp.com) er en videreutvikling av metoden til å gjelde arbeid med tilbakefall til rusmidler spesielt.

Programmet er utviklet for å øke bevisstheten omkring triggere, destruktive faste mønstre og automatiske reaksjoner som kan styre våre liv, og mer av livet til en som er avhengig av rusmidler.

Mindfulness skal hjelpe med tilstedeværelse og ro, ta pause, observere erfaring her og nå, og henlede oppmerksomheten mot de valg en person har.

MBCT og MBRP brukes oftest i tillegg til annen tilnærming og kan gis både individuelt og i gruppe.

## 4.9 Legemidler som støttebehandling til alkoholavhengige

Legemidler foreslås brukt som støttebehandling til alkoholavhengige etter en grundig klinisk vurdering.

**Begrunnelse****Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

Farmakologisk behandling av alkoholavhengighet kombinert med ikke-medikamentelle tiltak

**Komparator**

Ikke-medikamentelle tiltak alene

## Sammendrag

Dette forskningsspørsmålet er besvart i engelsk retningslinje fra 2011 [Se National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\) \(nice.org.uk\)](http://www.nice.org.uk). Arbeidsgruppen vurderte derfor at det ikke skulle gjøres noen ytterligere litteratursøk fra Helsedirektoratet sin side.

## Begrunnelse

Hovedtyngden av behandling med legemidler er i avrusningsfasen. Se [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#). Legemidler brukt i legemiddellassistert rehabilitering er behandlet i [egen retningslinje \(LAR-retningslinjen\)](#). Legemidler som skal benyttes opp mot komorbide tilstander beskrives ikke her. Utover dette er det en del pasienter som har behov og nytte av støttebehandling med legemidler gjennom sitt behandlingsforløp. Det vises til [nasjonale faglige retningslinjer](#) og spesielt [nasjonal faglig veileder - vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet](#) som beskriver god praksis tilknyttet ulike tilstander. Støttebehandling med legemidler må brukes med varsomhet, og bivirkninger, interaksjoner og effekt må vurderes nøye.

Brukererfaring og klinisk erfaring tilsier at ikke-medikamentelle behandlingstiltak fortsatt er basis i behandlingen av alkoholproblemer. Legemidlene kommer som et tillegg.

Behandling med akamprosat, naltrekson og nalmefen har i de vitenskapelige oppsummeringene vist seg å øke andelen alkoholfrie dager og minske antall dager med høyt konsum. Legemidlene reduserer det totale alkoholforbruket, noe som kan sees på både som ønskelig og et steg på veien mot total alkoholfrihet. Enkelte studier antyder best resultat om legemidlet kombineres med utstrakte psykososiale tiltak, mens andre viser at kortvarige rådgivningssamtaler kan være like effektivt.

Andre legemidler, som antipsykotika, benzodiazepiner eller selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) er vanligvis ikke egnet som tilbakefallsforebyggende legemidler ved alkoholavhengighet.

### Engelske retningslinjer (NICE) gir følgende råd:

Medikamentell intervensjon for moderat og alvorlig alkoholavhengighet etter vellykket avvenning. Vurder å tilby pasienten:

- Akamprosat eller oral naltrekson kombinert med individuell psykologisk intervensjon (som rådgivning, kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi o.l.) med fokus på alkoholavhengigheten.
- Akamprosat eller oral naltrekson kombinert med kognitiv parterapi for pasienter som har ektefelle eller samboer som er villig til å delta i behandlingen.
- Disulfiram i kombinasjon med psykologisk intervensjon for pasienter som har totalavhold som mål, og som ikke har hatt nytte av akamprosat eller oral naltrekson, eller foretrekker disulfiram og forstår risikoen ved å ta legemiddelet.

[Se National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\) \(nice.org.uk\)](http://www.nice.org.uk)

## Referanser

- [52] National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. [CG115] Tilgjengelig fra <http://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-Guidance>
- [53] Jonas DE (2014) Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings. A Systematic Review and Meta-analysis Tilgjengelig fra <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1869208&tab=cme>

## 4.10 Nedtrapping av benzodiazepiner (rusbehandling)

Benzodiazepiner bør ikke bråseponeres etter lengre tids bruk. Det foreslås gradvis nedtrapping kombinert med støttesamtaler. Nedtrappingen bør vurderes ut fra varighet og omfang av avhengigheten.

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

## Begrunnelse

### Populasjon

Benzodiazepinavhengige pasienter

### Intervensjon

Kombinasjonen av medikamenter som demper legemiddelabstinensen sammen med gradvis nedtrapping av benzodiazepiner

### Komparator

Nedtrapping alene

## Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat / høyt

[Evidensprofiler: Benzodiazepiner \(PDF\)](#)

Med utgangspunkt i PICO (forsknings spørsmål) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 709 referanser ble identifisert. Én studie ble vurdert til å være relevant. Dette var en stor oversiktsstudie med metaanalyser.

Oversiktsartikkelen med metaanalyser, Parr (2009) ble gradert. Denne omfattet RCT-studier av behandling av benzodiazepinavhengighet i allmennpraksis og poliklinikk og flere sammenligninger ble gjort.

## Resultater

Kortidsintervensjon kom bedre ut enn «treatment as usual» (TAU) (OR= 4,37). Gradvis dosereduksjon ga bedre resultat enn TAU (OR=5,96). Psykologisk intervensjon i tillegg til gradvis dosereduksjon ga bedre resultat når det gjaldt benzodiazepinfrihet enn dosereduksjon alene, både ved avslutning (OR=1,82) og ved oppfølging (OR=1,88). Bruk av legemidler som demper legemiddelabstinensen sammen med gradvis nedtrapping ga litt bedre resultat enn nedtrapping alene (OR=1,30). Brå avslutning av benzodiazepiner kombinert med abstinensdempende medikasjon ga i en liten studie litt bedre resultat enn gradvis nedtrapping (OR=1,69).

## Konklusjon vitenskapelig kunnskapsoppsummering

Psykologisk intervensjon (støttesamtaler) kombinert med nedtrapping synes å være litt bedre enn nedtrapping alene.

Ellers går det fram at man har prøvd å redusere abstinenssymptomene ved nedtrapping ved å kombinere med forskjellige farmaka som beta-blokkere (propranolol), alfa 2-agonister som clonidin, antiepileptika som karbamazepin, valproat, pregabalin, antidepressiva osv.

Enkeltstudier angir signifikant noe bedret dempning av abstinenssymptomene ved bruk av karbamazepin, valproat, tramadol, melatonin, og paroksetin, sammenlignet med kun nedtrapping, men konklusjonen i metaanalysen er at dette fortsatt er uavklart.

Dokumentasjonen i Parrs oversiktsartikkel er vurdert til å ha middels til høy kvalitet, Vi har stor tillit til at effektestimaterne ligger nær den sanne effekten. Det er usannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimaterne

Vi mangler dokumentasjon når det gjelder behandling av blandingsavhengighet der benzodiazepiner er kombinert med alkohol, opiat og/eller illegale rusmidler. Kun et fåtall enkeltstudier foreligger.

## Erfaringsbasert kunnskap

Det aller meste av benzodiazepinforbruket i Norge er foreskrevet av fastleger. I mangel av god dokumentasjon for farmakologiske intervensjoner er budskapet:

- Gradvis nedtrapping kombinert med støttesamtaler, initiert av og styrt av fastlegen, er det mest effektive tiltaket vi har.
- God tilgang på behandling i spesialisthelsetjenesten (psykiatri og TSB) er viktig for å hjelpe pasienter med den vanskeligste problematikken enten poliklinisk eller ved innleggelse. Nedtrapping av benzo med 10-25 % per uke, synes å være standard. Etter avtale med pasienten kan nedtrappingen skje over lengre tid, men oftest ikke utover seks måneder.

## Begrunnelse

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
- 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.

God tilgang på behandling i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern og TSB) er viktig for å hjelpe pasienter med den vanskeligste problematikken enten poliklinisk eller ved innleggelse.

Hastighet og grad av dosereduksjon bør avtales i nært samarbeid med pasienten. Ofte anbefales nedtrapping av benzo med 10-25 % per uke og ikke utover seks måneder. Kliniske erfaringer viser imidlertid store individuelle forskjeller på hvor plagsomme abstinenser som oppstår, og pasienter som har stor medvirkning på sin egen nedtrapping opplever å kunne håndtere abstinensene bedre.

## Referanser

- [54] Parr JM,, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RMCD Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis *Addiction* 2009 104 1 13 24
- [55] Nilsen E et.al. (2007) Benzodiazepine treatment for drug-dependent subjects. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 06

## 4.11 Urinprøver og andre biologiske markører (rusbehandling)

Resultater fra urinprøver og andre biologiske markører kan benyttes som motiverende faktor til endring eller stabilisering.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

## Begrunnelse

I tillegg til å inngå i en generell helsesjekk som beskrevet under anbefaling om somatisk tilstand og kontroll med interaksjonseffekter mot andre legemidler kan resultatene fra slike prøver brukes terapeutisk.

Helsetilstanden vist gjennom objektive svar kan bevisstgjøre pasienten / brukeren, og åpne for gode samtaler rundt endring og bedring av livsområder. Det kan være svært motiverende i en behandlingssituasjon å måle progresjon vist ved bedring av objektive prøvesvar slik at pasienten/brukeren oppmuntres til videre mestring av ruskontroll/rusfrihet utfra objektive funn. Samtidig bør det også reflekteres over hvordan relasjonen til pasient/bruker blir påvirket av prøvesvarene. En terapeutisk ikkedømmende innfallsvinkel er nødvendig ved bruk av biologiske prøvesvar slik at ikke pasienten/brukeren opplever tilnærmingen konfronterende og integritetskrenkende.

Rusmiddeltesting kan som utgangspunkt kun utføres dersom den som avgir prøven, har samtykket. I tillegg finnes det enkelte lovhjemler for å avkreve rusmiddeltesting uten samtykke. Regler knyttet til avleggelse av rusmiddeltester finnes for eksempel i straffegjennomføringsloven, barnevernloven, psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Prøvetaking skal skje med respekt for prøvegivers integritet så langt dette er mulig. [Se prosedyre om krav knyttet til prosedyre ved rusmiddeltesting \(PDF\)](#)

## 4.12 Gruppe- vs individuell tilnærming (rusbehandling)

Ulike typer av gruppebasert behandling og individuell behandling foreslås å være tilgjengelig for pasientgruppen.

## Begrunnelse

### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

### Intervensjon

Gruppeterapi

### Komparator

Individuell terapi

## Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat

### [Evidensprofiler: Gruppe- vs individuell tilnærming \(PDF\)](#)

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmålet) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 485 referanser ble identifisert. Fem studier ble vurdert til å være relevante, to oversiktsstudier og tre primærstudier.

Tre enkeltstudier ble gradert (John 2003, Li 2007, Sobell 2009). Mange av de øvrige studiene har sitt utspring i en bestemt forskergruppe i USA, det samme gjelder Pico 8 (samme forskergruppe). Mange av artiklene fra denne gruppen handler om kokainavhengighet og bygger på det samme datasettet (primærartikkel: Crits-Cristoph 1999). Denne studien var strengt manualbasert og med omfattende eksklusjonskriterier, slik at den på tross av mange inkluderte i liten grad gir relevant informasjon.

To systematiske oversikter (Weiss 2004, Orchowski 2012) gir litt tilleggsinformasjon, og refereres under.

Studien til John et. al (2003) omhandler pasienter med alkoholavhengighet iht. ICD10-kriteriene innlagt for avrusning. Av 425 innlagte besto studiegruppen av 322 pasienter, hvorav 19 falt ut av behandling. Hovedmålet med intervensjonen var videre hjelpesøking etter innleggelsen, og pasientene ble randomisert til individualterapi eller gruppeterapi. Pasientene ble inkludert uavhengig av motivasjon for videre behandling. De som fikk gruppeterapi søkte mer hjelp i de første seks månedene etter avrusning, men forskjellen ble borte etter seks måneder. Forskjellen var beskjeden, men vurderes likevel som viktig. Det var minimal forskjell mellom gruppene når det gjaldt avholdenhet 6 og 12 måneder etter behandling.

Studien til Li et. al (2007) er en pilotstudie som sammenlignet parterapi i gruppe eller individuelt for pasienter med rusmiddelbruk. Forskjellene er små, men studien konkluderer med at parterapi individuelt er effektivt for begge kjønn, mens gruppe bare er effektivt for menn.

Studien til Sobell et. al (2009) sammenligner kognitiv atferdsterapi i gruppe og individuelt ved stoffmisbruk og alkoholmisbruk. Pasientene er fulgt opp i 12 mnd. etter behandling. Gruppe gir litt bedre effekt på dager avholdende for stoff og litt dårligere effekt på dager avholdende for alkohol, men forskjellene er små. Studien konkluderer med at gruppeterapi bør foretrekkes av økonomiske grunner fordi det krever betydelig mindre terapeutressurser og gir likeverdig effekt.

Oversikten til Weiss et. al (2004) inkluderer 24 prospektive behandlingsstudier for stoffmisbruk, hvor gruppeterapi er sammenlignet med andre behandlingsmodaliteter. Få forskjeller ble funnet mellom individualterapi og gruppeterapi, og det ble heller ikke funnet forskjeller mellom ulike typer gruppeterapi. Det bemerkes også at forfatterne finner svært få studier (tidsrom på nesten 3 tiår), og finner det oppsiktsvekkende da gruppeterapi er en utbredt behandlingsform. Forfatterne diskuterer også at manglende forskjeller både kan brukes som argument for å gi mer gruppeterapi av økonomiske grunner, men også som argument for at pasienten selv kan velge gruppeterapi eller individualterapi ut fra egne preferanser pga. sannsynligvis likeverdig nytte.

Oversikten til Orchowski et. al (2012) omhandler alkoholavhengighet (AUD), men inkluderer få studier. Den vurderer randomiserte studier på ulike gruppeterapier, men de fleste studiene rapporterer ikke effektstørrelser. Case studier er ikke inkludert. Forskningen på gruppeterapi er i sin spede barndom, sammenlignet med forskningen på individualterapi, og det finnes bare 1-2 studier på hver av terapiene. Forskjellene er små, manglende eller sprikende.

## **Begrunnelse**

Det er usikkerhet om hva som har best effekt av gruppebasert tilnærming og individuell tilnærming. Det foreslås derfor å la pasientens individuelle og varierende behov være styrende for tilbudet som gis.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## **Referanser**



- [31] John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients Alcohol and Alcoholism 2003 38 3 263 269
- [32] Li S, Armstrong MS, Chaim G, Kelly C, Shenfeld J Group and individual couple treatment for substance abuse clients: A pilot study The American Journal of Family Therapy 2007 35 3
- [33] Orchowski LM, Johnson JE Efficacy of group treatments for alcohol use disorders: a review Current Drug Abuse Reviews 2012 5 2 148 157
- [34] Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders Psychology of Addictive Behaviors 2009 23 4 672 683
- [35] Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP, Cogley CB Group therapy for substance use disorders: what do we know? Harvard Review of Psychiatry 2004 12 6 339 350

### 4.13 Parterapi (rusbehandling)

Etter en individuell vurdering, kan det tilbys felles behandlingstilbud for par der begge parter har et rusmiddelproblem.

#### Begrunnelse

##### Populasjon

Par med rusmiddelproblemer

##### Intervensjon

Felles tilbud

##### Komparator

Segregert tilbud

#### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmålet) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 97 referanser ble identifisert. To studier (oversiktsstudier) ble vurdert til å være relevante, om enn ikke helt direkte besvare forskningsspørsmålet.

Powers et. al (2008) sin oversikt inkluderte 12 studier med RCT - design. Studiene sammenlignet adferdsorientert parterapi med standard behandling, eller kognitiv adferdsterapi, eller informasjon. Men i de fleste studiene gis adferdsorientert parterapi i tillegg til annen behandling, ikke som eneste behandling. Fire av studiene omhandlet rusmiddelbruk, resten alkohol. Noen av studiene omhandlet par hvor begge hadde et rusmiddelproblem, for flertallet av studiene var det bare den ene som hadde behandlingsbehov, men spørsmålet om hvorvidt par hvor begge har behandlingsbehov bør behandles hver for seg eller sammen besvares ikke. Når en slår alle målepunkter sammen er adferdsorientert parterapi mer virkningsfullt enn alternativene både for tilfredshet med forholdet, hyppighet av bruk og konsekvenser av bruk. Når en skiller mellom ulike målepunkt er adferdsorientert parterapi mest virkningsfullt for tilfredshet med forholdet på alle målepunkter, mens det ikke er noen forskjeller på hyppighet og konsekvenser ved avsluttet behandling. Under behandling og på etterkontroll 3 mnd. etter behandling er imidlertid adferdsorientert parterapi mest virkningsfullt for alle tre parametere.

Meis et. al (2013) sin oversikt omhandler behandling som involverer par eller familie i psykisk helsevern, hvor behandling for rusmiddelproblemer inngår. Av 23 studier om behandling av rusmiddelproblemer er åtte av studiene utført av samme forskningsgruppe. Oversikten konkluderer med at familieinvolvering muligens er

virksomt overfor symptomer, engasjement i behandlingen og familiens fungering. Oversikten konkluderer med moderat styrke at adferdsorientert parterapi/familierapi styrker tilpasningen til parforholdet, og at det gir litt flere dager avholdende eller dager uten høyt forbruk. Det ser også ut som behandlingseffekten reduseres langsommere ved parterapi/familierapi.

### Begrunnelse

Det foreligger ingen studier som gir grunnlag for sikre anbefalinger for at parterapi er mer effektivt enn individuell behandling der begge har rusmiddelproblemer. En oversiktsartikkel konkluderer med moderat styrke for at adferdsorientert parterapi/familierapi styrker tilpasningen til forholdet, og at det gir litt flere dager avholdende eller dager uten høyt forbruk.

Klinisk erfaring og brukererfaringer viser at noen par vil kunne ha nytte av parterapi samtidig som andre opplever det som mindre hensiktsmessig. Derfor bør det være en fortløpende vurdering av behovet for parterapi underveis i behandlingen. Det kan være nyttig å kombinere individuelle tilbud og parterapi.

Det kan være aktuelt å involvere andre virksomheter som for eksempel familievernkontorer, eventuelt andre kompetansemiljøer i behandlingen.

### Referanser

- [29] Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2013 33 2 275 286
- [30] Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PM Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis *Clinical Psychology Review* 2008 28 6 952 962

## 5 Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgn-/dag-/ambulerende behandling, somatikk og straffgjennomføring

### 5.1 Manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd (rusbehandling)

Ved manglende oppmøte og fare for behandlingsbrudd bør det vurderes å endre behandlingsrammer og/eller tjenestenivå.

#### Begrunnelse

##### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

##### Intervensjon

NOTSET!

##### Komparator

NOTSET!

#### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og

brükerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette området.

Det er kjent at det er høy risiko for tilbakefall, overdose og død ved brudd i behandling. En kunnskapsoppsummering viser at den viktigste prediktoren for et vellykket behandlingsutfall er grad av gjennomføring av behandling (Stark et.al). Unge pasienter er spesielt sårbare for disse risikofaktorene (Beynon et.al).

## Begrunnelse

Det er høy risiko for tilbakefall, overdoser og andre kritiske utfall hvis en pasient ikke møter til eller har avbrudd i behandlingen. Unge personer er spesielt sårbare for disse risikofaktorene. En kunnskapsoppsummering viser at den viktigste forutsetningen for en vellykket behandling er hvorvidt behandlingen gjennomføres. En persons grunner for manglende oppmøte eller brudd bør derfor om mulig undersøkes, og det bør vurderes å tilpasse/endre behandlingsrammer og nivå hvis personen kan profitere bedre på en annen tilnærming. Uavhengig av nivå er etablering av en god behandlingsallianse hvor pasienten opplever seg ivaretatt, sett og forstått, viktig for å forebygge avbrudd i behandlingen. Det bør vies spesiell oppmerksom på ulike risikofaktorer og fare for tilbakefall ved permisjoner/hjemreiser under døgnbehandling.

Tiltak for å opprettholde behandlingen, bør være avtalt på forhånd (se [anbefaling om kartlegging av risiko for avbrudd](#)). Dersom det er tydelige tegn som indikerer fare for behandlingsavbrudd, bør dette utforskes sammen med pasienten før behandlingen avsluttes.

Brükerorganisasjoner og likemenn vil være sentrale samarbeidsaktører. Etablering av kriseplan og [individuell plan \(IP\)](#) er viktige arbeidsredskaper for å forebygge avbrudd.

