LOMMERUS

En guide for helsepersonell til behandling av rusmedisinske problemstillinger

3. utgave - 1.mai 2015

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Innholdsfortegnelse

Hovedinndeling

DEL 1: BEHANDLING

FORORD 11
INNLEDNING TIL EN SAMTALE OM RUSMIDDELBRUK 12
ETIKK I KLINIKK 15
AKUTT FORGIFTNING – GENERELL PROSEDYRE FOR INTOKSIKERTE PASIENTER 18
AKUTT FORGIFTNING – SPESIFIKK PROSEDYRE FOR INTOKSIKERTE PASIENTER 20
NÅR BØR PASIENTEN LEGGES INN I SYKEHUS? 25
USPESIFIKK BEHANDLING AV DE VANLIGSTE ABSTINENSSYMPTOMENE 26
SPESIFIKK BEHANDLING AV ABSTINENS 28
SMERTEBEHANDLING AV PASIENTER SOM ER SUBSTITUSJONSBEHANDLET (LAR-PASIENTER) 36
SUBSTITUSJON OG NEDTRAPPING MED OPIOIDER 38
SUBSTITUSJON OG NEDTRAPPING AV BENZODIAZEPINER OGLIGNENDE PREPARATER 40
MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV AVHENGIGHET - HVA NYTTER? 42
OPPFØLGING OG SAMTALETEKNIKKER 44
HENVISNING TIL TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) 50

DEL 2: FAKTA

FAKTA OM RUSMIDLER (KILDE: FOLKEHELSEINSTITUTTET) 55
BEGREPER OG DIAGNOSER I ICD-10 71
RUS OG PSYKIATRI 73
RUS OG SOMATIKK 80
RUSMIDDELBRUK UNDER SVANGERSKAP 90
RUSMIDDELBRUK BLANT ELDRE 92
LOVER OG REGELVERK 93

DEL 2: NYTTIGE OPPLYSNINGER

NOEN NYTTIGE TELEFONNUMMER 103
ANBEFALT LITTERATUR OG ANDRE RESSURSER 105
NOEN NYTTIGE INTERNETTSIDER 107
EGNE NOTATER 111

Detaljert inndeling

DEL 1: BEHANDLING

FORORD 11

INNLEDNING TIL EN SAMTALE OM RUSMIDDELBRUK 12

TABELL 1: AUDIT - C 12
TABELL 2: DUDIT (4 FØRSTE SPØRSMÅL) 13
BIOMARKØRER 13
GENERELT 13
BLODPRØVER 13
URINPRØVER 13
TABELL 3: RISIKOGRENSER FOR SENTRALE LIVSSTILSFAKTORER 14

ETIKK I KLINIKK 15

EKSEMPLER PÅ ETISKE DILEMMA I RUSFELTET 15
HVIS DU STÅR I ET ETISK DILEMMA 15
HVIS DU ØNSKER Å STARTE SYSTEMATISK ETIKKARBEID I AVDELINGEN DIN FOR ØKE ETISK KOMPETANSE ELLER TRENGER EKSTERN HJELP I SVÆRT VANSKELIGE ETISKE DILEMMA: 15

AKUTT FORGIFTNING – GENERELL PROSEDYRE FOR INTOKSIKERTE PASIENTER 18

VED MOTTAK 18
UTREDNING 18
MÅ GJØRES 18
KAN GJØRES 18
DIFFERENSIALDIAGNOSER 18
VURDER BEHOV FOR YTTERLIGERE UTREDNING 19
TABELL 4: GLASGOW COMA SCALE 19

AKUTT FORGIFTNING – SPESIFIKK PROSEDYRE FOR INTOKSIKERTE PASIENTER 20

TABELL 5: TYPISKE SYMPTOMER VED PÅVIRKNING AV ULIKE RUSMIDLER 20
ALKOHOLER 20
ETANOLFORGIFTNING (KILDE: HELSEBIBLIOTEKET, FORGIFTNINGER) 20
SYMPTOMER 20
BEHANDLING 21
METANOLFORGIFTNING 21
SYMPTOMER 21
BEHANDLING 21
ETYLENGLYCOL 21
SYMPTOMER 21
BEHANDLING 22
ISOPROPANOL 22
OPIOIDER 22
FORGIFTNING (KILDE: UPTODATE) 22
BENZODIAZEPINER 23

FORGIFTNING 23
AMFETAMIN OG METAMFETAMIN (KILDE: UPTODATE, REFERANSE 9) 23
FORGIFTNING 23
NIKOTIN (KILDE: HELSEBIBLIOTEKET, FORGIFTNINGER) 24
FORGIFTNING 24
GHB/GBL (KILDE: HELSEBIBLIOTEKET, FORGIFTNINGER) 25
FORGIFTNING 25

NÅR BØR PASIENTEN LEGGES INN I SYKEHUS? 25

FRIVILLIG TSB (TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING) 25
TVANG TSB 25
NÅR SKAL PASIENTEN INNLEGGES TIL OBSERVASJON PÅ AKUTTPOSTEN VED HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS (I DIPS KALLES DENNE POSTEN «AKUTTENHETEN») 26
NÅR ER AKUTT INNLEGGELSE IKKE AKTUELT? 26
NÅR KAN PASIENTEN KLARERES FOR ARREST? 26

USPESIFIKK BEHANDLING AV DE VANLIGSTE ABSTINENSSYMPTOMENE 26

SØVNVANSKER 27
STERK PSYKISK URO OG MISTANKE OM UTVIKLING I RETNING AV PSYKOSE 27
ANGSTPLAGER 27

SPESIFIKK BEHANDLING AV ABSTINENS 28

ALKOHOL 28
ALKOHOLABSTINENS, UNDERSØKELSER 28
ALKOHOLABSTINENS, BEHANDLINGSTILTAK 28
TABELL 6: TIDSLINJE FOR SYMPTOMER PÅ ALKOHOLABSTINENS, ETTER (11) 29
TABELL 7: BEHANDLING RETTER SEG ETTER CIWA-SKÅR OG RISIKOFAKTORER ETTER (12) 29
TABELL 8: OBJEKTIV SKÅRING AV ALKOHOLABSTINENS: CIWA-AR (14) 30
OPIODIER 31
ABSTINENS 31
TABELL 9: OPIOIDABSTINENSSKALA (OBJECTIVE OPIOID WITHDRAWAL SCALE – OOWS)(15) 32
TABELL 10: METADON 33
TABELL 11: BUPRENORFIN 33
BENZODIAZEPINER OG LIGNENDE PREPARATER 34
BENZODIAZEPINER 34
PREGABALIN (LYRICA) 34
AMFETAMIN OG METAMFETAMIN 35
ABSTINENS 35
NIKOTIN 35
ABSTINENS 35
GHB/GBL 35
ABSTINENS 35
ULIKE RUSMIDLER 35

SMERTEBEHANDLING AV PASIENTER SOM ER SUBSTITUSJONSBEHANDLET (LAR-PASIENTER) 36

GENERELLE RETNINGSLINJER 36
MEDIKAMENTER 36

PERIFERT VIRKENDE ANALGETIKA 36
STERKE OPIOIDER 36
SVAKE OPIOIDER 37
KETAMIN 37
MIDLER SOM KAN HA ANALGETISK EFFEKT 37
MEDIKAMENTER SOM BØR UNNGÅS 37
ANDRE TILTAK 37
BEHANDLING AV ULIKE SMERTETILSTANDER 37
LETTE TIL MODERATE SMERTER 37
BEHANDLING I FORBINDELSE MED OPERASJONER 37
DAGKIRURGI ELLER MINDRE INNGREP 37
STØRRE PLANLAGTE KIRURGISKE INNGREP 37
TABELL 12: OVERGANG TIL SUBUTEX/SUBOXONE POSTOPERATIVT NÅR PASIENTEN KAN TA MEDIKAMENT PERORALT 38
AKUTTE, STØRRE KIRURGISKE INNGREP 38
NEVROPATISK SMERTE 38

SUBSTITUSJON OG NEDTRAPPING MED OPIOIDER 38

TABELL 13: OMREGNINGSTABELL, EKVIPOTENTE DOSER 39
TABELL 14: NEDTRAPPING AV OPIOIDER - METADON 39
TABELL 15: NEDTRAPPING AV OPIOIDER - BUPRENORFIN (SUBOXONE ELLER BUPRENORPHINE) 40

SUBSTITUSJON OG NEDTRAPPING AV BENZODIAZEPINER OG BENZODIAZEPINLIGNENDE PREPARATER 40

TABELL 16: EKVIPOTENTE DOSER BENZODIAZEPINER OG LIGNENDE PREPARATER 40
TABELL 17: NEDTRAPPING MED OKSAZEPAM (SOBRIL) 100 MG DAGLIG I INSTITUSJON 41
NEDTRAPPING I FØRSTELINJE ELLER POLIKLINIKK 41
TABELL 18: POLIKLINISK NEDTRAPPING AV OKSAZEPAM (SOBRIL) 100 MG DAGLIG 42

MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV AVHENGIGHET - HVA NYTTER? 42

ALKOHOL 43
OPIOIDER 43
NIKOTIN 44

OPPFØLGING OG SAMTALETEKNIKKER 44

OPPFØLGING AV PÅRØRENDE 44
SPESIELT OM BARN SOM PÅRØRENDE 44
OPPFØLGING AV KOLLEGA MED RUSPROBLEMER 45
PASIENTSIKKERHET 45
FOREBYGGING 45
OMDØMME 45
AKAN 45
HVORDAN SNAKKE MED EN PASIENT OM ENDRING AV LIVSSTIL 46
MOTIVERENDE SAMTALE – EN HUSKELISTE 46
INNLEDNING 46
BEDØM PASIENTENS MOTIVASJON FOR FORANDRING 47
SAMTALEN 47
VERKTØY OG KNEP 47

NOE Å REFLEKTERE OVER FØR SAMTALEN STARTER 48
«KORT PROSESS» - EN OPPSUMMERING AV GANGEN I MOTIVERENDE INTERVJU 48
HVORDAN ORGANISERER AVDELINGEN SEG FOR Å BEHANDLE PASIENTER MED ALVORLIGE RUSPROBLEMER? 49
SKAPE TILLIT 49
AVKLARE FORVENTNINGER 49
UNDERSØKE PASIENTENS ØNSKER OG BEHOV 49
VERKTØYET "MENY – AGENDA" 49
KONTRAKT OG GRENSESETTING 49
VEILEDNING OG KONSULTASJONSTJENESTE 50
SIKKERHET 50
JURIDISK AVKLARING 50
VEIKART FOR SAMTALE OM AVTALER: VERKTØYET "MENY – AGENDA" 50

HENVISNING TIL TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) 50

ER DET RUS ELLER PSYKIATRI? BRUK AV ROP-RETNINGSLINJEN 50
BEHANDLINGSTILBUDET 51
AVDELING FOR RUSMEDISIN 51
STIFTELSEN BERGENSKLINIKKENE 52
KALFARET BEHANDLINGSSENTER 52
FRITT SYKEHUSVALG 52
PROSEDYRE FOR HENVISNINGER I DIPS TIL AVDELING FOR RUSMEDISIN (AFR) 52
KONSULTASJON 52
HENVISNING TIL BEHANDLING FOR RUSPROBLEMER, ELLER VURDERING AV OM HENVISNING SKAL UTFORMES OG SENDES 52
PROSEDYRE FOR HENVISNINGER FRA FASTLEGE 53
INNHOLD I HENVISNING TIL BEHANDLING I RUSHELSETJENESTEN 53
OVERSIKT OVER AKTUELLE OMSORGSTILBUD I BERGEN KOMMUNE 53
SOSIALE TILTAK 53
AKUTT BOLIG 54
ANDRE BOTILBUD 54
HOSPITS (UTEN BEMANNING) 54
BERGEN KOMMUNE 54

FAKTA OM RUSMIDLER (KILDE: FOLKEHELSEINSTITUTTET) 55

FIGUR 1: OVERSIKT OVER ULIKE RUSMIDLER OG HOVEDEFFEKTER 55
ALKOHOL 56
OPIOIDER 56
CANNABIS 57
SYNTETISKE CANNABINOIDER (SPICE) 58
BENZODIAZEPINER 59
SENTRALSTIMULERENDE STOFFER – AMFETAMIN, METAMFETAMIN, KOKAIN OG KHAT 59
HALLUSINOGENER 60
SPISS FLEINSOPP 61
MUSKATNØTT 61
LSD 61
NIKOTIN 62
LØSEMIDLER 62
ECSTASY (MDMA) 63
ECSTASYLIGNENDE STOFFER 64
GHB/GBL 65
ANABOLE ANDROGENE STEROIDER (AAS) 65

TABELL 19: RISIKO FOR Å UTVIKLE AVHENGIGHET 67
TABELL 20: ORDLISTE OVER NOEN SLANGUTTRYKK I RUSMILJØET 67
TRENDER 68
ALKOHOL 68
OPIOIDER 68
CANNABIS 69
SYNTETISKE CANNABINOIDER 69
BENZODIAZEPINER 69
KOKAIN 70
AMFETAMIN 70
HALLUSINOGENE STOFFER 70
NIKOTIN 70
ECSTASY 71
GHB 71

BEGREPER OG DIAGNOSER I ICD-10 71

GENERELLE PRINSIPPER 71
F10-19: KAPITTEL V 71
PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER SOM SKYLDES BRUK AV PSYKOAKTIVE STOFFER 71
DEFINISJON AV TREDJETEGNSNIVÅ FOR KATEGORIENE F10-F19 71
DEFINISJON AV FJERDETEGNSNIVÅ FOR KATEGORIENE F10-F19 72
RUSLIDELSE 72

RUS OG PSYKIATRI 73

GENERELT 73
TABELL 21A: PSYKISKE SYMPTOMER VED BRUK AV ULIKE RUSMIDLER 73
BEGREPET DOBBELTDIAGNOSE 73
RUSMIDDELBRUK OG SELVMORDSRISIKO 74
ANBEFALINGER, BASERT PÅ RETNINGSLINJENE FOR FOREBYGGING AV SELVMORD 74
VURDERING AV VOLDRISIKO 75
RUSUTLØST PSYKOSE 76
TABELL 21 B 76
DIAGNOSTISKE VERKTØY OG BRUKEN AV DEM 78
BRUK AV PSYKOFARMAKA OG RUSMIDLER 78
BEHANDLING AV SMERTER, SØVNVANSKER OG ANGST – GRUNNLEGGENDE PRINSIPPER 78
VÆR PÅ VAKT - NOEN VIKTIGE INTERAKSJONER I PSYKIATRIEN 79
SENTRALSTIMULERENDE 79
ALKOHOL 79
DEMPENDE RUSMIDLER 79
ANNET 80

RUS OG SOMATIKK 80

SOMATISKE SYKDOMMER OG SKADEVIRKNINGER RELATERT TIL ALKOHOLBRUK 80
FIGUR 2: ET UTVALG AV ALKOHOLRELATERTE SKADER OG SYKDOMMER 81
HEPATITT B 81
SYMPTOMER OG DIAGNOSTIKK 82
OPPFØLGING OG BEHANDLING 82
POST- OG PREEKSPOSISJONSPROFYLAKSE 82
GENERELLE FORHOLDSREGLER VED KONTAKT MED BLOD 82

TILTAK VED EKSPONERING FOR MULIG HEPATITT B-SMITTE 83
HEPATITT C 83
FIGUR 3: ULIKE LEVERAFFEKSJONER 83
AKUTTE SYMPTOMER OG DIAGNOSTIKK 83
OPPFØLGING OG BEHANDLING 84
HIVINFEKSJON/AIDS 84
AKUTTE SYMPTOMER 84
DIAGNOSE 85
OPPFØLGING OG BEHANDLING 85
POST - OG PREEKSPONERINGSPROFYLAKSE 86
HELSEPERSONELL 86
VAKSINER 86
HEPATITT A+B 86
INFLUENSA 87
PNEUMOKOKKVAKSINE 87
ERNÆRING 87
TABELL 22: ERNÆRINGSTILSTAND 88
TABELL 23: OPPFØLGING ERNÆRINGSTILSTAND 88
VÆR PÅ VAKT - NOEN VIKTIGE INTERAKSJONER I SOMATIKKEN 89
SENTRALSTIMULERENDE RUSMIDLER 89
ALKOHOL 89
GENERELT 90

RUSMIDDELBRUK UNDER SVANGERSKAP 90

ALKOHOL 90
CANNABIS 91
OPIOIDER 91
BENZODIAZEPINER 91
AMFETAMIN OG KOKAIN 91
GHB 91
NIKOTIN 92
TILTAK 92

RUSMIDDELBRUK BLANT ELDRE 92

LOVER OG REGELVERK 93

MELDERUTINER 93
FYLKESMANNEN/FØRERKORT 93
LUFTFARTSTILSYNET 94
POLITI 94
FORELDRE 94
BARNEVERN 94
SOSIALTJENESTEN - TVANGSBEHANDLING ETTER HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN §10 95
RELIS 95
HELSEPERSONELLS TAUSHETSPLIKT 96
OPPLYSNINGSRETT ETTER HELSEPERSONELLOVEN §23 NR.4 96
OPPLYSNINGSPLIKT TIL NØDETATER, JF. HELSEPERSONELLOVEN §31 97
OPPLYSNINGSPLIKT ETTER STRAFFELOVEN §139 97
12 VANLIGE SPØRSMÅL OM JUS OG RUS 97
1. HAR JEG LOV TIL Å REKVIRERE RUSMIDDELANALYSER AV PASIENTER UTEN Å INFORMERE VEDKOMMENDE? HVA HVIS

PASIENTEN IKKE VIL? 97
2. HAR JEG LOV TIL Å BE OM AT PÅRØRENDE FORLATER SYKEHUSET HVIS JEG OPPFATTER DEM SOM BERUSET? HVA HVIS DE NEKTER? 98
3. HAR JEG LOV TIL Å LA VÆRE Å BEHANDLE EN PASIENT OPTIMALT MED SMERTESTILLENDE FORDI HAN ELLER HUN SKAFFER SEG OPIOIDER ILLEGALT UNDER OPPHOLDET? 98
4. HAR JEG LOV TIL Å NEKTE Å BEHANDLE EN PASIENT SOM ER BERUSET OG UBEHAGELIG? 98
5. NÅR ER EN PASIENT MED RUSPROBLEMER UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE, DVS. UTE AV STAND TIL Å VURDERE SITT EGET BESTE? 98
6. KAN EN PASIENT ANMELDES TIL POLITIET FOR Å HA INNTATT ILLEGALE RUSMIDLER PÅ SYKEHUSET? 99
7. HAR JEG LOV TIL Å UNDERSØKE BAGASJEN TIL PASIENTER FOR Å SE OM DE HAR TATT MED SEG RUSMIDLER PÅ SYKEHUSET? 99
8. KAN EN SYKEHUSLEGE INFORMERE FASTLEGEN OM AT PASIENTEN HAR EN RUSLIDELSE - NÅR DETTE ER RELEVANT FOR OPPFØLGING AV SYKDOMMEN/SKADEN - UTEN Å INNHENTE TILLATELSE FRA PASIENTEN? 99
9. KAN EN PASIENT NEKTE SYKEHUSET Å INFORMERE FASTLEGEN GJENNOM EPIKRISE OM AT PASIENTEN HAR EN RUSLIDELSE, HVIS DENNE LIDELSEN ER RELEVANT FOR BEHANDLINGEN AV PASIENTENS PRIMÆRE SYKDOM? 99
10. NÅR KAN EN PASIENT HOLDES TILBAKE I INSTITUSJON ETTER NØDRETTSPARAGRAFEN I STRAFFELOVEN (§47)? 100
11. NÅR KAN EN PASIENT HOLDES I INSTITUSJON MOT SIN VILJE? 100
12. NÅR KAN HELSEPERSONELL RANSAKE EN PASIENT? 101

NOEN NYTTIGE TELEFONNUMMER 103

ANBEFALT LITTERATUR OG ANDRE RESSURSER 105

RUSMEDISIN 105
TIDLIG INTERVENSJON 105
RUSBEHANDLING 105
ALKOHOL 106
NARKOTIKA 106
MI - MOTIVERENDE SAMTALE/MOTIVERENDE INTERVJU 106
LAR - LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING 106

NOEN NYTTIGE INTERNETTSIDER 107

BEHANDLING OG INTERVENSJON 107
BEHANDLING AV RUSMIDDELPROBLEMER I SPESIALISTHELSETJENESTEN – TSB 107
RUS OG PSYKIATRI - ROP WWW.ROP.NO 107
SNAKK OM RUS WWW.SNAKKOMRUS.NO 107
FORSKNING 107
STATENS INSTITUTT FOR RUSMIDDELFORSKNING - SIRUS WWW.SIRUS.NO 107
SENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSFORSKNING – SERAF WWW.SERAF.UIO.NO 107
RUSMEDISIN 107
NORSK FORENING FOR RUS- OG AVHENGIGHETSMEDISIN – NFRAM WWW.NFRAM.NO 107
OFFENTLIGE NETTSIDER 108
NASJONAL KOMPETANSETJENESTE TSB WWW.TSB.NO 108
FOLKEHELSEINSTITUTTET WWW.FHI.NO 108
FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN (SVERIGE) WWW.FOLKHALSOMYNDIGHETEN.SE 108
HELSEBIBLIOTEKETS SIDER OM RUS OG AVHENGIGHET WWW.HELSEBIBLIOTEKET.NO 108
HELSENORGE.NO SINE SIDER OM RUSMIDLER OG AVHENGIGHET 108
INSTITUT FOR RATIONEL FARMAKOTERAPI (DANMARK) WWW.IRF.DK 108
SUNDHEDSSTYRELSEN (DANMARK) WWW.SST.DK 108
ELEKTRONISKE OPPSLAGSVERK 108
BMJ BEST PRACTICE WWW.BESTPRACTICE.BMJ.COM 108

INTERAKSJONER WWW.INTERAKSJONER.NO 108
LEGEVAKTHÅNDBOKEN WWW.LVH.NO 108
UPTODATE WWW.UPTODATE.COM 109
BRUKERORGANISASJONER 109
ANONYME ALKOHOLIKERE (AA) WWW.ANONYMEALKOHOLIKERE.NO 109
ANONYME NARKOMANE (NA) WWW.NANORGE.ORG 109
FORENINGEN FOR HUMAN NARKOTIKAPOLITIKK (FHN) WWW.FHN.NO 109
LAR-NETT NORGE (LNN) WWW.LARNETTNORGE.NO 109
PROLAR WWW.PROLAR.NO 109
RIO – RUSMISBRUKERNES INTERESSEORGANISASJON WWW.RIO.NO 109
ORGANISASJONER FOR PÅRØRENDE 109
AL-ANON (BASERT PÅ ANONYME ALKOHOLIKERE) WWW.AL-ANON.ORG/NORWAY 109
BAR - BARN AV RUSMISBRUKERE WWW.BARWEB.NO 109
FAMILIEKLUBBENE I NORGE WWW.FAMILIEKLUBB.NO 109
LMS - LANDFORBUNDET MOT STOFFMISBRUK WWW.MOTSTOFF.NO 109

EGNE NOTATER 111

EGNE NOTATER 112

Forord

Pasienter med rusproblemer får oftere somatiske og psykiatriske sykdommer enn andre. Mange av disse pasientene blir lagt inn på sykehus, noen av dem flere ganger i løpet av et år. Det er vist at mange pasienter kan gjennomføre i alle fall midlertidige endringer i rusmiddelbruk hvis de får god informasjon om dette. For andre kan et sykehusopphold bli et vendepunkt i avhengigheten av rusmidler.