Nasjonal kompetansetjeneste for TSB har et eget prosjekt og har utviklet hjelpemidler som kan hjelpe med å [hindre avbrudd i behandling og oppfølging \(ous.no\)](#).

## Referanser

- [16] Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F (2013) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33: 1010–1024
- [68] Stark MJ (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical psychology review*, 12(1), 93-116
- [69] Beynon CM, McMinn AM, Marr AJ (2008) Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *BMC Public Health*, 8(1), 1

## 5.2 Vurdering av behov for innleggelse i institusjon (rusbehandling)

Innleggelse i institusjon bør kun benyttes når poliklinisk-, dag- og ambulerende tilnærming ikke er tilstrekkelig.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Langtidsbehandling i institusjon

#### Komparator

Poliklinisk korttidsbehandling

## Sammendrag

Forskningsgrunnlag: lavt

Kunnskapsoppsummeringene som ble bestilt på spørsmål om effekt av langtidsbehandling i institusjon vs. poliklinisk korttidsbehandling konkluderte med inkonsistente resultater. I konklusjonen indikerer funnene at spesielle undergrupper vil kunne ha større effekt av langtidsbehandling. Vi anbefaler derfor at det bør gjøres en individuell vurdering om type behandling.

Kunnskapssenteret har laget to kunnskapsoppsummeringer som skal besvare dette spørsmålet (Smedslund et al 2013; Steiro et al 2009). Det ble derfor ikke gjort noen ytterligere litteratursøk fra Helsedirektoratet sin side.

### **Kunnskapssenterets rapport fra 2009 – Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusmiddelavhengige sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?**

I denne rapporten besvares to overordnede spørsmål: 1) Hva viser forskning om effekt av langtidsbehandling i institusjon sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling for rusmiddelavhengige? 2) Hva er helseøkonomiske kostnader ved langtidsbehandling sammenlignet med korttidsbehandling av rusmiddelavhengighet? (Langtids døgntilrettelagt behandling er definert som over 6 mnd.; korttids poliklinisk behandling er definert til under 6 mnd., den kan være intensiv.)

Vi inkluderte resultatene fra en systematisk oversikt og fem enkeltstudier (tre kohortstudier og to helseøkonomiske studier). Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste inkonsistente resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Det synes ikke å være datagrunnlag for å hevde at langtidsbehandling var bedre enn korttidsbehandling, men resultatene må tolkes med forsiktighet. Ingen av studiene som omhandlet kostnadseffektivitet kunne med sikkerhet konkludere med at noen behandlingstiltak var mer kostnadseffektive enn andre.

### **Oversiktsstudien**

Den systematiske oversikten av Smith (2006) oppsummerte bruken av langtidsbehandling i et terapeutisk samfunn (TS) for rusmiddelavhengighet, spesielt med fokus på fullføring av behandling. Den inkluderte syv randomiserte kontrollerte studier. En sammenligning av et seks og et tolv måneders program med standard terapeutisk samfunn viste signifikant høyere retensjonsrate blant deltakerne i tolv måneders programmet sammenlignet med seks måneders programmet. En annen sammenligning av utfallsmålene etter behandling i tre eller seks måneder i et modifisert TS program viste høyere gjennomført behandlingsrate for deltakerne i tremånedersprogrammet (sml. med 6 mnd). Døgntilrettelagt behandling i terapeutisk samfunnskollektiv ble også sammenlignet med behandling på dagtid. Frafall i løpet av de første to ukene av behandlingen var lavere, men rusfrihet etter seks måneder var også lavere for rusmiddelavhengige som fikk døgntilrettelagt behandling (sml med dag). Forfatterne konkluderer med at det er sparsommelig rapportering i studiene og at kunnskapsgrunnlaget derfor ikke er av høy kvalitet.

Denne oversiktsstudien svarer i liten grad på vår pico – døgntilrettelagt vs poliklinikk.

### **Tre kohortstudier 1 (N=1393, 1939, 4005)**

- Reduksjon i prevalens av kokainbruk i året etter behandling var assosiert med en behandlingstid på mer en seks måneder, og da spesielt for pasienter som fikk behandling i langtids institusjonsbehandling og (ikke-medikamentell) behandling i poliklinikk.
- En studie indikerte at 90 dager var en minimums lengde for god behandling for gruppen definert med høy alvorlighetsgrad av rusmiddelavhengigheten.
- Økt intensitet i behandlingen og tilfredshet med tjenestene økte graden av fullføring av behandlingen, som igjen var relatert til positive utfallsmål
- Pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet mottok flere tjenester og var også mer fornøyd med dem. Dette mønsteret gjaldt både for pasientene som fikk behandling i poliklinikk og

døgninstitusjonene.

- Når en kontrollerte for andre faktorer, så var lengre behandlingstid assosiert med mindre skadelig bruk for pasienter som fikk metadonbehandling. Pasienter med en behandlingstid på mer enn 18 måneder opplevde at denne forbedringen ble redusert.

Disse kohortstudiene støtter til dels lengre behandling og fullføring av behandling.

### Helseøkonomiske studier

- Den ene studien konkluderte med at både langtids- og poliklinisk behandling var kostnadsbesparende for samfunnet for behandling av kokainavhengige.
- Den andre studien analyserte sammenhengen mellom intensitet og tid i behandling, og antydte at kortere behandlingstid i institusjon eller overføring til poliklinisk behandling kan være mer kostnadseffektivt sammenlignet med langtidsbehandling i institusjon.
- Det er usikkerhet knyttet til datamaterialet på grunn av at den metodologiske kvaliteten er lav for de helseøkonomiske evalueringene. Det er særlig behov for norsk forskning som studerer effekten av langtids versus korttids behandling for rusmiddelavhengige personer.

De helseøkonomiske studiene har relativt liten verdi.

### Konklusjon

Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste sammensatte resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Imidlertid indikerer dette kunnskapsgrunnlaget at enkelte undergrupper av for eksempel langtids rusmiddelavhengighet til alkohol, vil ha større effekt av langtidsbehandling, enn korttidsbehandling. Denne kunnskapen vektlegger at det er viktig med målinger av alvorlighetsgraden av rusmiddelavhengigheten hos den enkelte rusmiddelavhengige når en skal vurdere hva som vil være optimal behandlingstid. I denne rapporten har vi inkludert studier som tilfredsstillende kravene til pasienter med en definert rusmiddelavhengighet, relevante studiedesign, samt sammenligning av korttids og langtidsbehandling.

Vi har vurdert utfallsmål som bruk av illegale stoffer, alkohol og vanedannende legemidler, sosial fungering, kriminalitet, arbeid, fengsel og kontakt med hjelpetjenester. Det var imidlertid en mangelfull rapportering av alvorlighetsgraden av rusmiddelavhengigheten i flere av studiene, noe som trengs for å kunne sammenligne ulike grupper. Dette hadde vært verdifull kunnskap for å kunne gi mer sikker kunnskap om hvilke pasientgrupper som har hatt best effekt av rusbehandling. Dette er en svakhet med dette kunnskapsgrunnlaget, men det er ikke uvanlig at det ikke rapporteres. Det kan finnes andre studier som kunne ha vært relevante, men der vi mangler metodisk god forskning til å kunne si noe om for eksempel effekten av korttidstiltak for mer ressurssterke grupper, eller for pasienter som har en kortere periode med rusmiddelavhengighet. Ny forskning vil derfor kunne endre våre konklusjoner.

### Kunnskapscenterets notat fra 2013 – Oppdatering av rapporten over

Denne oppdateringen har ikke funnet at det har blitt publisert nye relevante systematiske oversikter eller randomiserte kontrollerte studier etter Kunnskapscenterets rapport fra 2009. Vi viser til denne.

### Begrunnelse

Innleggelse i institusjon vil være et riktig valg når andre tiltak vurderes til ikke å være tilstrekkelig. I slike tilfeller bør ventetiden til institusjonsbehandling være kortest mulig og tilbudet bør i størst mulig grad være i tråd med brukerens ønsker.

I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig å vurdere innleggelse i institusjon før ett eller flere av de andre nivåene har vært prøvd. Dette vil i hovedsak gjelde for personer med alvorlig problematikk og stor grad av samsykelighet og der bruker selv ikke ønsker, eller har tro på nytteverdien av, de andre tjenestetilbudene.

## Referanser

- [60] Smedslund, G, Steiro, A, Fure, B & Kirkehei, I Oppdatering av rapporten "Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?" – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste. Notat Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2013
- [61] Steiro, A, Dalsbø TK, Smedslund, G, Hammerstrøm, KT, Samdal, K Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling? Rapport Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009

## 5.3 Vurdering av behov for dagbehandling (rusbehandling)

Dagbehandling foreslås i etterkant av døgnopphold, i forlengelse av eller i stedet for poliklinisk behandling.

Psykososiale forhold og deltakelse i samfunnslivet bør være sentralt i et dagbehandlingstilbud.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

#### Behov for dagbehandling

Mange vil i etterkant av et døgnopphold ha behov for en tettere oppfølging enn det som er vanlig gjennom polikliniske konsultasjoner. Dagbehandling i forlengelse av døgnopphold vurderes ofte hensiktsmessig. Dagbehandling kan også benyttes i forlengelse av poliklinisk behandling der dette ikke vurderes som tilstrekkelig, i forkant av, og for noen i stedet for, døgnbehandling. Dagbehandling kan også være et selvstendig tilbud uavhengig av de andre behandlingstilnærmingene. Et dagtilbud vil kunne tilby nødvendige rammer, og sikre pasienten et meningsfullt innhold på dagtid.

For å sikre kontinuitet i behandlingen og overførbarhet av innholdet i behandlingsplanen er det viktig at de ulike tiltakene bygger på hverandre. Et eksempel kan være at en person som har startet gruppebehandling i døgnbehandling, om mulig, kan fortsette i samme gruppe eller overføres tilsvarende gruppe i dagbehandling. En slik innretning krever et tett samarbeid mellom de ulike behandlingstjenestene, og/eller at samme personell er involvert på tvers av tjenestene.

Dagbehandling er også omtalt i kapittel om samarbeid.

#### Innhold i dagbehandling

Dagbehandlingstilbudene er ulikt innrettet og kan omfatte for eksempel:

- Arbeidstrening
- Skole
- Sosial trening
- Gruppebasert terapi
- Felles aktiviteter

Et dagbehandlingstilbud bør ha fokus på personens daglige liv og bistå med å:

- etablere kontakt med sentrale aktører på arbeid- og sysselsettingsfeltet.
- vedlikeholde /oppnå en tilfredsstillende boligsituasjon.

Egenmestring gjennom trening i ferdigheter, og etablering (reetablering) av et sosialt nettverk er andre sentrale områder som det foreslås å arbeide med.

## 5.4 Tilbud om ambulerende tilnærming (rusbehandling)

Det foreslås å tilby ambulante tjenester på lik linje med stedfaste tjenester (dag, døgn og poliklinikk), særlig ved sammensatte problemer og ved behandlingsavbrudd.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet. Følgende er oppsummert:

Ambulante tjenester tilbys ofte av ulike team som har ulike roller og målsettinger. En systematisk kunnskapsoversikt fra Cochrane Collaboration (Dieterich M et.al , Cochrane Database Syst Rev 2010; (10):CD007906.) bruker betegnelsen Intensiv Case Management (ICM) for å sammenstille forskning og resultater fra ulike typer oppsøkende behandlingsteam. Assertive Community Treatment (ACT) inngår i denne oversikten. Det kan være vanskelig å skille mellom ulike former for ICM og ACT, men i ACT understrekes den tverrfaglige teamtilnærmingen og viktigheten av å arbeide systematisk og langsiktig i et mestrings- og bedringsperspektiv. Forskning viser at ICM har effekt i form av et noe lavere forbruk av døgnopphold, at færre mister kontakt med helsetjenestene, en bedring i boligforhold og et høyere antall brukere i arbeid. Det er sannsynligvis redusert risiko for selvmord og død (ibid). ACT-modellen er også videreutviklet for integrert behandling ved kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmiddelproblem.

### Begrunnelse

For noen brukere vil det være vanskelig og/eller lite tjenlig å motta stedfast behandling. Det er i slike

tilfeller hensiktsmessig å tilby ambulerende tjenester i perioder av eller gjennom hele behandlingsforløpet.

Ved å møte pasienten/brukeren sammen med familie og/eller lokale hjelpere på hjemstedet er det i mange tilfeller mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne fram til gode løsninger.

Se også kapittelet om [ambulerende eller oppsøkende virksomhet](#)

## Referanser

- [11] Nesvåg S, Aakerholdt A (2012) Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering. Grunnlagsrapport til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken Tilgjengelig fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%20forl%C3%B8p%20og%20kunnskapsop>
- [62] Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2 Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007906.pub2/full>
- [63] Hårstad I (2004) Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern. Rapport - stiftelsen GRUK nr. 6 – 2004

## 5.5 Fokus på rusmiddelproblemer i somatisk helsetjeneste

Den somatiske helsetjenesten bør ha et kontinuerlig fokus på hvordan pasienter med rus- og avhengighetstilstander kan fanges opp og gis tilbud om hjelp.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Personer som har et rusmiddelproblem har ofte i tillegg somatiske og psykiske helseproblemer.

Somatiske avdelinger vil ofte være viktige arenaer for å identifisere og intervensere overfor pasienter som, i tillegg til et somatisk helseproblem, også har et rusmiddelproblem. I løpet av en tiårsperiode har det vært en relativt stor økning i sykehusinnleggelses av rusrelatert årsak og det antas at inntil hver tredje pasient i somatisk avdeling er innlagt på grunn av rusrelaterte problemer.

Det er i dag økt interesse for å utvikle og implementere effektive metoder for å identifisere og intervensere i somatiske sykehusavdelinger, og hos fastleger, overfor personer med høy risiko for eller allerede utviklede



rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Det vil være formålstjenlig å utvikle gode samarbeidsavtaler mellom instanser og personer som har den nødvendige rusfaglige- og somatiske kompetansen – både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Innenfor TSB vil leger med spesialisering innenfor rus- og avhengighetsmedisin være særlig aktuelle både med veiledning opp mot somatiske avdelinger, og i direkte samarbeid rundt felles pasienter.

Selv om det per i dag ikke er grunnlag for en nasjonal anbefaling knyttet til metoder for identifisering og intervensjon, er det viktig at det i somatiske tjenester er et kontinuerlig fokus på problemstillingen.

## Referanser

- [64] Aalto M, Pekuri P, Seppä K (2002) Primary health care professional's activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 39-43
- [65] Lid TG, Oppedal K, Pedersen B, Malterud K (2012) Alcohol-related hospital admissions: Missed opportunities for follow up? A focus group study about general practitioners' experiences. *Scand J Public Health* vol. 40 no. 6 531-536 (doi: 10.1177/1403494812456636) Tilgjengelig fra <http://sjp.sagepub.com/content/40/6/531>
- [66] Rootman DB, Mustard R, Kalia V, Ahmed N (2007) Perceptions and realities of testing for alcohol and other drugs in trauma patients. *The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care*, 63, 1370- 1373
- [67] Biong S, Ytrehus S (red.) (2012) Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Cappelen Damm

## 5.6 Straffegjennomføring kombinert med rusbehandling

Straffegjennomføring kombinert med behandling bør planlegges i samarbeid med domfelt, kriminalomsorg og heldøgnsinstitusjon.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Det er en stor andel av straffedømte som har behov for behandling av sine rusmiddelproblemer. For noen vil dette behandlingsbehovet synliggjøres under soning i fengsel, mens det for andre handler om at de blir innkalt til soning under et behandlingsforløp. At pasienter i rusbehandling blir innkalt til [soning underveis i behandlingsforløpet \(lowdata.no\)](#) kan føre til et uheldig avbrett. I særlige tilfeller kan straffen gjennomføres på institusjon, såkalt §12 -soning. Det gjelder spesielle vilkår for [soning etter § 12](#).

Søknad om alternativ soning sendes til kriminalomsorgsregionen eller fengselet der man er innkalt til soning.

Hvis pasienter må inn til soning bør det tilstrebes at soningen gjennomføres på en rusmestringsenhet eller tilsvarende med jevnlig kontakt mellom den domfelte, kriminalomsorg og behandler/institusjon. Det vises forøvrig til [veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel](#).

## 6 Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk

### 6.1 Involvering av familie og nettverk i rusbehandling

Familie og nettverk bør involveres i behandlingen i samråd med pasient/bruker.

#### Begrunnelse

##### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

##### Intervensjon

Familie- og nettverksinvolvering

##### Komparator

Uten familie- og nettverksinvolvering

#### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat til høyt

[Evidensprofiler: Involvering av familie og nettverk \(PDF\)](#)

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmål) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 557 referanser ble identifisert. Tre studier ble vurdert til å være relevante, i tillegg til to studier fra annen referanserliste/annen pico. Disse fem studiene, som alle var oversiktsartikler, ble gradert. Ytterligere to primærstudier ble inkludert som komplementerende litteratur. Endelig ble også anbefalinger fra den svenske søster-retningslinjen lagt til grunn.

Vi har skilt mellom ungdom og voksne i vurderingen av dette forskningsspørsmålet.

#### Resultater – ungdom

Når det gjelder ungdom viste de to metaanalysene (Tripodi 2010 og Bender 2011) at når man sammenlignet mange ulike typer familierapi versus terapi uten familieinvolvering, så ga familierapitiltakene en større nedgang i bruk av henholdsvis alkohol og marihuana. Forskjellen er signifikant men regnes som liten (SMD 0.46 for alkohol og 0.40 for marihuana). Dokumentasjonen er vurdert til å ha høy kvalitet. Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Det er usannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillitt til effektestimater.

#### Tillegglitteratur

En forskningsoppsummering fra 2012 (Spas) finner at blant mange gode behandlingsintervensjoner for ungdom med rusmiddelproblemer og problematferd, så viser familiebaserte intervensjoner (særlig MST – multisystemic therapy) de beste resultatene.

En systematisk forskningsgjennomgang fra 2005 (Austin) sammenlignet de ulike familiebaserte intervensjonene for ungdom med rusmiddelproblemer: BSFT (brief strategic family therapy), FBT (family behaviour therapy), FFT (functional family therapy), MDFT (multidimensional family therapy) og MST

(multisystemic treatment). Dokumentasjonen viste at FBT, FFT og MST er lovende, men bare BSTF og MDFT tilfredstilte kriteriene for effektiv behandling. Kun MDFT viste signifikant nedgang i rusmiddelbruk både ved avsluttet behandling og ved oppfølging etter seks og 12 måneder. Effektnivået var høyt, henholdsvis SMD 1,46, 1,28 og 1,86). De andre manglet oppfølgingsstudier.

### Resultater – voksne

Tre metaanalyser vurderte voksne, to av dem alkohol og den tredje både alkohol og narkotika (henholdsvis Edwards 1995, Meads 2007 og Meis 2013). De viste litt ulike resultater for ulike utfallsmål.

For utfallsmålet å få pasienten til å starte opp i behandling for rusmiddelproblemene viste to alkoholstudier en betydelig høyere effekt av familiebaserte tiltak sammenlignet med ikke-familiebaserte tiltak (OR 5,65 og SMD 1,83). Dokumentasjonen med dette utfallsmålet er vurdert til å ha lav kvalitet (se dokumentasjonsarket). Vi har begrenset tillitt til effektestimater: Effektestimater kan være vesentlig ulikt den sanne effekten. Videre forskning vil sannsynlig endre estimatet.

For utfallsmålet nedgang i bruk av alkohol eller andre rusmidler viste familiebaserte tiltak en signifikant bedre effekt enn de ikke-familiebaserte på et middels nivå. Denne dokumentasjonen er vurdert til å ha moderat til lav kvalitet.

Det siste utfallsmålet er endring i relasjon mellom pasient og pårørende. Også her viste de familiebaserte tiltakene en bedre effekt (positiv effekt på relasjonen) på et middels nivå (SMD 0,58). Denne dokumentasjonen er vurdert til å ha moderat kvalitet. Vi har middels tillitt til effektestimater. Effektestimater ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillitt til effektestimater. Videre forskning kan også endre estimatet.

### Tilleggs litteratur

En gjennomgang fra 2012 (Rowe) av forskning på familiebaserte tiltak 2003-2010 løfter frem blant annet BCT (Behavioral Couples Therapy) og EMP (Engaging Mom Programs) (EMP) som nyttige familiebaserte tiltak for voksne. Dette er tiltak som både støtter familien i målet om å redusere pasientens rusmiddelproblemer og som bidrar til å endre problematiske samspillsmønstre i familien (Rowe 2012).

### Fra svensk retningslinje

Den svenske retningslinjen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015), inneholder flere anbefalinger om familie- og nettverksinvolvering. Anbefalingene rangeres fra 1 til 10, der 1 er den sterkeste anbefalingen. Følgende anbefalinger er relevante for pico-spørsmålet «Gir tiltak med familie- og nettverksinvolvering bedre nytte enn tiltak uten familie- og nettverksinvolvering, for personer med rusmiddelproblemer?»:

#### Rekommendationer

- Tillstånd: Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika
- Åtgärd [tiltak]: Parterapi som tillegg till annan behandling (Rangering 3)
- Tillstånd: Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år
- Åtgärder [tiltak]:
  - o Brief strategic family treatment (BSFT) (rangering 4)
  - o Functional family therapy (FFT) (Rangering 3)
  - o Multidimensional family therapy (MDFT) (Rangering 3)
  - o Multisystemisk terapi (MST) (Rangering 4)

### Begrunnelse

Familie og nettverksinvolvering kan redusere pasientens/brukerens bruk av rusmidler, fremme endringsprosesser og bidra til å bedre familierelasjoner.

Involvering kan skje på ulike måter og nivåer, fra familierapeutiske tilnærminger til samtaler med informasjon om behandlingstilbudet. Involvering av pårørende og øvrig nettverk i behandlingen kan kun skje i samarbeid med pasienten/brukeren. Oppsøkende kontakt på pasientens/brukerens egne arenaer og bruk av telefon og IT kan med fordel benyttes.

Samarbeid med pårørende, nettverk, arbeidsplasser, selvhjelpsgrupper, frivillige- og brukerorganisasjoner er viktig ut fra kunnskap om den betydning dette har for behandlingsutfallet.

Det kan være viktig for pasienten/brukeren at familiemiljøet eller nettverket får støtte til endringer i tråd med både egne og pasientens/brukerens utvikling og behov. For noen pasienter/brukere vil nettverksinvolvering innebære å etablere eller reetablere et nettverk.

Pårørende er ofte familiemedlemmer, men kan også være andre i personens nære nettverk jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 pkt. b \(lovdata.no\)](#). Pasienten/brukeren oppgir selv hvem som skal være nærmeste pårørende og pårørende for øvrig. Nærmeste pårørende har rett til informasjon om pasientens/brukerens helsetilstand og om behandlingen dersom pasienten/brukeren samtykker til dette, eller dersom pasienten/brukeren ikke har samtykkekompetanse jf. [pasient og brukerrettighetsloven §3-1](#).

Konkret informasjon om pasientens/brukerens helsetilstand og den helsehjelp som gis, vil som hovedregel være underlagt taushetsplikt og pasienten/brukeren må samtykke til at slik informasjon gis til de pårørende. Dersom pasienten/brukeren ikke samtykker til dette, har helsetjenesten likevel en alminnelig veiledningsplikt, som innebærer at pårørende som tar kontakt skal gis generell informasjon, for eksempel om institusjonens tjenestetilbud.

Å erfare at et nært familiemedlem eller pårørende har problematisk bruk av rusmidler, kan oppleves svært belastende. Som del av det å være pårørende til en med rus- og avhengighetsproblemer kan også pårørende ha egne behov for behandling eller støtte. Som generell regel skal pårørende henvises til behandling for sine spesifikke lidelser eller behov.

Det skal kartlegges om pasienter/brukere har mindreårige barn, hvordan deres omsorgssituasjon er og hvilke behov de har for informasjon og oppfølging. Barn som pårørende har egne rettigheter og helsepersonell skal bidra til å dekke deres behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Barna skal sikres at de blir fanget opp tidlig og at nødvendige prosesser blir igangsatt. Plikten til å ivareta barns som pårørende er nedfelt i [helsepersonelloven §10a](#) og [spesialisthelsetjenesteloven §3-7](#)

For mer informasjon og tilhørende rundskriv se [barn som pårørende \(helsedirektoratet.no\)](#)

Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## Referanser

- [82] Austin, A.M., Macgowan, M.J. & Wagner, E.F Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review *Research on Social Work Practice* 2005 15 2 67 83
- [83] Bender, K., Tripodi, S.J., Sarteschi, C. & Vaughn, M A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use *Research on Social Work Practice* 2011 21 2 153 164
- [84] Edwards, M. & Steinglass, P. Family therapy outcomes for alcoholism *Journal of Marital and Family Therapy* 1995 21 4
- [85] Meads, C., Ting, S., Dretzke, J. & Bayliss, S A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence *Department of Public Health and Epidemiology, West Midlands Health Technology Assessment Group*. 2007 65

- [86] Meis, L.A., Griffin, J.M., Greer, N., Jensen, A.C., MacDonald, R., ... Wilt, T.J Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review Clinical Psychological review 2013 33 275 286
- [87] Rowe CL Family therapy for drug abuse: Review and update 2003-2010. Journal of Marital and Family Therapy, 2012 38 1 59 81
- [88] Spas, J., Ramsey, S., Paiva, A.L. & Stein, L.A.R All might have won, but not all have the prize: Optimal treatment for substance abuse among adolescents with conduct problems Substance Abuse: Research and Treatment 2012 6 141 155
- [89] Tripodi, S.J., Bender, K., Litshge, C., Vaughn, M.G. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2010 164 1 85 91
- [90] Sosialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning (2015) Rapport fra Sosialstyrelsen Tilgjengelig fra <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende>

## 6.2 Viktigheten av bolig for personer i rusbehandling

Alle som henvises til og mottar hjelp for sitt rusmiddelproblem bør ha hensiktsmessig bolig, eller være i en prosess for anskaffelse av bolig.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

For å lykkes i behandling er det flere forutsetninger som må være tilstede. Bolig og godt nettverk er av de mest sentrale. Et tilfredsstillende sted å bo er for de fleste en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltagelse.

Manglende egnet bolig kan forsinke eller forhindre konstruktiv behandlings- og rehabiliteringsprosess. Kommunene skal medvirke til å skaffe egnet bolig til de som ikke makter dette på egen hånd jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 \(lovdata.no\)](#). Spesialisthelsetjenesten bør bistå ved behov og systematisk fokusere på boligsituasjonen i behandlingen. Boligsituasjonen må ha en vesentlig plass i all behandling og rehabilitering av personer med skadelig bruk og avhengighet av rusmidler.

En del pasienter har av ulike grunner store problemer med å skaffe bolig, etablere et stabilt og varig boforhold, og mange har lite kunnskap og erfaring med å gjøre den til et hjem. Pasienter som er i en behandlings- og rehabiliteringsprosess bør ha botilbud i ordinære bomiljø.

Ikke alle vil være i en posisjon hvor egen bolig er det beste alternativ. Det kan for eksempel gjelde ungdom

hvor et samarbeid med barneverntjenesten for etablering av støttetiltak i bosituasjonen bør vurderes.

Se også:

- Retningslinje for ROP-lidelser: [Kommunens ansvar for oppfølging i bolig kap.8.3.6 \(helsebiblioteket.no\)](http://kommunensansvarforoppfolgingibolig.kap.8.3.6.helsebiblioteket.no)
- Veileder [Sammen om mestring kap.3.5](#)

## Referanser

- [70] Gautun H, Rønningsæter AB (2012) Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken. FAFO-rapport 2012: 03.
- [71] Snertingdal MI (2014) Housing first i Norge – en kartlegging. FAFO-rapport 2014: 52
- [72] Snertingdal MI, Bakkeli V (2013) Tre sårbare overganger til bolig. En kunnskapsoppsummering. FAFO-rapport 2013: 53
- [73] Taksdal A, Breivik J-K, Ludvigsen K, Ravneberg B (2006) På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger. Rokkansenteret, rapport nr 1-2006
- [74] Vassenden A, Bergsgard NA, Lie T (2012) "Ryktet forteller hvor du bor". Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere. IRIS-rapport 2012/316

## 6.3 Bistand til personer i rusbehandling til håndtering av egen økonomi

Personer som har behov for det, bør få bistand til å få oversikt over og håndtere egen økonomi, herunder få bistand til å sikres riktig ytelse.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Mange pasienter trenger bistand til å få oversikt over egen økonomisk situasjon, hvordan håndtere økonomiske forpliktelser og hvordan disponere egen økonomi. Noen vil trenge gjeldsordning og/eller gjeldssanering. Vedvarende økonomisk uføre vil virke svært forstyrrende på den enkeltes behandlings- og rehabiliteringsprosess. Derfor er det viktig at både kommunen og spesialisthelsetjenesten bistår pasienten med å utarbeide en plan og etablere kontakt med rette instanser. Primært bør dette arbeidet være påbegynt i kommunen før henvisning til spesialisthelsetjenesten, og dersom dette ikke er igangsatt, bør spesialisthelsetjenesten følge opp og bidra til at området blir ivaretatt. For noen er det aktuelt med økonomisk verge (vergemålsloven), frivillig eller tvungen forvaltning (økonomisk rådgivning og forvaltning av

inntekt).

I tillegg til å ordne opp i økonomiske problemer bør pasienten få bistand til å sikres riktig ytelse. For noen kan det også være hensiktsmessig å undersøke juridiske rettigheter (erstatningskrav med mer).

Se også:

- Retningslinje for ROP-lidelser: [6.9.4 Økonomi](#) og [8.3.4 Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging \(helsebiblioteket.no\)](#).
- [Sammen om mestring kap.3.4.4.](#)

## Referanser

- [75] Lauritzen G, Ravndal E, Larsson J (2012) Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. SIRUS-rapport nr. 6/2012. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning Tilgjengelig fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276082/3/sirusrap.6.12.pdf>
- [76] EuropASI Kartlegging som inkluderer økonomi/utdanning/arbeid/sysselsetting Tilgjengelig fra <http://rop.no/kartleggingsverktøey/europasi-og-euroadad>
- [77] Haugum M, Iversen HH, Bjertnæs ØA (2013) Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. PasOpp-rapport – Brukererfaringundersøkelse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dog-nopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2013>

## 6.4 Fokus på utdanning, arbeid og meningsfylt aktivitet i rusbehandling

Arbeid med utdanning/arbeid/meningsfylt aktivitet bør være en del av innholdet i behandlings- og oppfølgingstilbudet.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette området.

### Begrunnelse

Personer som debuterer tidlig med rusmidler har oftere lavere utdanning enn andre på samme alder. Aktivt rusmiddelbruk er vanskelig å kombinere med skolegang og det kan for mange være utfordrende å komme tilbake til eller starte en utdanning.

For noen vil det være aktuelt å få støtte og hjelp, ofte via NAV, til en tilpasset utdanning. Fortsettelse eller oppstart av en utdanning kan være aktuelt samtidig som en mottar behandling for skadelig bruk eller rusmiddelavhengighet.

Det kan i noen tilfeller være ønskelig at behandlere inngår i samarbeid med aktuell skole/studieplass. Ved samtidig behandling og utdanning kan det være hensiktsmessig at fokus på utdanningen integreres i behandlingen.

Det å være uten arbeid eller annen sysselsetning kan være en ekstra livsbelastning. En sentral del av innholdet i behandlingen bør være hvordan skaffe, mestre og beholde en jobb.

Pasienten bør få bistand til anbefalingens områder gjennom at dette fokuseres på i behandlingen og er nedfelt i behandlingsplan eller individuell plan. Pasienten bør få bistand til søknadsskriving, etablering av aktiviteter som sysselsetting/arbeid og hjelp til å vedlikeholde eller etablere sosialt nettverk.

Se også:

- Retningslinje for ROP-lidelser: [6.9.3 Utdanning/arbeidserfaring](#) og [8.3.4 Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging \(helsebiblioteket.no\)](#)
- Veileder [Sammen om mestring kap.3.4.3.](#)

## Referanser

- [22] Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- [75] Lauritzen G, Ravndal E, Larsson J (2012) Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. SIRUS-rapport nr. 6/2012. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning Tilgjengelig fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/276082/3/sirusrap.6.12.pdf>
- [76] EuropASI Kartlegging som inkluderer økonomi/utdanning/arbeid/sysselsetting Tilgjengelig fra <http://rop.no/kartleggingsverktøey/europasi-og-euroadad>
- [77] Haugum M, Iversen HH, Bjertnæs ØA (2013) Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. PasOpp-rapport – Brukererfaringsundersøkelse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2013>
- [78] Helse- og omsorgsdepartementet Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle : Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 2013 Tilgjengelig fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester).
- [79] Helsedirektoratet Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten 2012 2 utgave

## 6.5 Bistand til styrking av nettverk for personer i rusbehandling

Det foreslås at personen får bistand til å styrke sitt nettverk gjennom deltakelse i ønskede fritidsaktiviteter.

### Begrunnelse

### Populasjon



Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

**Begrunnelse**

Langvarig rusmiddelproblematikk kan medføre sosial isolasjon. Rusmiddelbruken kan ha medført brudd/konflikter med familie og nettverk. Ensomhet kan være en opprettholdende faktor og er en stor risiko for tilbakefall. For mange har rusmiddelbruken gitt identitet og tilhørighet, og bidratt til et sosialt fellesskap og håndtering av ensomhet.

Deltakelse i fritidsaktiviteter kan være til hjelp for å bryte ut av sosial isolasjon, redusere ensomhetsfølelsen og etablere nytt nettverk.

Det er viktig at pasienten/brukeren får bistand både fra kommune og spesialisthelsetjeneste til å etablere varige og stabile nettverk. I en overgangsfase kan pasienten/brukeren ha hjelp av å benytte likemannsordning, brukerorganisasjoner og ulike støttetiltak fra kommunen

Arbeid med etablering av nettverk og fritid bør konkretiseres i individuell plan/behandlingsplan.

**Referanser**

- [80] Säfvenbom, R (red) (2005) Fritid og aktiviteter i moderne oppvekst. Grunnbok i aktivitetsfag. Oslo: Universitetsforlaget
- [81] Midtsundstad, Anders (2013) Fritid med Bistand. En metode for å støtte sosial inkludering. Fagbokforlaget

## 7 Unge, eldre og gravide i rusbehandling

### 7.1 Unge med rusmiddelproblemer: Rask og alderstilpasset behandling

Unge med rusmiddelproblemer bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet.

**Begrunnelse**

**Populasjon**

Unge med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet

## Begrunnelse

Ungdomsspesifikke behandlingstilnæringer er særlig viktig da det vil være lettere å behandle tidlig i et behandlingsforløp. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet.

Ung alder (16-25 år) innebærer at individet fortsatt er i en [nevrologisk utvikling og modning\(nih.gov\)](#). Særlig gjelder dette frontallappen med dens nevrologiske funksjoner som blant annet innvirker på evne til impuls kontroll, konsekvenstenkning og redusert evne til planlegging, beslutning og gjennomføring. Videre har ungdomstiden utfordringer med hensyn til identitet, tilhørighet og autonomi.

Kombinasjonen av ung alder og rusmiddelinntak kan medvirke til forhøyet sårbarhet og utvikling av skadelig bruk og avhengighetsproblematikk. Det anses som viktig at denne pasientgruppen får den tiden og fleksibiliteten de har behov for gjennom en sammenhengende behandlingsskjede i døgnet- og poliklinisk behandling/ambulerende tjenester inkludert aktører som barneverntjeneste og BUP.

Alder har betydning for:

- valg av kartlegging- og utredningsverktøy
- grad av alvorlighet/bekymring knyttet til rusmiddelbruken
- problemomfang og utvikling

I tillegg vil alder være avgjørende for hvilket behandlingstilbud/tilnærming som velges og hvor raskt det iverksettes.

Innen samme alderskategori vil det være store individuelle variasjoner avhengig av nevrologisk utvikling, psykologisk modenhet/fungering og ikke minst kjønn. Amerikanske helsemyndigheter har utviklet en rekke prinsipper for [behandling av unge med rusmiddelproblemer \(drugabuse.gov\)](#). [Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge \(uio.no\)](#) er oversatt til norsk av Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

## Brukerperspektivet for de yngste pasientene

Ungdomstiden kan ofte være en svært sårbar fase hvor den unge er i ferd med å løsrive seg fra andres omsorg. En opplevelse av at andre overprøver eller prøver å forhindre selvstendigjøring, ofte med bakgrunn i bekymring, kan være til tilstede. Ambivalens knyttet til å avslutte /fortsette rusmiddelbruken kan ofte være stor i denne gruppen. Brukermedvirkning er således helt sentralt blant annet for å forhindre avbrudd i behandlingen.

## Referanser

- [91] Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN (2003) Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. Am J Psychiatry. 2003 Jun; 160(6): 1041–1052
- [92] Scheier LM, Hansen WB (ed.) (2014) Parenting and Teen Drug Use. The Most Recent Findings from Research, Prevention, and Treatment. Oxford

- [93] National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014) Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide Tilgjengelig fra [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podata\\_1\\_17\\_14.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf)

## 7.2 Unge med rusmiddelproblemer: Ambulerende tilnærming

Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge med rusmiddelproblemer.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Barn og unge med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Ambulant tilbud ("arenafleksibilitet")

#### Komparator

Døgn og poliklinikk

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat

[Evidensprofil: Unge med rusmiddelproblemer – Ambulerende tilnærming \(PDF\)](#)

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmålet) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 393 referanser ble identifisert. Én studie ble vurdert til å være relevant.

Denne primærstudien hadde et to-gruppe randomisert design (Godley et al 2006).

N= 183 ungdommer mellom 12 og 17 år. Etter utskrivelse fra døgnbehandling ble gruppene randomisert til enten oppfølging som vanlig eller en systemisk hjemmeoppfølging (Assertive continuing care – ACC). Resultatet ble at ACC førte til lengre oppfølging (som ble tolket som bra) og lengre gjennomsnittlig avhold fra bruk av marihuana.

Gradingen viser at dokumentasjonen har moderat kvalitet. Studien kommer ut med lav statistisk styrke pga. relativt lav N. Ut fra studien kan vi si at ambulant oppfølging viser en positiv trend, men det er nødvendig med replikasjoner på større utvalg og på flere typer pasienter.

### Begrunnelse

Ambulerende tilnærming kan være et godt tiltak særlig med tanke på å forhindre manglende oppmøte til behandling, etablere en behandlingsrelasjon og for å forebygge frafall i behandling.

I etablering av relasjon kan det være sentralt å møte ungdommen der han/hun føler seg mest komfortabel. Unge med rusmiddelproblemer er sårbare og kan ha høy terskel for å møte på en poliklinikk særlig hvis det er første gang, eller er i starten av et forløp.

En ambulerende tilnærming hvor begge tjenestenivåer kan være representert vil kunne trygge den unge, og gi rom for en fleksibel tilnærming hvor ungdommens behov lettere vil kunne adresseres.

For å nå de yngste vil samarbeid med skole, helsesøster og fritidsmiljøer være særlig aktuelt.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## Referanser

- [94] Godley, D., Godley, S.H., Dennis, M.L., Funk, R.R., Passetti, L.L The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorder Society for the Study of Addiction 2006

## 7.3 Unge med rusmiddelproblemer: Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for unge med rusmiddelproblemer bør tas i bruk.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Unge med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Enkelte kartleggingsverktøy er spesielt utviklet for å kartlegge ungdom.

Eksempelvis kartlegger EuroADAD rusmiddelerfaring og problemomfang (rusprofil) i tillegg til å kunne avdekke psykososial profil hos ungdom i institusjonsbehandling. Verktøyet er en ungdomsversjon av EuropASI (Addiction Severity Indeks) og krever sertifisering. En nylig oppsummering av dette verktøyets [måleegenskaper finnes her \(psyktestbarn.no\)](http://psyktestbarn.no). Det konkluderes med varsomhet i bruken av instrumentet. [Andre kartleggingsverktøy kan også benyttes \(rbup.no\)](http://rbup.no).

Kartlegging vil kunne gi verdifull kunnskap med tanke på utredning og behandlingsutforming.

[Den svenske søster-retningslinjen anbefaler også bruk av ADAD for unge \(socialstyrelsen.se\)](http://socialstyrelsen.se)

Se også informasjon om [rettslige sider ved bruk av verktøy](#).

## Referanser

- [22] Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- [92] Scheier LM, Hansen WB (ed.) (2014) Parenting and Teen Drug Use. The Most Recent Findings from Research, Prevention, and Treatment. Oxford

## 7.4 Unge med rusmiddelproblemer: Familierapi

Det foreslås å tilby familierapi til unge under 25 år som en del av behandlingen for rusmiddelproblemer.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Barn og unge under 25 år som er i behandling

#### Intervensjon

Særlig egnede tiltak (dvs aldersspesifikk behandling)

#### Komparator

Treatment as usual (TAU)

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Moderat

[Evidensprofil: Unge med rusmiddelproblemer - Familierapi \(PDF\)](#)

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmålet) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 155 referanser ble identifisert. Én studie ble vurdert til å være relevant; dette var en stor oversiktsstudie med metaanalyse. I tillegg viser vi til forskning og retningslinje fra Sverige.