Det er mangel på kompetanse hos ansatte i helsevesenet når det gjelder behandlingen av disse pasientene. Dette gjelder f.eks. kunnskap om sammenhengen mellom rusmiddelbruk og sykdom/skade, og ferdigheter i å snakke med pasientene om motivasjon for endring. Det gjelder også holdninger og bevissthet omkring etiske problemstillinger knyttet til behandling av denne pasientgruppen.

Lommerus er et skritt på veien til å bedre kompetansen på dette området. Det er en liten bok som prøver å dekke et stort kunnskapsfelt. Informasjonen representerer derfor oversiktskunnskap på noen kjernepunkter. Lommerus er ingen lærebok med fullstendige referanser, men vi har lagt inn kildehenvisninger der vi har funnet det relevant. Anbefalingene i Lommerus er hentet fra vår kliniske praksis, med støtte i nasjonale og internasjonale retningslinjer der disse finnes. Boken har en samling av nyttige verktøy, som kan være til hjelp i diagnostikk og behandling av pasienter med rusrelaterte helseproblemer, i sykehusavdelinger og ambulant praksis.

En rekke fagfolk har hjulpet til i denne prosessen. 1.utgave kom i 2010 og var på 32 sider, 2.utgave 101 sider, 3.utgave er utvidet til 110 sider. Redaksjonskomitéen har bestått av undertegnede, Karl Trygve Druckrey-Fiskaaen, Avdeling for rusmedisin, overlege Silje Longva Todnem ved Bergen Legevakt og psykiatrisk sykepleier Ole-Jacob Vindedal, Psykiatrisk klinikk. Jeg vil spesielt takke medarbeidere ved Avdeling. for rusmedisin, overlege Eva Skudal ved Stiftelsen Bergensklinikkene, leger og sykepleiere ved Post 8, medisinsk avdeling, juridisk rådgiver Gry Kolås, engasjerte leger i NFRAM region Vest (Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin) samt overlege Rune Tore Strøm ved Rusakutten i Oslo. En særlig takk til avdelingsdirektør Ola Jøsendal, Avdeling for rusmedisin, som har sørget for at dette arbeidet har fått prioritet i en travel hverdag.

Hvis du har forslag til endringer; strykninger, rettelser eller tilføyelser, vil jeg gjerne ha tilbakemelding om dette. Dette dokumentet vil også være tilgjengelig i enkeltkapitler og som fulltekst på Helse Bergens intranett «Innsiden» og på www.lommerus.no . Disse versjonene vil bli regelmessig oppdatert.

Bergen, 1.mai 2015

Svein Skjøtskift (red)
svein.skjotskift@helse-bergen.no
Overlege, Avdeling for rusmedisin
Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Innledning til en samtale om rusmiddelbruk

Når man skal innlede en samtale om pasientens rusmiddelvaner, er det viktig å knytte rusmidlets helserisiko til det somatiske, psykiske eller sosiale problemet pasienten kommer for. Deretter kan en forsiktig begynne å kartlegge. En rekke screeningverktøy kan brukes for å kartlegge pasienters rusmiddelbruk. En av disse er en kort variant av AUDIT, kalt AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption) (1).

Tabell 1: AUDIT - C

AUDIT - C (3 første spørsmål av 10)					
1. Hvor ofte drikker du noe som inneholder alkohol?	**Aldri** ☐	**Månedlig eller sjeldnere** ☐	**2-4 ganger i måneden** ☐	**2-3 ganger i uken** ☐	**4 ganger i uken eller mer** ☐
2. Hvor mange alkoholenheter drikker du på en vanlig dag, når du drikker? **(1 alkoholenhet er: 33cl øl kl.II – 4,75%, 12cl vin 13%, 4cl brennevin 42%)**	**1-2** ☐	**3-4** ☐	**5-6** ☐	**7-9** ☐	**10 eller flere** ☐
3. Hvor ofte i løpet av det siste året har du drukket 4 AE eller mer (kvinner) eller 6 AE eller mer (menn) alkoholenheter eller mer ved samme anledning?	**Aldri** ☐	**Sjeldnere enn månedlig** ☐	**Månedlig** ☐	**Ukentlig** ☐	**Daglig eller nesten daglig** ☐

Denne varianten av AUDIT – C har ingen skåre eller grenseverdi (se side 13) for risikonivå for gjennomsnittlig ukentlig inntak av alkohol). Den er derfor best egnet for som et utgangspunkt for diskusjon om alkoholvaner og helseproblemer.
Hvis svarene på disse spørsmålene tyder på at pasienten ikke har risiko for alkoholrelatert helseskade, kan det skyldes at pasientens drikkemønster er uten risiko eller med lav risiko. Noen ganger skyldes det imidlertid feilrapportering, oftest at pasienten oppgir for lavt alkoholkonsum. En god tilbakemelding i begge tilfelle kan være å si f.eks.: «det var fint, fordi et høyere alkoholkonsum kunne være en av forklaringene på det høye blodtrykket ditt» eller «det var fint, fordi medisinene du bruker ikke må kombineres med alkohol». På denne måten får en likevel gitt gode og relevante råd, selv om pasienten feilrapporterer alkoholkonsumet.

For å få informasjon om bruk av andre rusmidler, foreslår vi denne korte varianten av DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) (2).

Tabell 2: DUDIT (4 første spørsmål)

DUDIT (4 første spørsmål av 11)					
1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	**Aldri** ☐	**Månedlig eller sjeldnere** ☐	**2-4 ganger i måneden** ☐	**2-3 ganger i uken** ☐	**4 ganger i uken eller mer** ☐
2. Bruker du flere slike rusmidler samtidig?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av slike rusmidler?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hvor mange ganger i løpet av en dag bruker du vanligvis slike rusmidler?	**0** ☐	**1-2** ☐	**3-4** ☐	**5-6** ☐	**7 eller flere** ☐

For å få relevant informasjon må man spørre konkret om hvilke rusmidler som brukes: Opioider, benzodiazepiner, cannabis, hallusinogener, sentralstimulerende, GHB/GBL eller andre.

Spør også om hvordan rusmidlene blir inntatt: Per os, intravenøst, sniffet. Mange oppfatter ikke legale vanedannende legemidler som rusmidler, en bør derfor spørre spesifikt om dette: Angstdempende, søvnmidler, smertestillende. Spør om type, dose, frekvens og hvor lenge de har blitt brukt.

Biomarkører

Generelt: En skal alltid sikre informert samtykke til å ta slike prøver. Det kan være vanskelig å bruke positive biomarkører som utgangspunkt for en samtale om rusmiddelvaner. En bør være forsiktig med bruk av sanksjoner på bakgrunn av positive biomarkører (f.eks. utskrivelse fra institusjonsopphold), og i mange sammenhenger er dette ikke tillatt. Dette er nærmere regulert i forskrift.

Blodprøver: ALAT, ASAT, Gamma-GT, MCV, CDT (alkohol). Av disse er CDT den mest spesifikke markør for langvarig og høyt alkoholforbruk (3). De fleste rusmidler (legemidler eller narkotiske stoffer) kan påvises i blod som uforandret molekyl eller metabolitt.

Urinprøver: De fleste rusmidler utskilles gjennom nyrene som uforandret molekyl eller metabolitt. Etylglukuronid (EtG) og etylsulfat (EtS) er også metabolitter av alkohol som viser inntak av alkohol de siste 5 dager (4-6). Noen rusmidler utskilles raskt fra blod og urin, og inntak kan derfor ikke alltid påvises (f.eks. GHB), se fakta om rusmidler.

Tabell 3: Risikogrenser for sentrale livsstilsfaktorer

HØY RISIKO	LAV RISIKO
Ernæring og fysisk aktivitet	
BMI over 25,9 eller under 18,5	BMI mellom 18,5 og 24,9
Usunt kosthold (mye sukker og fett, lite frukt og grønt)	Sunt kosthold (lite sukker og fett, mye frukt og grønt)
Lite fysisk aktiv (< 30 min moderat fysisk aktivitet daglig)	Fysisk aktiv (> 30 min moderat fysisk aktivitet daglig)
Røking	
Daglig røyking	Røykfri
Alkohol	
Mer enn 21 alkoholenheter per. uke (menn) Eldre (> 67 år) har lavere toleranse	Inntil 14 alkoholenheter per. uke (menn) Eldre (> 67 år) har lavere toleranse
Mer enn 14 alkoholenheter per. uke (kvinner) Eldre (> 67 år) har lavere toleranse	Inntil 7 alkoholenheter per. uke (kvinner) Eldre (> 67 år) har lavere toleranse

Alkoholenhet

Definisjon **1 alkoholenhet (AE):** 12 g ren alkohol. Dette tilsvarer alkoholinnholdet i:

- 33 cl øl kl. II (4,75%)
- 12 cl vin (13%)
- 8 cl hetvin (20%) eller
- 4 cl brennevin (42%)
- En sixpack øl kl.II (6 x 0,5L) inneholder 9 AE
- En 3L kartong vin (13%) inneholder ca.25 AE
- En helflaske brennevin (42%) inneholder ca.18 AE

NB! De fleste europeiske land har tilsvarende definisjon, men i Storbritannia defineres «1 alcohol unit» som 8 gram ren alkohol, i USA er «1 drink» 14 gram ren alkohol, i Japan 20 gram – vær oppmerksom på dette når du leser internasjonal litteratur.

Etikk i klinikk

Helsearbeidere foretar daglig valg basert på interesser, verdier og etiske prinsipper. Etiske dilemma oppstår når verdier eller etiske prinsipper står på spill eller er i konflikt med hverandre. I disse situasjonene er pasienter og pårørende spesielt sårbare og beslutningstakere kan være under sterkt press. Manglende ferdigheter i håndtering av etiske dilemma kan føre til uverdig pasientbehandling, konflikter, høye kostnader, usikkerhet, utbrent personale og dårlig samarbeid. På lik linje med kommunikasjonsferdigheter, er etisk refleksjon og håndtering av etiske dilemma ferdigheter en kan øve på for å stille bedre forberedt og være tryggere i reelle situasjoner.

Eksempler på etiske dilemma i rusfeltet

- Respekt for pasientens rett til selvbestemmelse versus din egen oppfatning av pasientens beste
- Hensyn til pasientens ønsker/behov versus andre pasienter i avdelingen (f.eks. toleranse for uønsket adferd)
- Ressursbruk – prioritering av behandlingsplasser
- Effektivt samarbeid i nettverk versus taushetsplikt overfor pårørende, behandlere og samarbeidspartnere
- Bruk av tvang for somatisk behandling eller når pasienten er gravid
- Avgjørelser i behandling av pasienter som ikke er samtykke-kompetente
- Ansvar for forskrivning av medisiner som potensielt kan skade pasienten

Hvis du står i et etisk dilemma

På de neste to sidene finner du etikk-verktøyet ASK ME. Verktøyet består av spørsmål som kan hjelpe å få frem hva som er dilemmaet, hva som står på spill og hva som er en etisk akseptabel løsning og beslutningsprosess.

Spørsmålene under:

- **Sjekklisten** kan brukes til å avklare hvilket dilemma du står i
- **Beslutningsprosessen** kan hjelpe til å sikre upartiskhet, åpenhet, relevante argumenter og involvering av berørte parter når etiske avgjørelser tas
- **7-trinnsanalysen** brukes av klinisk etikk-komite for å belyse og analysere etiske dilemma så upartisk og grundig som mulig
- **Vurdering av utfall** er hjelpespørsmål for å avklare relevante fakta under 7-trinnsanalysens spørsmål 2
- **4 prinsipielle spørsmål** bygger på de fire etiske prinsippene i medisinen og er hjelpespørsmål til 7-trinnsanalysens spørsmål 7

I tillegg finner du en boks med **kommunikasjonstips**: Tenk gjennom hvordan du kan møte pasienter/pårørende eller kollegaer i den etisk vanskelige situasjonen og tilpass strategier for informasjonsformidling, lytting og konflikthåndtering.
Hvis du ønsker å starte systematisk etikkarbeid i avdelingen din for øke etisk kompetanse eller trenger ekstern hjelp i svært vanskelige etiske dilemma:
Ta kontakt med klinisk etikk-komite: klinisketikk@helse-bergen.no

ASK ME

AWARENESS, **S**KILLS AND **K**NOWLEDGE IN **M**EDICAL **E**THICS

SJEKKLISTE
IDENTIFISERING AV POTENSIELLE DILEMMA

- ❑ Uklart hva pasienten ønsker av behandling?
- ❑ Pasientens beslutningskompetanse usikker/mangler?
- ❑ Utfordringer knyttet til åpenhet og konfidensialitet?
- ❑ Uenighet med/mellom pårørende?
- ❑ Behandlingsbegrensing, HLR-?
- ❑ Behandlerteam uenig/usikre på behandlingsmål?
- ❑ Manglende ressurser, rettferdighetshensyn?
- ❑ Annet (vennligst beskriv)
- ❑ Ingen tydelige etiske dilemma

BESLUTNINGSPROSESSEN

- Hva dreier denne situasjonens seg om? Etisk dilemma?
- Hvilket syn har andre berørte parter? (Pasienten!)
- Hva står på spill og hva leggers vekt på? (7TA)
- Hva kan vi oppnå og hva er mulige utfordringer?
- Med hvem og hvor kan vi diskutere dette?
- Hva gjør vi når beslutningen er tatt?

KOMMUNIKASJONSTIPS

- Still spørsmål og forsøk å lytte uten å fordømme
- Få til dialog fremfor å overbevise andre
- Dersom konflikt, fokus på sak ikke person
- I etiske dilemma er det ikke gitt hva som er rett svar

ASK ME

AWARENESS, **S**KILLS AND **K**NOWLEDGE IN **M**EDICAL **E**THICS

7 TRINNS ETISK ANALYSE

Innhent relevant informasjon. Om utilstrekkelig; spør mer!

1. Hva er det etiske dilemma og hva er alternative løsninger?
2. Hva er kunnskapsgrunnlaget for alternative utfall?
3. Hvilke lover/retningslinjer regulerer beslutningene?
4. Hvem er involverte parter?
5. Hva er goder og byrder for involverte parter?
6. Hvilke/hvem sine interesser er i konflikt?
7. Hvilke verdier og prinsipper står på spill?

Diskuter hva som er viktigst å legge vekt på, klargjør avveininger og foreslå akseptabel løsning (-er)

VURDERING AV UTFALL

- Tilstandens alvorlighet uten intervensjon?
- Effekten av intervensjonen?
- Kostnader?
- Dokumentasjon og usikkerhet?

4 PRINSIPIELLE SPØRSMÅL

- Ivaretas respekt for pasientens autonomi?
- Kan en skade pasienten?
- Gjør en pasienten godt?
- Er det rettferdig ressursbruk?

Om ASK ME-kortet: Triggerspørsmål for undervisning og systematisk etikkarbeid blant helsepersonell, I refleksjonsgrupper, etisk debrefing og som prosedurelt og strukturerende verktøy i pågående saker
For mer informasjon om : Ta kontakt med Ingrid Miljeteig MD, PhD Universitetet i Bergen

Ingrid.miljeteig@isf.uib.no http://justdecisions.b.uib.no/

Akutt forgiftning – generell prosedyre for intoksikerte pasienter

Svært ruspåvirkede pasienter som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, med fallende bevissthet eller der alvorlige differensialdiagnoser ikke kan avklares, skal ha videre utredning og observasjon.

Ved mottak

Opplysninger fra pasient, komparent- eller journalopplysninger, symptomer, funn:

a. Medikamenter foreskrevet av lege, alle typer
b. Medikamenter som ikke er foreskrevet av lege
c. Alkoholinntak: Hvor ofte drikker du? Hva er vanlig mengde for deg? Hvor ofte er du beruset? Inntak siste 2 uker og siste døgn
d. Forbruk av illegale rusmidler, type, mengde og inntaksform, mest spesifikk siste uke og siste døgn
e. Annen relevant sykdom som diabetes, psykisk lidelse, epilepsi
f. Spør etter skader

Utredning

Må gjøres

- Stabiliser pasienten. ABC. Stabilt sideleie
- GCS (Glascow Coma Scale)
- Respirasjonsfrekvens og dybde, SpO_2, BT, puls og temperatur
- Se etter stikkmerker albuer og petekkier i hud
- Tegn til hodeskade
- Pupillereaksjon
- Otoskopi (blod i øregang eller bak trommehinnen?)
- Nakke (stiv, smerter, synlig skade/ feilstilling)
- Blodprøver: Glucose, CRP, Hb

Kan gjøres

- Oftalmoskopi
- Plantarrefleks
- Orienterende nevrologisk undersøkelse. Symmetrisk bevegelse ekstremiteter?
- Alkotest (pusteprøve, blodprøve)
- Ved mistanke om rhabdomyolyse: CK
- Blodstatus, kreatinin, Na, K, Ca, Mg, fosfat, karbamid, s-osmolalitet, leverprøver, INR, infeksjonsprøver inkl. blodkulturer, blodgass, s-etanol, ev. farmakologiske prøver
- Ta eventuelt urinprøve for stix analyse av rusmidler, urinprøve med denne hensikt krever samtykke

Differensialdiagnoser

- Forgiftning med andre alkoholtyper enn etanol (metanol, etylenglycol, isopropanol)
- Annen forgiftningstilstand (trisykliske antidepressiva mm)

- Hodeskader etter fall eller annet traume
- Hjerneskade/sykdom (traume, hjerneinfarkt, intrakraniell blødning, status epileptikus m.m.)
- Metabolske forstyrrelser (hypo-/hyperglykemi, acidose/alkalose, hypoksi/hyperkapni, elektrolyttforstyrrelser, uremi, diabetes, leversvikt, tiaminmangel mfl.)
- Sirkulatoriske (hypoperfusjon, hypertensiv encefalopati)
- Systemiske- og CNS-infeksjoner (meningitt, encefalitt, sepsis, malaria)
- Mani eller hypomani
- Malingt nevroleptikasyndrom, katatoni

Vurder behov for ytterligere utredning

- Bildeundersøkelse (spesielt CT caput)
- Spinalpunksjon ved mistanke om CNS infeksjon
- Ta arteriell blodgass - hypoxi? hyperkapni? hypoglykemi? Acidose? Aniongap?
- Ventrikkelskylling ved mistenkt peroral intoksikasjon, ev. nedsettelse av kull
- Obs! Intubér komatøs intox-pasient før ventrikkelskylling

Tabell 4: Glasgow Coma Scale

Poengene fra hver av de tre gruppene summeres
Undersøkelsene gjentas med regelmessige mellomrom. Totalskår sammenlignes fra gang til gang for å få et inntrykk av endring i bevissthetsnivå over tid
Poengsum under 8 indikerer alvorlig forgiftning eller skade

Åpning av øynene (Ø)	4 Spontant 3 Ved tiltale 2 Ved smertestimulering 1 Ingen reaksjon L = Lukket pga hevelse
Motorisk respons (M)	6 Følger oppfordringer 5 Lokaliserer smerte 4 Avverger smerte 3 Fleksjon ved smerte 2 Ekstensjon ved smerte 1 Ingen reaksjon
Verbal respons (V)	5 Orientert 4 Forvirret, desorientert 3 Usammenhengende tale 2 Uforståelige lyder 1 Ingen reaksjon
GCS-skåre = Ø+M+V	

Akutt forgiftning – spesifikk prosedyre for intoksikerte pasienter

Tabell 5: Typiske symptomer ved påvirkning av ulike rusmidler

Funn ved påvirkning/ intox av ulike rusmidler	Sentral-stimulerende	GHB	Benzo-diazepiner	Alkohol, høy promille	Opioider	Anabole androgene steroider
Respirasjon	Høy frekvens	Lav frekvens	Lav frekvens	Lav frekvens	Lav frekvens Stans	N/A
Puls	Høy	Lav/ujevn	normal	høy	Lav	N/A
GCS	↓	↓↑↓	↓↓	↓↓	↓↓↓	N/A
Pupiller	Store	Vekslende	Normal	Vekslende	Små	N/A
Blodtrykk	Høyt	Lavt	Normalt	Lavt	Lavt	N/A
Temp	Høy	Lav	Normal	Høy (delir) Lav (raskt temp.fall)	Lav	N/A
Annet	Kramper	Kramper	Langsomme bevegelser	Ustø gange		Nedstemthet
	Agitasjon	Brå sedasjon/ oppvåkning		Ukritisk oppførsel		Agitasjon, irritabiltet
		Koma				Akne
				Exp. lukt		
				Nystagmus		
Antidot	Ingen	Ingen	Flumazenil	Ingen	Nalokson	Ingen
Merknader	Kjøles aktivt ned				Spesielt lang $T_{1/2}$: Metadon	
	Paracet uten virkning					

Alkoholer

Etanolforgiftning (Kilde: Helsebiblioteket, forgiftninger)

Symptomer

- Motorisk inkoordinasjon, forlenget reaksjonstid, ataksi, sløret tale
- CNS-depresjon (respirasjonsdepresjon, koma)
- Hypotermi (via vasodilatasjon)
- Hypoglykemi, ev kramper sekundært til hypoglykemi
- Elektrolyttforstyrrelser (K, Na, Mg)
- Gastrointestinalt ubehag og blødninger
- Metabolsk acidose hos alkoholikere og underernærte (ketoacidose)
- Hypotensjon og arytmier (atrieflimmer)

Behandling

- Ved etanolforgiftning er symptomatisk behandling vanligvis tilstrekkelig
- Komatøse pasienter observeres i sideleie for å forhindre aspirasjon til lungene
- Ventrikkeltømming (via sonde) vurderes ved store inntak hos barn innen en time etter inntak. Ventrikkeltømming er sjelden aktuelt for voksne. Kull binder ikke etanol
- Korriger væskebalanse og hypoglykemi
- Kramper som opptrer sekundært til hypoglykemi blir ofte borte når hypoglykemien behandles
- Tiamin (vitamin B1) eller Pabrinex gis iv/im ved langvarig inntak av alkohol

Metanolforgiftning

Symptomer på forgiftning inntrer etter en latenstid på 10-30 timer, når det er blitt dannet toksisk konsentrasjon av maursyre. Metanol i seg selv vil kort tid etter inntaket kunne forårsake kvalme, brekninger, magesmerter og mild CNS-depresjon. Ruseffekten av metanol er mye svakere enn for etanol.