Baldwin et al (2012) gjorde en metaanalyse av familierapi overfor unge i alderen 11-19 år med tre sammenligninger.

#### Familierapi versus TAU (treatment as usual)

Elleve studier med til sammen 1169 deltakere fikk enten familierapi eller vanlig behandling. Effektmålet var reduksjon i rusmisbruk og ungdomskriminalitet. Familiebehandlingen kom best ut, men forskjellen var liten (SMD 0,21; 95% KI 0,02 til 0,4)

Kvaliteten på studien er av moderat kvalitet dvs. at ytterligere studier kan ha innvirkning på vurderingen av estimatet og kan komme til å endre det.

#### Familierapi versus alternativ terapi

Elleve studier med til sammen 997 unge fikk enten familierapi eller alternativ behandling. Effektmålet var reduksjon i rusmiddelbruk og ungdomskriminalitet. Også her kom familiebehandling best ut. Forskjellen var liten (SMD 0,26; 95% KI 0,05 til 0,48).

Kvaliteten på studien er av moderat kvalitet dvs. at ytterligere studier kan ha innvirkning på vurderingen av estimatet og kan komme til å endre det

#### Familierapi versus kontrollgruppe

Fire studier med til sammen 210 unge fikk enten familierapi eller ble med i en kontrollgruppe uten behandling. Effektmålet var reduksjon i rusmiddelbruk og ungdomskriminalitet. Familiebehandlingen kom best ut. Forskjellen i bedring i forhold til kontrollgruppen var moderat til stor (SMD 0,70; 95% KI -0.15 til 1.56)

Kvaliteten på studien ble bedømt som lav. Det som trekker ned er at metaanalysen mangler kvalitetsvurdering av studiene, samt høy heterogenitet og stor spredning av resultatene. Ytterligere studier med stor sannsynlighet vil ha innvirkning på vurderingen av estimatet og kan komme til å endre det.

### Konklusjon

Familiebehandling synes å være en behandlingsmetode som er velegnet for ungdom med

rusmiddelproblemer. Sammenlignet med andre metoder kommer familiebehandling best ut. Forskjellen er imidlertid liten. Ettersom kvaliteten på studiene er fra lav til moderat, er det ønskelig med flere sammenlignende effektstudier av god kvalitet.

### Andre kunnskapsoppsummeringer

Russel Turners svenske kunnskapsoppsummering (2013), skulle svare på effekt av tidlig intervensjon spesielt innen cannabismisbruk for aldersgruppen 16-20 år. Han hadde 686 treff i databasene og ble sittende igjen med 7 metaanalyser og 7 systematiske oversikter pluss 80 primærstudier.

1. Konklusjonene hans var:  
Familiebaserte metoder, Motiverende intervju (MI) og kognitiv atferdsterapi (CBT) er effektive innen ungdomsbehandling og mer komplekse og dyperegående metoder (som f.eks. Multi-Dimensional Family Therapy), er mer effektive i mer komplekse tilfelle, som når det gjelder tyngre stoffmisbruk og/eller psykologiske problemer.
2. Korte, MI-baserte rådgivningsintervensjoner kan være effektive så lenge innholdet er skreddersydd for ungdommen og behandleren er godt utdannet i MI.
3. Læringsbasert rusbehandling (contingency management) synes ikke å være effektivt når det gjelder bedret rusmestring, men kan bidra til bedre retensjon (at pasienten blir i behandlingen).
4. Foreldreprogram kan være effektive for å få ungdom i behandling.

### Fra svensk retningslinje

Den svenske retningslinjen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015), inneholder flere anbefalinger om alkohol- eller narkotikaproblemer blant unge. Anbefalingene rangeres fra 1 til 10, der 1 er den sterkeste anbefalingen. Følgende anbefalinger er relevante for pico-spørsmålet «Gir særlig egnete tiltak bedre effekt enn tradisjonell behandling (treatment as usual) til barn og unge under 25 år?»:

#### Rekommendationer

- Tillstånd: Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år
- Åtgärder [tiltak]:
  - o Kort intervention eller motivationshöjande behandling (MET) (Rangering 3)
  - o Motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteendeterapi (KBT) (Rangering 3)
  - o Brief strategic family treatment (BSFT) (rangering 4)
  - o Functional family therapy (FFT) (Rangering 3)
  - o Multidimensional family therapy (MDFT) (Rangering 3)
  - o Multisystemisk terapi (MST) (Rangering 4)
  - o Adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) (Rangering 3)
- Tillstånd: Användning, missbruk eller beroende av cannabis hos ungdomar under 18 år
- Åtgärder [tiltak]:
  - o Cannabisprogram för ungdomar (Rangering 6)

### Begrunnelse

[Ungdomsspesifikke behandlingstilnærminger \(springer.com\)](https://www.springer.com) er særlig viktige da det vil være lettere å behandle tidlig i en sykdomsutvikling. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil også kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet.

Den forskningen som holdt nødvendig kvalitet etter foretatt kunnskapssøk omhandlet svært unge pasienter, dvs. opp til 19 år. Det er særlig de yngste pasientene som vi har grunnlag for å anbefale familierapi

overfor. I vår kultur flytter mange ut av foreldrehjemmet etter 19 år og foreldre utøver ikke samme foreldremyndighet som når barnet bor hjemme og er umyndig.

Forskningen det er relatert til er 4 manualbaserte metoder:

- [Brief Strategic Family Therapy \(BSFT\) \(drugabuse.gov\)](http://drugabuse.gov)
- [Functional Family Therapy \(FFT\) \(atferdssenteret.no\)](http://atferdssenteret.no)
- [Multi Dimensional Family Therapy \(MDFT\) \(gov.hk, PDF\)](http://gov.hk)
- [Multisystemic Therapy \(MST\) \(drugabuse.gov\)](http://drugabuse.gov)

Functional Family Therapy (FFT) og Multisystemic Therapy (MST) benyttes mye i barnevernet i Norge. Disse metodene krever erfarne terapeuter som får spesifikk opplæring i metoden/programmet. Metoden skal overvåkes slik at intervensjonen kvalitetssikres. Metodene vil dermed passe best i avdelinger tilpasset barn/unge hvor barnet/ungdommen fortsatt bor i foreldrehjemmet.

Multi Dimensional Family Therapy (Liddle) brukes i USA og i flere EU-land ([INCANT-studien \(incant.eu\)](http://incant.eu)), men er lite brukt i Norge. Effekten er god ved kompleks rusmiddelproblematikk hos de aller yngste (<19) og signifikant bedre enn individuell terapi.

Foruten tett samarbeid med familie, er annet nettverk viktig i arbeidet med de unge. Det kan være gjennom samarbeid med skole, helsesøster, fritidsmiljøer o.a.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

### **Brukerperspektivet for de yngste pasientene**

Ungdomstiden kan ofte være en svært sårbar fase hvor den unge er i ferd med å løsrive seg fra andres omsorg. En opplevelse av at andre overprøver eller prøver å forhindre selvstendigjøring, ofte med bakgrunn i bekymring, kan være til tilstede. Ambivalens knyttet til å avslutte/fortsette rusmiddelbruken kan ofte være stor i denne gruppen. Brukermedvirkning er således helt sentralt blant annet for å forhindre avbrudd i behandlingen.

### **Referanser**

- [95] Baldwin SA, Berkeljon CS, Shadish WR The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis J Marital Fam Ther 2012 38 1 281
- [90] Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning (2015) Rapport fra Socialstyrelsen Tilgjengelig fra <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermissbrukochberoende>

## **7.5 Eldre med rusmiddelproblemer: Alderstilpasset utredning, tilrettelagte tiltak og spesifikk kompetanse**

Det foreslås alderstilpasset utredning og tilrettelagte tiltak overfor eldre. Fagpersonell bør både ha rusfaglig og geriatrisk kompetanse.

### **Begrunnelse**

#### **Populasjon**

Eldre rusavhengige som blir eldre

#### **Intervensjon**

Spesialtilpasset behandling

## Komparator

Vanlig behandling

## Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Med utgangspunkt i PICO (forskningsspørsmålet) ble det gjort et systematisk litteratursøk ved Helsedirektoratets bibliotek (se [søkestrategi \(PDF\)](#) og [dokumentasjonsark \(PDF\)](#)). 158 referanser ble identifisert. Én studie ble vurdert til å være relevant, dette var en oversiktsstudie. Ytterligere tre primærstudier samt en nyere norsk fagartikkel kan bidra med kunnskap.

Cummings (2006) oppsummerer sju primærstudier publisert mellom 1984 og 2000 som alle vurderer behandling spesielt for eldre med misbruk/avhengighet primært av alkohol. (Ingen aldersgrense er definert, de inkluderte studiene har utvalg i alderen 45-91 år. Artikkelforfatterne mener en grense bør defineres, f.eks. 55 år. N er mellom 16 og 110, til sammen 492. Fem av studiene vurderte aldersspesifikk behandling (hvorav to sammenlignet med aldersblandet behandling), mens to vurderte behandlingstiltak med eldre pasienter.

De inkluderte studiene, slik de oppsummeres av Cummings tilsier at behandlingstiltak for eldre er nyttig, særlig når det inkluderer aldersspesifikke tiltak, kognitiv-atferdsterapi samt støttende, mindre konfronterende tilnærminger. Utfallsmål med positive resultater var avholdenhet, nedgang i rusmiddelbruk, bedring i generell helse og økt samfunnsdeltakelse/tilpasning.

NB! På dette området finnes et stort forskningsbehov. Cummings peker på særlig behov for forskning som fokuserer på kvinner, på spesifikke behandlingskomponenter, etniske minoriteter, på forskjeller mellom generasjoner, på diagnostiske kriterier, og på de som debuterer sent. Lite forskning er gjort på eldre med misbruk/avhengighet av narkotika.

## Annen litteratur

Eldre med rusmiddelproblemer oppdages for sjelden og henvises videre i for liten grad, i følge Lunde (2013) og Sorocco (2006). Sorocco anbefaler « brief interventions», familietiltak, motiverende samtale (MI) og kognitiv-atferdsterapi.

Oslin (2005) fant at eldre alkoholavhengige i mindre grad fulgte opp behandlingstilbudet i etterkant av døgntil behandling sammenlignet med middelaldrende alkoholavhengige. Denne etterbehandling bør derfor i større grad tilpasses aldersgruppen, mener forfatterne.

Blow (2007) fremhever også alderssegregerte grupper, mestring av tap/sorg, bygging av nettverk, rolig tempo, interesserte ansatte samt kobling til annen helsehjelp.

## Begrunnelse

Det er viktig å skille mellom eldre som har vært avhengig av rusmidler i lang tid og de som har utviklet rusmiddelproblemer først når de har blitt eldre. Eldre som har utviklet skadelig bruk eller avhengighet søker i mindre grad hjelp, oppdages sjeldnere og henvises videre i for liten grad.

Erfaringer fra praksisfeltet viser at hjelpeapparatet kan være unnvikende når det gjelder å spørre eldre om deres alkoholvaner og legemiddelbruk. De mer synlige helseplagene blir gjerne fulgt opp, uten at rusmiddelproblemene og andre underliggende årsaker adresseres.

Eldre som har vært avhengig av rusmidler i lang tid vil i tillegg kunne ha betydelige omsorgsbehov tidligere enn den øvrige befolkningen. Forsterkede tiltak som spesielt tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjems plasser kan være egnet for denne gruppen.



Det må sikres at Eldres helhetlige behandlingsbehov blir ivaretatt. Tilbud rettet mot eldre med rusmiddelproblemer bør ha fagpersonell med både rusfaglig og geriatriisk kompetanse.

[Kombinasjon av alkohol og legemiddelbruk er en spesielt viktig problemstilling](#). Sårbarheten for sykdom og skader medfører at den potensielle helsegevinsten for eldre er minst like stor som for yngre ved riktig behandling av rusmiddelproblemet.

Kommunale helsetjenester, spesielt fastlegen har en sentral rolle i å diagnostisere og initiere behandling av rusmiddelproblemer hos eldre.

Se også:

- [Råd/veiledning og gode tips til bruk i møte med eldre \(tidligintervensjon.no\)](#)

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

### Praktisk

I flere studier er [Audit C \(Alcohol Use Disorder Identification Test\) \(snakkomrus.no\)](#) fremholdt som et velegnet screeningsinstrument for å avdekke risikofyllt alkoholbruk hos eldre. Instrumentet valideres nå for eldrepopulasjonen.

Se også informasjon om [rettslige sider ved bruk av verktøy](#).

### Referanser

- [96] Blow, F.C., Brockmann, L.M. & Barry, K.L. Relapse prevention with older adults. I: Witkiewitz, K.A. & Marlatt, G.A. (eds) Therapist's guide to evidence-based relapse prevention. San Diego: Elsevier Academic Press 2007
- [97] Cummings, S.M, Bride, B. & Rawlins-Shaw, A.M Alcohol abuse treatment for older adults: A review of recent empirical research Journal of Evidence-Based Social Work 2006 3 1 79 99
- [98] Lunde, L.H Eldre pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2013 50 10 986 988
- [99] Oslin, D.W., Slaymaker, V.J., Blow, F.C., Owen, P.L. & Colleran C Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults Addictive Behaviors 2005 30 1431 1436
- [100] Sorocco, K.H. & Ferrell, S.W Alcohol use among older adults The Journal of General Psychology 2006 133 4 453 467

## 7.6 Gravide med rusmiddelproblemer: Mor og barns behov samt behov for koordinering

Tilbudet til gravide med rusmiddelproblemer bør innrettes både mot kvinnens behandlings- og oppfølgingsbehov og ivaretagelse av det ufødte barnet. Den gravide bør følges opp av flere instanser samtidig.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Gravide med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har i noen grad sett på forskning, men ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

I forbindelse med revisjon av veileder om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige ga Helsedirektoratet Folkehelseinstituttet et oppdrag om å oppsummere kunnskapstatus og utarbeide en [rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler i svangerskapet](#). Rapporten omhandler eventuelle skadevirkninger knyttet til bruk av rusmidler og avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet.

## Begrunnelse

Gravide rusmiddelbrukere har prioritet til et behandlingstilbud uavhengig av nivå. Behandler skal bidra til koordinert oppfølging med og rundt pasienten sammen med andre samarbeidspartnere. Det er viktig at kvinnens partner, barnets far og øvrige nettverk som vil være rundt barnet inkluderes i oppfølgingen.

Hvis den gravide kvinnen bruker rusmidler når graviditeten oppdages bør anbefalinger om [avrusning av gravide](#) og [akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp](#) i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler følges.

Det vurderes hensiktsmessig å jobbe ut fra følgende 6 hovedprinsipper overfor gravide:

1. Omsorgen for barnet bør starte før barnet er født for å forebygge skader som følge av mors rusmiddelbruk
2. Tilbudet til den gravide bør inneholde en plan for behandling og oppfølging etter fødsel
3. Mor skal gis hjelp for sitt rusmiddelproblem, sine psykiske og somatiske plager samtidig som hun får forberede morsrollen.
4. Mor og barn bør få et tilbud som ivaretar begge behov, uavhengig av om det på sikt blir en omsorgsovertakelse
5. Hjelpeapparatet bør samarbeide rundt mor, far og barn slik at familien ikke overbelastes og at tilbudet fremstår godt koordinert og enhetlig.
6. Hvis det foreligger et vedtak om tilbakehold i henhold til [helse og omsorgstjenestelovens §10-3 \(lovdata.no\)](#) er hjelpeapparatet forpliktet til å stille opp med frivillige tiltak etter fødsel uavhengig av om mor skal beholde barnet eller ei.

[Individuell plan \(helsenorge.no\)](#) er et standardisert verktøy for å avklare ansvarsforhold og oppgavefordeling. [Se også nasjonal faglig retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene inntil barna når skolealder](#) for anbefalinger om oppfølging av den gravide, barnet og familien.

## Brukerperspektivet ved graviditet

Gravide pasienter er i en spesielt sårbar situasjon, samtidig som graviditeten kan bringe nytt håp og motivasjon for et liv uten problematisk bruk av rusmidler.

Kvinnens egen vurdering av graviditetens verdi er sentralt og hun bør tilbys flere valgmuligheter tilknyttet frivillige tiltak. Hun bør etter eget ønske få bistand til å foreta valg om egen og barns fremtid. Uavhengig av om den gravide velger å fullføre svangerskapet, vil ha omsorgen for sitt barn eller ikke, spiller hennes egne ønsker en sentral rolle i hvordan disse temaene fokuseres.

Kvinnen må gis reell påvirkningsmulighet vedrørende etiske dilemmaer som kan oppstå tilknyttet ivaretagelse av mors behov versus fosterets/barnets behov.

## Referanser

- [101] Preece PM, Riley EP (red.) (2011) Alcohol, drugs and medication in pregnancy. Mac Keith Press
- [102] Söderström K, Skolbekken J (2012) Pregnancy and substance use - the Norwegian § 10-3 solution. Ethical and clinical reflections related to incarceration of pregnant women to protect the foetus from harmful substances. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, vol 29, issue 2 Tilgjengelig fra <http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2012.29.issue-2/v10199-012-0011-1/v10199-012-0011-1.xml>

## 7.7 Gravide med rusmiddelproblemer: Tilbakeholdelse i institusjon

Behov for tilbakeholdelse i institusjon bør vurderes jevnlig under graviditet.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Gravide med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Det er i noen grad sett på forskning, men arbeidsgruppen har ikke systematisk oppsummert den samlede forskningen på dette området.

Det ble på oppdrag fra Helsedirektoratet skrevet en rapport om [bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige \(2010\)\(uni.no\)](#). Utgangspunktet for oppdraget var et ønske om å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av lowverket knyttet til tilbakehold. Av rapporten fremgår det hvordan de ulike tvangsbestemmelsene ble forstått, praktisert og om formålet med reglene ble oppnådd. Denne rapporten er basert på både kvalitative og kvantitative data fra alle instanser i tiltakskjeden som var involvert i bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige herunder sosialtjeneste, fylkesnemndene, behandlingstilbudene og pasientene/brukerne selv.

Et hovedfunn fra evaluering er at det eksisterer betydelige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, Nav og sosialarbeidere. Et annet funn var at samarbeid mellom institusjon og Nav/sosialtjeneste i forkant av innleggelse ikke alltid fungerer godt.

### Begrunnelse

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a \(lovdata.no\)](#), og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig jf. [helse og omsorgstjenestelovens §10-3](#).

En gravid kvinne med omfattende rusrelatert problematikk er i en svært sårbar fase og kommunens helse- og omsorgstjeneste bør ha en tett dialog, og vurdere løpende behovet for tilbakehold

gjennom hele svangerskapet dersom kvinnen benytter rusmidler.

Mor/far og barn bør få tilbud om fortsatt innleggelse i institusjon etter fødsel. Dette vil kunne hindre at den gravide avslutter innleggelse i institusjon for tidlig, med den risiko det innebærer. Institusjon vil erfaringsvis være en god ramme for samtidig rusbehandling og familiebehandling for mange familier.

Ved en eventuell omsorgsovertakelse vil kvinnen, men også barnets far, være i en krise og ha en sorgreaksjon. Tap av omsorg anses som en spesielt stor risikosituasjon for destruktive rusmiddelinntak og utgjør således både fare for behandlingsbrudd og overdose. Det bør derfor gis særlig omsorg og støtte ved tap av relasjoner og bearbeiding av sorg knyttet til dette både på individ/par/foreldre- og gruppenivå.

Deler av innholdet i [retningslinjen for gravide i LAR](#) er relevant for ivaretagelse av gravide med rusmiddelproblematikk.

## Referanser

- [103] Lundeberg IR, Mjåland K, Søvig KH (2014) Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis og erfaringer med tvang. Oslo: Gyldendal

# 8 Selvmords- og dødelighetsrisiko i rusbehandling

## 8.1 Selvmordsrisiko (rusbehandling)

Alle pasienter/brukere bør kartlegges for selvmordsrisiko. Hvis det foreligger en slik risiko, bør det gjøres en selvmordsvurdering tidlig og underveis i behandlingsforløpet.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Personer med skadelig bruk og rusmiddelavhengighet har forhøyet risiko for selvmord. Forekomsten av selvmordsforsøk er 2–3 ganger høyere enn livstidsforekomsten i befolkningsstudier. Statistisk er det fare for mørketall da det er vanskelig å vite om dødsfall direkte relatert til inntak av rusmidler er intensjonelt eller ikke. De ulike konsekvensene av skadelig bruk av rusmidler og avhengighet kan oppleves så belastende at det kan medføre total maktesløshet og ønske om ta sitt eget liv.

Tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelle planer er viktig for å iverksette forebyggende tiltak.

Kartlegging av selvmordsrisiko bør gjøres så tidlig som mulig og nedfelles i journal. Pasienter /brukere bør spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller planer, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Ved positivt svar på noen av kartleggingsspørsmålene, bør det foretas en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko. Vurderingen bør gjentas ved endringer i pasientens/brukerens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon.

Vurdering av selvmordsrisiko skal gjennomføres på forsvarlig måte av kvalifisert personell, jf. det [generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#). Dersom det avdekkes selvmordsrisiko bør det utarbeides en plan med adekvate tiltak (for eksempel tettere oppfølging eller innleggelse). Risikovurdering bør gjentas ved nye rusepisoder og/eller forverret psykisk tilstand/livskrise.

Vurdering av fare for selvmord gjøres på bakgrunn av kjennskap til personen og omstendigheter i dennes livssituasjon, samt generell kunnskap om risikofaktorer for selvmord. For øvrig følges [nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#).

## Referanser

- [104] Hawton K (2005) Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. I K. Hawton. (ed), Prevention and treatment of suicidal behaviour. New York: Oxford University press, kap. 12, s. 197-215 (18 s) Tilgjengelig fra <http://www.crisis.org.cn/UploadFile/ReadParty/13-Psychosocial%20treatments%20following%20attempted%20suicide.pdf>

## 8.2 Dødelighets- og overdoserisiko (rusbehandling)

Der det foreligger overdose- og dødelighetsrisiko bør egnede tiltak tematiseres og iverksettes.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Behandling og oppfølging av personer som er rusmiddelavhengige bør ta opp dødelighets- og overdosefaren på en slik måte at pasienten gis bistand til å endre risikoatferd. De fleste overdosedødsfall er knyttet til bruk av opioider, men det er viktig å være klar over faren også hos de som ikke har et opioiddominert misbruk.

Seraf (senter for rus- og avhengighetsforskning) og NFH (Nasjonalt folkehelseinstitutt) gjorde i 2015 på oppdrag av Helsedirektoratet en oppsummering av kunnskap om overdosedødsfall som kan tilskrives andre rusmidler enn opioider. [Rapporten kan leses her \(med.uio.no\)](#).

Mange overdosedødsfall skjer i forbindelse med løslatelse, behandlingsavbrudd eller utskrivelse fra institusjon:

- Det er viktig å være klar over at pasientens toleranse for rusmidler er redusert etter opphold i institusjon.
- Risikoen for dødsfall er størst for opioidavhengige.
- Bruk av benzodiazepiner og/eller alkohol sammen med opioider øker faren ytterligere.
- I tillegg øker risikoen dersom pasienten for eksempel er uten egen bolig, har alvorlig psykisk eller somatisk sykdom eller er suicidal.

Behandling, oppfølging og forebyggende tiltak bør følge [Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammets råd for å forebygge overdoser](#).

Se også [Nasjonal overdosestrategi 2014–2017](#) og [oppfølging etter opioidoverdoser i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#).

## Referanser

- [105] Gjersing L, Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramnes J, Clausen T (2011) Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008. En helhetlig gjennomgang. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Oslo, Rapport, 2
- [67] Biong S, Ytrehus S (red.) (2012) Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Cappelen Damm

# 9 Kjønnsspesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling

## 9.1 Kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov i rusbehandling

Kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Kjønnsdelt behandling

#### Komparator

Kjønnsblandet behandling

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har laget to kunnskapsoppsummeringer som skal besvare dette spørsmålet (Dalsbø et. al 2009; Smedslund et. al 2013). Det ble derfor ikke gjort noen ytterligere litteratursøk fra Helsedirektoratet sin side.

#### Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? (Dalsbø et. al 2009)

Det ble utarbeidet en søkestrategi på bakgrunn av oppgitte kriterier for valg av studier. Deretter ble det

utført et systematisk søk etter nye systematiske oversikter i relevante databaser. Søkene ga til sammen 212 treff. Av disse var én systematisk oversikt relevant for problemstillingen. Den inkluderte oversikten var forfattet av Greenfield, Brooks og medarbeidere og publisert i tidsskriftet *Drug and Alcohol Dependence* i 2007.

Den inkluderte oversikten hadde lav metodologisk kvalitet, og resultatene fra oversikten må derfor tolkes med forsiktighet. Det ser ut til at rusbehandling av kvinner i egne rusbehandlingsopplegg kan føre til redusert frafall fra behandlingsoppleggene og at det kan bedre den psykiske helsen. Materialet antyder altså på at det kan være fordeler med å behandle gravide kvinner eller kvinner med små barn i egne rusbehandlingsopplegg. En nyere og enda bedre systematisk oversikt kan komme til å konkludere annerledes enn den inkluderte oversikten som man her baserer seg på.

### **Oppdatering av rapporten "Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?" (Smedslund et al 2013)**

Søket etter systematiske oversikter resulterte i totalt 857 referanser. Av disse var seks mulig relevante. Ved lesning av fulltekst ble ingen nye systematiske oversikter inkludert, men man valgte å inkludere tre enkeltstudier.

Gjestad (2011) sammenliknet mortaliteten hos kvinnelige alkoholikere som ble randomisert til en gruppe med bare kvinner (n = 100) eller til en gruppe med både menn og kvinner (treatment as usual eller TAU, n = 100). Kvinneprogrammet ble kalt "Early treatment for women with Alcohol Addiction (EWA)". Oppfølgingen ble foretatt med personlig intervju etter to år og via dødsårsaksregisteret etter inntil 27 år. Det ble kontrollert for alder, behandlingsstatus (inneliggende eller poliklinisk) og 2-års drikkeatferd. Gjestad og medarbeidere rapporterte signifikant lavere mortalitet blant yngre kvinner som hadde blitt randomisert til EWA sammenliknet med dem som fikk TAU. Denne forskjellen holdt seg i nesten 20 år etter inntak til behandling. For kvinner som bare trengte poliklinisk behandling ble det funnet redusert mortalitet også for eldre kvinner.

Greenfield (Greenfield, Trucco et. al, 2007) har gjort en liknende randomisert studie som Gjestad. Men her var utfallet rusmiddelbruk (både alkohol og andre stoffer). De fant ingen signifikante forskjeller i rusmiddelbruk i løpet av de 12 ukene hvor behandlingen foregikk. Ved 6 måneders oppfølgingen hadde deltakerne i kvinnegruppen redusert sin rusbruk mens de som hadde deltatt i gruppen med både menn og kvinner ikke hadde redusert sin rusbruk. Selv om tilfredsheten med gruppene var høy i begge betingelser, var kvinnene i kvinnegruppen mer fornøyd med behandlingen.

Den tredje inkluderte studien av Prendergast (2011) var ikke randomisert, men den sammenliknet også kvinner som fikk behandling i rene kvinnegrupper (n = 135) med kvinner som gikk i grupper med begge kjønn (n = 124). Ved ett års oppfølging ble følgende undersøkt: narkotika- og alkoholbruk, kriminell aktivitet, arrestasjoner, og deltakelse i arbeid. I begge gruppene viste kvinnene bedring på alle fire utfallsmålene. Kvinnegruppene gjorde det signifikant bedre enn de kjønnsblandede gruppene i forhold til rusmiddelbruk og kriminalitet, mens det ikke var signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt arrestasjoner eller deltakelse i arbeid.

### **Begrunnelse**

Kjønnsidentitet har både fysiske, psykiske og sosiale perspektiver som er viktig å ha bevissthet om i organisering og tilrettelegging av behandlingstilbudet.

Det foreligger lite systematisk forskning på området. Ut fra oversiktsstudier kan det se ut til at kjønnsdelt rusmiddelbehandling fører til et noe bedre behandlingsresultat for enkelte grupper av rusmiddelavhengige kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre. De tiltakene innen tverrfaglig spesialisert behandling som tilbyr kjønnsdelt behandling melder om positiv effekt både for menn og kvinner.

Kjønnsdelt tilnærming kan gjenspeiles både i rammene rundt behandlingen og i det faglige innholdet blant annet ved kjønnsdelte avdelinger eller kjønnsdelte gruppetilbud/aktiviteter.

Pasienten bør informeres om de ulike organisatoriske innretningene som foreligger i tverrfaglig spesialisert behandling når det gjelder kjønnsdelte tilbud. Det bør gis mulighet til å reflektere over hva som vil være beste tilnærming for den enkelte. Det bør foreligge reelle tilbud som ivaretar den enkeltes behov for kjønns spesifikk behandling. Ideelt sett bør det innenfor hvert regionale helseforetak (RHF) finnes behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

## Referanser

- [106] Dalsbø, TK, Steori, A & Høie, B Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009
- [107] Smedslund, G, Steiro, A, Furee, B, & Kirkehei, I Oppdatering av rapporten "Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?" – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2013

## 9.2 Kjønnsdelte aktiviteter i rusbehandling

Det foreslås å legge til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

Kjønnsdelt behandling

#### Komparator

Kjønnsblandet behandling

### Sammendrag

Forskningsgrunnlag: Lavt

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har laget to kunnskapsoppsummeringer som skal besvare dette spørsmålet (Dalsbø et. al 2009; Smedslund et. al 2013). Det ble derfor ikke gjort noen ytterligere litteratursøk fra Helsedirektoratet sin side.

#### Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? (Dalsbø et. al 2009)

Det ble utarbeidet en søkestrategi på bakgrunn av oppgitte kriterier for valg av studier. Deretter ble det utført et systematisk søk etter nye systematiske oversikter i relevante databaser. Søkene ga til sammen 212 treff. Av disse var én systematisk oversikt relevant for problemstillingen. Den inkluderte oversikten var forfattet av Greenfield, Brooks og medarbeidere og publisert i tidsskriftet Drug and Alcohol Dependence i 2007.

Den inkluderte oversikten hadde lav metodologisk kvalitet, og resultatene fra oversikten må derfor tolkes med forsiktighet. Det ser ut til at rusbehandling av kvinner i egne rusbehandlingsopplegg kan føre til redusert frafall fra behandlingsoppleggene og at det kan bedre den psykiske helsen. Materialet antyder altså på at det kan være fordeler med å behandle gravide kvinner eller kvinner med små barn i egne rusbehandlingsopplegg. En nyere og enda bedre systematisk oversikt kan komme til å konkludere annerledes enn den inkluderte oversikten som man her baserer seg på.



## Oppdatering av rapporten "Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?" (Smedslund et al 2013)

Søket etter systematiske oversikter resulterte i totalt 857 referanser. Av disse var seks mulig relevante. Ved lesning av fulltekst ble ingen nye systematiske oversikter inkludert, men man valgte å inkludere tre enkeltstudier.

Gjestad (2011) sammenliknet mortaliteten hos kvinnelige alkoholikere som ble randomisert til en gruppe med bare kvinner (n = 100) eller til en gruppe med både menn og kvinner (treatment as usual eller TAU, n = 100). Kvinneprogrammet ble kalt "Early treatment for women with Alcohol Addiction (EWA)". Oppfølgingen ble foretatt med personlig intervju etter to år og via dødsårsaksregisteret etter inntil 27 år. Det ble kontrollert for alder, behandlingsstatus (inneliggende eller poliklinisk) og 2-års drikkeatferd. Gjestad og medarbeidere rapporterte signifikant lavere mortalitet blant yngre kvinner som hadde blitt randomisert til EWA sammenliknet med dem som fikk TAU. Denne forskjellen holdt seg i nesten 20 år etter inntak til behandling. For kvinner som bare trengte poliklinisk behandling ble det funnet redusert mortalitet også for eldre kvinner.

Greenfield (Greenfield, Trucco et. al, 2007) har gjort en liknende randomisert studie som Gjestad. Men her var utfallet rusmiddelbruk (både alkohol og andre stoffer). De fant ingen signifikante forskjeller i rusmiddelbruk i løpet av de 12 ukene hvor behandlingen foregikk. Ved 6 måneders oppfølgingen hadde deltakerne i kvinnegruppen redusert sin rusbruk mens de som hadde deltatt i gruppen med både menn og kvinner ikke hadde redusert sin rusbruk. Selv om tilfredsheten med gruppene var høy i begge betingelser, var kvinnene i kvinnegruppen mer fornøyd med behandlingen.

Den tredje inkluderte studien av Prendergast (2011) var ikke randomisert, men den sammenliknet også kvinner som fikk behandling i rene kvinnegrupper (n = 135) med kvinner som gikk i grupper med begge kjønn (n = 124). Ved ett års oppfølging ble følgende undersøkt: narkotika- og alkoholbruk, kriminell aktivitet, arrestasjoner, og deltakelse i arbeid. I begge gruppene viste kvinnene bedring på alle fire utfallsmålene. Kvinnegruppene gjorde det signifikant bedre enn de kjønnsblandede gruppene i forhold til rusmiddelbruk og kriminalitet, mens det ikke var signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt arrestasjoner eller deltakelse i arbeid.

### Begrunnelse

Det er kun et fåtall institusjoner/tiltak som har et tilbud om avdelinger kun for kvinner eller menn.

Institusjoner med kjønnsblandede avdelinger og grupper bør utforme tilbudet slik at aktiviteter for kun kvinner eller menn kan tilbys både gjennom tilpasning av lokaliteter og etablering av egne grupper/aktivitetstilbud.

Eksempler på kjønnsdelte aktiviteter kan være for eksempel grupper og aktiviteter der fars-/morsrolle, vold, forholdet til partner, relasjoner og andre livstema blir tatt opp. Kvinner og menn kan videre ha ulike preferanser, som det bør tas hensyn til i etablering av ulike tilbud.

Anbefalingen ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. [DECIDE-skjemaet viser arbeidsgruppens vurdering bak anbefalingen \(PDF\)](#)

### Referanser

- [106] Dalsbø, TK, Steori, A & Høie, B Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009
- [107] Smedslund, G, Steiro, A, Furee, B, & Kirkehei, I Oppdatering av rapporten "Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?" – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2013

### 9.3 Ivareta språklige og kulturelle forskjeller i rusbehandling

I behandling og oppfølging skal språklige og kulturelle forskjeller og minoritetstilhørighet ivaretas.

#### Begrunnelse

##### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

##### Intervensjon

NOTSET!

##### Komparator

NOTSET!

#### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

#### Begrunnelse

Helsepersonells faglige tilnærming bør avspeile kulturforståelse og mangfoldsførståelse. Dette er viktig for å kunne yte god og likeverdig helsehjelp i møte med pasienter med ulik språklig og kulturell bakgrunn.

Bruk eller avhengighet av rusmidler er ofte tabubelagt og kan ha medført/medfører store konsekvenser for pasienten/brukeren. Diagnostiske intervju bør tilpasses slik at de tar høyde for eventuelle kulturelle forskjeller.

Det skal tilrettelegges slik at språklige og kulturelle forskjeller ikke er til hinder for god kommunikasjon og forståelse. Pasienten/brukeren har rett til informasjon som er tilpasset deres individuelle forutsetninger, herunder alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 \(lovdata.no\)](#). I noen tilfeller vil det være aktuelt å bestille kvalifisert tolk for å sikre god kommunikasjon ([veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)). Det er helsepersonellens ansvar å vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk i møte med pasienter med begrensede norskkunnskaper. Behandler bør avsette tid til forberedende samtale med tolken slik at tolken er best mulig forberedt.

Kultursensitivitet- og forståelse hos behandler er viktig for relasjons- og alliansebyggingen til pasienten. Helsepersonell trenger mer kunnskap om innvandreres sykdomsmønster og helse- og sykdomsførståelse. Ulike forståelser av symptomer, tilstander, sykdommer og hva som regnes som god eller virkningsfull behandling mellom pasient og behandler, kan bidra til at det tar lengre tid å etablere en god og tillitsfull relasjon. Behandler kan påregne å bruke tid på å utforske og forstå den enkelte pasientens livshistorie og livssituasjon. Det kan for eksempel være viktig å spørre om migrasjonshistorien ([veileder om Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktinger og familiejenforente](#)).

#### Samiske pasienter/personer med samisk tilknytning

Personer som har samisk som morsmål har krav på tilrettelagt informasjon og kommunikasjon og helsepersonell må vurdere behovet for å bestille kvalifisert tolk.

Den samiske pasienten/brukeren må møtes med anerkjennelse og forståelse for sin kulturelle kontekst. Det kan for eksempel være viktig å utforske betydningen av familie og slekt, og hvordan enkeltindividets

identitet, rettigheter og plikter er knyttet til slektskap.

### Brukerperspektivet

Med bakgrunn i mangelfullt forsknings- og erfaringsgrunnlag får brukermedvirkning en særlig sentral rolle i innretningen av tilbudet til pasienter/brukere med minoritetsbakgrunn. Det må kontinuerlig vurderes på hvilken måte minoritetstilhørigheten har betydning i behandling og oppfølging. Tilnærmingen må sikre at han/hun får nødvendig hjelp og opplever seg forstått og respektert.

Kompetansesenteret rus-Oslo ga i 2015 ut rapporten [Vi lever i rus, alt jeg er nå er det som skjedde meg i hjemlandet \(forebygging.no\)](#). Rapporten bygger på spørreskjema og dybdeintervju med ansatte og brukere og berører sentrale og avgjørende elementer i møtet mellom et etablert helsevesen og brukere med asylsøkerbakgrunn og/eller minoritetsbakgrunn.

### Praktisk

[Kulturformuleringsintervjuet \(Cultural Formulation Interview – CFI\) \(rop.no\)](#) er et intervjuverktøy for tverrkulturell kommunikasjon. Intervjuet er på 16 spørsmål og har i tillegg supplerende moduler. Intervjuet kan øke den kliniske forståelsen av ulike plager og bedre informasjonsgrunnlaget for planlegging av behandlingsplan/forløp.

Se også artikkelen [Nytt verktøy for tverrkulturell kommunikasjon \(rop.no\)](#)

### Rettigheter

Nasjonal kompetansetjeneste ROP har sammen med Nasjonal kompetansetjeneste for minoritetshelse (NAKMI) rettighetene til norsk versjon av verktøyet, innhentet fra APA. Den norske utgaven kan reproduseres (i papirversjon) av forskere og klinikere, uten å be om tillatelse fra APA, ROP eller NAKMI.

Se også informasjon om [rettslige sider ved bruk av verktøy](#)

### Referanser

- [108] Helsedirektoratet Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene 2011. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- [109] Berg E (2003) Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. SIRUS-rapport nr. 1/2003. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- [110] Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern og rus Tilgjengelig fra <http://www.finnmarkssykehuset.no/sanks/category10180.html>
- [111] Sandøy TA (2013) Fremmede i Norge, fremmede på Plata? En kvalitativ studie av innvandrere i Oslos synlige rusmiljø. SIRUS-rapport nr. 1/2013. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- [112] Helsedirektoratet (2010) Veileder om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

## 9.4 Tematisering av seksuell orientering i rusbehandling

Behandlingen bør tematisere en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk.

### Begrunnelse

**Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

**Komparator**

NOTSET!

**Sammendrag**

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

**Begrunnelse**

I behandlingssituasjoner generelt vil antatt heteroseksuell orientering hos pasienten ofte bli tatt som en selvfølge. Mange vil derfor ofte unnlate å være åpne om sin seksuelle orientering. Det foreslås at behandleren tematiserer pasientens seksuelle orientering.

Undersøkelser og klinisk erfaring fra behandling av homofile og lesbiske med rusmiddelproblemer tyder på at behandleren bør invitere pasienten til å tematisere sin seksuelle orientering. Tematisering av seksuell identitet og seksuell praksis muliggjør fokus på sammenhenger mellom rusmiddelproblemer, somatiske og psykiske problemer og tilhørighet. Dette har vist seg å ha god terapeutisk effekt.

Anerkjennelse av pasientens seksuelle legning vil ofte bidra til en trygg terapeutisk relasjon. Behandleren må kunne være en kvalifisert samtalepart dersom pasientens vansker kan knyttes til seksuell orientering.

**Referanser**

- [113] Anderssen N, Malterud K (2013) Seksuell orientering og levekår Tilgjengelig fra [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7550/Seksuell\\_orientering\\_og\\_levek%e5r.pdf?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7550/Seksuell_orientering_og_levek%e5r.pdf?sequence=1)
- [114] Matthews CR, Lorah P, Fenton J (2006) Treatment experiences of gays and lesbians in recovery from addiction: A qualitative inquiry. Journal of Mental Health Counseling, 28(2), 111 Tilgjengelig fra <http://search.proquest.com/docview/198796936?accountid=28280>

## 10 Oppfølging av spilleavhengige. Kartlegging av anabole androgene steroider (rusbehandling)

### 10.1 Kognitiv atferdsterapi av spilleavhengige

Det foreslås kognitiv atferdsterapi av spilleavhengige.

**Begrunnelse****Populasjon**

Personer med rusmiddelproblemer

**Intervensjon**

NOTSET!

### Komparator

NOTSET!

## Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har i noen grad sett på forskning, men har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette området.

Det har vært forsket mye på behandling av pengespilleavhengighet. Metastudier har sett på ulike tilnærminger, herunder psykodynamisk behandling, kognitiv atferdsterapi, selvhjelpsprogrammer, bruk av legemidler og familierapi.

En Cochrane-oversikt fra 2012 (Cowlshaw m.fl., 2012), basert på en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur, viste at det er usikkert om kognitiv atferdsterapi har effekt på alvorlighetsgradmetodikken av spillavhengighet. Kognitiv atferdsterapi ble sammenlignet med kontrollgrupper. Det er i vesentlig grad snakk om poliklinisk behandling.

En befolkningsundersøkelse av omfanget av penge- og dataspillproblemer i Norge gjennomført i 2013 (Pallesen et al 2014, Universitetet i Bergen) viser at i underkant av 60 % av respondentene hadde deltatt i pengespill i løpet av de siste 12 månedene (37 % hadde spilt dataspill i løpet av de siste 6 mnd.). Det har vært en synkende tendens de siste årene (81 % i 2003). Forklaringen kan være, i tillegg til automatforbudet fra 2007, at dagens pengespill i mindre grad appellerer til befolkningen sammenlignet med tidligere.

## Begrunnelse

Omfanget av spilleavhengighet anslås til å være under en prosent. Spilleavhengighet har store personlige konsekvenser i form av dårlig mental helse, økonomiske problemer, familiekonflikter og arbeidsledighet. Spilleavhengige har krav på et adekvat tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert behandling.

Den mest effektive metoden når det gjelder behandling for spilleavhengighet, har så langt vist seg å være kognitiv atferdsterapi. Psykofarmakologisk behandling har hatt en viss effekt når det gjelder komorbide tilstander. En norsk studie viste at depressive plager og økt selvmordsrisiko er utbredt blant spilleavhengige. Kognitiv terapi kan ha positiv effekt på behandling av angst, depresjon, frekvens av spill og på økonomisk tap relatert til pengespill.

I tillegg til den kliniske forskningen foreligger det også verdifulle kliniske erfaringer gjennom de senere årene med bruk av kognitiv atferdsterapi som i stor grad er manualbasert. Erfaringen med denne behandlingsmetoden er god. Det store flertallet av pasienter som blir henvist for hjelp, og som fullfører behandlingen, synes å ha godt utbytte av behandlingen i form av:

- fravær av eller redusert spilling
- bedre kontroll på økonomien
- lavere stressnivå
- redusert suicidalfare
- bedre familiefungering
- høyere livskvalitet

Tidlig identifisering og god behandling for problematisk spilleatferd er et hovedmål i [handlingsplan mot spillproblemer \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/handlingsplan-mot-spillproblemer).

## Referanser

- [115] Pallesen S, Molde H, Bjorvatn B, Mentzoni R, Hanss D, Huang K, Andreassen SC (2015) Behandling av dataspillavhengighet – en systematisk oversikt. Tidsskrift for norsk psykologforening, s 471–478
- [116] Gooding P, Tarrier N (2009) A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? Behaviour Research and Therapy 47, 592–607
- [117] Bu ETH, Skutle A (2013) After the ban of slot machines in Norway: A new group of treatment-seeking pathological gamblers? Journal of Gambling Studies, 29(1), 37-50
- [118] Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S (2012) Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database Syst Rev, 11

## 10.2 Anabole androgene steroider (rusbehandling)

Bruk av dopingmidler før eller under behandling bør kartlegges og behandles.

### Begrunnelse

#### Populasjon

Personer med rusmiddelproblemer

#### Intervensjon

NOTSET!

#### Komparator

NOTSET!

### Sammendrag

Kunnskapsgrunnlag: Konsensus

Denne anbefalingen er utarbeidet av arbeidsgruppen på bakgrunn av gruppens kliniske kunnskap og brukerkunnskap samt diskusjoner med fagfeltet (inkludert høringsuttalelser). Arbeidsgruppen har ikke oppsummert den samlede forskningen på dette spørsmålet.

### Begrunnelse

Personer med problematisk bruk av alkohol eller andre rusmidler har oftere enn andre også brukt eller bruker dopingmidler som anabole androgene steroider. Bruk av anabole androgene steroider i tilknytning til rusmiddelbruk kan ha ulike funksjoner, blant annet som en alternativ måte å oppnå ruseffekt på, styrket selvtillit, endring av kroppen etter langvarig rusmiddelbruk, eller mot og krefter til å begå lovbrudd.

Ved behandling for problematisk bruk av anabole androgene steroider eller andre dopingmidler, bør både medisinske, psykologiske og sosiale perspektiver tas i betraktning.

Bruk av dopingmidler før eller under behandling bør derfor kartlegges. Ofte vil fastlegen møte personer med dopingproblematikk som vil kunne kreve behandling i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å tilby pasienter med problematisk bruk av anabole androgene steroider utredning og behandling. Behandlingen bør være tverrfaglig da misbruk av anabole androgene steroider kan ha både medisinske, psykologiske og sosiale konsekvenser.

Nasjonal kompetansetjeneste for TSB har et prosjekt som blant annet [opsummerer tilgjengelig forskning og beskriver aktuelle utrednings- og behandlingsmetoder av pasienter som bruker anabole androgene steroider \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)

[Se også svensk behandlingsveileder \(dopingjouren.se\)](http://www.dopingjouren.se)

## Referanser

- [119] Dodge, T. & Hoagland, M. F The use of anabolic-androgenic steroids and polypharmacy: A review of the literature *Drug & Alcohol Dependence* 2011 114 2-3 100 109
- [120] Hakansson, A., Mickelsson, K., Wallin, C. & Berglund, M Anabolic androgenic steroids in the general population: User characteristics and associations with substance use *European Addiction Research* 2012 18 2 83 90
- [121] Nasjonalt vårdprogram Missbruk av Anabola Androgena Steroider (AAS) och andra hormonläkemedel. Dopingjouren 2012 Tilgjengelig fra <http://www.dopingjouren.se/sv/om-doping/vard-och-behandling/nasjonellt-vardprogram/>
- [122] Nøkleby, H. & Skårderud, F Body practices among male drug abusers. Meanings of workout and use of doping agents in a drug treatment setting *International Journal of Mental Health and Addiction* 2013 11 4 490 502
- [123] Nasjonalt kompetansetjeneste TSB, Oslo Universitetssykehus. Håndbok Anabole-androgene steroider. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling Tilgjengelig fra [http://issuu.com/rolf\\_ottesen\\_as/docs/h\\_ndbok\\_anabole\\_androgene\\_steroide?e=13446698/13736535Rendition11](http://issuu.com/rolf_ottesen_as/docs/h_ndbok_anabole_androgene_steroide?e=13446698/13736535Rendition11)

## 11 Refleksjoner over egen praksis - utfordringer i forløp

To pasient-/brukerhistorier er valgt som eksempler for å vise hvordan det kan være nyttig å reflektere rundt kritiske overganger i et pasientforløp. Refleksjonene tar utgangspunkt i den faktiske situasjonen og har spørsmål det kan være nyttig å stille. Spørsmålene er lenket til aktuelle anbefalinger i retningslinjen. Vi håper at eksemplene kan inspirere til å bruke retningslinjen som et praktisk verktøy overfor egne pasienter/brukere.

Eksemplene er to av 15 forløp som KORFOR – Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest – leverte til stortingsmelding 30 «Se meg» (2011-2012).

### 11.1 Karsten 21 år: Hasj og amfetamin, psykisk syk og sosialt utilpass (brukerhistorie)

Karsten 21 år kommer sammen med foreldre til ruspoliklinikk fordi han røyker hasj og oppfører seg merkelig. I lange perioder kan han bli sittende og stirre ut i rommet, andre ganger snakker han med noen uten at det er noen der og uten at han har blitt snakket til. I perioder virker Karsten veldig redd. Han ville bare bli med til samtale dersom begge foreldrene ble med.

**Opplvde Karsten selv at han hadde et problem og ble det tidlig lagt vekt på hans egen vurdering av sin livssituasjon? Se anbefaling [Motiverende intervju \(MI\)](#)**

**Er familieperspektivet tatt hensyn til? Fikk Karsten mulighet til å gi samtykke til at det ble samarbeidet med foreldre? Se anbefaling [Involvering av familie og nettverk](#)**

Foreldrene opplyser at det gikk bra med Karsten på grunnskolen og grunnkurs og VKI (tømmerfag). Imidlertid falt han ut da han begynte i lære. De mener han begynte å eksperimentere med hasj på den tiden. Karsten blir spurt om dette stemmer og han nikker, men vil ikke si noe.

For at Karsten ikke skulle gå og drive ble han med far på jobb. Far arbeider med vedlikehold av anleggsmaskiner og Karsten ble med som hjelpemann. Når de to arbeidet alene gikk det greit, når flere var til stede trakk Karsten

seg vekk eller dro hjem. Karsten har noen nære venner som han besøker litt i helgene ellers er han lite ute. Noen ganger kan han bli med vennene på fest, men da må foreldrene ofte hente ham hos en av vennene dagen etter. Foreldrene er usikker på hvor mye vennene bruker av rusmidler. Karsten har ikke kjæreste.

**Ble Karsten kartlagt og utredet tidlig nok? (psykisk og somatiske helse, kognisjon og sosiale vilkår) Se anbefalingene [Unge: Kartleggingsverktøy](#), [Kartlegging av bruk av rusmidler](#) og [Helhetlig tilnærming](#)**

Behandler på ruspoliklinikken mener at Karsten er alvorlig syk, trolig psykotisk og søker om innleggelse på DPS.

**Var det riktig at Karsten fikk tilbud om døgnbehandling i DPS? Se anbefaling [Unge: Rask og alderstilpasset behandling](#)**

**Burde et ambulerende team vært tidligere involvert? Se anbefaling [Unge: Ambulerende tilnærming](#)**

Han opprettholder kontakten med Karsten og begynner å kartlegge Karstens bruk av rusmidler. Karsten kommer til samtale dersom mor eller far kjører ham. Det kommer fram at Karsten begynte med hasj og litt alkohol da han startet på grunnkurs. Sammen med noen venner ble de i helgene enten sittende på rommet til en av dem eller ute ved sjøen for å røyke hasj og snakke om livet. Ingen av de voksne rundt dem merket noe, men de brukte heller ikke mye.

Karsten har aldri vært særlig opptatt av å gå ut eller å ha kontakt med jenter. En søndagskveld sommeren han var ferdig med VKI opplevde han at programleder på TV snakket direkte til han. Den helga hadde Karsten røykt nokså mye hasj. Karsten syntes det var pinlig å bli snakket til og så sjeldnere på TV. Han syntes det var slitsomt å være lærling og ble sittende hjemme. Da var det bedre å bli med far av og til.

**Er det godt nok grunnlag for å beskrive Karsten som alvorlig syk? Se anbefaling [Differensialdiagnostisering](#)**

Karsten har en eldre søster som bor for seg selv, og en yngre bror. Et par uker før han kom til poliklinikken hadde han vært på en fest og kommet i snakk med ei hyggelig jente. Han ville bli med henne hjem, men opplevde da at søsteren snakket til han. "Hold deg i ro" sa hun. Karsten ble redd, han kunne ikke se søsteren. Etter det ble han sittende hjemme og gikk ikke ut.

**Hvordan ble familie og nettverk involvert? Se anbefaling [Involvering av familie og nettverk](#)**

Karsten blir tilbudt et utredningsopphold på DPS. Behandler der konkluderer med hasjutløst psykose og ber behandler på ruspoliklinikk motivere for rusfrihet. Karsten blir medisinert, men følger dårlig opp.

**Ble det utarbeidet behandlingsplan sammen med Karsten? Se anbefaling [Behandlingsplan](#)**

**Er den kliniske vurderingen god nok som grunnlag for å starte medisinering? Se anbefaling [Differensialdiagnostisering](#)**

Behandler på ruspoliklinikk mener DPS burde jobbet mer med Karsten og klager. Foreldrene er oppgitt over at systemene krangler og vet ikke hva de skal gjøre.

**Var tjenestene i spesialisthelsetjenesten godt nok samordnet til Karstens beste? Se kapittel [Samarbeid innad og mellom tjenestene](#) og veileder [Sammen om mestring](#)**

Karsten fortsetter å ha kontakt med ruspoliklinikken, men uteblir ofte. Samtidig øker misbruket til også å gjelde amfetamin. Karsten blir innlagt på DPS flere ganger, men skriver seg raskt ut. Foreldrene ønsker tvangsinnleggelse, men DPS mener at Karstens situasjon ikke gir grunnlag for det.

**Ble det fokusert på betydningen av å etablere en god allianse med en fast behandler tidlig i forløpet? Se anbefaling [Første del av rusbehandling og oppfølging](#)**

**Hvordan ble Karstens behov for kontinuitet ivaretatt underveis? Se anbefalingene [Behandlingsplan](#) og [Behandlingsmål](#)**



**Hva gjorde tjenestene i de tilfellene Karsten ikke møtte til behandling? Var DPS' s vurdering om å ikke benytte tilbakehold riktig? Se anbefaling [Manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd](#)**

Til slutt greier ikke foreldrene å ha Karsten boende hjemme lenger.

**Fikk familien tilbud om samtaler? Se anbefaling [Involvering av familie og nettverk](#)**

De kontakter NAV og sammen med kommunens rus-og psykiatritjeneste arbeides det for et bo-opplegg hvor Karsten kan få noe oppfølging og tilsyn.

**Burde kommunen ha blitt involvert tidligere? Se veileder [Sammen om mestring](#)**

Kommunen etablerer ansvarsgruppe og begynner å arbeide med IP.

**Hva var fastlegens rolle underveis? Se veileder [Sammen om mestring 6.1.2](#)**

**Ble det på noe tidspunkt foretatt en helsesjekk? Se anbefaling [Helhetlig tilnærming](#)**

Etter et par lite vellykkede forsøk med at Karsten bor alene i leilighet får han tilbud om et bofellesskap med tilsyn. DPS tilbyr kriseopphold ved behov.

**Har Karsten selv innflytelse på når han trenger et opphold? Se anbefaling [Brukerstyrt innleggelse](#)**

Ansatte i bofellesskapet begynner med en systematisk kartlegging av Karstens funksjonsnivå og symptombilde både når han er ruset og mindre ruset. Når dette materialet blir presentert for DPS foretas en ny diagnostisk vurdering som konkluderer med paranoid schizofreni.

**Burde det vært gjort en kartlegging av Karstens rusmiddelbruk og omfang på et tidligere tidspunkt? Se anbefaling [Kartlegging av bruk av rusmidler](#)**

Etter dette opplever botiltaket at Karstens psykiske problemer blir tatt mer på alvor. Det etableres et tett samarbeid rundt behandling og oppfølging av Karsten mellom DPS og botiltak, men det er fortsatt uenighet om hvordan en skal greie å «holde Karsten rusfri».

**Var full rusfrihet også et mål for Karsten? Se anbefaling [Behandlingsmål](#)**

DPS ønsker en større grad av kontroll og styring enn botiltaket både formelt og reelt kan ivareta.

**Ble alle relevante behandlingstilnærminger tatt i bruk og tilpasset Karstens situasjon? Se anbefalingene [Kognitiv atferdsterapi](#), [Mentaliseringsbasert terapi \(MTB\)](#), [Systematisk fysisk aktivitet og treningskontakt](#) og [Musikkterapi](#)**

**Hvordan ble Karstens opplevelse av tilbudet han fikk vurdert? Se anbefaling [Brukerevaluering](#)**

## 11.2 Lars 48 år: Langvarige alkoholproblemer og somatiske plager (brukerhistorie)

Lars er 48 år og innlagt på en rehabiliteringsinstitusjon. Han har en langvarig rushistorie bak seg, men har også hatt perioder hvor han har vært i jobb. Rushistorien startet i 15-årsalderen med alkohol, men under rimelig kontroll. Lars fullførte grunnskole, gikk ett år på videregående og reiste så til sjøs. Han fungerte godt som dekksgutt, men det ble mye alkohol i friperiodene. Etter å ha blitt akterutseilt to ganger fikk han ikke lenger jobb i utenriksfart, men fikk så, etter to år med småjobber på land, jobb på en båt i kystfart. Da var Lars 35 år. Han beholdt denne jobben i 5 -6 år, men hadde også lange perioder hvor han var sykmeldt. Lars ble sykmeldt for gjentatte ryggplager og depresjon. Det ble lite snakk om alkohol under konsultasjonene.

**Ble det tidlig lagt vekt på Lars' versjon av historien? Se anbefaling [Motiverende intervju \(MI\)](#)**

Lars giftet seg da han sluttet i utenriksfart og fikk 2 barn i forholdet. Etter 7 år orket ikke ektefellen mer av drikkeperiodene og heiv han ut. Etter at både ekteskap og jobb røyk havnet Lars på gata og gikk inn i en langvarig depresjon med omfattende drikking. Han ble innlagt på sykehus på grunn av alkoholforgiftning og så på rusinstitusjon. Lars har tidligere vært langvarig syk med depresjon og ryggplager.

**Alkoholproblemet har vært underkommunisert. Kunne problemene vært tatt tak i på et tidligere tidspunkt? Se anbefalingene [Differensialdiagnostisering](#) og [Fokus på rusmiddelproblemer i somatisk helsetjeneste](#)**

**Hvordan kunne kommunen ha tatt tak i hans utfordringer? Se anbefaling [Første del av rusbehandling og oppfølging](#) og veileder [Sammen om mestring kap. 5](#)**

**Hva burde vært gjort for hans somatiske plager? Se anbefaling [Fokus på rusmiddelproblemer i somatisk helsetjeneste](#) og veileder [Sammen om mestring 6.1.2](#)**

Lars fikk god hjelp når det gjaldt alkoholproblemene og etablerte seg i en liten leilighet etter endt opphold og forsøkte å ha noe kontakt med barna.

**Ble familien involvert, og ble det tatt hensyn til at Lars hadde barn? Se anbefaling [Involvering av familie og nettverk](#) og kapittel [Brukermedvirkning](#)**

Imidlertid ble han sittende mye alene å se på TV. Det var lite oppfølging fra hjelpeapparatet etter institusjonsoppholdet og Lars var ikke den som sto på for å få hjelp.

**Ble det gjort godt nok arbeid for å styrke hans nettverk og familierelasjoner? Se anbefalingene [Involvering av familie og nettverk](#) og [Fokus på utdanning, arbeid og meningsfylt aktivitet](#)**

**Hvordan kunne tjenestene tatt tak i Lars' livssituasjon og ønsker (mestring, fritidstilbud, støttekontakt, arbeid o.l.)? Se anbefalingene [Fokus på utdanning, arbeid og meningsfylt aktivitet](#) og [Bistand til styrking av nettverk for personer i rusbehandling](#)**

Lars fikk attføringspenger, men ble et tilfelle som havnet mellom rusvern og psykiatri både i kommune og andrelinjetjeneste.

**Hva kunne tjenestene gjort da ingen av dem vurderte å ha et tilbud til Lars? Var tjenestene godt nok samordnet til Lars' beste? Se kapittel [Samarbeid innad og mellom tjenestene](#) og veileder [Sammen om mestring](#)**

Legen forsøkte å henvise både til psykiatrisk behandling og til behandling på ruspoliklinikk, men ingen av instansene mente de hadde noe å tilby.

**Hva kunne tjenestene ha gjort for å samordne seg og komme til enighet? Se veileder [Sammen om mestring](#)**

Etter flere innleggelse på sykehus med alkoholforgiftning og generell forkommenhet ble Lars til slutt tatt imot på som døgnpasient på et rehabiliteringstiltak innen TSB etter å ha vært tre måneder på en omsorgsinstitusjon.

**Hvordan kunne tjenestene tatt tak i at Lars hadde hatt gjentatte forgiftninger? Se anbefalingene [Akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp](#) og [Avrusning på institusjon](#) i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler**

Før Lars havnet på omsorgsinstitusjonen hadde han forsøkt smertestillende tabletter (Temgesic) en periode og noen i hjelpeapparatet mente en da kunne forsøke LAR-behandling.