Symptomer

- Slapphet, hodepine, forvirring, svimmelhet, kvalme, brekninger og magesmerter
- Synsforstyrrelser, tåkesyn og blinde flekker i synsfeltet er vanlig. I alvorlige tilfeller kan synsskadene bli permanente
- Metabolsk acidose med hyperventilasjon og dyspné
- I alvorlige tilfeller koma, kramper, respirasjons- og hjertestans. Ved overlevelse ev. blindhet og neurologiske skader
- Pasienter med kramper, koma, og alvorlig metabolsk acidose (pH < 7) har dårlig prognose

Behandling

- Antidot (fomepizol eller etanol) Se lenke fra Helsebiblioteket: metanol

Etylenglycol

Etylenglykol er en fargeløs, lite flyktig væske med søtlig smak. Mange produkter kan inneholde etylenglykol, og de viktigste er bilprodukter som kjøle-, frost- og bremsevæsker. Etylenglykol er i seg selv lite toksisk, men brytes ned til de sure metabolittene glykolsyre og oksalsyre som kan gi metabolsk acidose og nyresvikt.

Symptomer

Initialt (ofte innen 30 min):

- Eufori, ataksi, magesmerter, brekninger, nystagmus og redusert bevissthetsnivå
- Alvorlig forgiftning kan utvikles selv om de initiale symptomene er lite fremtredende
- Økt osmolalt gap og normalt aniongap

4-12 timer etter inntak (kan være forsinket opp mot 24 timer ved samtidig inntak av etanol):

- Toksiske metabolitter dannes og gir tiltagende metabolsk acidose som er vanskelig å korrigere, hyperventilering, desorientering og synkende bevissthetsnivå
- Aniongap øker, mens osmolalt gap synker mot normale verdier
- Fare for hypokalsemi og kramper
- Kalsiumoksalatkrystaller kan sees i ved urinmikroskopi (monohydratkrystaller, dihydratkrystaller)

Behandling

- Antidot er fomepizol eller etanol. Se lenke fra Helsebiblioteket: etylenglycol

Isopropanol

Isopropanol brukes i for eksempel vindusspylervæske, frostvæske og som hånddesinfeksjonsmiddel. Isopropanol metaboliseres til aceton via alkoholdehydrogenase. Både isopropanol og aceton gir CNS-depresjon. Ruseffekt og toksisitet er omtrent dobbelt så stor som for etanol, og CNS-symptomene varer lenger. Blodtrykksfall kan oppstå ved alvorlig forgiftning. Symptomatisk behandling er vanligvis tilstrekkelig, men hemodialyse kan være aktuelt ved alvorlig forgiftning. Se lenke fra Helsebiblioteket: isopropanol

Opioider

Forgiftning (Kilde: UpToDate)

Opioidforgiftning/overdose er en potensielt livstruende tilstand hovedsakelig pga opioidenes respirasjonsdempende effekt. Symptomer på forgiftning kan ellers være sedasjon, redusert muskeltonus og koordinering, samt økt salivasjon. Symptomene debuter sekunder etter i.v injeksjon og 15-30 min etter po inntak. Sedasjon og respirasjonsdempning kan bli potensert av andre stoffer som benzodiazepiner eller alkohol. Opioidenes effekt varierer etter type og administrasjonsmåte. Heroin i.v har kortvarig effekt (0-4 timer), mens Metadon po har langvarig effekt (halveringstid 10-25 timer, ved gjentatte doseringer opp til 55 timer). Toleranse for opioider kan utvikles i betydelig grad, men avtar til utgangspunktet etter 2-3 uker uten inntak. Dette er årsaken til at mange feilberegner dosen f.eks. ved tilbakefall etter behandling eller etter løslatelse fra fengsel.

Behandling

Observasjon med hyppig kontroll av respirasjonsfrekvens og metning. Lyd- og smertestimuli kan forsøkes

Behandling med antidot (Naloxon 0,4 mg/ml). Brukes ved nedsatt bevissthet og påvirket respirasjon (Sp02 < 90% og RF<8/min) ved mistanke om at dette er forårsaket av opioider (miose/anamnese).

Gi respirasjonsstøtte til tilfredsstillende effekt av nalokson. Vær obs på at nalokson har vesentlig kortere halveringstid enn for eksempel Metadon. Det er viktig å observere pasienten i tilstrekkelig tid for å unngå tilbakefall av

respirasjonsdepresjon etter at effekten av nalokson har gått ut. Behandlingsmål: Pasienten bør ha en RF>12/min, ikke nødvendigvis være våken.
Dosering og administrasjon:

1. Når pasienten har egenrespirasjon med RF <8, gis Naloxon 0,04 mg iv med ett til tre min mellomrom til RF >12. Max totaldose er 10 mg.
   Naloxon fortynnes slik: 1 ampulle inneholder 0,4 mg/ml. 1 ml fortynnes i 9 ml NaCl. 1ml tilsvarer da 0,04 mg. Til pasienter som har brukt store doser opioider over tid pga. smerter, bør nalokson titreres i små doser for å unngå smertegjennombrudd
2. Når pasienten ikke har egenrespirasjon gis Naloxon 0,4 mg/ml 1 ampulle (1 ml) iv + 1 ampulle i.m, alternativt 2 ampuller i.m hvis du ikke får iv tilgang. Dette repeteres med 1-3 min mellomrom til RF >8 (7, 8)

Benzodiazepiner

Forgiftning

Symptomer: Ataksi, dysarti, svimmelhet, kvalme, muskelsvakhet, somnolens. Irritabilitet, agitasjon og hallusinasjoner kan forekomme, men er vanligere hos barn enn hos voksne. Ved store doser oppstår koma, respirasjonsdepresjon, hypotermi, takykardi og eventuelt hypotensjon.

Behandling:
Observasjon med kontroll av respirasjonsfrevens og metning.
Bruk av antidot: Flumazenil (Anexate 0,1 mg/ml). Brukes for å reversere benzodiazepiners sentrale effekt. Det er sjelden indikasjon for flumazenil i behandling av rusmiddelbrukere. Reversering med flumazenil hos pasient som har stått på benzodiazepiner lenge (>3 md) kan gi kramper og/eller alvorlig abstinens. Forsiktighet ved blandingsintox (særlig med trisykliske / tetrasykliske antidepressiva). Vær obs på at flumazenil har vesentlig raskere halveringstid enn for eksempel diazepam.

Dosering og administrasjon
Hvis mistanke om blandingsintox, kan en vurdere å gi nalokson først

1. Flumazenil 0,2 mg iv langsomt (i løpet av 15 sekunder)
2. Dersom ikke tilstrekkelig våkenhet oppnås etter 1 min, sett ytterligere 0,1-0,3 mg intravenøst
3. Maks dose 2 mg

Amfetamin og metamfetamin (Kilde: UpToDate, referanse 9)

Forgiftning

En akutt forgiftning kan gi adrenerg overstimulering med hypertermi, tachykardi, hypertoni, hyperhidrosis eller mydriasis i tillegg til psykiske symptomer som bl.a. uro, agitasjon, angst, panikk, forvirring, kramper, hallusinasjoner, psykose eller delir.

Behandling:

- Det finnes ikke antidot, behandlingen er symptomatisk
- Hypertermi: lite effekt av antipyretika, bedre effekt ved å kle av pasienten, gi iv væske, ev. legge isposer i lyske og aksille
- Hypertoni og tachykardi: **β-blokkere er kontraindiserte** pga. fare for overstimulering av α- reseptorer. Ved manglende effekt av generelle tiltak forsøk sedering med diazepam, lykkes dette ikke kan nitroprussid iv. forsøkes
- Abstinens på sentralstimulerende er vanligvis ikke helseskadelig, medikamentfri avgiftning bør tilstrebes
- Til sedering kan en gi diazepam 10 mg po hver time til søvn, eller 10 mg iv. hvert 15. minutt til søvn gis. En bør være tilbakeholden med nevroleptika det første døgnet, da psykotiske symptomer kan være en del av amfetaminens ruseffekt. Om symptomene vedvarer utover 1 døgn, kan en imidlertid supplere behandlingen med olanzapin 10 mg inntil 3 (Statens legemiddelverk anbefaler inntil 2) ganger daglig.

Overvåkning:
Pasienter som regelmessig bruker amfetaminpreparater har større fare for å få rhabdomyolyse, kardiomyopati, klaffeskade, arytmi, pulmonal hypertensjon, slag eller akutt tubulær nekrose. Det er derfor viktig med hyppig tilsyn, og tilstrekkelig væsketilførsel. Om pasientens helsetilstand forverres, kan det bli aktuelt med kontinuerlig overvåkning i somatisk sykehusavdeling med kontroll av elektrolytter, kreatinin, CK og eventuelt troponiner.

Nikotin (Kilde: Helsebiblioteket, forgiftninger)

Forgiftning

Symptomer kommer gjerne i løpet av 15-60 min etter inntak av tobakk og 15-30 min etter tygging av tyggegummi eller nikotinplaster.

- Tidlige symptomer er brennende følelse i munn og svelg, kvalme, brekninger, magesmerter, økt spyttsekresjon og eventuelt irritabilitet
- Større inntak kan gi svimmelhet, forvirring, agitasjon, hodepine og svette, etterfulgt av ukoordinerte bevegelser, sløvhet, koma og kramper. Det vil også kunne oppstå takypné, takykardi og hypertensjon, fulgt av respirasjonsdepresjon, bradykardi og hypotensjon
- Ved lettere forgiftninger varer symptomene ofte i 1-2 timer. Ved mer alvorlige forgiftninger vil man forvente symptomer i opp mot et døgn.

Behandling:

- Kull og symptomatisk behandling
- Ved svelging av meget store mengder kan redusert bevissthetsnivå og krampetendens inntre raskt. Vurder intubering og ventrikkelaspirasjon/-skylling i slike tilfeller. Deretter gis kull, gjerne i gjentatte doser
- For øvrig gis symptomatisk behandling, særlig rettet mot eventuell respirasjonsdepresjon og kardiovaskulære effekter

GHB/GBL (Kilde: Helsebiblioteket, forgiftninger)

Forgiftning

- Etter po inntak av GHB oppnås den høyeste serumkonsentrasjonen etter 30-60 min. Halveringstiden er på 30-50 min. GHB kan påvises i urin i inntil 12 timer.
- Faren ved GHB/GBL ligger bl.a. i den bratte dose-effekt-kurven, i tillegg er det stor variasjon i den individuelle toleransen.
- Ved forgiftning dominerer symptomer som hypotensjon, respirasjons-depresjon, bradykardi, hypotermi og koma, men også agitasjon. En pasient med GHB/GBL intox har ofte GCS på 3 for så å bråvåkne etter noen timer

Behandling: Behandlingen er symptomatisk, det finnes ikke antidot. Det viktigste er å sikre stabile vitale parametere. Tungt intoksikerte pasienter trenger kontinuerlig kardio-pulmonal-overvåkning (BT, puls, respirasjonsfrekvens og SpO2)

Når bør pasienten legges inn i sykehus?

Ved ett av følgende funn i blodgass skal pasienten vurderes for overføring til somatisk overvåkningsavdeling:

- pH < 7,36
- pO2 < 8,0 kPa
- SaO2 < 85%
- Systolisk BT < 90

Ved ett av følgende symptomer/funn skal pasienten vurderes for overføring til psykiatrisk akuttmottak eller DPS:

- Selvmordsfare
- Alvorlig psykisk lidelse
- Alvorlig utagering ved forvirringstilstand eller mistanke om psykose

Henvisningsrutiner for akutt psykiatrisk hjelp til voksne i Helse Bergen

Frivillig TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)

- Avhengighet eller skadelig bruk av rusmidler, ønske om frivillig behandling i institusjon eller poliklinikk

Tvang TSB

Bruk av tvang i TSB er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven §10, og har hverken de samme melderutiner og saksgang eller de samme kriterier og rammer som tvangsbehandling etter Lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernvloven)

- Bruk av rusmidler på en måte som gir fare for alvorlig helseskade (somatisk eller psykiatrisk helse)
- Risiko for fosterskade pga. rusmiddelbruk
- Gjentatte overdoser over kort periode
- Alvorlig fysisk eller psykisk sykdom som ikke blir fulgt opp på grunn av rus

Når skal pasienten innlegges til observasjon på Akuttposten ved Haukeland universitetssjukehus (i DIPS kalles denne posten «Akuttenheten»)

- Pasienter som er gitt antidot (nalokson eller flumazenil)
- Intoksikerte pasienten som ikke er i stand til å ta vare på seg selv
- Kjent høyt forbruk av alkohol og tidligere alvorlige abstinensreaksjoner som kramper, delirium tremens eller Wernickes encephalopati
- Mistanke om "stigende" rus spesielt ved bruk av Metadon eller buprenorfin hos pasienter som ikke er i LAR
- Klare abstinenssymptomer ved promille > 1

Når er akutt innleggelse ikke aktuelt?

- Ikke behov for avrusning
- Kun ønske om A og/eller B-preparater
- Sammenhengende drikkeperiode < 7 dager uten akutt intoksikasjon

Når kan pasienten klareres for arrest?

Anamnestiske opplysninger:

- Årsak til innbringelse, anamnese
- Kjent overforbruk av rusmidler fra tidligere?
- Inntak av rusmidler. Hva, hvor mye, når (stigende eller synkende rus)?
- Kjente sykdommer (spesielt diabetes mellitus)
- Faste medisiner

Undersøkelse

- GCS, RF, BT, P, pupiller, temp, alkotest, glucose, SpO2, andre ved behov
- Tegn til ytre vold
- Stikkmerker ekstremiteter

Pasienter som er stabile respiratorisk (respirasjonsfrekvens > 12 og < 20 per. minutt, SpO2 > 95%) og sirkulatorisk under observasjonstiden, er på fallende rus og ikke har tegn til alvorlig sykdom eller skade kan overføres til videre observasjon i arresten.

Uspesifikk behandling av de vanligste abstinenssymptomene

God abstinensbehandling kan være med på å skape en bedre relasjon til pasienten slik at de lettere kan motiveres til videre behandling. De fleste abstinensplagene er ikke farlige og kan behandles uten bruk av medikamenter. Følgende miljøtiltak gjør det enklere for pasienten å håndtere abstinensproblemene:

- Ro**,** skjerming for lyd og dempet belysning, ikke forstyrr pasienten unødig
- Unngå flimmer fra for eksempel TV-skjerm og PC
- God mat, rikelig væsketilførsel
- Hyppige tilsyn, beroligende og vennlig realitetsorientering

Medikamentene som er ført opp nedenfor gir ofte uspesifikk sedering og dempning som igjen kan påvirke den kognitive funksjonen og behandlingseffekten. Det er verdt å merke seg at de fleste av disse medikamentene kan senke krampeterskelen

og øke faren for abstinenskramper. Enkelte har metabolske eller levertoksiske bivirkninger ved lengre tids bruk. Vær oppmerksom på anamnese for tidligere hjertearytmi ved kombinasjon av flere medikamenter som har lang QT- tid som en av bivirkningene. På den andre siden kan for mange abstinensplager ta fokus vekk fra selve behandlingen. En bør derfor tilstrebe å bruke så lite medikamenter som mulig samtidig som nytteeffekten veies opp mot mulige bivirkninger.

Søvnvansker

1. valg

- Mirtazapin (Remeron) 15 mg *eller* minaserin (Tolvon) 30 mg *eller* trimipramin (Surmontil) 75 mg

2. valg

- Kvetiapin (Seroquel) tbl 50-100 mg *eller* alimemazin (Vallergan) mixtur/ tbl 25-75 mg *eller* melatonin 3mg ev.Circadin 4-6 mg (Statens legemiddelverk har bare godkjent Circadin, og bare til pasienter >56 år)
- Ved manglende søvn over to døgn og klinisk preg av dette, uten effekt av medikamentene ovenfor, kan behandling med zopiclon (Imovane) 7,5 - 15 mg gis i inntil 2 døgn for søvn, pga. fare for utvikling av psykose. Zopiclon seponeres ved utskrivelse. Unngå bruk av zopiclon når det er risiko for delirutvikling, gi da heller diazepam 5 - 10 mg som engangsdosering

Sterk psykisk uro og mistanke om utvikling i retning av psykose

Olanzapin (Zyprexa) 10 mg im Kan repeteres hver halvtime inntil 30 mg (Statens legemiddelverk anbefaler 20 mg), alternativet er inntil 30 mg po (Statens legemiddelverk anbefaler 20 mg)**.** Seponeres ved utreise.

Angstplager

Behovsmedikasjon:

1. valg:

- Hydroksyzin (Atarax) 25- 50 mg inntil x 4. European Medicines Agency – EMA anbefaler maks 100mg daglig for voksne pga risiko for hjerterytmeforstyrrelser og legemiddelet er kontraindisert ved risiko for forlenget QT-tid.). Hydroksyzin kan kontinueres etter utskrivelse, ved behov.

2. Valg:

- Kvetiapin (Seroquel) 50-200mg x 2 alene eller i tillegg til Hydroksyzin (Statens legemiddelverk anbefaler klorprotexin (Truxal), men klinisk erfaring tyder på at kvetiapin har minst like god effekt og tolereres bedre)

3. Valg:

- Diazepam (Stesolid, Vival, Valium) 10mg inntil 2 ganger daglig i 2-3 dager, seponeres før utskrivelse
- Valproat (Orfiril) i doser på opp til 300mg x 4 kan ha en angstdempende effekt, men skal ikke brukes til kvinner i fertil alder (Statens legemiddelverk: Indikasjon krampeforebyggende behandling)

Spesifikk behandling av abstinens

Alkohol

Abstinensplager kan oppstå etter bare en uke med høyt alkoholinntak. Alvorlige abstinenser som delir eller kramper sees ofte etter en måned med høyt forbruk. Vanligvis oppstår abstinenssymptomene innen 6 timer etter siste alkoholinntak. Alkoholdelir kan komme så sent som etter 96 timer. Ved alvorlig og langvarig alkoholavhengighet kan pasienten oppleve abstinensplager mens de ennå har promille. Intensiteten av abstinensplagene (inkl. krampefare) øker med antall avrusninger en person har gått gjennom, kjent som kindling (10).

Alkoholabstinens, undersøkelser

Dersom pasienten har hatt et høyt (og langvarig) inntak av alkohol i tiden før innleggelse inkludert de siste 96 timene (4 døgn) bør følgende gjøres:

a) Måle promille
b) Registrere CIWA-skår (se CIWA-Ar tabell og skåringskjema neste side)
- Ved initialskår <10 - registering hver 4. time
- Ved initialskår >10 - registrering hver time
- Registrering av CIWA kan seponeres når det er målt 2 verdier under <10 med fire timers mellomrom når promillen er null

c) Kontroller elektrolytter (Na, K, Ca, CL, Mg og fosfat) da elektrolyttforstyrrelser er vanlige. Elektrolyttforstyrrelser korrigeres etter vanlige retningslinjer

CIWA-Ar skåring gjøres best ved at pasienten skåres av samme person gjennom ett skift. Det viser seg – tross god opplæring – at ulike personer har litt ulik vurdering av graderingen og dette kan gi misvisende verdier.

Alkoholabstinens, behandlingstiltak

Abstinensbehandlingen er symptombasert. Vær oppmerksom på differensial-diagnoser dersom det oppstår alvorlige abstinensreaksjoner ved promille over 1,0.

- Delirium tremens: Diazepam 10 mg iv hvert 5 – 10.minutt inntil søvn. Maks dose 120 mg. Vurder overflytting til overvåkningsavdeling om ikke respons.
- Antiepileptika bør som hovedregel ikke gis ved promille >1,0 for å unngå økt sedasjon, unntak kan vurderes ved sterk psykomotorisk aktivering.
- Vitamintilskudd: Alle med risikofaktorer (se Tabell 7) bør ha Pabrinex (ampulle 1 og 2) iv/im x 1-2 i 5 dager. Dersom Pabrinex ikke er tilgjengelig gis tiamin 200 mg iv/im x 1 i 5 dager. Langvarig infusjon av glukose uten tilførsel av tiamin kan utløse Wernickes encephalopati, mens en enkelt bolusinfusjon med glukose ikke synes å ha betydning. Ved hypoglykemi prioriteres normalisering av blodsukkernivået. Tiamin/Pabrinex gis etter normalisering, eventuelt samtidig, hos pasienter der man mistenker underernæring og tiaminmangel.
- Bare benzodiazepiner har godt evidensgrunnlag i abstinensbehandlingen. Kliniske erfaring tilsier noe effekt av valproat depot (Orfiril long) eller karbamazepin (Tegretol). Husk at Orfiril ikke bør gis til kvinner i fertil alder,

og kan gi leverskade. Tegretol har interaksjoner som kan komplisere annen medikamentell behandling.

Tabell 6: Tidslinje for symptomer på alkoholabstinens, etter (11)

Symptom	Kliniske tegn	Starttidspunkt
Lett abstinens	Skjelvinger, mild angst, hodepine, svetting, hjertebank, redusert matlyst, urolig mage, normal mental status	6 til 36 timer etter siste inntak
Kramper	Enkel /plutselig episode med generaliserte tonisk kloniske kramper. Kort postiktal periode. Sjelden status epileptikus	6 til 48 timer etter siste inntak
Alkoholisk hallusise	Visuelle, auditive og/ eller taktile hallusinasjoner med intakt orientering og normale vitale parametre	12 til 48 timer etter siste inntak
Delirium tremens	Delirium (hallusinasjoner, desorientering), agitasjon, takykardi, hypertensjon, feber og svetting	48 til 96 timer etter siste inntak

Tabell 7: Behandling retter seg etter CIWA-skår og risikofaktorer etter (12)

	CIWA <10	**CIWA 10-15**	**CIWA >15**
Uten risiko-faktorer*	Ingen medikamenter	1. Valproat (Orfiril long) 300 – 600 mg x 3 i 3-5 dager *eller* 2. Karbamazepin 200 mg x 4 i 3-5 dager, deretter 200mg x 2 i 2 dager	Diazepam 10 mg x 4 po daglig til CIWA <15 Ved manglende reduksjon av CIWA eller stigende skår etter 2 doser gis 10 mg diazepam hver time til CIWA <15 eller sovende men lett vekkbar
	CIWA <10	**CIWA 10-15**	**CIWA >15**
Med risiko-faktorer*	1.Valproat (Orfiril long) 300 – 600 mg x 3 i 3-5 dager *eller* 2. Karbamazepin (Tegretol) 200 mg x 4 i 3-5 dager, deretter 200mg x 2 i 2 dager Dersom pasienten har hatt abstinenskramper kan diazepam 10 mg x 4 vurderes som forebyggende	Diazepam 10 mg x 4 po daglig til CIWA <10	Diazepam 10 mg po hver time til CIWA <10 eller sovende, men lett vekkbar. Deretter dizepam 10 mg x 4 i 1-2 dager Ved manglende respons etter 50 mg gis olanzapin 5-10 mg im hver time inntil maks dose 30 mg Ved mangende respons på dette, vurdér narkose på medisinsk overvåkning

*** Risikofaktorer for alvorlige abstinensreaksjoner (13)**

- Tidligere kramper, delir eller Wernicke encefalopati
- Leversykdom som skyldes alkohol
- Tidligere behov for medikamenter til alkoholavrusning
- Underernæring eller risiko for underernæring som vekttap siste år, redusert BMI manglende matlyst, kvalme og oppkast
- Innlagt pga. akutt sykdom
- Innlagt pga. annen komorbiditet eller annen alkoholrelatert sykdom

Tabell 8: Objektiv skåring av alkoholabstinens: CIWA-Ar (14)

(Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised)

1. KVALME OG OPPKAST

Spør: "Føler du deg kvalm?Har du kastet opp?" Observasjon.

0 Ikke kvalme og ikke oppkast
1 Lett kvalme uten oppkast
2
3
4 Periodisk kvalme med brekninger
5
6
7 Vedvarende kvalme, hyppige brekninger og oppkast

2. TREMOR

Armene utstrakt med spredte fingre. Observasjon.

0 Ingen tremor
1 Ikke synlig, men kan kjennes fingertupp mot fingertupp
2
3
4 Moderat, med pasientens armer utstrakt
5
6
7 Sterk, selv når armene ikke er utstrakt

3. SVETTETOKTER

Observasjon.

0 Ingen synlig svette
1 Knapt merkbar svetting, klamme håndflater
2
3
4 Tydelige svetteperler i pannen
5
6
7 Gjennomvåt av svette

4. ANGST

Spør: "Føler du deg nervøs?" Observasjon.

0 Ingen angst, rolig
1 Lett engstelig
2
3
4 Moderat engstelig eller vaktsom (slik at det oppfattes som angst)
5
6
7 Tilsvarende akutt panikktilstand som ved alvorlig delirium eller akutte schizofrene reaksjoner

5. URO

Observasjon:

0 Normal aktivitet
1 Noe mer enn normal aktivitet
2
3
4 Moderat urolig og rastløs
5
6
7 Vandrer frem og tilbake under mesteparten av intervjuet eller raser rundt i rommet hele tiden

6. SENSIBILITETSFORSTYRRELSER

Spør: "Har du noe form for kløe, prikking, stikking, brennende/sviende følelse, nummenhet, eller kjenner du at småkryp kravler på eller under huden din?" Observasjon.

0 Ingen
1 Svært lett kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet
2 Lett kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet
3 Moderat kløe, prikking, stikking, svie eller nummenhet
4 Moderate hallusinasjoner
5 Sterke hallusinasjoner
6 Svært sterke hallusinasjoner
7 Vedvarende hallusinasjoner

7. HØRSELSFORSTYRRELSER
Spør: "Er du mer oppmerksom på lyder rundt deg? Er de ubehagelige? Skremmer de deg? Hører du noe som er urovekkende? Hører du ting som du vet ikke er der?" Observasjon.

0 Ingen
1 Svært lett ubehag eller evne til å skremme
2 Lett ubehag eller evne til å skremme
3 Moderat ubehag eller evne til å skremme
4 Moderate hallusinasjoner
5 Sterke hallusinasjoner
6 Svært sterke hallusinasjoner
7 Vedvarende hallusinasjoner

8. SYNSFORSTYRRELSER
Spør: "Virker lyset sterkere enn vanlig? Oppleves farger annerledes enn vanlig? Gjør det vondt for øynene? Ser du noe som er urovekkende? Ser du ting som du vet ikke er der?" Observasjon.

0 Ingen
1 Svært lett lysfølsomhet
2 Lett lysfølsomhet
3 Moderat lysfølsomhet
4 Moderate hallusinasjoner
5 Sterke hallusinasjoner
6 Svært sterke hallusinasjoner
7 Vedvarende hallusinasjoner

9. HODEPINE, TRYKK I HODET
Spør: "Føles hodet annerledes? Føles det som om det er et bånd rundt hodet ditt?" Ikke skår for svimmelhet eller ørhet. Forøvrig skåres alvorlighetsgrad.

0 Ingen
1 Svært lett
2 Lett
3 Moderat
4 Moderat sterk
5 Sterkt
6 Svært sterkt
7 Ekstremt sterk

10. ORIENTERING OG BEVISSTHETSNIVÅ
Spør: "Hvilken dag er det i dag? Hvor er du? Hvem er jeg?" Vennligst legg sammen følgende tall…"

0 Orientert og kan legge sammen flere tall
1 Kan ikke legge sammen flere tall eller er usikker på dato
2 Ikke orientert for dato, avviker med inntil 2 dager
3 Ikke orientert for dato, avviker med mer enn 2 dager
4 Ikke orientert for sted og/eller person

CIWA-Ar er oversatt av Jan Tore Daltveit, Jan Hammer, Trude Bjørnstad, Odd Erik Skinnemoen og Svein Skjøtskift.

Opiodier

Abstinens

Opioidabstinens etter langvarig, daglig bruk kan være svært ubehagelig, og inneholder ett eller som oftest flere av symptomene beskrevet i OOWS (se tabell). Abstinenssymptomene debuterer kort tid etter endt inntak, avhengig av halveringstid og administrasjonsmåte (se overdose), fra 3-4 timer til 20-24 timer. Varigheten av symptomene er også avhengig av de samme faktorene og spenner fra 2 til 10 døgn. Abstinenssymptomene blir som for andre stoffer betydelig verre ved brå seponering enn ved nedtrapping. Opioidabstinens er sjelden forbundet med risiko for somatisk skade eller død, med mindre pasienten i utgangspunktet har en sykdom som f.eks. hypertoni eller hjertelidelse.

Tabell 9: Opioidabstinensskala (Objective Opioid Withdrawal Scale – OOWS)(15)

Observer pasienten over en periode på 5 min. Deretter gis poeng for hvert av symptomene på opioidabstinens (Linje 1-13). Deretter summeres antall poeng. **Det er ingen grenseverdier, poenget med skalaen er å registrere økning eller reduksjon av abstinensgrad**. Det bør tas skjønnsmessig hensyn til ev. tilleggs-problematikk som ikke registreres som abstinens, f.eks. et naturlig søvnbehov som gir gjesping, eller en etablert angstlidelse uavhengig av abstinenstilstanden.

Nr.	**Dato**						
	Klokkeslett						
1	Gjesping 0 = ingen gjesping 1 = ≥ 1 gjesp						
2	Rennende nese 0 = < 3 snufs 1 = ≥ 3 snufs						
3	Gåsehud (arm) 0 = fraværende 1 = tilstede						
4	Svette 0 = fraværende 1 = tilstede						
5	Tåreflod 0 = fraværende 1 = tilstede						
6	Tremor (hender) 0 = fraværende 1 = tilstede						
7	Store pupiller 0 = fraværende 1 = ≥ 3 mm						
8	Hete- eller frysetokter 0 = fraværende 1 = skjelving (sammenkrøpet for å holde varmen)						
9	Rastløshet 0 = fraværende 1 = hyppig stillingsendring						
10	Oppkast 0 = fraværende 1 = tilstede						
11	Muskelrykninger 0 = fraværende 1 = tilstede						
12	Magekramper 0 = fraværende 1 = tilstede						
13	Angst 0 = fraværende 1 = mild til kraftig						
	Sum poeng						

Behandling
Behandlingsstrategi avhenger av om pasienten ønsker å slutte med opioider eller ikke, hvor pasienten er innlagt og for hvilken sykdom/skade. Dersom f.eks. en pasient med opioidavhengighet er innlagt for en alvorlig somatisk sykdom, har behandlingen av denne tilstanden prioritet foran rusproblemet.

- Dersom pasienten ønsker avrusning kan han få symptomatisk behandling med klonidin (Catapressan) 75-150 mikrogram x 4 under blodtrykkskontroll. Ved systolisk BT < 90 mmHg bør pasienten ikke ha klonidin
- Dersom pasienten ønsker avrusning gjennom nedtrapping, tilbys å gjennomføre dette f.eks. over ca.7 dager, se tabell 13, 14 eller 15
- Dersom pasienten ikke ønsker avrusing og det vurderes at livsviktig somatisk behandling vil avbrytes hvis det ikke gis substitusjon, behandles med buprenorfin-nalokson (Suboxone) 6-12 mg x 1. En testdose på 2 mg skal gis først for å unngå at buprenorfin fortrenger andre opioider og provoserer fram en kraftig abstinensreaksjon
- Dersom pasienten ikke ønsker avrusning og det ikke dreier seg om en livstruende situasjon, kan det vurderes å bare tilby avrusning i stedet for substitusjon.
- Dersom pasienten er i LAR fortsetter han med vanlig dose. Ved manglende inntak av substitusjonsmedikamentet de siste dagene, justeres dosen etter følgende skjema (hentet fra LAR-retningslinje):

Tabell 10: Metadon

Ikke hentet 1 dag	2 døgn uten metadon	Fortsetter med samme dose
Ikke hentet 2 dager	3 døgn uten metadon	2/3 av dosen, neste dag full dose
Ikke hentet 3 dager	4 døgn uten metadon	1/3 av dosen, neste dag 2/3 av dosen, deretter full dose
Ikke hentet 4 dager	5 døgn uten metadon	Regnes som nedtrappet

Tabell 11: Buprenorfin

Ikke hentet 1 dag	2 døgn uten buprenorfin	Fortsetter med samme dose
Ikke hentet 2 dager	3 døgn uten buprenorfin	1/2 – full dose (individuell vurdering)
Ikke hentet 3 dager	4 døgn uten buprenorfin	1/2 dose, neste dag full dose
Ikke hentet 4 dager	5 døgn uten buprenorfin	Regnes som nedtrappet

For hjelp til dosering av LAR-medikament kan seksjon for LAR kontaktes via sentralbordet på HUS (05300).

For brukere av DIPS (journalsystemet for Helse Bergen) er det laget et «LAR Behandlingsskjema». Dokumentet beskriver oppdatert informasjon om LAR-

behandlingen (aktuell dose, utleveringsordning, kontaktinformasjon mm). Dette skjemaet finner du slik:
Somatiske sykehusavdelinger må først inn i psykiatrisk journal med «blålystilgang».

1. Gå inn i «løpende journal» (F9)
2. Velg «alle data»
3. Velg «autofilter»
4. Sorter i «betegnelse», finn LAR Behandling HBE (jet)
5. Åpne «LAR behandling HBE (jet)»

NB! Bare ansatte i Avdeling for rusmedisin, LAR, kan skrive i eller opprette LAR behandlingsskjema.

Benzodiazepiner og lignende preparater

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner modulerer effekten av GABA på GABA-A reseptorene i hjernen og fører til en hyperpolarisering og forsterkning av det dempende transmittersystemet i hjernen. Benzodiazepiner blir ofte brukt som "tilleggsmedikasjon" til andre rusmidler. Ved stopp i inntaket av benzodiazepiner hos kroniske brukere vil det dempende systemet være nedregulert slik at det oppstår en overvekt av stimulerende signaler. Dette fører til abstinenssymptomer som tremor, angst, uro, kramper eller i sjeldne tilfelle delir. Rusutløst psykose kan forekomme. Avhengig av det aktuelle benzodiazepinets halveringstid debuterer abstinenssymptomene vanligvis 2-5 dager etter seponering.

Behandling
Nedtrapping: Pasienter som har brukt benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende preparater regelmessig over minst 2 md. bør få tilbud om nedtrapping. Se forslag til nedtrappingsplan side 41.

Kontinuering: Dersom pasienten ikke ønsker seponering eller nedtrapping, tar man utgangspunkt i det pasienten angir som gjennomsnittlig dose. Dersom utskrevet av fastlege bør dosen kontrolleres og eventuelt justeres. Pasienten skal alltid informeres om risiko ved langvarig bruk, overdosering og interaksjoner.

Pregabalin (Lyrica)

Selv om dette preparatet inntil videre er registrert i foreskrivningsgruppe C har mange pasienter og klinikere erfart at bruk av pregabalin kan gi risiko for tilvenning (toleranseutvikling og abstinens). Enkelte pasienter rapporterer også om en ruslignende effekt som ved bruk av benzodiazepiner og plagsomme seponeringssymptomer. Noen rapporter antyder at disse forhold også gjelder for Neurontin. Det anbefales å trappe ned pregabalin over ca.10 dager:

Døgndosen blir satt til maksimalt 600 mg, fordelt på 2-3 daglige doser og redusert med gjennomsnittlig ca.10% av utgangsdosen hver dag. En raskere nedtrapping i starten, langsommere mot slutten gir en jevnere reduksjon i seruminvå.

Amfetamin og metamfetamin

Abstinens

Etter bruk av amfetamin/ metamfetamin kommer abstinensene etter noen timer og kan vare i flere uker. Typiske abstinenssymptomer er irritabilitet, konsentrasjonsvansker, økt matlyst, søvnvansker (hyper- eller insomni), uro, angst, redusert stemningsleie, paranoide tanker og noen ganger selvmordstanker. Søvnplagene kan vedvare i 6-8 uker. Kortvarig amfetaminbruk kan føre til langvarig psykisk sykdom. Mange opplever sterk trang til å ta stoffet på ny.

Behandling
Studier har til nå ikke kunne påvise effektiv spesifikk medikamentell behandling mot met-/amfetaminabstinenser. En medikamentfri abstinensbehandling uten for mange stimuli bør tilstrebes.

Nikotin

Abstinens

Sykehusavdeling: Tilby substitusjonsbehandling med nikotinplaster i tillegg til hurtigvirkende preparat. Snakk med pasienten om røykeslutt.
Primærhelsetjenesten: Spør pasienten om røykeslutt. Vurder indikasjon for substitusjonsbehandling eller medikamenter i tillegg til rådgivingssamtaler.

GHB/GBL

Abstinens

Abstinenser etter bruk av GHB/ GBL kommer ofte raskt, og starter som regel ca. 6 timer etter siste inntak og kan vare i 1 til 2 uker. Delir oppstår vanligvis fra 24 timer etter siste inntak. De vanligste abstinenssymptomene er angst, tremor, økt svetting, takykardi, kvalme, oppkast og søvnvansker, men delirium kan også forekomme etter langvarig forbruk.

Behandling

- Delir blir behandlet med diazepam 10 mg iv hvert 5 - 10 minutt til søvn. Høye doser kan være nødvendig, ved doser over 120 mg bør diagnosen revurderes
- Delir etter bruk av GHB/GBL kan være svært langvarig og behandlingsresistent, og bør behandles på medisinsk overvåkningsavdeling
- Mot de øvrige abstinenssymptomene anbefales symptomatisk behandling

Ulike rusmidler

Behandlingen retter seg etter det stoffet pasienten har som foretrukket rusmiddel. Ved bruk av flere rusmiddel samtidig kan pasienten få abstinensreaksjoner fra alle rusmidlene. Dette kan føre til en abstinensreaksjon i flere faser som veksler mellom bedring og forverring. Typisk debut av abstinenssymptomer:

- Sentralstimulerende stoffer få timer etter siste inntak
- Alkohol vanligvis innen 6 timer etter siste inntak
- Benzodiazepiner 2-5 dager etter siste inntak

Samme pasient kan altså først få en kraftig alkoholabstinens, deretter være symptomfri i en dag for så å utvikle en benzodiazepinabstinens som varer i mange dager. I noen tilfeller kan benzodiazepinpåvirkning maskere tidlig alkoholabstinens. For behandling, se kapitlet for det enkelte rusmiddelet.

Smertebehandling av pasienter som er substitusjonsbehandlet (LAR-pasienter)

For grundig informasjon, se egen prosedyre i Håndbok for akutt indremedisin, eller kontakt Smerteklinikken.

Generelle retningslinjer

- Pasienter med opioidavhengighet har lik rett til god smertebehandling som andre pasienter
- Pasienter med opioidavhengighet trenger som oftest høyere doser opioidholdige smertestillende enn andre pasienter, de trenger ikke behandling av lengre varighet
- Behandlingen bør være individualisert og det er viktig med tydelig og god informasjon før og under behandlingen

Pasienter som trenger smertestillende behandling må få dette i tillegg til pågående substitusjonsbehandling. Noen ganger er det tilstrekkelig å øke substitusjonsbehandlingen (Suboxone, Metadon eller Subutex).
Sterke smerter kan kreve bruk av andre opioider i tillegg, også i injeksjonsform. Disse pasientene er ofte opioid-tolerante og trenger høyere doser enn opioid-naive pasienter. Dosene må ofte titreres opp. NB! Klinisk vurdering:– smertepåvirket, abstinent eller overdosert pasient obs. respirasjonsdepresjon (RR < 8/min).
Bruk NRS (numeric rating scale) eller VAS (visuell analog skala) i størst mulig grad for å vurdere smerteintensitet og effekt av analgetika. Tilstrebe VAS 3 i ro og i bevegelse

Smertebehandling bør som hovedregel være peroral med bruk av depotpreparater po eller transcutant. Hurtigvirkende opioider peroralt (unntaksvis subkutant eller intravenøst) ved dosetitrering eller behandling av gjennombruddssmerter.
Parenteral smertebehandling kan brukes hos fastende pasienter, postoperativt, og ved akutte, sterke smerter. Man foretrekker sc fremfor iv-tilførsel for å unngå raske svingninger i serumkonsentrasjon. Det kan være aktuelt å bruke kontinuerlig tilførsel sc (pumpe). Fordelen er raske justeringer og at man kan blande ulike medikamenter med ulik virkningsmekanisme i pumpen.

Medikamenter

Perifert virkende analgetika Som oftest som tilleggsbehandling til opioider.
Paracetamol, NSAIDs

Sterke opioider

- Morfin: Depotpreparat Dolcontin (tablett eller dosegranulat), hurtigvirkende morfin mikstur, tbl eller morfin injeksjon sc eller iv. Obs! nyresvikt: opphopning av toksiske metabolitter

- Ketobemidon: Finnes ikke som depotpreparat. Hurtigvirkende: Ketorax tbl eller Ketobemidon/Ketorax til injeksjon sc eller iv
- Oksykodon: Depotpreparat OxyContin kapsler, hurtigvirkende OxyNorm kapsler eller mikstur. OxyNorm til injeksjon sc eller iv
- Fentanyl: Depotplaster Durogesic, ulike styrker, skiftes hvert 3.døgn

Svake opioider

- Tramadol: Depotpreparat Tramagetic OD eller R, Hurtigvirkende Tramagetic eller Nobligan

Ketamin

- Ved nevropatisk smerte eller som opioidsparende medikament (senker opioidtoleransen)1-2mg/kg/døgn kontinuerlig sc (blandes i glucose 50mg/ml) eller iv

Midler som kan ha analgetisk effekt

- Nevroleptika (Nozinan f.eks. 10-50 mg daglig), antidepressiva (Sarotex f.eks. 25-75 mg daglig)

Medikamenter som bør unngås

- Kodein, Paralgin Forte, Pinex Forte
- Buprenorfin: Resorbitabletter Temgesic
- Lyrica
- Vær tilbakeholden med langvarig, kontinuerlig forskrivning av Neurontin

Andre tiltak

Regionalanestesi: Blokader, epiduralanalgesi, TENS. Fysioterapi.