På rehabiliteringstiltaket gjennomføres en innledende kartlegging både av rus- og psykiske problemer. Ved siden av omfattende alkoholavhengighet kommer det fram at Lars sliter med gjentatt, til dels alvorlig depresjon. Denne har hjelpeapparatet ikke kartlagt og ei heller tatt tak i. Behandler på rehabiliteringstiltaket tenker også at

Lars kan slite med andre psykiske lidelser. Lars har heller aldri blitt utredet med tanke på kognitiv fungering.

**Hvem kunne ha kartlagt og initiert hjelp med hans depresjon? Se anbefalingene [Kartlegging av bruk av rusmidler](#), [Helhetlig tilnærming](#) og [Differensialdiagnostisering](#). Se veileder [Sammen om mestring 6.1.7 rask psykisk helsehjelp](#)**

Før en går videre i arbeidet med rusproblemene ønsker tiltaket innleggelse og omfattende utredning på en psykiatrisk avdeling. Dette viser det seg å bli vanskelig å få til. I og med at det er snakk om kronisk alkohollidelse ser ikke den psykiatriske avdelingen at de har så mye å tilby. En foreslår heller nevropsykologisk utredning etter 6 uker uten inntak av rusmidler. Dette med tanke på mulige organisk lidelse etter langvarig bruk av alkohol.

**Er dette det avgjørende tiltaket for å kunne hjelpe Lars? Se anbefalingene [Helhetlig tilnærming](#) og [Differensialdiagnostisering](#)**

Rehabiliteringstiltaket har ikke rammer for å kunne stenge Lars inne med tanke på å oppnå full rusfrihet og ser at det blir vanskelig å få til et rehabiliteringsopplegg sammen med kommunen uten grundig vurdering fra DPS.

**Har hjelpeapparatet og Lars en felles oppfatning om at rusfrihet er et mål? Se anbefalingene [Behandlingsmål](#) og [Bedringsmål](#)**

Tiltaket kan foreta en begynnende nevropsykologisk utredning, men er avhengig av supplerende bistand fra PHV for å kunne "selge inn" en realistisk plan for oppfølging i kommunen. Det kommunale tjenesteapparatet har tidligere i liten grad tatt tak i Lars sine problemer og behandler på rehabiliteringstiltaket mener at Lars fort kan bli skrevet ut til "ingenting". Uten utredning og behandling for depresjon kan Lars bli gående som før, med gjentatte alkoholforgiftninger og til slutt innleggelse på sykehjem.

**Er alle behandlingstilnærminger godt nok vurdert? Se anbefalingene [12-trinnsbehandling](#), [Kognitiv atferdsterapi](#) og [Legemidler som støttebehandling til alkoholavhengige](#)**

Behandling av depresjon kan kanskje bidra til begrenset bruk av alkohol og dermed rehabiliteringsmuligheter en nå ikke ser. Når det gjelder LAR tenker behandler at dette vil være en blindvei. Lars har aldri hatt særlig befatning med opiat.

**Hvilken rolle spiller fastlegen for Lars i dag? Se veileder [Sammen om mestring 6.1.2](#)**

**Kan Lars ha hatt dårlig erfaring med behandlere som har vært involvert? Se anbefaling [Bytte av behandler](#)**

**På hvilken måte kunne tjenestene lagt opp til et individuelt tilpasset tjenestetilbud? Se anbefalingene [Valg av behandlingsmetode](#) og [Kognitiv atferdsterapi](#)**

## 12 Metode og tilgrensning til andre retningslinjer og veiledere

### 12.1 Metodisk tilnærming

#### Kunnskapsbasert tilnærming

En nasjonal faglig retningslinje skal ha en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring skal vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak. Disse skal ses i lys av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter».

Anbefalingene i denne retningslinjen står på disse tre tilnærmingene:

- Innhentet og vurdert forskningsbasert kunnskap
- Klinisk kunnskap og erfaring
- Bruerkunnskap og erfaring

På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap, har klinisk kunnskap og brukerkunnskap fått større vekt. Klinisk kunnskap og brukerkunnskap har fremkommet gjennom diskusjoner i arbeidsgruppen og mellom arbeidsgruppedeltakere og andre brukere og klinikere. Det har vært benyttet en standardisert arbeidsmetode fra GRADE-verktøyet (DECIDE) i denne prosessen. Instrumentet brukes for å utforme anbefaling(er) etter at forskningsgrunnlaget er kjent, og sikrer at brukerrepresentanter og klinikere går gjennom relevante forhold slik som verdier, ønskede og uønskede effekter, ressursbruk, likhet, akseptabilitet og gjennomførbarhet knyttet til det aktuelle spørsmålet. På noen områder er det ikke søkt etter forskning, særlig gjelder dette organisatoriske innretninger og forhold. Disse anbefalingene er utformet etter klinisk erfaring og brukererfaring samt kunnskap om den norske helse- og omsorgstjenesten. Noen av disse anbefalingene er forankret i lovverk.

Retningslinjen er videre vurdert ved hjelp av AGREE som er et rammeverk for å vurdere kvaliteten på en faglig retningslinje. Evalueringen omfatter vurdering av metodene som er brukt, innholdet i de endelige anbefalingene og faktorer knyttet til implementering.

## Utarbeidelse av forskningsgrunnlag

### PICO-spørsmål

Høsten 2011 utarbeidet arbeidsgruppen spørsmål som vi ønsket svar på, såkalte PICO-spørsmål. PICO står for:

- Population (pasientgruppe)
- Intervention (tiltak)
- Comparison (sammenligning)
- Outcome (utfall)

Hvilke tiltak gir bedring for hvem, sammenlignet med hva, på hvilke utfallsmål? Gruppedeltakerne samlet forslag til spørsmål med tanke på å:

- hindre uønsket variasjon i tjenesten
- sikre god kvalitet
- sikre riktige prioriteringer
- løse samhandlingsutfordringer
- sikre helhetlige pasientforløp

I en bred prosess med arbeidsgruppen endte vi til slutt opp med ca. 20 PICO-spørsmål. Spørsmålene var særlig viktig å undersøke nærmere begrunnet i uenighet om nytte, usikkerhet om effekt og viktighet for feltet. De øvrige anbefalingene er valgt utfra tjenestens behov, praksis i tjenesten og et behov for å synliggjøre konkrete forløp. Da arbeidet med å utarbeide kunnskapsgrunnlag er tidkrevende ble dette også et ressurs spørsmål.

### Biblioteksøk

Biblioteket ved Helsedirektoratet gjorde systematiske litteratursøk på majoriteten av PICO-spørsmålene. For to av PICO-spørsmålene hadde Kunnskapssenteret publisert rapporter tidligere, disse ble oppdatert av Kunnskapssenteret. De resterende PICO-spørsmålene hentet kunnskapsgrunnlag fra andre retningslinjer, veiledere og kunnskapsoppsummeringer. Biblioteksøkene fremskaffet lister med mulig relevant litteratur fra databasene Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library og SveMed+.

### Lesing av sammendrag og artikler

På grunnlag av listene fra biblioteksøkene ble relevante abstrakter plukket ut. Alle sammendrag ble lest av minst to personer uavhengig av hverandre. Etter gjennomlesning av sammendragene, ble deretter relevante artikler

plukket ut og gjennomlest i fulltekst. Alle artikler ble lest av to personer.

## Vurdering av forskningsgrunnlag

Artiklene og vurderingen av dem er presentert i egne dokumentasjonsark. Artikler som ble vurdert som relevante (hovedsakelig oversiktsartikler med metaanalyser eller enkeltstående randomiserte kontrollerte studier) ble enten vurdert med [GRADE-metodikk](#) eller oppsummert i tekst. I GRADE-metodikken er standarden kontrollerte studier og helst systematiske oversikter.

Å gradere dokumentasjonsgrunnlaget for et PICO-spørsmål innebærer en systematisk vurdering av resultater og metodisk kvalitet på dokumentasjonen i tabellform. For å kunne gradere bør det foreligge utfallsmål i tall og helst effektstørrelser. Å bruke GRADE-metodikk i kunnskapsoppsummeringen blir derved en evaluering av den grad av tillit man kan ha til resultatene i de inkluderte studier (svært lav, lav, moderat eller høy dokumentasjonsstyrke).

Samlet sett var det relativt få PICO-spørsmål med dokumentasjon som viste seg mulig eller hensiktsmessig å gradere. For en del av PICO-spørsmålene ble forskningsgrunnlaget derfor oppsummert i tekst, og for enkelte fantes lite eller ingen tilgjengelig forskning som besvarte PICO-spørsmålet direkte.

## Utfordringer og erfaringer i prosessen

Tilgrensende forskning (for eksempel fra området psykisk helse), kvalitative studier og observasjonsstudier, samt norsk forskning som ikke er indeksert i de ulike databasene er i liten grad inkludert i forskningsgrunnlaget. Dette kan være en svakhet.

Enkelte av de opprinnelig formulerte PICO-spørsmålene viste seg i ettertid å være vanskelige å besvare fordi de var så vide. Utfallsmål var heller ikke godt nok presisert. Den største utfordringen har imidlertid vært manglende relevant forskning som tilfredsstillende høye kvalitetskrav til dokumentasjonen. Den metodiske tilnærmingen favoriserer randomiserte kontrollerte studier (RCT), og annen type forskning gis mindre tyngde i kunnskapsgjennomgangen.

## Utarbeidelse av anbefalinger

Anbefalingene ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. Her ble det benyttet DECIDE-skjemaer der det ble ansett som relevant. [DECIDE er en skjematisk fremgangsmåte som skal bistå og dokumentere prosessen fra forskningsgrunnlag til anbefaling.](#)

På bakgrunn av forskningsgrunnlaget ble erfaringer fra klinikere og brukere fremlagt og diskutert før endelig anbefaling ble formulert. Skjemaene som ligger til grunn for beslutning om endelige anbefalinger ligger som dokument bak en rekke anbefalinger. Det fremgår av disse hvordan det til tross for lav eller moderat kvalitet på kunnskapsgrunnlaget i noen tilfeller kunne konkluderes med en sterk anbefaling.

Anbefalinger som ikke er utarbeidet etter denne metoden er forankret i en samlet arbeidsgruppe. Det fremgår hvilke dette gjelder i tekst gjennom at det ikke foreligger et oppsummert kunnskapsgrunnlag. Forskningsgrunnlaget på disse er i de fleste tilfeller sparsomt og omhandles i vurderingen under anbefalingen.

Retningslinjen ble sendt ut på ekstern høring med tre måneders høringsfrist. Helsedirektoratet fikk innspill fra 63 høringsinstanser fordelt på brukerorganisasjoner, tjenestesteder i TSB, kompetansetjenester, kommuner, forskningsinstitusjoner og andre.

Etter høringsfristens utløp ble det nedsatt en arbeidsgruppe fra Helsedirektoratet med lederne av arbeidsgruppene. Gruppen gjennomgikk alle innspillene etter en systematisk prosess. Arbeidet førte til en betydelig endring både av grunnlagstekst og i noen grad anbefalingene i retningslinjen.

Alle anbefalingene ble til sist GLIA-vurdert (Guideline Implementability Appraisal) av arbeidsgruppen med støtte fra ROP-kompetansetjeneste ved Ragnhild Thoner og Anne Landheim. Vurderingen innebærer gjennomgang av hver enkelt anbefaling for å sikre at disse kan etterleves på en god måte ute i tjenesten.

## Vurdering av anbefalinger

Ved hjelp av spørsmål i DECIDE ble det vurdert om anbefalingene skulle være sterke eller svake. Det kan leses av anbefalingene om de er vurdert som sterke eller svake.

### Sterk anbefaling

Ved sterke anbefalinger for et tiltak bruker vi begrepene «...bør» og «det anbefales». Ved sterke anbefalinger mot et tiltak bruker vi begrepene «det anbefales ikke».

I en sterk anbefaling er det vurdert som klart at fordelene veier opp for ulempene. Pasienter og helse- og omsorgspersonell vil, i de fleste situasjoner, mene at det er riktig å følge anbefalingen.

### Svak anbefaling

Ved svake anbefalinger for et tiltak bruker vi begrepene «...kan» og «det foreslås». Ved svake anbefalinger mot et tiltak bruker vi begrepene «det foreslås ikke at/å».

I en svak anbefaling vil det være uklart om fordelene veier opp for ulempene.

Ulike valg kan være riktig for ulike pasienter, og helse- og omsorgspersonell må hjelpe til med å vurdere hva som er riktig i den enkelte situasjon.

Spørsmålene som ble diskutert for å komme frem til anbefalingene var blant annet:

- Er det usikkerhet om balanse mellom nytte og skade?
- Er det lav kvalitet på dokumentasjonen /lav tiltro til effektestimaterne?
- Er det usikkerhet eller variasjon vedrørende verdier og preferanser?
- Er det usikkerhet om netto gevinst er verdt kostnadene?

Flere ja på disse spørsmålene ga større sannsynlighet for svak anbefaling.

## Anbefalingenes rettslige betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 \(lovdata\)](#).

Retningslinjer inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men har allikevel stor rettslig betydning gjennom kravet om faglig forsvarlighet. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres (jf. journalforskriften § 8, bokstav h.) En bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn. [Se også kapittel om faglig forsvarlighet](#).

## Begrunnelse for valg av behandlingsmetoder

En rekke metodiske tilnærminger kan ha effekt i behandling. Hvilken metode som er best egnet er påvirket av pasientens tilstand og eventuelle samtidige lidelser. Det er ikke å forvente at alle tjenestesteder behersker alle tilnærminger. Enkelte behandlingsmetoder står godt alene i rusbehandling, mens andre bør gis i kombinasjon. Eksempler på slike kan være tilnærminger innen kunst- og uttrykksterapi. I denne retningslinjen har vi foreslått et utvalg av metodiske tilnærminger. Disse er ikke sammenlignet, men selvstendig vurdert utfra det kunnskapsgrunnlaget vi har funnet og hvordan klinikere og brukere har vurdert nytten. Det innebærer at valgene som er gjort ikke er uttømmende. I retningslinje for [ROP-lidelser kap.7 \(helsebiblioteket.no\)](#) er det flere aktuelle anbefalinger som bl.a. bruk av LBR (læringsbasert behandling) i kap.7.5.3., stadiebasert behandling i kap.7.5.2 og psykoedukative tiltak i kap. 7.5.4 .

## Implementering og revisjon

Implementeringsarbeidet for denne retningslinjen startet høsten 2011 da arbeidet ble igangsatt. Det ble etablert en egen gruppe som jobbet med ekstern forankring i prosessen. Det vil settes i verk egne implementeringstiltak som også vil bli sett i sammenheng med øvrige retningslinjer på området psykisk helse og rus.

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

## Referanser

- Helsedirektoratet (2009) Metodebok for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer (internt dokument)
- Vandvik PO, Berg R, Vist G (2013) [En ny generasjon troverdige retningslinjer. Norsk Epidemiologi, 23\(2\), 197-204 \(ntnu.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2012) [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)

## Videoforedrag

Prosjektleder [Brittelise Bakstad presenterer retningslinjen på ROP-TV](#), og snakker bl.a. om metodikk, juridiske aspekter, eksempler på anbefalinger og hvordan retningslinjen er bygget opp.

## 12.2 Tilgrensning til andre retningslinjer og veiledere

En rekke tilgrensende retningslinjer, veiledere og rundskriv har vært vurdert i utviklingen av denne retningslinjen:

- Sverige har i 2014 kommet med nye [nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#). En del av anbefalingene i deres retningslinje er overlappende med denne.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) utvikler retningslinjer for Storbritannia, og er et ledende miljø innen utvikling og implementering av retningslinjer. [Se oversikt over deres retningslinjer tilknyttet rusmiddelavhengighet \(nice.org.uk\)](#)

## Retningslinjer og veiledere

Deler av arbeidsgruppen har vurdert tilgrensningen til andre norske retningslinjer og veiledere. Anbefalinger og faglige råd til bruk for fagfeltet blir ikke gjentatt i denne retningslinjen, men kan berøre denne retningslinjen.

1. [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser \(2012\)](#).
2. [Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet \(2010\)](#).
3. [Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder \(2011\)](#).
4. [Nasjonal faglig retningslinje for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler \(2016\)](#).
5. [Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Sammen om mestring](#). Denne veilederen beskriver tjenestene innenfor psykisk helse og rus og skisserer hvordan tjenestene kan tilrettelegges for gode bruker- og pasientforløp. I tillegg klargjør den lovgrunnlaget, og angir sentrale aktører foruten å gi gode råd for tjenesten.
6. [Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#). Innsatte i norske fengsler har krav på helsehjelp som befolkningen forøvrig. For innsatte med rusmiddelproblemer finnes ulike behandlingsmuligheter.
7. [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet](#). Hensikten med veilederen er å gi rekvirenter nødvendig kunnskap for riktig bruk av vanedannende legemidler. Veilederen har også som formål å hindre at pasienter og brukere blir avhengige av vanedannende legemidler og at det ytes god hjelp til dem som bør trappe ned og slutte.
8. Veileder for rusmestringsenhetene er under utarbeidelse. Dette er et samarbeid mellom

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. Veilederen vil omhandle gode råd for praksis og peke på viktige sider ved organisering, tilrettelegging og videreutvikling av enhetene. Veilederen vil også omfatte råd for praksis knyttet til lov og forskrift.

9. [Prioriteringsveileder - tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#).
10. Veileder om tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer er under utarbeidelse.
11. [Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR](#).

## 13 Ulike tjenestenivå på rusfeltet: Oppgaver, roller og sentrale prinsipper

### 13.1 Kommunens oppgaver

Kommunene har et viktig og bredt ansvar på områder av stor betydning for pasientens/brukerens behandling og rehabilitering. Det gjelder både i forkant, underveis og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunen sikrer dermed en langvarig kontinuitet gjennom at de ofte følger opp brukere gjennom mange år.

For å lykkes i behandling er det flere forutsetninger som må være tilstede. Bolig, arbeid/sysselsetting, forutsigbar økonomi og et godt nettverk er av de mest sentrale. En tilfredsstillende bolig er for de fleste en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltagelse. Mange pasienter/brukere vil ha behov for å få bistand til å få oversikt over og håndtering av egen økonomi. Andre viktige forhold vil blant annet være støttesamtaler, tjenester i hjemmet, ansvarsgrupper og koordinering av samlede tiltak.

For en utdyping av kommunens rolle og ansvar og sentrale aktører, se:

- [Veileder Sammen om mestring 2014](#)
- [Retningslinje ROP 2012](#)
- [Veileder Rekvirering av vanedannende legemidler](#)

#### Henvisninger

Kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlege, barneverntjeneste og øvrig spesialisthelsetjeneste kan henvise pasient til behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Spesialisthelsetjenesten kan avvise henvisningen dersom henvisende personell ikke har den nødvendige kompetanse når det gjelder pasientens problem (Helse- og omsorgsdepartementet mars 2009).

Henvisningen må inneholde tilstrekkelig informasjon for at nødvendig vurdering kan gjøres. For nærmere informasjon om henvisning og rettighetsvurdering, se [Prioriteringsveileder Tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#).

Se også kapittel om [samarbeid innad og mellom tjenestene](#) som beskriver både kommunens og spesialisthelsetjenestens oppgaver.

### 13.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Oppgaver og roller

De regionale helseforetakenes plikt til å tilby tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er hjemlet i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, første ledd, nr. 5 og § 2-1 a fjerde ledd \(lovdata.no\)](#). TSB omfatter tilbud om



døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske behandling, samt ambulante tjenester. TSB har også ansvar på områder som avrusning og øyeblikkelig hjelp.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige forutsettes å være tverrfaglig, noe som inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. Det må være spesialisert personell på faglige nøkkelposisjoner ved de ulike tilbudene slik at den faglige profilen og generelle utrednings- og behandlingstilbud ligger på et spesialistnivå. Det vurderes ikke tilstrekkelig at enkelte pasienter leilighetsvis får et tilbud om spesialisthelsetjenester da hele tilbudet må være kvalifisert slik at ulike typer spesialistutredning og behandling rutinemessig vurderes og iverksettes.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling må innenfor et HF kunne:

- Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt psykiske og fysiske forhold
- Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening - og testverktøy
- Foreta medisinske vurderinger av pasientens fysiske allmenntilstand og ev somatisk tilleggslidelser, herunder gjøre bruk av laboratorieanalyser og eventuelt andre spesialistutredninger
- Stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling
- Avklare om pasienten har barn og sørge for, med foreldrenes samtykke, at disse barna får informasjon om foreldrenes situasjon og nødvendig oppfølging
- Effektuere vedtak fra fylkesnemnd om tilbakehold uten eget samtykke og for undersøkelse og tilrettelegging av tilbud om behandling (RHF)

Uavhengig av hvilke(t) tilbud pasienten benytter seg av, skal pasientens individuelle behov legges til grunn.