Behandling av ulike smertetilstander

Lette til moderate smerter

Metadon: Øke døgndosen med 10-20 mg/døgn. Fordeles på inntil 3 doser per døgn. Opprettholdes i 2-3 dager. Subutex/ Suboxone: Øke døgndosen med 2-4 mg x 2-3 til smertefrihet. De fleste når takeffekten på 32 mg/døgn.

Behandling i forbindelse med operasjoner

Kontakt anestesilege 1-2 dager før planlagt kirurgi hvis mulig!

Dagkirurgi eller mindre inngrep

Metadon: Vanlig dose om morgen. Supplere med annet opioid iv per- og postoperativt. Samme dose metadon po neste dag. Subutex: Vanlig dose Subutex økes med 25% operasjonsdagen. Supplere med annet opioid iv per-operativt. Supplere med Subutex 2-4mg x 1-2 postoperativt.

Større planlagte kirurgiske inngrep

Metadon: Erstattes med annet opioid 1-2-dager før operasjonen (f.eks. depot-preparat per os), ev. vanlig metadondose om morgenen operasjonsdagen. Titrere med annet opioid per og postoperativt. NB! Beregn tilstrekkelig dose postoperativt.

Gjenoppta metadon når pasienten kan ta medikament per os. Delt døgndose (x 2-3) kan gi bedre styring av effekt og ev. bivirkninger (respirasjonsdepresjon).
Subutex/Suboxone: Seponeres minst 48 timer preoperativt. Erstatte med annet opioid (f.eks. depotpreparat per-os). Titrere med annet opioid per- og postoperativt. NB! Beregn tilstrekkelig dose postoperativt (substitusjon og ”smerte”-dose).

Tabell 12: Overgang til Subutex/Suboxone postoperativt når pasienten kan ta medikament peroralt

Dag 1:	Vent ca 8 t etter siste dose av et annet opioid er gitt, eller til begynnende abstinens. Ta OOWS først for å vurderer grad av abstinens. Titrere med Subutex 2mg hver 2. time til totalt 8 mg
Dag 2:	Subutex 8 mg
Dag 3:	Subutex 16mg

Bruk RR, pulsoxymeter og klinisk vurdering for å monitorere opioid påvirkning.

Akutte, større kirurgiske inngrep

Metadon: Erstatte med annet opioid per- og postoperativt.
Subutex/Suboxone: Erstatte med annet opioid per- og postoperativt. NB! Høye doser kan være nødvendig pga. partiell antagonisme av buprenorfin. Titrere til effekt. Redusere dosene etter 1-2 døgn når Subutex /Suboxone er helt eliminert.
Generelt: Gjenoppta vanlig substitusjonsbehandling (metadon eller Subutex/Suboxone) så fort som mulig postoperativt. Lett økning av dosene som smertelindring (se over ”moderate smerter”) eller annet opioid i tillegg ved sterke smerter. Ved behandling med annet opioid iv eller sc, bør behandlingen som hovedregel ikke overstige 2-3 døgn. Deretter overgang til peroral form, helst depotpreparat i tillegg til nedtrappende doser hurtigvirkende peroralt opioid.

Nevropatisk smerte

NB! Smerteanamnese, klinisk undersøkelse: Sarotex 10-50mg x 1 vesp, Neurontin (startdose 300mg, opptrapping hvert 3 døgn med 300mg av gangen, maks dose 2400mg fordelt på 3 doser daglig, husk gradvis seponering fordi medikamentet kan utløse epileptisk anfall). Unngå langvarig, kontinuerlig bruk: Vær obs på toleranse-utvikling og tilvenningsfare også på dette medikamentet. Ketamin sc eller iv.

Substitusjon og nedtrapping med opioider

Når opioidavhengige pasienter (som ikke er i LAR) blir innlagt for andre psykiske eller somatiske tilstander, kan det være aktuelt med substitusjon eller nedtrapping med opioider for å sikre at diagnostikk og behandling blir gjennomført.

Tabell 13: Omregningstabell, ekvipotente doser

Generisk navn	Eks. på preparatnavn der virkestoffet	iv, sc	Peroralt
Buprenorfin	Buprenorphine, Subutex, Suboxone, Norspan, Temgesic		0,4 mg (subling)
Fentanyl*	Durogesic, Fentanyl		
Ketobemidon	Ketogan, Ketorax	10mg	30mg
Kodein**	Kodein, Paralgin forte, Pinex forte		
Morfin	Dolcontin, Morfin, Oramorf	10mg	30mg
Oksykodon	Oxycodone, OxyContin, OxyNorm, Reltebon,Targiniq	7,5 enheter	15 enheter
Sufentanil	Sufenta	0,01mg	
Tramadol	Nobligan, Tramagetic, Tramadol		150mg
Metadon	Metadon DNE, Metadon Pharmadone		10mg

*Fentanyl®, Durogesic®: Se omregningstabell i Felleskatalogen.** 1 Paralgin Forte = 5 mg Morfin per os. Tommelfingerregel: Metadon 100 mg mikstur= Subutex ca 16 mg = Dolcontin 3-400mg (store individuelle variasjoner)

Tabell 14: Nedtrapping av opioider - metadon

Metadon er godt egnet i situasjoner der det er behov for store doser opioider som smertelindrende behandling. Opptrapping til ønsket effekt i løpet av 2-3 dager, vanlig startdose er 20 mg x 2-3 (hos opioidtilvendte pasienter). Deretter nedtrapping som bør starte i god tid før utskrivelse. Eksempel på nedtrapping i sykehus (4 eller 7 dager):

Dag	Nedtrappingstid 4d	Nedtrappingstid 7d
1	80 mg	80 mg
2	40 mg	40 mg
3	20 mg	30 mg
4	10 mg	20 mg
5		15 mg
6		10 mg
7		5 mg

Tabell 15: Nedtrapping av opioider - buprenorfin (Suboxone eller Buprenorphine)

Denne varianten er bedre egnet i akuttsituasjoner uten behov for store doser opioider som smertestillende behandling.

Dag	Dosering	Anbefalt max dose/døgn
1	Buprenorfin (Suboxone film/tbl, Buprenorphine tbl) 4 mg, ytterligere 2 mg etter 2 timer, kan gjentas etter ennå 2 timer	8-16 mg
2	4-8 mg + 4-6 mg	8-14 mg
3	4-8 mg + 4 mg	8-12 mg
4	4 mg + 4 mg	8 mg
5	2 mg + 2 mg	4 mg
6	2 mg	2 mg
7	0	0

Substitusjon og nedtrapping av benzodiazepiner og benzodiazepinlignende preparater

Med benzodiazepinlignende preparater menes zopiklone og zolpidem.
Før nedtrapping starter, anbefales det å gå over fra andre benzodiazepiner til ekvivalente doser diazepam eller oxazepam (særlig for eldre) etter omregningstabell.

Tabell 16: Ekvipotente doser benzodiazepiner og lignende preparater

Generisk navn	Eks. på preparatnavn	1 definert døgndose (DDD)
Alprazolam	Xanor	1 mg
Klonazepam	Rivotril	1 mg
Diazepam	Vival, Valium, Stesolid	10 mg
Nitrazepam	Mogadon, Apodorm	10 mg
Oksazepam	Sobril, Alopam	50 mg
Flunitrazepam	Flunipam, Rohypnol	1mg
Zolpidem	Stilnoct	10 mg
Zopiklon	Imovane, Zopiclone	7,5 mg

Tabell 17: Nedtrapping med oksazepam (Sobril) 100 mg daglig i institusjon

Dosering x 4 over minst 10 dager, optimalt ca. 3 uker. Fordelingen av størrelsen på dosene gjøres i samarbeid med pasienten. Noen foretrekker høyere morgendoser, andre vil ha tyngden på kvelden før søvn.

Klokken	08:00	12:00	16:00	20:00	Totalt	Forslag til medikamentell behandling ved moderat til sterk abstinens	
Dag 1	40	20	20	20	100		**Natrium valproat (Orfiril long)**
Dag 2	40	10	10	20	80	**Dag 1**	300 mg x 4
Dag 3	30	10	10	10	60	**Dag 2-4**	300 mg x 3
Dag 4	30	5	5	10	50	**Dag 5-10**	300 mg x 2
Dag 5	20	5	5	10	40		
Dag 6	15	5	5	5	30		
Dag 7	10	0	5	5	20		
Dag 8	5	0	5	0	10		
Dag 9	5	0	0	0	5		
Dag 10	5	0	0	0	5		

Nedtrapping i førstelinje eller poliklinikk

En bør bruke 10-12 uker ved ambulant nedtrapping, av og til lenger tid. Noen viktige prinsipper for vellykket nedtrapping:

- Bruk tid på motivasjonsarbeidet, særlig hvis pasienten har brukt benzodiazepiner fast over lang tid
- Registrering og stabilisering av forbruket i en periode på 2-3 uker, medikamentene skal tas etter klokken og ikke ved behov. Dette gjør det lettere å trappe ned, fordi serumkonsentrasjonen blir jevnere og en kan etter hvert frikoble respons fra symptom
- Nedtrappingen bør være i gjennomsnitt ca. 10% av opprinnelig dose per uke. Tempoet bør være raskere til å begynne med, langsommere mot slutten av nedtrappingen
- En kan forlenge et «trappetrinn» med en uke eller to, men unngå å trappe opp igjen til tidligere doser
- En bør unngå medikamentell symptomatisk behandling av søvnproblemer, angst osv., da en del av avhengigheten handler om vanen med å ta tabletter mot ubehag. Hvis en likevel velger dette, bør en unngå bruk av pregabalin (Lyrica), selv om dette preparatet er registrert i utskrivningsgruppe C. Mange pasienter har erfaringer med at dette preparatet er forbundet med risiko for

tilvenning (toleranseutvikling og abstinens). Enkelte pasienter rapporterer også en ruslignende effekt som ved bruk av benzodiazepiner. Noen rapporter antyder at det samme kan gjelde gabapentin (Neurontin).

- Det er oftest en fordel å informere pårørende, om ikke pasienten har noe imot det. Pårørende kan også være til hjelp og støtte i nedtrappingen, om de selv ønsker det. Mange ganger kan pårørende ha behov for samtaler for sin egen del, det kan være utfordrende å ha en legemiddelavhengig som familiemedlem
- Hjemmesykepleie eller apotek kan også være nyttige medspillere
- Abstinens er ofte forbundet med angst og utrygghet. Tiltak som moderat fysisk aktivitet, sosial kontakt og ukentlige støttesamtaler vil derfor ofte være til god hjelp for pasienten
- Hvis en ikke lykkes i en slik nedtrapping, vurderes henvisning til spesialisthelsetjenesten. I slike tilfelle vil et samarbeid mellom førstelinje, familie og spesialisthelsetjeneste være det optimale. Noen ganger er innleggelse nødvendig mot slutten av nedtrappingen.

Tabell 18: Poliklinisk nedtrapping av oksazepam (Sobril) 100 mg daglig

Klokken	08:00	12:00	16:00	20:00	Totalt
Uke 1	40	20	20	20	100 mg
Uke 2	40	10	10	20	80 mg
Uke 3	30	10	10	10	60 mg
Uke 4	30	5	5	10	50 mg
Uke 5	20	5	5	10	40 mg
Uke 6	15	5	5	5	30 mg
Uke 7	10	0	5	5	20 mg
Uke 8	5	0	5	5	15 mg
Uke 9	5	0	5	0	10 mg
Uke 10	5	0	5	0	10 mg
Uke 11	5	0	0	0	5 mg
Uke 12	5	0	0	0	5 mg

Medikamentell behandling av avhengighet - hva nytter?

Behandlingen av rusmiddelavhengighet er tverrfaglig og innebærer på samme tid å ta hensyn til pasientens somatiske eller psykiske sykdommer og sosiale vanskeligheter i tillegg til rusmiddelbruk. Summen av flere behandlingstilnærminger er det som gir best resultat. Medikamentell behandling retter seg hovedsakelig mot å dempe abstinenssymptomer eller trang til å ta rusmidler.

Alkohol

Det finnes så langt ingen studier som sammenligner medikamentell og psykososial behandling. Studier som undersøker kombinasjon av de to behandlingstypene versus monoterapi gir blandede resultater. Behandlingstilnærmingen må derfor avgjøres etter behandlers kompetanse og pasientens målsetting med terapien. Vår erfaring tilsier best resultat med en kombinasjonsbehandling.

Disulfiram (Antabus): Kan brukes dersom målet er totalavhold for en kortere eller lengre periode Ofte dårlig compliance ved langtidsbehandling, det er viktig at pasienten er godt motivert. Obs. kontraindikasjoner!

Acamprosat (Campral): Effektiv for å opprettholde avholdenhet, best egnet ved alkoholisk hepatitt eller leverenzymer inntil 3-5 ganger over øvre normalområde. Kontaindisert ved Child-Puch C. I følge UpToDate er Campral best egnet ved følgende symptombilde: Økt angstnivå, fysisk avhengighet (dvs. alvorlige abstinenssymptomer), ikke familieanamnese for alkoholproblemer og sen debutalder. Det synes som om Campral har bedre effekt på kvinner.

Naltrekson (Naltrexone): Egnet for å redusere alkoholmengden. I følge Up-to-date er naltrekson best egnet ved følgende symptombilde: Familieanamnese for alkoholmisbruk og sterk trang til å drikke alkohol. Kontraindikasjoner er alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon samt akutt hepatitt.

Nalmefen (Selincro): Dette medikamentet er ennå (mai 2015) lite prøvd i Norge. Det antas å dempe trangen til å drikke store mengder alkohol, men er ikke farlig å kombinere med alkoholinntak.

Opioider

Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR). Medikamentene i LAR er sterke opioider med lang halveringstid. De binder seg til opioidreseptorene i kroppen og forhindrer at pasienten utvikler abstinenssymptomer. På grunn av lang halveringstid er det som regel tilstrekkelig med en dose per døgn. LAR-medikamentene tar fokus bort fra stadig jakt etter rusmidler og dempning av abstinenssymptomer slik at en kan konsentrere seg om behandling av helseproblemer, finne seg bolig og arbeid eller etablere et rusfritt nettverk.

Metadon: Opioid-fullagonist, finnes i mikstur

Buprenorfin (Buprenorphine og Subutex): Partiell agonist på opioidreseptoren. Sublingualtablett. Stor first-pass-effekt. Har “tak-effekt” ved høye doser, dvs. at øket dose ikke fører til øket virkning.

Buprenorfin med nalokson (Suboxone): Finnes som sublingualtablett og sublingualfilm og inneholder naloksone som ved intravenøs injeksjon delvis vil antagonisere virkningen av buprenorfinen og på denne måten forhindre overdose og minske ruseffekten. Når Suboxone blir tatt sublingualt vil nalokson-komponenten ikke passere slimhinnen, men i stedet bli svelgt, tatt opp i tarmen og gjennomgår så metabolisering i leveren.

Klonidin (Catapressan) : Sentralt virkende alfa 2 agonist demper opioidabstinenser, men har hypotensjon som vanligste bivirkning

Nikotin
UpToDate anbefaler bruk av enten nikotinsubstitusjon (kombinasjon av depot- og hurtigvirkende preparater) eller medikamenter som Vareniklin (Champix) eller Bupropion (Zyban) i tillegg til rådgivning for røykeslutt. Disse medikamentene gir kraftige bivirkninger hos noen pasienter. Studier har vist at sjansen for å klare å slutte å røyke øker med 2-3 ganger ved bruk av nikotinsubstitusjon eller medikamenter. Meta-analyser viser nokså lik effekt av enten substitusjon eller medikamenter. Vareniklin kan se ut til å ha en noe bedre effekt, men er nå under særskilt overvåkning på grunn av mistanke om at preparatet kan forverre depresjon eller gi selvmordstanker.

Oppfølging og samtaleteknikker

Oppfølging av pårørende

Rusproblemer er sjelden et problem bare for den som bruker rusmidlet. Familiemedlemmer, arbeidskolleger og venner blir ofte involvert, noen ganger på en måte som kan føre til psykiske problemer. Pårørende til pasienter med rusproblemer kan få rett til helsehjelp for sin egen del, henvisning sendes da på vanlig måte til Avdeling for rusmedisin. Det finnes egne behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten, bl.a. Stiftelsen Bergensklinikkene og Avdeling for rusmedisin.

Spesielt om barn som pårørende

Dette er bl.a hjemlet i Lov om helsepersonell §10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende:

- Snakk med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også til by barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- Innhent samtykke til å foreta oppfølging som anses som hensiktsmessig
- Bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Foreligger det rutiner for å dekke barns hjelpebehov? Eller for å sikre at aktuell instans blir informert ved behov for vurdering/oppfølging? Er det avtalt videre oppfølging av barna ved aktuelle instanser (eks. fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT, BUP)? Hvis behov for oppfølging fra andre instanser, samtykker pasienten til at det opprettes kontakt med disse?
Utdrag fra sosial og helsedirektoratets veileder. Rundskriv IS-5/ 2006

OBS: Når det gjelder din rett og plikt som helsepersonell til å melde fra til

Barnevernet, se Melderutiner – Barnevern.

Det finnes også en rekke frivillige organisasjoner som tilbyr støtte til pårørende, se lenkebibliotek bakerst i heftet.

Oppfølging av kollega med rusproblemer
Her følger et modifisert utdrag fra policydokumentet til Helse Bergen:
Arbeidsplassen er den viktigste forebyggende arena for den voksne befolkningen og har som sådan et stort forebyggingspotensial. Ansatte tilbringer en stor del av livet på arbeidsplassen, og ansatte flest er innforstått med at arbeid og rusmiddelbruk ikke hører sammen. Likevel må ansatte bevisstgjøres på hva dette kan innebære i deres egen hverdag.
Et sykehus er en arbeidsplass hvor ansatte relativt lett får tilgang til ulike medikamenter som kan gi en rusvirkning. Det er også en arbeidsplass hvor feil begått av ansatte kan få dramatiske, også fatale konsekvenser.
Rusmiddelarbeidet bør ta utgangspunkt i følgende forhold:

Pasientsikkerhet
Et sykehus er en arbeidsplass hvor det stilles krav til ansattes konsentrasjon og nøyaktighet i utførelsen av arbeidsoppgaver. Misbruk av alkohol, narkotika eller andre rusmidler svekker ansattes evne til å utføre arbeidet på en forsvarlig og tillitsvekkende måte, noe som kan resultere i at det begås feil som kan få alvorlige konsekvenser for våre pasienter.

Forebygging
Et sykehus er en arbeidsplass hvor det benyttes medikamenter i behandlingen, også slike medikamenter som kan gi en rusvirkning isolert, eller sammen med andre rusmidler. Det er viktig at det etableres systemer og rutiner som forhindrer at medikamenter misbrukes eller omsettes for ulovlig bruk og at ansatte fristes til å begå tyveri eller underslag av medikamenter.

Omdømme
Et sykehus er en viktig samfunnsinstitusjon som er avhengig av tillit fra befolkningen. Rusmisbruk er et økende samfunnsproblem, og stiller foretaket overfor store utfordringer i behandlingen av rusrelaterte skader. Ansatte skal derfor ha en bevisst holdning til rusbruk i alminnelighet, og det påhviler et særlig ansvar å vise måtehold med rusmidler i alle sammenhenger hvor ansatte opptrer som representant for foretaket.

AKAN
Arbeidsplasser som er tilknyttet AKAN kompetansesenter (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani) har egne rutiner for oppfølging av ansatte med rusproblemer. Akan kompetansesenter er en ideell organisasjon som ble stiftet i 1963 og eies av den norske stat, Norsk Arbeidsgiverforening (NAF, nå NHO) og Landsorganisasjonen (LO). Se for øvrig www.akan.no

Hvordan snakke med en pasient om endring av livsstil

Et stort og viktig område i dagens helsevesen er å hjelpe pasienter med å håndtere problemer i forbindelse med ulike sykdommer. Ofte kan disse problemene påvirkes i positiv retning gjennom atferds- eller livsstilsendringer. Vi snakker vanligvis om fire sentrale risikofaktorer innen livsstil: Alkoholkonsum over risikogrensene, daglig røyking, underernæring, overvekt og for lite fysisk aktivitet. For å gjøre slike forandringer kan pasientene trenge både hjelp og støtte.

Samtale om livsstilsendring aktualiseres samtidig som pasienten eller behandleren begynner å tenke at noe annet/ noe i tillegg bør gjøres for at pasienten skal kunne forbedre sin helse.

I helsevesenet er det ofte slik at vi vil gi pasientene det de behøver, det være seg medisin, kunnskap, innsikt eller ferdigheter. En pasient er kanskje ikke motivert til å gjøre akkurat det som behandleren vil at han skal gjøre, men hver pasient har sine egne mål, vurderinger, utfordringer og drømmer. Når vi snakker om livsstilsendringer er kunsten å knytte sammen bedre helseatferd med det som pasientens bryr seg mest om, med deres egne vurderinger og bekymringer. Dette kan vi bare få til når vi forstår pasientens eget perspektiv, ved å hente frem deres grunner og argumenter for forandring.
Det finns noe i den menneskelige natur som ikke så lett lar seg tvinge og som heller ikke vil bli fortalt hva som bør gjøres. Ironisk nok er det ofte anerkjennelsen og respekten av pasientens rett og frihet til ikke å endre seg, som noen ganger gjør en forandring mulig.

”Veikart”

- Etablere en relasjon med pasienten, en arbeidsallianse og tenke at det er mange veier til målet
- Sette en agenda. Er det ett tema spørres pasienten om det er greit at dere snakker om dette nå? Er det flere tema lar vi pasienten få velge rekkefølge
- Snakk med pasienten om hvor viktig det er for ham å gjøre en endring og om hans tiltro til å få det til. Be om lov
- Utforsk viktighet og tiltro ved hjelp av skalering fra 1-10
- Forhandle om endringsplan, ”Noen har utbytte av å skrive ned sine endringsplaner, er det noe for deg? Vil du høre hva som har hjulpet andre?”