Henvisninger til behandling i TSB sendes egne vurderingsenheter. Dersom vurderingsenheten mener det er behov for helsehjelp fra andre deler av spesialisthelsetjenesten (f.eks. psykisk helsevern) skal det sendes en henvisning med aktuelle opplysninger til riktig instans i spesialisthelsetjenesten.

## Øyeblikkelig hjelp

De regionale helseforetakene skal peke ut det nødvendige antall institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til pasienter som trenger akutt behandling for sitt rusmiddelproblem jf. [spesialisthelsetjenesteloven §3-1 annet ledd \(lovdata.no\)](#). De regionale helseforetakene avgjør selv hvordan akuttilbudet skal organiseres, og må vurdere hvilke, og hvor mange institusjoner eller avdelinger som bør utpekes for å oppfylle en særlig plikt til øyeblikkelig hjelp.

Plikten til å gi akutt/øyeblikkelig behandling gjelder dersom det er påtrengende nødvendig og det ikke er forsvarlig å henvise pasienten til å følge de ordinære prosedyrene for inntak.

Det gjøres ikke en ny rettighetsvurdering eller settes ny frist, dersom pasienten henvises fra akuttenhet til poliklinisk behandling eller døgnbehandling. I det videre forløpet innebærer kravet til faglig forsvarlighet at disse pasientene prioriteres på linje med andre rettighetspasienter. Et akuttilbud innen TSB erstatter ikke akuttilbud innen psykisk helsevern eller somatikk. Hvis undersøkelsen av en pasient som er kommet inn som øyeblikkelig hjelp avdekker en annen tilstand i tillegg til den som utløste behovet, henvises pasienten videre for vurdering av den nye problematikken. En slik henvisning starter et nytt forløp, og skal rettighetsvurderes. De rettslige sidene ved øyeblikkelig hjelp-plikten er nærmere omtalt i ny retningslinje for avrusning.

## Avrusning

Avrusning er tidsavgrenset helsehjelp som gis når en person ønsker å avslutte eller begrense sin bruk av rusmidler. Formålet er å sikre en medisinsk forsvarlig avrusning, lindre abstinensplagene og hindre komplikasjoner. Videre er målet å øke pasientens motivasjon for å redusere eller avslutte bruk av rusmidler og

sikre avrusning under medisinsk og psykososiale trygge forhold. Avrusning kan både finne sted poliklinisk og ved innleggelse på institusjon og kan skje både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Avrusning er sjelden aktuelt som et enkeltstående tiltak og behandlingen bør oftest skje i tilslutning til videre oppfølging og/eller behandling. Det kan være skadelige konsekvenser av isolert avrusning ved opioidavhengighet ved at pasienten mister sin toleranse for opiater og dermed står i økt fare for å ta overdose rett etter en avrusning.

Se [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)

### **Poliklinisk behandling**

Det polikliniske tilbudet er sammensatt og dekker blant annet utredningsarbeid, individualterapi, par-, familie- eller gruppesamtaler, etablering av LAR, oppfølging etter utskrivning fra døgnbehandling og samarbeidsmøter (ansvarsgruppemøter). Poliklinisk behandling gis gjerne i forkant eller i etterkant av døgnbehandling.

### **Dagbehandling**

Et dagtilbud kan være tilbud i en døgninstitusjon der pasientene kan komme og følge et behandlingsopplegg på dagtid, eller det kan være tilbud i et eget dagsenter. Dagbehandlingens innhold vil være tilpasset pasientenes ulike behov, og vil derfor variere (arbeidstrening, skole, tilpasse seg ulike sosiale situasjoner o.l.)

### **Døgnbehandling**

Ved innleggelse i døgnbehandling kan det kan tilbys et skjermet miljø og samtidig gi intensiv utredning og behandling. For mange mennesker med langvarige og omfattende problemer vil innleggingsperiode også være en viktig fase for reetablering og nyorientering. Innleggelse gir gode muligheter for å «utforske rusfrihet» i et trygt og støttende behandlingsmiljø. Innleggelse gir også gode muligheter til å utforske rusfrihet og gi god nok tid til normalisering av nevrobiologiske skader. Arbeidet med rusmiddelfrihet, rusforebygging og oppfølging av eventuelle rusepisoder bør foregå systematisk og i dialog med den enkelte pasient. En del av arbeidet i døgnbehandling vil kunne være forebygging av visse typer atferd, som rusmiddelbruk og tilbakefall, trusler og vold og mangelfull deltakelse og forpliktelse, samtidig som man kan forvente at denne atferden fra tid til annen opptrer. Atferden bør da håndteres konstruktivt både overfor den enkelte pasient og de øvrige pasientene som inngår i fellesskapet.

Hensikten med døgnbehandling er blant annet å gjøre pasienten i stand til å ta i mot videre oppfølging på et lavere omsorgsnivå. For mange pasienter vil perioden etter utskrivning være en sårbar periode. Det er derfor viktig at pasienten tilbys dag- eller poliklinisk behandling for å sikre en god overgang fra å være innlagt til å flytte hjem.

## **13.3 Samarbeid innad og mellom tjenestene, inkl. ambulerende virksomhet og tvang/tilbakehold overfor rusmiddelavhengige**

En av de største utfordringene i behandling av personer med rusmiddelproblemer er å få til sammenhengende og gode pasientforløp. Bruk av gjensidige og forpliktende avtaler vil kunne sikre kontinuitet og forutsigbarhet både mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og innad i det enkelte tjenestenivået. Enhver pasient/bruker bør ha en koordinator som har som oppgave å sikre kontinuiteten i pasientforløpet.

Behandling i tverrfaglig spesialisert behandling vil, for den enkelte pasient, ofte innebære benyttelse av ulike tjenester i spesialisthelsetjenesten; innad i TSB, mellom psykisk helsevern, somatikk og TSB. Behandlingsforløpene vil være ulike, noen benytter kun en tjeneste, mens andre benytter samtlige en eller flere ganger. For å forhindre et fragmentert tilbud og behandlingsbrudd er det svært viktig at behandlingen pasienten får fra de ulike

tjenestene henger sammen. En og samme behandler bør følge pasienten der pasienten er i sin behandlingsprosess, uavhengig av om det er behov for poliklinisk oppfølging og/eller institusjonsinnleggelse. Alternativt bør pasienten komme tilbake til den samme behandleren tidligere har mottatt behandling fra.

For en god overgang til andre tjenester, for eksempel til kommune eller kriminalomsorg, er det av stor betydning at forankring og kontinuitet blir ivaretatt for eksempel gjennom en [forpliktende individuell plan](#). Dette gjelder også tilgjengelighet til tjenestene. Dette er nærmere omhandlet og utdypet i [samhandlingsreformen \(regjeringen.no\)](#) og i [Veileder Sammen om mestring 2014](#).

For ungdom med rusmiddelproblemer, har både spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten ulike behandlingstilbud. I spesialisthelsetjenesten er det TSB eller psykisk helsevern, mens noen barneverninstitusjoner også har ulike behandlingstilbud til ungdom med rusmiddelproblemer. Barnevernet har et selvstendig ansvar for å tilby langvarig behandling i institusjon til ungdom med vedvarende misbruk av rusmidler. Det finnes per i dag lite kunnskap om hvem som mottar behandling i helsetjenesten og hvem som mottar behandling i barneverninstitusjon. Men det er grunn til å anta at en betydelig andel av ungdom med rusmiddelproblemer mottar et behandlingstilbud fra barneverntjenesten.

Lokale og sentrale sentre for barn og unges psykiske helse (BUP) er en annen viktig aktør for barn og unge med rusmiddelproblemer. BUP har blant annet spisskompetanse på relevant kartlegging og utredningsverktøy, samt vurdering av aldersadekvat kognitiv fungering.

Uavhengig av hvor ungdom mottar behandling for sitt rusmiddelproblem, er det viktig at det etableres et godt samarbeid mellom barneverntjenesten og helse- og omsorgstjenestene i de tilfeller hvor det er hensiktsmessig for å ivareta og tilby et helhetlig behandlingstilbud. Dette er spesielt viktig når det gjelder ungdom, som kan falle mellom mange stoler, i tillegg til at de er spesielt sårbare for å utvikle mer alvorlig problematikk. Et godt samarbeid mellom ulike tjenester og instanser, kan bidra til å lette et sykdomsforløp og hindre en alvorlig skjevutvikling.

### **Ambulerende eller oppsøkende virksomhet**

Gjennom lovpålagte avtaler mellom kommuner og helseforetak skal etablering av helhetlige pasient- og brukerforløp og arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner avklares. Det krever gode rutiner for samarbeid på områder som for eksempel behandlingsavbrudd og reinntak ved behandlingsavbrudd.

Ambulante tjenester kan gis til pasient og bruker enten i egen bolig eller på andre steder hvor vedkommende oppholder seg og har behov for bistand. Ofte skjer dette i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I enkelte tilfeller vil det av ulike grunner være vanskelig eller lite hensiktsmessig for pasienten å komme til poliklinisk avtale, dag eller døgnbehandling. Dersom opprinnelig avtale utgår skal pasienten få tilbud om ny avtale eller tilbud om å bli oppsøkt hjemme eller der de befinner seg. Graden av den ambulante tjenesten bør ta utgangspunkt i faglige vurderinger, pasientens ønske og tilpasses brukerens varierende funksjonsnivå.

[ACT-modellen](#) (Assertive Community Treatment) er beregnet på personer med alvorlig psykisk lidelse alene eller i kombinasjon med rusmiddelbruk. I tillegg vil målgruppen ha en betydelig funksjonsnedsettelse som medfører at de ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. Kjernen i modellen er at behandling flyttes ut av kontor og institusjon til brukerens hjem og nærmiljø. Et viktig prinsipp i ACT - modellen er at den skal være teambasert og omfatte et bredt spekter av tjenester.

For en utvidet målgruppe er FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment) en egnet måte å organisere tjenesten på. FACT-teamene har to funksjoner ved at de:

- har ansvar for å gi et tett teambasert tilbud etter prinsippene i ACT for de brukerne som til enhver tid har behov for det
- og at teamene har en koordinerende funksjon opp mot de som ikke har behov for en slik tett oppfølging som ACT

[Les mer om ACT og FACT her.](#)

## Tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven

I noen tilfelle vil det være behov for å legge pasienter inn på tvang. Dette er nærmere omhandlet i [helse- og omsorgstjenestelovens §§10-2, 10-3 og 10.4.](#)

Helsedirektoratet vil i løpet av 2016 utgi en ny Veileder om tvangstiltak overfor personer mer rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Formålet er å bidra til riktigere bruk av tvang ved å beskrive hvordan bestemmelsene skal forstås og anvendes. Veilederen gjennomgår de ulike fasene i en tvangssak, og innehar flere praktiske brev- og saksbehandlingsmaler som kan benyttes i tvangssaker.

## 13.4 Faglig forsvarlighet, taushetsplikt og rettslige sider ved bruk av verktøy

### Faglig forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være faglig forsvarlige. Dette følger av:

- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#)
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1\(lovdata.no\)](#)
- [Helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#)

Begrepet faglig forsvarlig er ikke knyttet til bestemte og entydige kriterier. Hva som anses forsvarlig vil variere over tid med den faglige utviklingen, endringer i faglige normer, verdiendringer mv. Oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer setter en norm for hva som er faglig forsvarlig til enhver tid. Se nærmere om dette under punkt om anbefalingers rettslige betydning.

Kravet til faglig forsvarlighet er nærmere beskrevet i rundskriv IS-8/2012 ([helsepersonelloven med kommentarer](#)) og rundskriv IS- 5/2013 ([spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer](#)).

Les mer om hvordan Statens helsetilsyn har vurdert grensene for hva som er å anse som faglig forsvarlig helsehjelp i [konkrete tilfelle \(helse-nord.no\)](#).

Se også [informasjon om anbefalingenes rettslige betydning](#).

### Taushetsplikt

Helse- og omsorgspersonell har som utgangspunkt taushetsplikt om pasient- og brukeropplysninger. Det er imidlertid flere unntak fra dette utgangspunktet, blant annet har helse- og omsorgspersonell adgang til å gi den informasjonen som er nødvendig til samarbeidende personell og til annet helse- og omsorgspersonell som behøver opplysningene for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Helsepersonell har også i visse tilfeller plikt til å gi opplysninger til andre offentlige myndigheter, det gjelder blant annet til barneverntjenesten. Se nærmere om taushetsplikten og unntakene fra denne i [helsepersonelloven § 5 \(lovdata.no\)](#). Her omhandles blant annet:

- Mulighetene for samtykke
- Unntak fra taushetsplikten
- Mulighetene for å gi opplysninger til samarbeidende personell

Det vises også til [Helsedirektoratets hjemmeside](#) der dette omhandles.

### Rettslige sider ved bruk av verktøy

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes.

Helseforetakene har egne systemer i henhold til norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av tester medfører innsamling og lagring av data.

Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

## 14 Forkortelser, sentrale begreper og forslag til begrepsbruk på rusfeltet

### 14.1 Forkortelser brukt i retningslinjen

Forkortelse	Forklaring
AA	Anonyme Alkoholikere
ACT	Assertive Community Treatment / Aktivt oppsøkende behandling – en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser
AGREE	The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation – et instrument for evaluering av faglige retningslinjer
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test - et standardisert spørreskjema for å kunne avdekke alkoholproblemer
DECIDE	En del av GRADE-verktøyet – instrument som brukes til å gå fra et forskningsgrunnlag til å utforme og bestemme styrke på anbefalinger
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
DUDIT	Drug Use Disorder Identification Test – et standardisert spørreskjema for å avdekke rusmiddelproblemer
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – en metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen for hvert utfall og styrken på anbefalingene
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
KAT	Kognitiv atferdsterapi
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
MBT	Mentaliseringsbasert terapi

<b>MI</b>	Motiverende intervju /samtale
<b>NA</b>	Anonyme Narkomane
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>PICO</b>	Population Intervention Comparison Outcome – verktøy til presis spørsmålsformulering og strukturert litteratursøk
<b>PTSD</b>	Post-traumatic stress disorder /Posttraumatisk stresslidelse
<b>ROP</b>	Samtidig rus- og psykiske lidelser
<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 serotinreopptakshemmere – en gruppe antidepressive medikamenter
<b>TSB</b>	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer

## 14.2 Sentrale begreper brukt i retningslinjen

Begrep	Forklaring
<b>Anabole androgene steroider</b>	Syntetiske steroidhormoner, derivater (etterligninger) av testosteron, det mannlige kjønnshormonet.
<b>Benzodiazepiner</b>	Beroligende og søvngivende, vanedannende legemidler.
<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>Kartlegging</b>	Å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon.

<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>Miljøterapi</b>	En planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i døgn eller dagavdeling som omfatter avdelingens fysiske, sosiale og kulturelle miljø.
<b>NAS</b>	Neonatalt abstinenssyndrom – abstinenssyndromet med symptomer fra mange organsystemer som mange nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for opiater i svangerskapet.
<b>Opioid</b>	Fellesbetegnelse på stoffer som binder seg til bestemte virkesteder i kroppen, opioidreseptorer, særlig i hjernen.
<b>Plasmakonsentrasjon</b>	Mål på konsentrasjon av et legemiddel i blodplasma.
<b>RCT</b>	Randomized Controlled Trial – randomisert kontrollert forsøk. 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>Rehabilitering</b>	Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.
<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 opioidreseptorer.
<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 det rusmiddelet som pasienten er avhengig av, erstattes av et liknende legemiddel med lengre virkningsperiode som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten. Ved opioidavhengighet erstattes f.eks. heroin med metadon eller buprenorfin.
<b>Utredning</b>	Belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte. Utredning kan innebære et bredt spekter av metoder som bruk av vanlige samtaler og observasjon av atferd på den ene siden og systematiske diagnostiske intervjuer og nevropsykologisk utredning på den andre siden. Utredning inneholder både kartlegging og diagnostisering.

## 14.3 Forslag til begrepsbruk på rusfeltet

Følgende brev med vedlegg ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 26.02.2014

### **Forslag til begrepsbruk på rusfeltet**

I forbindelse med utviklingen av mandat til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere (arbeidstittel) ble bruken av begreper og terminologi tatt inn som et område arbeidsgruppen skulle drøfte. Bakgrunnen for gjennomgangen var at man hadde sett en uensartet bruk av begreper i rusfeltet og i offentlige dokumenter. Hensikten med gjennomgangen ble derfor sammenfattet i to punkter:

- sikre en mer entydig begrepsbruk i forvaltningen
- bidra til å hindre stigmatiserende språkbruk

Vi håper dette er nyttige innspill for departementet og viser til vedlegg.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f. avdelingsdirektør, Brittelise Bakstad, seniorrådgiver avd. Psykisk helsevern og rus

### **Entydig begrepsbruk – Fra mandat ny retningslinje TSB**

Et utvalg fra retningslinjens arbeidsgruppe bestående av klinikere og brukerrepresentanter leverte et forslag til ensartet bruk av noen utvalgte begreper til Helsedirektoratet høsten 2012. Deres innspill dannet grunnlag for en bredere drøfting i rådslag for retningslinjen våren 2013 og drøftinger internt i direktoratet.

Det følgende er direktoratets forslag til endring og klargjøring av noen utvalgte begreper med bakgrunn i det ovennevnte arbeidet.

**Rus:** I hovedsak bør «rus» erstattes med «rusmiddel» slik også Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) foreslo i rapport 4/2010 s. 32. Begrepet «rusmisbruk» tilsier f.eks. at noen misbruker rus, mens det som menes er misbruk av rusmidler. Unntak fra SIRUS' liste vil være gruppebetegnelsene som vi foreslår å redusere så mye som mulig, selv om det nok ikke helt kan unngås (se neste punkt).

Vi foreslår etter dette også å unngå bruk av begreper som ruslidelse, ruskarriere o.l.

**Abstinens:** Abstinens er en kroppslig reaksjon på opphør av bruk av rusmidler, jf. diagnosesystemet ICD-10 (F10-F19). «To be abstinent» betyr imidlertid å være avholdende. De ulike betydningene brukes om hverandre og skaper misforståelser.

Vi foreslår at den opprinnelige norske betydningen som sammenfaller med ICD-10's definisjon av abstinens brukes, og at avholdende brukes når personen ikke bruker rusmidler.

**Gruppebetegnelser:** Hovedinnvendingen ved å omtale en gruppe med utgangspunkt i deres sykdom er problematisk. Mennesker er ikke rusmiddelmisbrukere, men har et rusmiddelproblem. Det foreslås også å unngå bruk av ord som alkoholiker og narkoman. I rådslaget våren 2013 ble begrepet avhengighet/avhengige løftet frem av både brukere og klinikere som et av de minst stigmatiserende begrepene.

Følgende begreper vil være i tråd med moderniseringen av språket, og vi foreslår at de ikke trenger å begrenses til diagnostiske kriterier, men brukes om hverandre:

- personer/pasienter med rusmiddelproblemer
- personer/pasienter med skadelig bruk av rusmidler
- personer/pasienter som er rusmiddelavhengige
- personer berørt av annens bruk av rusmidler: Ved omtale av tredjepart som rammes av en annens direkte bruk av rusmidler foreslås det å unngå benevnelse som rusbarn, rushjem, rusfamilier, russkadd m.m. De bør omtales som barn/pårørende til de som har et rusmiddelproblem.



**Avsluttende kommentar:** Det bør tilstrebes en ensartet og konsistent begrepsbruk i offentlige dokumenter. Samtidig bør offentlige dokumenter være leservennlige og ha et levende og klart språk hvor leseren ikke forventes å legge en spesifikk definisjon av et allment begrep til grunn. Vi har derfor på generelt grunnlag ikke tatt hensyn til de mer snevre definisjonene knyttet opp til de diagnostiske verktøyene ICD-10 og DSM-V.

Vi har også vurdert å foreslå en mer ensartet benevnelse på tjenestene som ytes innenfor rammene av kommune og spesialisthelsetjeneste. Disse brukes også om hverandre uten et omforent meningsinnhold (omsorg, behandling, ettervern o.l.). Dette vil vi eventuelt komme tilbake til ved en senere anledning.

**Kilder:**

- Notat fra arbeidsgruppe
- Rådslag med brukere, forskere og klinikere juni 2013
- SIRUS-rapport 4/2010
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)
- Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg!
- ICD-10
- DSM-V