Motiverende samtale – en huskeliste

Innledning

Målet med Motiverende samtale er å hjelpe en pasient med å endre atferd eller livsstil. Det viktigste målet i denne metoden er å aktivere pasientens egen deltakelse og involvering i forandringsarbeidet. Dette kan ta noen minutter eller mye lenger. Samtalen bærer preg av en holdning hos helsearbeideren som kjennetegnes av:

- Samarbeid – en samarbeider med pasienten, har respekt for hans idéer, er ikke overtalende eller ekspert
- Utforskende stil – fremkalle og vekke til liv en indre motivasjon og ønske om endring fra pasienten, søke etter pasientens ideer og være nysgjerrig og tålmodig
- Autonomi – respektere pasientens valg og beslutning og at ansvaret for forandring ligger hos pasienten

Bedøm pasientens motivasjon for forandring

- Spør – ”Hvordan ser du på…?” ”Hvor viktig er det for deg å forandre…?”
- Bedøm hvor klar pasienten er for en endring:

Ikke klar: Forsøk å vekke interesse, informer. Eksempel: ”Hva vet du om…?” ”Har du fundert på å…?” ”Vil du at jeg forteller litt mer om…?” ”Hva tenker du om det jeg har sagt så langt?” ”Er det noe bra med å…?”
Usikker: Spør om fordeler og ulemper med en forandring, hindringer og muligheter.
Klar: Diskuter alternativ, gi støtte og ros, kanskje et møte litt frem i tid for å se hvordan det går.

Samtalen

- Åpne spørsmål – spørsmål som ikke kan besvares med ja eller nei. De inviterer til lengre svar, øker muligheten for mer nyanserte svar, er utforskende og legger ikke forventninger til svaret. Eksempel: ”Hva er ditt forhold til alkohol?” ”Har din bruk av alkohol bekymret deg?” Hvilke problemer har du hatt i forbindelse med drikking?”
- Oppsummeringer – en sammenfatning av to eller flere momenter av det pasienten har sagt, et kortfattet referat av tema man har vært innom
  - En måte å kontrollere at man har forstått riktig
  - En mulighet for pasienten å korrigere/ gi utfyllende informasjon
  - En måte å ta vare på eller forsterke tendenser til endring
  - Skifte tema
  - Å lukke eller avslutte

Verktøy og knep

- Skaleringsspørsmål: ”Hvor viktig er det for deg å …på en skala fra 1-10?” og ”Hvor sikker er du på at du kommer til å lykkes?” Slik kan man fort sjekke hvorfor pasienten tenker på endring og ev. hvordan han tenker å gjøre det, sier noe om hvor motivert pasienten er for forandring. Oppfølgingsspørsmål: ”Hvorfor sier du x og ikke y?”(lavere tall) ”Hva skal til for at du kan komme litt høyere på skalaen?”
- Endringssnakk: Når pasienten er ambivalent, unngå å snakke om fordelene med en forandring, stimuler heller pasienten til endringssnakk. ”Hvordan er dette en bekymring for deg?” ”Hvordan skulle du ville hatt det i fremtiden?” ”Hvorfor lurer du av og til på å gjøre forandringer?” ”Er dette noe du kunne testet ut?”

- Ambivalensutforskning: Begynn med fordeler med nåværende situasjon, så ulemper med nåværende situasjon, ulemper med å endre en vane og fordeler med å endre en vane.
- Agenda: Er det ett tema spør du pasienten om det er greit at dere snakker om dette nå? Er det flere tema lar vi pasienten få velge rekkefølge. ”Hva av dette er viktigst for deg i dag?”
- Informer i dialog U – T – U: Utforsk hva pasienten allerede vet om temaet: ”Hva vet du om…?” Tilby informasjon ”Vil du at jeg skal fortelle mer?” Utforsk ”Hva tenker du om dette?”

Noe å reflektere over før samtalen starter

Det første steget for å unngå vanskeligheter i samtalen er å tenke gjennom hvor sterkt behandleren ønsker at pasienten skal endre sin atferd. Om dine ambisjoner for atferdsendring på pasientens vegne får dominere samtalen, kan det hindre deg fra å vise respekt for pasientens autonomi. Man vil lett bli oppfattet som en som vet hva som er best å gjøre; det blir en ekspert – pasientsamtale med en forsterket asymmetri.

Unngå overtalelser, konfrontasjoner og argumentering. I en motiverende samtale er vi mer interesserte i pasientens egne tanker og følelser omkring negative konsekvenser av sin atferd, og om eventuell endring.

«Kort prosess» - en oppsummering av gangen i Motiverende intervju

- Ta opp temaet
  - Vis respekt, be om tillatelse, unngå konfrontasjon/overtalelse
  - Gi tilbakemelding
  - Gå gjennom resultat fra screening
- Knytte forbindelse mellom rusmiddelbruk og helseproblem
  - Kommentere aktuelt forbruk i forhold til risikonivå
- Forsterke motivasjon
  - Hvor klar er du for endring? VAS-skala 1-10
  - Utvikle nyanser og diskrepans (”hvorfor valgte du ikke et lavere tall?”)
  - Utforske fordeler og ulemper ved nåværende tilstand og ved endring
  - Bruke reflekterende lytting (”på den ene siden sier du…, på den andre…”)
- Forhandle og gi råd
  - Forhandle om mål
  - Gi råd
- Oppsummere
  - Gi informasjonsmateriell og foreslå oppfølging
  - Takke pasienten

Hvordan organiserer avdelingen seg for å behandle pasienter med alvorlige rusproblemer?

Skape tillit

Møte mellom pasienter med alvorlige rusproblemer og helsepersonell er ofte preget av gjensidig mistillit. Pasientene er sårbare og forventer å bli stigmatisert og forskjellsbehandlet.
Det er vårt ansvar som helsepersonell å behandle pasienter med respekt, empati og verdighet, selv om de har en atferd som kan være utfordrende. Også pasienter med alvorlige rusproblemer har rett til god helsehjelp. Forutsigbarhet er viktig for at pasienten skal kunne mestre situasjonen. Derfor er det viktig å gi pasienten god informasjon.

Avklare forventninger

I samtalen med pasienten er viktig å avklare hvilke forventninger både pasienten og vi som helsepersonell har til behandlingen og oppholdet på sykehuset. Pasienten kan for eksempel ha urealistiske forventninger til for eksempel smertebehandling. Det kan være behov for å forklare at det ikke er realistisk å være 100% smertedekket og at det ikke er på grunn av hans rusproblemer at han ikke får nok smertestillende.

Undersøke pasientens ønsker og behov

I vårt møte med pasienter har vi som helsepersonell ofte vårt hovedfokus på innleggelsesårsak og behandling. Mange pasienter, blant annet pasienter med rusproblemer, vil ofte ha et helt annet hovedfokus. Dersom pasienten føler at hans/ hennes behov ikke blir sett eller tatt på alvor kan det føre til usikkerhet, frustrasjon og konflikter som kan medføre at pasienten avbryter behandlingen.
I møte med pasienter, både med og uten rusproblemer, er det derfor viktig at man tidlig gir pasienten anledning til å uttrykke eventuelle bekymringer eller andre ting som han eller hun er opptatt av.

Verktøyet ”Meny – agenda”

En måte å gjøre dette på er verktøyet ”Meny-agenda”: Først lager man en del sirkler på et papir. I noen av sirklene fyller vi inn tema som vi synes er viktige og som vi ønsker å snakke med pasienten om. I de ledige sirklene kan pasienten fylle inn tema som han/ hun ønsker å snakke om.
Deretter lar vi pasienten velge rekkefølgen på temaene som er skrevet ned. Nederst på neste side er et eksempel på tema som kan være et utgangspunkt for samtalen med pasienten.

Kontrakt og grensesetting

Når denne informasjonen er samlet inn, bør det utarbeides en skriftlig kontrakt der det går tydelig frem hvilke behandlingsavtaler som gjelder, regler for utgang, røyking, tilgjengelighet for samtaler, oppmøtetider på avdelingen osv.
Avdelingen kan utpeke en liten gruppe blant avdelingspersonalet som får i oppgave å sette seg spesielt inn i denne kontrakten og utøvelsen av den, og ev. være

rådgivere for andre på posten. Målet er å unngå inkonsekvens, usikkerhet og feilbehandling. Mange pasienter med alvorlige rusproblemer har god nytte av tydelige grenser, som blir presentert på en vennlig og bestemt måte.

Veiledning og konsultasjonstjeneste

Ved sykehuset har vi tre ulike konsultasjonstjenester som kan være til hjelp når situasjonen noen ganger blir vanskelig: Seksjon for konsultasjonspsykiatri, Smerteklinikkens konsultasjonstjeneste og Avdeling for rusmedisins konsultasjonstjeneste. Disse tjenestene kan være til hjelp for diagnostikk og forslag til behandling av psykiske lidelser, smertetilstander og rusproblemer. Avdelingen kan både få råd om medikamentell behandling og om miljøtiltak.
Det kan lett oppstå irritasjon, oppgitthet og forvirring i personalets møte med ruspasienter. Det kan være en god idé å legge til rette for at personalet kan få lufte sine frustrasjoner i lukkede fora. Dette kan motvirke at slike følelser påvirker pasientbehandlingen eller sprer dårlig stemning blant personalet.

Sikkerhet

Det er av største betydning at vi ivaretar personalets og pasientenes sikkerhet. I denne sammenheng handler det om at avdelingen må avklare risiko og respons mht. trusler, vold, smitte og lignende. Denne avklaringen må være skriftlig og gjort kjent for alle som skal ha med pasienten å gjøre.

Juridisk avklaring

Pasienter med alvorlige rusproblemer er ofte ambivalente til behandling av selv alvorlige sykdommer – rusen blir det primære. Noen av disse pasientene har ikke samtykkekompetanse, i slike tilfelle må en gjøre en juridisk avklaring i forhold til pasientrettighetsloven § 4a for eventuelt å få gjennomført somatisk behandling med tvang (se vanlige spørsmål om jus og rus).

Veikart for samtale om avtaler: Verktøyet ”Meny – agenda”

Dette er et verktøy som kan brukes i møte med pasienter som har en dårlig definert målsetting med oppholdet i avdelingen. Lag noen tomme sirkler på et papir og spør pasienten hva som er det viktigste vi kan tilby, hva pasienten vil oppnå - skriv dette ned. Her kan pasientene ofte skrive tema som «smertefri» «god abstinensbehandling». Deretter kan behandleren skrive ned noen av avdelingens prioriteringer, som ofte er «møte til avtaler», «ikke bråk på rommet» eller andre og se på sammenhengen mellom sirklene. F.eks. «hva skal til for at du skal få optimal smertebehandling?». Det kan bl.a være sammenheng mellom optimal smertebehandling, god abstinensbehandling og det å følge avdelings rutiner for legemiddelutdeling. Det er viktig at pasienten får være med å påvirke det som skjer under oppholdet, så tidlig som mulig. Dette forebygger ofte misforståelser, unødige konflikter og i verste fall avbrutte opphold.

Henvisning til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Er det rus eller psykiatri? Bruk av ROP-retningslinjen

Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Helsedirektoratet har laget en retningslinje som beskriver hvordan

utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ruslidelser og psykiske lidelser (ROP lidelser) bør gjøres, samt beskriver tjenestenes roller og ansvar. Lenke til Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP-lidelser (Helsedirektoratet).

Sentrale elementer fra ROP-retningslinjen:

- Personer med akutte psykoser har rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende

Det er Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen, som rettighetsvurderer pasientene med tanke på rusbehandling. Alle henvendelser sendes til AFR, poliklinikk for voksne. AFR bruker godkjente behandlingsinstitusjoner i Bergen eller andre steder i landet.

Behandlingstilbudet
Her finnes en oversikt over institusjoner/ poliklinikker Helse Vest har avtale med:
www.helse-vest.no/pasient/behandlinger/Sider/rusinstitusjonar.aspx
Du kan også gå inn på Fritt Sykehusvalg: www.sykehusvalg.no

I prinsippet vil AFR forsøke å finne en institusjon i pasientens nærområde, da dette erfaringsmessig er en fordel med hensyn til ev. senere oppfølging.
Hvis en er usikker på hvilket behandlingstilbud som passer best for pasienten, og pasienten heller ikke har noen begrunnet ønske om hvor han eller hun bør henvises, kan en be Avdeling for rusmedisin (AFR) forsøke å finne et godt egnet tilbud.

Avdeling for rusmedisin

Avdeling for rusmedisin har følgende særskilte tiltak for rusmiddelavhengige:

- PUT – Psykiatrisk ungdomsteam, poliklinisk tilbud, unge mellom 15 og 30 år
- PKV – Poliklinikk voksne
- Floenkollektivet, med målgruppe unge rusavhengige mellom 18 og 30 år. En trinnvis, medisinfri behandling
- Seksjon Askøy (tidligere Askøy Blå Kors Klinikk), stabilisering og langtidsbehandling
- SeksjonAvdeling for rusmedisin, Seksjon Tertnes (innleggelse uten egen samtykke)
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Poliklinikk voksne

Stiftelsen Bergensklinikkene

- Skuteviken; avrusning og stabilisering, poliklinisk behandlingHjellestad; stabilisering og videre langtidsbehandling med utredning, diagnostisering og behandling, også egen ungdomsavdeling. Dagbehandling. Polikliniske tjenester
- Ambulante tjenester
- Poliklinisk behandling: Individualsamtaler, par- og familiesamtaler og gruppeterapi
- Psykiatrisk ungdomsteam
- Pårørendetilbud: Barn, samlivspartnere eller foreldre

Kalfaret behandlingssenter

Kalfaret Behandlingssenter har 20 sengeplasser. Institusjonen har spesialisert seg på behandling av unge med alvorlige rusmiddelproblemer. Kalfaret behandlingssenter har også polikliniske og ambulante tjenester

- En del av Kirkens sosialtjeneste
- Et særlig ansvar for å tilby behandling til unge under 25 år
- Poliklinikk og døgnbehandling
- Rundt 6 måneders innleggelse

Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg vil si at en pasient som blir henvist til vurdering, undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus eller behandlingssted. Pasienten kan imidlertid ikke velge behandlingsnivå.
Det vil si at retten til fritt sykehusvalg ikke innebærer en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er gitt rettighet til. Retten er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven §2-4.

Prosedyre for henvisninger i DIPS til Avdeling for rusmedisin (AFR)

Konsultasjon

Dersom en pasient i en somatisk avdeling eller avdeling innen psykisk helsevern har et rusproblem som medfører utfordringer for den medisinske behandlingen, kan lege ved Akuttposten/Mottaksklinikken kontaktes hele døgnet for telefonkonsultasjon.

Henvisning til behandling for rusproblemer, eller vurdering av om henvisning skal utformes og sendes

Dersom en pasient i en somatisk avdeling eller en avdeling i psykisk helsevern har et rusproblem, og pasienten ønsker behandling for sitt rusproblem, kan lege eller sosionom utforme en slik henvisning. Hvis legen selv skriver en slik henvisning, benyttes ikonet ’Pasientens henvisninger’ (funksjonstast F7), og man velger ’Ny p.henv.’ I bildet ’Registrer henvisning’ velges det avdeling AFR-HBE, og man fyller inn venstre del av bildet så langt ned som til ’Henvisningsårsak’ og lagrer. Da er henvisningen sendt i arbeidsflyt i DIPS til AFR.

Dersom den somatiske avdelingen eller en avdeling innen psykisk helsevern ønsker at en sosionom skal ta seg av dette: Sosionom snakker med pasienten og tar stilling til en mulig henvisning til behandling for pasientens rusproblemer. Sosionomavdelingen vil så utforme og sende en henvisning til Avdeling for rusmedisin.

Prosedyre for henvisninger fra fastlege

Det er Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen, som rettighetsvurderer pasientene med tanke på rusbehandling. Alle henvendelser sendes til AFR, poliklinikk for voksne.

Innhold i henvisning til behandling i rushelsetjenesten

- Formål med henvisningen
  - Ønske fra pasient og henviser. Vurder pasientens grad av motivasjon. Noter om det er aktuelt med Fritt sykehusvalg, og hvorfor.
- Sosialt/nettverk/Samarbeidende instanser
  - Familieforhold. Pårørende som ev. kan gi komparentopplysninger. Gode kontakter i rusfritt miljø? Skolegang. Arbeidserfaring. Boligsituasjon. Kontakter i behandlingssystemet. Planer for videre oppfølging. Individuell plan?
- Rushistorikk og helsetilstand
  - Oppsummert rushistorie. Bruk av rusmidler siste halvår (type, bruksmåte og dosering), tidligere alvorlig abstinensreaksjon (kramper, delir). Tidligere behandlingsforløp, rusfrie perioder. Legg gjerne ved epikriser.
  - Psykisk helse: Bekreftede/tentative diagnoser og symptomer, tidligere behandling. Selvmordsrisiko. Kognitiv funksjon. Psykose
  - Somatisk helse: Aktuelle sykdommer eller symptomer, tidligere sykdommer som har betydning for behandlingen. Allergier. Epilepsi.
  - Legg ved relevante blodprøvesvar, EKG og billeddiagnostikk.
  - Medisiner
  - Psykoaktive medikamenter utskrevet av lege, ev. kjøpt illegalt. Cave. Tidligere erfaringer med abstinensdempende legemidler.
  - Status presens
- Ruspåvirkning. Personlig hygiene. Klar og orientert? Abstinenssymptomer. Ernæringsstatus. Stemningsleie, hallusinasjoner, “tankekjør”, angst eller uro.

Oversikt over aktuelle omsorgstilbud i Bergen Kommune

Sosiale tiltak

NAV må søke om plass og garantere for betaling av omsorgsplasser.

Akutt bolig

- Strax huset: 6 akuttplasser
- Bakkegaten (Frelsesarmeen): 24 plasser hvorav 6 akutt, 2 forbeholdt politiet. Henvisning og garanti fra NAV/Bergen kommune på de resterende plassene
- Omsorgsbasen for kvinner (Bymisjonen): 6 akuttplasser

Andre botilbud

- Indremisjonshjemmet: Henvisning og garanti fra NAV/Bergen kommune. Kun menn
- Bakkegaten (Frelsesarmeen): Henvisning og garanti fra NAV/Bergen kommune. Menn og kvinner
- Nubbebakken (Blå kors): Henvisning og garanti fra NAV/Bergen kommune. Må være dokumentert rusfri (urinprøver). 27 plasser

Hospits (uten bemanning)

- Møllendalsveien
- Sandviken pensjonat
- City Box

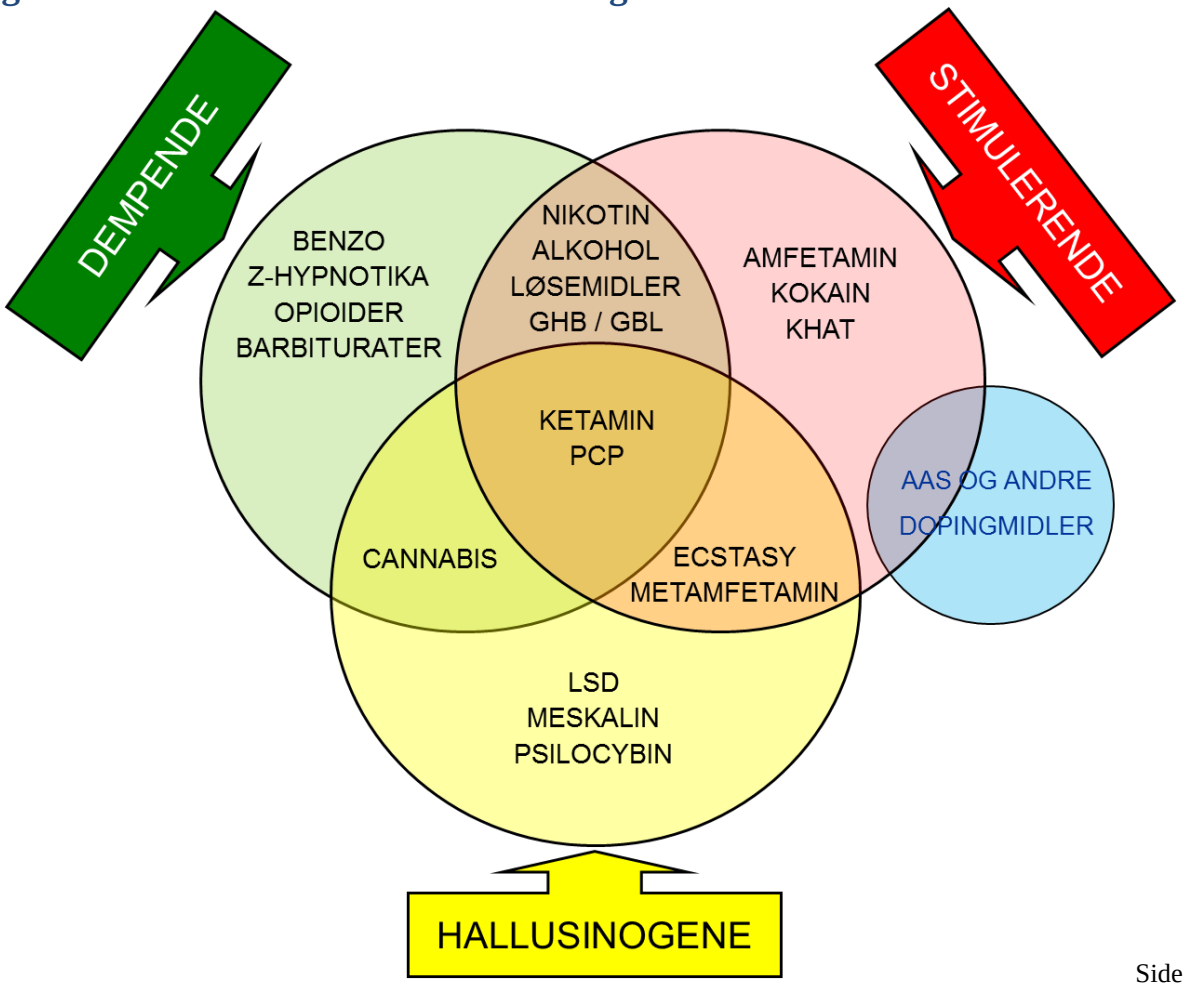
Bergen kommune

- Strax-huset:
    - Medisiner
    - HSA/LAR/midlertidig botilbud
    - Dagsenter, individuell oppfølging, matservering, aviser og tidsskrifter, tilgang på telefon, informasjon om, og hjelp til kontakt med andre tjenester, sprøyteutdeling og returordning for brukt utstyr, aktiviteter, tannhelsetjenester, akupunktur, fysioterapi/massasje, overdoseberedskap, oppsøkende virksomhet, undersøkelser, prøvetaking og enkel behandling, legetjeneste, helsefaglig råd og veiledning, informasjon om, hjelp til kontakt med- og henvisning til andre helsetjenester, bidra til kontakt mellom fastlege og bruker, vaksinasjonsprogram hepatitt A og B, influensavaksine, ernæring- og hygienetiltak, førstehjelpsopplæring i brukergruppen, brukerpanel.
- Myrseter bo- og behandlingssenter:
    - Medisiner
    - For mennesker med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse
    - Er et midlertidig botilbud med døgntilsyn
    - Lengden på oppholdet vurderes etter brukers behov
    - Rusfritt
- Utekontakten:
    - Medisiner
    - Oppsøkende arbeidet rettet mot unge voksne på åpne rusarenaer i alderen 16 til 25 år
    - Tidlig Ute: Alternativ til vanlig straffereaksjon i form av individuell tilrettelagt oppfølging for unge under 25 år som blir pågrepet av

politiet for narkotikarelatert kriminalitet
    - DUE (Der Ungdom Er): Oppfølging i eget nærmiljø av ungdom mellom 16 og 23 år, tilgjengelig døgnet rundt, hele uken
- Botreningssenteret på Gyldenpris:
    - Medisiner
    - Leiligheter og hybelhus
    - Døgnbemannet
- MO-sentrene (Mottaks- og oppfølgingssenter)
    - MO-senteret Wergeland
    - MO-senteret Nesttun
    - MO-senteret Straxhuset
    - MO-senteret Møllendalsveien (drives av Helse Bergen)

Fakta om rusmidler (Kilde: Folkehelseinstituttet)

Figur 1: Oversikt over ulike rusmidler og hovedeffekter



Alkohol

Virkning

I motsetning til hva mange tror, har alkohol (i tillegg til ruseffekten) en dempende og bedøvende effekt. Grunnen til at alkohol først virker oppkvikkende er at hjernens hemmende funksjoner bedøves først.
Alkoholrusen forandrer humøret, svekker dømmekraften og evnen til å konsentrere seg og huske, og fører til at man tar større sjanser enn ellers. Større inntak gjør at balansen blir dårligere og bevegelser ukoordinerte. Etter hvert overtar den sederende funksjonen.

Skader og uønsket virkning

Alkohol er årsak til eller medvirkende årsak til ca. 60 ulike somatiske og psykiatriske sykdommer. Blant disse er en rekke kreftformer, høyt blodtrykk, infeksjoner, gastritt, leversykdom, ulike angsttilstander, depresjon, ulike psykotiske tilstander, nevropati m.m. Alkohol er ofte en medvirkende årsak ved somatiske skader etter voldsepisoder, trafikkulykker eller fallulykker. Alkoholbruk under svangerskapet øker risiko for fosterskader (FAS-føtalt alkoholsyndrom) og lav fostervekt. I tillegg kommer de sosiale skadevirkningene knyttet til familie og arbeidsplass.
Interaksjoner: Legemidler og alkohol kan påvirke effekten av hverandre på de steder (i de organer) de skal virke. Samtidig tilstedeværelse av legemidler og alkohol i kroppen kan noen ganger føre til at legemidlet får en svakere virkning og at risikoen for bivirkninger øker.

Symptomer/ tegn på beruselse: Utåndingsluft med karakteristisk lukt, røde øyne, ustø gange, ukritisk oppførsel, uklar tale.
Symptomer/ tegn på langvarig, høyt konsum (utover abstinens): Rød, opphovnet nese, skrubbsår og blåmerker etter fall, dårlig koordinasjon (ataxi), perifer parestesi.

Typiske abstinenssymptomer: uro, angst, skjelvinger, hjertebank, svetting, hodepine magesmerter, diare. Alvorlige abstinenssymptomer kan være hallusinasjoner, desorientering, hypertensjon, feber, agitasjon eller generelle kramper.

Laboratorieundersøkelser: Halveringstid: Normal forbrenning av alkohol er 0,15 promille per. time, kan være betydelig høyere hos individer med toleranse.
Relevante blodprøver: Se-Etanol, leverenzymer (ALAT, ASAT, Gamma-GT), MCV, se-Ferritin og CDT.

Opioider

Virkning: Virkningene av heroin og andre opioider avhenger av dose, brukerens tidligere erfaringer, miljøet det inntas i og måten stoffet inntas på.
Bruk av opioider gir som regel en følelse av velbehag kombinert med nedsatt selvkritikk og likegyldighet.
Rusvirkningen kan gå over i virkelighetsflukt hvor sult, smerte og dagligdagse

behov ikke spiller noen rolle. Men virkningen kan også være rastløshet og tretthet, kombinert med kvalme og oppkast.
Ved moderate høyere doser føles kroppen varm og tungen tørr. Senere går brukeren inn i en tilstand preget av vekselvis våkenhet og søvnighet hvor omverdenen lett glemmes.
Opioider, først og fremst morfin, anvendes i stor utstrekning i medisinsk behandling. De er de mest effektive smertestillende midler vi kjenner.

Skade og uønsket virkning: Ved større doser blir det vanskeligere å puste, pupillene trekker seg sammen, huden blir kald, fuktig og blålig og døden kan inntre som følge av pustestans.
Pustestans er en særlig fare ved injeksjon og bruk av preparater der en ikke kjenner innholdet og renhetsgraden. Virkningen av en vanlig heroindose varer vanligvis 4–6 timer, men kan variere betydelig.
Langtidsvirkning: Langvarig bruk av opioider kan føre til både fysiske og psykiske forandringer. Buprenorfin kan gi økt angst, Subutex kan i svært sjeldne tilfelle gi psykotiske symptomer.
Det kan oppstå hjerneskader som kan inntreffe etter hypoksitilstander ved intox. Brukeren preges av tretthet og mindre utholdenhet, følelsesmessig ubalanse og manglende tiltakslyst. Infeksjoner, inkludert abscesser, sepsis, hiv/ aids, Hepatitt B og C er vanlig, men det skyldes bruk av urene sprøyter og ikke stoffet i seg selv. Vekttap, ev avmagring. Stikkmerker og abscesser (ev arr etter slike) ved iv bruk.

Interaksjoner: Forsterket sedativ effekt ved samtidig bruk av alkohol, benzodiazepiner og prebabalin.

Symptomer og tegn på ruspåvirkning: Sedasjon, sløret tale, små pupiller.

Laboratorieundersøkelser: Opioider i urin eller serum kan påvises inntil 48 timer etter inntak. Lengre påvisningstid ved kronisk bruk f.eks. i LAR.

Cannabis
Virkning: Virkningene av cannabis, kan variere sterkt og avhenger dels av mengde stoff og innhold av THC (tetra hydro cannabinol), dels av personlighetstypen til brukeren, dels av omgivelsene og forventninger til rusen.
Noen opplever gledesfølelse, ikke sjelden i form av «latteranfall» og pratsomhet, med endrede sanseinntrykk av lukt, farge og lyd. Noen kjenner mest ubehag med kvalme og svimmelhet.
Ved røyking kan rusvirkningen komme etter få minutter og vare i 1–2 timer. De kroppslige kjennetegnene er økt pulsfrekvens, røde øyne og tørr munn.
Andre kjennetegn er plutselig sultfølelse eller lyst på søtsaker. Ved spising av cannabispreparater skjer opptaket langsommere enn ved røyking. Cannabis kan inntas som cannabisolje røykt i el-sigaretter.

Skade og uønsket virkning: Selv ved små doser vil oppmerksomheten og avstandbedømmelsen svekkes. På grunn av dette er det trafikkfarlig å sette seg bak

rattet eller kjøre motorsykkel etter å ha brukt cannabis. Ulykker av ulik art, drukning og annen brå død, kan ha sammenheng med kritikkløse handlinger og nedsatt funksjonsevne under rusen.
Akutte depresjoner, angst eller forfølgelsesforestillinger forekommer også, avhengig av sinnstilstand, mengde stoff og innhold av THC. Slike reaksjoner kan oppstå under en enkelt rus, eventuelt etter korttidsbruk.
Langtidsbruk kan svekke lungefunksjonen og gi kronisk bronkitt, astmaplager og andre lungesykdommer. THC kan redusere kroppens immunforsvar, samt påvirke hormonbalansen i kroppen både hos menn og kvinner. Psykiske symptomer ved langtidsbruk kan inkludere økt angst, problemer med hukommelse og konsentrasjon. Cannabisbruk kan gi hallusinasjoner også i abstinensfase og øker risikoen for utløsning av psykosesykdom.

Symptomer og tegn på ruspåvirkning: Rolig, lett oppstemt, noen ganger sløv pasient, langsomme bevegelser. Kronisk hoste eller kremting. Kan ha psykotiske symptomer (oftest hallusinasjoner). Høy puls, røde øyne, munntørrhet. Søtlig lukt (omtrent som røkelse) av klær, hår.

Laboratorieundersøkelser: THC i blod og urin kan påvises i inntil 10 dager etter enkeltinntak, inntil 12 uker etter langvarig, høyt inntak.

Syntetiske cannabinoider (Spice)
Syntetiske cannabinoider (SC) er stoffer laget for å etterligne effekten av organisk cannabis, til nå har det blitt rapportert om 75 ulike typer i Europa. SC har funksjonell likhet med cannabis (THC) og binder til de samme cannabinoide reseptorene og kan være opptil 100 ganger mer potent enn cannabis.
Stoffet selges i pulverform eller sprøytet over urteblandinger - «herbal highs», «K2» eller «legal highs» med ulikt innhold av SC. Den vanligste inntaksmåten er røyking, sniffing eller peroralt.

Virkning: Brukere oppgir at SC har en sterk cannabislignende effekt med en positiv rusopplevelse som gir en følelse av å være ”høy”, ha økt appetitt, økt energi, vansker med å kontrollere latter og en følelse av å være fokusert.

Uønsket virkning: Det er liten forskjell mellom doser som gir ruseffekt og doser som kan være skadelige.
Sentralnervesystemet: Hukommelsesvansker, agitasjon, koma, kramper, panikk, selvmord. Det ser ut til å være større risiko for psykose ved bruk av SC enn ved bruk av cannabis.
Hjerte/kar: Takykardi, hypertensjon, brystsmerter, ichemi.
Metabolisme: Hyperglykemi, hypokalemi, acidose.
Annet: Kvalme, oppkast, feber.
Det er usikkerhet knyttet til toleranseutvikling og avhengighet. Det finnes lite informasjon om skadevirkning på foster/barn under graviditet og amming.
Interaksjoner: Flere leverenzymer kan være involverte i omsetningen av ulike SC, men klinisk relevante interaksjoner med legemidler er foreløpig ikke beskrevet.

Laboratorieundersøkelser: St Olavs hospital, dopinglaboratoriet OUS og Folkehelseinstituttet analyserer blod, spytt og urin kun for de hyppigst beslaglagte SC, en negativ prøver avkrefter derfor ikke at prøvegiver har tatt SC.

Benzodiazepiner

Virkning: Foruten å virke beroligende, angstdempende, søvninduserende og muskelavslappende vil bruk av store doser benzodiazepiner gi svekket innlæringsevne, hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne. Reaksjonsevne, bevegelseskontroll og psykomotoriske ferdigheter vil være redusert ved høye doser.

Benzodiazepiner tatt både i terapeutiske doser (definerte døgndoser) er vist å svekke ulike sider ved kognitiv funksjon, samt øke ulykkesrisikoen hos bilførere. Hvis dosene overstiger DDD eller flere medikamenter kombineres, forsterkes denne effekten. Helsekravene til førerkort innebærer strenge restriksjoner for bruk av slike legemidler.

Benzodiazepiner brukes til behandling av angst (for eksempel diazepam, oxazepam, alprazolam), epilepsi og kramper (for eksempel klonazepam, diazepam), samt søvnløshet (for eksempel nitrazepam). Brukt i vanlige terapeutiske doser gir medikamentene vanligvis ikke rus.

Skade og uønsket virkning: I kortvarige behandling har disse medikamentene få bivirkninger og de er lite giftige. En ev. overdose kan gi bevisstløshet og respirasjonsdepresjon. Dette kan være livstruende, men kan behandles med motgift.

Medikamenter i denne gruppen bør vanligvis ikke brukes ut over 4 uker. Hvis behandlingen varer lenger vil det også kunne oppstå bivirkninger, ofte i form av symptomer som minner om de pasienten i utgangspunktet fikk medikamenter mot. Eksempler på dette kan være søvnproblemer, angst, muskelspenninger. Pasienter kan også få senket stemningsleie, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer. Etter noen ukers forbruk kan det også oppstå abstinenssymptomer hvis pasienten forsøker å trappe ned eller slutte brått. Disse symptomene oppleves som svært ubehagelige, og kan i noen tilfeller bli alvorlige som ved delirium tremens.

Interaksjoner: Forsterkning av alkohol- og opiatrus, krysstoleranse.

Symptomer og tegn: Sedasjon, sløret tale, ustøhet, langsomme bevegelser.

Laboratorieundersøkelser: Benzodiazepiner i urin eller serum, kan påvises i urin inntil 2 uker etter siste inntak.

Sentralstimulerende stoffer – amfetamin, metamfetamin, kokain og khat

Amfetamin og metamfetamin er kjemisk fremstilt og inntas gjennom munnhulen som tabletter, pulver eller oppløst i væske, injiseres, røykes eller sniffes.

Kokain er blader fra kokaplanten som tygges eller syntetisk utviklet stoff fra virkestoffet i kokablader som røykes, sniffes, injiseres og tas i tablettform.

Khat er blader fra khattreet og tygges over 3-4 timer.

Virkning: Bruk av sentralstimulerende stoffer kjennetegnes av hevet stemningsleie, økt psykomotorisk tempo og velvære. Vanlige symptomer og funn er høy selvfølelse, pratsomhet, rastløshet, nervøsitet, svimmelhet og våkenhet/mangel på søvn.

Skade og uønsket virkning:

- Den stimulerende virkningen på hjerte- og karsystemet gir en økt risiko for blant annet hjerneblødning, hjerteinfarkt og hjerterytmeforstyrrelser, noe som kan lede til et dødelig utfall
- Bruk av sentralstimulerende midler over tid innebærer ofte lite søvn. I disse periodene kan man utvikle akutte psykoser, mani, hyperaktivitet, paranoide tanker og aggressivitet.
- Redusert appetitt fører til vitaminmangel og dårlig ernæring
- Ved injiserende bruk er det fare for overføring av hepatitter og hiv samt infeksjoner på innstikksstedet
- Kokain og amfetamin kan gi kramper og hypertermi
- Metamfetamin kan gi sterk kløe
- Pga. tannin i khat får brukere skader på tannemalje, irriterte slimhinner og forstoppelse
- Utvikling av avhengighet er ulik avhengig av bruksmåte med størst risiko ved injiserende bruk og røyking

Interaksjoner: Når det foreligger akutt rus må legemidler som påvirker den sentralnervøse eller kardiovaskulære funksjon brukes med forsiktighet. Forsiktighet ved bruk av antihypertensiva (betablokkere, klonidin). Trisykliske antidepressiva (og mianserin) vil i teorien kunne øke effektene av amfetaminer og disse samt andre antidepressiva (SSRI) kan i sjelden tilfeller gi serotonergt syndrom kombinert med sentralstimulerende rusmidler.

Symptomer og tegn: Dilaterte pupiller, økt puls, blodtrykk, åndedrett og temperatur. Agitasjon.

Laboratorieundersøkelse: Amfetamin påvises vanligvis 1 til 2 døgn i en blodprøve og 2 til 4 dager eller mer i en urinprøve. Kokain påvises i noen timer etter inntak i en blodprøve, i urin i flere dager. Khat: Katinon kan påvises i blod inntil 12 timer etter inntak, og i urin i inntil 30 timer.

Hallusinogener

De hallusinogene stoffene påvirker sentralnervesystemet og fremkaller sansebedrag, illusjoner og hallusinasjoner. I naturen finnes mange vekster med hallusinogene virkninger, den mest vanlige i Norge er spiss fleinsopp (*psilocybe semilanceata*). Hallusinogener kan også fremstilles syntetisk, der LSD er det mest kjente. Vi omtaler her hallusinogene stoffer i spiss fleinsopp, LSD (lysergsyredietylamid) og muskatnøtt. Det finnes også andre stoffer som kan ha hallusinogene virkninger, men som er sjeldne i Norge (f eks mescalin).

Spiss fleinsopp

Spiss fleinsopp er oppført på Statens helsetilsyns liste over narkotiske stoffer. Soppene *Psilocybe cubensis* (cubafleinsopp) og *Panaeolus cyanescens* (blånende flekkskivesopp) inneholder like store mengder psilocybin som spiss fleinsopp, og er også oppført i narkotikalisten. Rent virkestoff (psilocybin) kan ekstraheres fra fleinsopp, eller soppen kan spises fersk, tørket eller blandet ut i mat og drikkevarer.

Muskatnøtt

Muskatnøtt kan ha hallusinogene egenskaper ved større inntak. Myristicin og elemicin er de viktigste virkestoffene i muskatnøtt. Disse virkestoffene omdannes i kroppen til bl.a. amfetaminlignende stoffer med hallusinogene egenskaper. Det kan være vanskelig å forutsi reaksjonene etter inntak fordi innhold av virkestoffer i nøttene varierer. Vanligvis får man hallusinogene virkninger dersom man inntar en hel muskatnøtt eller mer.

LSD

LSD fremstilles som et løselig salt som i seg selv er farge-, lukt- og smakløst. Stoffet er meget potent, 50-100 mikrogram er nok til en rusdose. LSD inntas som regel gjennom munnen.
Virkning: Effekten av de hallusinogene stoffene i spiss fleinsopp og LSD inntrer vanligvis etter 5-20 min. Hallusinasjonenes effekt og intensitet er avhengig av dosen, men er normalt kraftigst etter 30-90 min og kan vedvare opptil 12 timer etter inntaket. De hallusinogene stoffene i muskatnøtt avviker derimot fra dette og vil først gi maksimal virkning etter noen timer.

Skade og uønsket virkning:
Rusvirkningene av hallusinogener kan være så skremmende at man ikke ønsker å ta stoffet på nytt. Hovedvirkningen er sansebedrag. Vanligvis er brukeren klar over at det som oppleves ikke er reelt, men kan gjerne senere i rusen, eller ved bruk av høye doser, likevel ha vansker med å forstå hva som er sansebedrag og hva som ikke er det. Former og farger på objektene forandrer seg. Vanlige kjente tanker eller situasjoner får uante meninger. Man kan ha følelsen av å ”se musikk” eller ”høre farger”. Oppfatningen av tid forandrer seg.
Det er ikke mulig på forhånd å forutse hvilken virkning LSD eller andre hallusinogener kan ha på den enkelte. Effektene kan i løpet av kort tid svinge mellom velbehag og frykt, fra en intens lykkefølelse til angst og panikk og sterke depresjoner. Hallusinasjonene kan være så kraftige at de kan medføre farlig atferd for brukeren.

I noen tilfeller kan hallusinasjonene oppleves som svært skremmende. Slike ”bad trips” har gjerne sammenheng med brukerens psykiske tilstand, forventninger til rusopplevelsen og miljøet, men er også doseavhengige.
Enkelte ganger kan en LSD-dose utløse alvorlige og langvarige psykotiske episoder. Et annet fenomen som kan opptre ved bruk av LSD (og antagelig andre hallusinogener), er såkalte ”flash backs”. Det betyr at man en viss tid etter bruk

(opptil flere måneder/år senere), får en plutselig og kortvarig gjenopplevelse av rusen uten nytt stoffinntak. De vanligste fysiske effektene av hallusinogener er store pupiller, munntørrhet, rask puls, høyt blodtrykk, dårlig koordinasjon, svekket muskelkraft og ofte skjelving.

Nikotin

Virkning: Nikotin er ikke klassifisert som rusmiddel, selv om det lett gir avhengighet. Vi tar det allikevel med her, da det har en rekke fysiske skadevirkninger. Tobakk inneholder bl.a. virkestoffet nikotin og finnes som røyketobakk, tyggetobakk og snus. Virkningen er både beroligende/avslappende og mildt sentralstimulerende. Det er også en appetittdempende effekt.

Skade og uønsket virkning: Nikotin sammen med andre virkestoffer i tobakk gir lett avhengighet. Det er en rekke fysiske skadevirkninger knyttet til bruk av tobakk, bl.a. hjerteinfarkt, hjerneslag, røykebein, lungekreft og KOLS. Ved røyking under graviditet vil fosterveksten hemmes, det er økt risiko for spontanabort tidlig i svangerskapet og blødning sent i svangerskapet. Rynker i ansiktshud og nikotinfarging av fingre er vanlig.

Interaksjoner: Tobakk kan øke omsetningen av en rekke legemidler, bl.a. nevroleptika. Høyere doser enn normalt kan derfor være nødvendig hos kroniske røykere.

Symptomer og tegn: Kronisk hoste, kremting, gule fingre, gule tenner, karakteristisk lukt av ånde og klær.

Løsemidler

Løsemidler er en gruppe væsker og gasser som finnes i en del dagligdagse husholdningsvarer og produkter, og som kan gi rus ved sniffing. Dette gjelder for eksempel stoffer i lim, maling, neglelakkfjerner, rensemidler og spraybokser.

*Virkning:*Nedsatt konsentrasjon, økt lykkefølelse, svekket hukommelse og læringsevne, samt kritikkløshet er typiske symptomer. Misbrukere beskriver glede, ørhet, manglende hemninger og ev. forvirring i kombinasjon med en beroligende effekt. Etter at en har inntatt en gjennomsnittlig rusgivende dose, vil rusen vanligvis vare fra få min til maksimalt en time.

Skader og uønsket virkning: Flere tilfeller er registrert der friske personer plutselig har omkommet i forbindelse med inntak av løsemidler. Dette kan både skyldes akutt oksygenmangel og sniffestoffenes virkninger i seg selv. Dersom en person sniffer ved å puste i en plastpose, kan det medføre kvelning fordi det blir for lite oksygen. Løsemidler kan medføre akutte hjerterytmeforstyrrelser og blodtrykksfall, noe som i verste fall kan føre til død. Dette har ikke nødvendigvis sammenheng med mengden inntatt rusmiddel. En akutt forgiftning vil ellers kunne vise seg ved bl.a. hoste, såre øyne, dobbeltsyn, lysømfintlighet og irritasjon i nese og svelg. Personen kan bli kvalm og kaste opp, ev. få diaré.
Store doser kan medføre kramper og bevisstløshet. Bruk av slike stoffer kan gi

forvirring og fjerne hemninger, noe som igjen kan medføre risikoatferd og ulykker. Løsemidler setter seg ofte i klær, hår og skjegg etter sniffing, og fordi stoffene er meget lett antennelige, er det fare for forbrenning dersom en etter sniffing prøver å tenne en sigarett.

Regelmessig bruk av løsemidler kan medføre sår hals, hoste, rennende nese, neseblødninger, blodskutte øyne, sløret blikk, vekttap og lukt av kjemikalier/ dårlig ånde. Det kan i tillegg oppstå sår i og rundt munn og nese.
Kronisk, langvarig bruk av løsemidler kan medføre alvorlige organskader, og kan sammenliknes med hva som kan sees ved løsemiddelskade. Lever, nyrer og hjerne er spesielt utsatt. Hjerneskader kan vise seg for eksempel ved skjelving, koordinasjonsproblemer, tankeforstyrrelser og redusert hukommelse.
Bruk av løsemidler kan ha alvorlige konsekvenser for både den gravide og for fosteret. Lav fødselsvekt, prematuritet og en rekke misdannelser med psykisk utviklingshemming er rapportert. Jevnlig bruk fører vanligvis til toleranse, slik at dosen må økes for å oppnå samme virkning. Bruk av løsemidler som rusmiddel kan medføre avhengighet.

Interaksjoner: Ingen kjente
Symptomer/tegn på beruselse: Etter inntak av løsemidler inntrer vanligvis en alkoholliknende rus.

Typiske abstinensreaksjoner: Dersom stoffinntaket plutselig opphører, kan det oppstå abstinenssymptomer som kan vise seg ved bl.a. hodepine, magesmerter og muskelkramper. Det finnes ingen motgift for behandling av akutte forgiftningsreaksjoner.

Laboratorieundersøkelser: Analyse av løsemidler i blod eller andre vevsvæsker utføres på forespørsel av Divisjon for rettsmedisinske fag ved Folkehelseinstituttet.

Ecstasy (MDMA)
Virkning: Ecstasy virker både stimulerende og hallusinogent. Ved inntak av en vanlig brukerdose er den sentralstimulerende virkningen dominerende. Det inntrer en følelse av oppstemthet, økt energi og redusert tidsfølelse. Appetitt og trøtthet reduseres. Sansene skjerpes og inntrykk oppleves ofte som positive. Man får ofte et bedret selvbilde. Etter inntak gjennom munnen kommer rusvirkningen etter ca. 30 min og varer 4-8 timer.

Uønsket virkning og skade: Ved økende dose: Risiko for syns- og hørselshallusinasjoner og forfølgelsestanker. En ubehagelig følelse av panikk og angst kan forekomme, noe som kan resultere i ukontrollerte handlinger, og påfølgende alvorlige skader eller dødsfall.

Fysiske symptomer: Raskere puls, høyere blodtrykk, økt kroppstemperatur og muskelspenninger som kan gi alvorlig oppheting, hjerterytmeforstyrrelse, hjerteinfarkt og hjerneblødning. Fysisk aktivitet bidrar også til økt kroppstemperatur og dehydrering, noe som øker risikoen for farlige virkninger.

Det har forekommet dødsfall på grunn av heteslag med feber opp i 43 grader Celsius, også etter inntak av vanlige rusdoser. Samtidig inntak av vann kan begrense uttørkingen og opphetingen noe, men kan føre til elektrolyttforstyrrelser med livstruende konsekvenser.
Det er en viss grad av toleranseutvikling og ecstasy kan gi avhengighet. Hos personer som har brukt ecstasy over tid sees problemer i form av nedsatt hukommelse, svekkede eksekutive funksjoner (som enkel problemløsning, bearbeiding av informasjon og beslutningstaking), økt impulsivitet, angst, depresjon, søvn- og spiseforstyrrelser. Dette kan skyldes skade på enkelte nerveceller i hjernen. Disse skadene kan vedvare lenge etter at bruken har stoppet (måneder til år), men mekanismene rundt dette er ikke fullstendig klarlagt.
Bruk av ecstacy i svangerskapet kan føre til fysiske og psykiske skader hos barnet, men kartlegging av slike skadevirkninger er vanskelig på grunn av samtidig bruk av flere rusmidler/legemidler eller andre risikofaktorer som ofte er til stede.

Interaksjoner: Når det foreligger akutt rus må legemidler som påvirker den sentralnervøse eller kardiovaskulære funksjon brukes med forsiktighet. Det er rapportert dødsfall ved samtidig bruk av ikke-selektive monoaminoksidase-hemmere (f.eks. fenelzin, tranylcypromin) og ritonavir (Norvir).

Ecstasylignende stoffer
Dette er stoffer som har sammenlignbar virkning og skadeprofil som ecstasy

PMMA (para-metoksymetamfetamin) og PMA (para-metoksyamfetamin) er sentralstimulerende rusmidler med lignende effekt som MDMA (ecstasy). Begge stoffene kan inntas i seg selv, men PMMA omdannes også i noen grad til PMA i kroppen etter inntak. PMMA/PMA anses å være mer toksisk enn MDMA, og det er liten forskjell mellom doser som gir ruseffekt og dødelig dose. Det typiske for PMMA/PMA er at det tar lengre tid før ruseffekten inntrer etter inntak, sammenlignet med ecstasy og amfetamin. Da PMMA/PMA ofte selges som ecstasy (MDMA) eller amfetamin/metamfetamin kan brukeren tro at den manglende/svake ruseffekten skyldes dårlig stoff eller for lav dose og dermed ta flere doser. Dette medfører betydelig risiko for overdosering og dødsfall. PMMA og PMA inntas vanligvis gjennom munnen, men kan også tas intravenøst eller inhaleres.

mCPP (1,3-klorfenylpiperazin) er et rusmiddel med sentralstimulerende og hallusinogene virkninger og sammenlignes effektmessig med MDMA (ecstasy), selv om virkningene kan variere. Stoffet inntas vanligvis via munnen.
Mengden mCPP i illegale tabletter varierer og kan være blandet med andre stoffer (for eksempel MDMA og kokain), selges ofte på det illegale markedet oftest som ecstasy. Fra 2009 har mCPP vært det dominerende virkestoffet i beslaglagte tabletter med logo.

2C-B (4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine) er et hallusinogent rusmiddel som har likhetstrekk med MDMA (ecstasy). De siste årene har 2C-B vært det

tredje mest vanligste virkestoffet (etter mCPP og MDMA) som er påvist i beslag av tabletter med logo som for ecstasy i Norge.

MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone) er et stimulerende rusmiddel som kan gi amfetamin- og kokainlignende effekter. Stoffet inntas via munnen, ved sniffing, røyking, intravenøst eller rektalt.
Interaksjoner: se ecstasy ovenfor.
Laboratorieundersøkelser: Divisjon for rettstoksikologi og rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet utfører analyser av MDMA og beslektede stoffer, samt PMMA, PMA, mCPP, 2C-B og MDPV.

GHB/GBL
GHB har spesifikk virkning på GABA-B og GHB-reseptorene. GBL blir omdannet til GHB i tarmen. GHB virker på flere inhibitoriske nevrotransmitter-system.

Virkninger: Både GHB og GBL kan brukes som rusmiddel, men GBL kan også brukes som råstoff for å fremstille GHB. Virkningen er en raskt innsettende ruseffekt som minner om alkoholrus, men har mer karakter av sentralstimulerende effekt. Enkeltinntak kan gi en rus som varer i 3-4 timer. Det er ikke mulig å påvise GHB i blodet etter 6 timer, ikke mulig å påvise GHB i urin etter 12 timer.

Skade og uønsket virkning: Ved høyere doser inntrer ofte kvalme og brekninger, kramper kan forekomme. Det er liten forskjell mellom en dose som gir rus og en dose som gir koma. Pasienten er da ikke vekkbar, reagerer knapt på smertestimuli. Ved oppvåkning kan pasienten være urolig, irritabel og ev. voldelig. Det er lite subjektive abstinenssymptomer ved enkeltinntak, men regelmessige inntak gir toleranseutvikling og tendens til alvorlig abstinens.

Interaksjoner: GHB/GBL i seg selv synes å være relativt lite giftig, men tas det sammen med opioider, alkohol eller benzodiazepiner kan det oppstå respirasjonsstans og ev. hjertestans selv ved lave doser. Kvalme og oppkast i forbindelse med koma kan forårsake kvelning.

Symptomer og tegn: Agitasjon, aggresjon, oppstemthet (moderat påvirkning), brått innsettende sedasjon, ev. somnolens eller koma (sterk påvirkning). Brå oppvåkning av koma etter 2-3 timer.

Laboratorieundersøkelser: Hvis prøver blir tatt innen 6 timer (blod) eller 12 timer (urin) etter inntak av stoffet kan GHB påvises, men det kan også forsvinne raskere.

Anabole Androgene Steroider (AAS)
Generelt: Gruppen av stoffer som utgjør AAS er ikke regnet som rusmidler, men har uttalte somatiske og psykiske virkninger som kan forårsake alvorlig helseskade, toleranseutvikling, abstinens og avhengighet. Stoffene brukes også hyppigere blant annet i befolkningsgrupper med stort forbruk av narkotika. Det er derfor nyttig å ha grunnleggende kunnskap om disse stoffene, og forsøke å kartlegge bruken av disse stoffene.

Virkninger: AAS er en samlebetegnelse på stoffer som er syntetiske derivater av testosteron. Effekten av AAS etterlikner testosteron i kroppen og har både en muskeloppbyggende (anabolsk) og en mannliggjørende (androgen) effekt. Alle AAS har både en anabol og en androgen effekt, men størrelsesforholdet mellom disse to kan variere.

Skade og uønsket virkning:
Brukere av AAS risikerer å få en rekke fysiske og psykiske bivirkninger. Noen av bivirkningene er reversible, andre er permanente.
Vanlige bivirkninger:

- Akne
- Hårtap / uønsket hårvekst
- Pigmentering av huden / strekkmerker
- Skader på sener og senefester, avrivningsskader er vanlig
- Hypertensjon
- Hjerteinfarkt
- Alvorlig leversykdom, inkludert leverkreft
- Vekstforstyrrelser, lengdeveksten kan stoppe på unge som ikke er ferdig med puberteten
- Gynekomasti, mindre testikler og sterilitet for menn
- Maskulinisering, menstruasjonsforstyrrelser, større klitoris og infertilitet for kvinner
- Humørforstyrrelser
- Irritabilitet og økt bruk av vold
- Depresjon og suicidale tanker
- Psykoser
- Økt fare for bruk av rusmidler

Interaksjoner:
Det er påvist økt antikoagulasjonseffekt for en rekke anabole steroider.

Symptomer og tegn:
Det er flere tegn som kan indikere at en person har begynt å bruke AAS. Rask økning i kroppsmassen, kviser, dårlig ånde, og atferds- og personlighetsendringer som økt aggressivitet og mangel på interesse for omverdenen er noen av symptomene som kan gi mistanke om bruk av anabole steroider.

Laboratorieundersøkelser:
Bruk av AAS kan påvises både gjennom hårprøve, urinprøve og ved blodprøver. Det typiske funnet på blodprøver ved bruk av AAS er markert redusert nivå av FSH, LH, SHBG og testosteron. Brukere av AAS har også forhøyet risiko for hepatitt og hiv på grunn av bruk- og deling av sprøyter. Det er derfor indikasjon for testing i forhold til disse virussykdommene.

Tabell 19: Risiko for å utvikle avhengighet

Ulike rusmidler har ulik tendens til å utvikle avhengighet hos den som bruker stoffet regelmessig. Her er en oversikt som peker på noen forskjeller. (Anthony, Warner & Kessler 1994)

Stoff	Prosentandel av brukere som blir avhengige
Nikotin	32
Heroin	23
Kokain	17
Alkohol	15
Sentralstimulerende, andre typer	11
Cannabis	9
Beroligende legemidler/sovemidler	9
Hallusinogene stoffer	5
Løsemidler	4

Tabell 20: Ordliste over noen slanguttrykk i rusmiljøet

Amf: Amfetamin	Gall: Cannabis	Løpefart: Amfetamin	Speed: Amfetamin
Biter: LSD	Gallar: Cannabis	Makka: Amfetamin	Stemple ut: Å sovne etter å ha tatt GHB
Blå: Rohypnol	Gaslar: Cannabis	Marsipan: Amfetamin	Stripe: Kokain
Blås: Cannabis	Ganja: Cannabis	Mat på gobli fat: Jeg er kul på GHB.	Sub/Subu: Subutex
Bol: Anabole steroider	Gobli: GHB	Meth: Metamfetamin	Syre: LSD
Bom: Cannabis	Gress: Cannabis	Minus: Heroin	Temmere: Temgesic
Bong: Cannabis	Gro: GHB (Harlem Brundtland)	Moffesur: Heroinabstinens	Temmiser: Temgesic
Brunt: Heroin	Grønne: Rohypnol	Mongovann: GHB	Tjall: Cannabis
Brus: Kokain	Grønne krigere: Rohypnol	Ned: Heroin	Tripp(er): LSD
Bønne: Cannabis	Guff: Amfetamin	Nøtter: Valium/ Rohypnol/Temgesic	Vaskepulver: Kokain
Cola: Kokain	H: Heroin	Pepper: Amfetamin	Vekst: Anabole steroider
Coke: Kokain	Hamp: Cannabis	Pluss: Amfetamin	Ves(e): Cannabis
Coca: Kokain	Hest: Heroin	Opp: Amfetamin	Weed: Cannabis
Dolkis: Dolkontin	Horse: Heroin	Pot: Cannabis	

Dop: Heroin	Hyppere: Rohypnol	Pulver: Kokain	
Drypp: LSD	Jazztobakk: Cannabis	Rev: Cannabis	
E: Ecstasy	Joggis: Amfetamin	Rivo: Riovtril	
E'er: Ecstasy	Joint: Cannabis	Russere: Anabole steroider	
Fart: Amfetamin	Knips: Ecstasy	Russerdop: Anabole steroider	
Fet: Cannabis	Kokk: Kokain	Ryppere: Rohypnol	
Fjodde: Cannabis	Kork: GHB	Røyk: Cannabis	
Flein: Fleinsopp	Kryssere: Rivotril	Skudd: Heroin	
Flytende E: GHB	Kur: Anabole steroider	Smack: Heroin	
Fortis: Amfetamin	Kvitt: Amfetamin	Smekk: Heroin	
Frimerke: LSD	Kveppfart: Amfetamin	Snø: Kokain	
G: Cannabis	Løpe: Amfetamin	Sopp: Fleinsopp	

Trender

Alkohol

90% av den voksne norske befolkningen drikker alkohol. Omsetningen av alkohol per innbygger >15 år i Norge økte med ca. 45% i perioden 1994 – 2008, men har hatt en liten nedgang siden 2008. Omsetningen i 2013 tilsvarer 6,22 liter (alkohol kjøpt i Norge). Omsetningen av brennevin og øl går ned, mens forbruker av vin er stabilt. Forbruket i Norge er blant de laveste i Europa. Det synes som om bruken av alkohol har økt i den eldre del av befolkningen og blant voksne kvinner, mens en ser reduksjon i gruppen ungdom. En regner at ca. 4% av befolkningen er alkoholavhengige, mens ytterligere 5-7% har et skadelig bruk.

Opioider

Det er store metodiske vanskeligheter med å beregne omfanget av injiserende bruk av narkotika, og det er derfor bare mulig å operere med estimater. I følge Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) økte antall injiserende brukere i Norge sannsynligvis fram til 2001, hvoretter det falt inntil 2003 og deretter flatet ut. Per 2009 er antall injiserende brukere beregnet til å være mellom 8800 og 12500. SIRUS beregner at det årlig rekrutteres ca. 3000 sprøytebrukere (nye og tilbakefall) i Norge. Kvinneandelen er synkende og ligger i dag på 25-30 prosent. Personer med innvandrerbakgrunn fra Asia eller Afrika ser generelt ut til å ha lavere rusmiddelbruk enn etnisk norske og vestlige innvandrere.
Undersøkelser gjort av SIRUS viser at heroin er det vanligste narkotiske stoffet blant personer med alvorlig ruslidelse i Norge. Amfetaminer er også hyppig brukt, mens bruk av kokain er sjelden. Bruk av flere stoffer er vanlig. Røyking av heroin er blitt mer vanlig de siste årene. I perioden 1996 til 2007 døde nesten 3 100 personer som følge av overdose. Siden 2006 er det i Norge registrert ca. 250 dødsfall per år med "narkotikabruk som underliggende årsak" (SIRUS). SSB

(Statistisk sentralbyrå) oppgir tall for "forgiftning av narkotika og dysleptica" til 150 - 200 i samme periode. Tallet for 2012 var 153.
I spørreundersøkelser fra 2000-tallet opplyser 0,5-1 prosent av befolkningen at de har brukt heroin. I 2006 var det anslått cirka 8000 brukere som injiserer heroin, sammenliknet med cirka 12 000 slike brukere i 2001. Beslaglagt mengde heroin varierer fra år til år. Antall beslag som har blitt gjort de siste årene er langt lavere enn ved årtusenskiftet, men har økt siden 2006.

Cannabis

Cannabis er det mest brukte illegale narkotiske stoffet i Norge. Bruken har gått i bølger, og var lenge stabil på 1970- og 1980-tallet. I løpet av 1990-tallet økte cannabis-bruken markert både i Norge og resten av Europa. Rundt tusenårsskifte viste undersøkelser at en stor andel av europeisk ungdom hadde røykt cannabis. I de fleste europeiske land har det fra 2003 vært en nedadgående trend i cannabisbruken, både blant ungdom og generelt i befolkningen.
Cannabis er sammen med metamfetamin og amfetamin det hyppigst påviste illegale stoffet hos bilførere som er mistenkt for påvirket kjøring. I 2009 ble det påvist THC i nesten 30 prosent av prøvene som ble tatt av bilførere som var mistenkt for kjøring i påvirket tilstand.
Cannabis er det stoffet som det gjøres flest beslag av - både i Norge og på verdensbasis. I 2009 var det i Norge mer enn 11 000 beslag, med et totalt kvantum på 2,5 tonn. I løpet av siste halvdel av 1990-tallet og fram til tusenårsskiftet ble antall årlig cannabisbeslag mer enn doblet. Fra 2001 til 2009 har antall årlige beslag vært på samme nivå.

Syntetiske cannabinoider

Ettersom bruken av syntetiske cannabinoider er et forholdsvis nytt fenomen, finnes det ikke mange studier av hvor utbredt bruken er. I Norge ble syntetisk cannabinoider første gang beslaglagt i desember 2009 og siden den gang har antallet beslag økt betraktelig. I 2012 ble det registrert 262 saker med til sammen 5,9 kg pulver av syntetiske cannabinoider Mengdene som er beslaglagt kan virke relativt beskjedne, men beslaget i 2012 tilsvarte trolig mer enn 750 kilo organisk cannabis. Beslagene av de syntetiske cannabinoidene tilsvarer således trolig mellom 35 og 50 prosent av de beslaglagte mengdene av hasj og marihuana. I 2012 ble det beslaglagt syntetiske cannabinoider i alle landets fylker.
I Norge ble blodprøver fra et utvalg av bilførere som var mistenkte for ruspåvirket kjøring i perioden 2011-2012 analysert for 18 typer av syntetiske cannabinoider (Tuv, upublisert manus). Folkehelseinstituttet fant at av totalt ble 726 prøver, testet 2,2% positivt for en eller flere av de syntetiske cannabinoidene.

Benzodiazepiner

Statistikk fra Reseptregisteret viser at det særlig er de benzodiazepinliknende sovemidlene zopiclon og zolpidem som har økt i forskrivning de seneste ti år, mens foreskrivning av andre benzodiazepiner heller har gått noe ned. Antall beslag av benzodiazepiner øker noet, selv om de ikke er like høye som tidlig på 2000-tallet. Diazepam ser ut til å være mest utbredt, deretter følger klonazepam som

nummer to. Totalomsetningen av slike legemidler har siden 2011 gått noe ned.

Kokain

Siden 1980-årene har bruk av kokain som rusmiddel økt kraftig i USA. Mens kokain tidligere var mest utbredt i øvre samfunnslag, har bruken nå spredt seg også til lavere sosiale lag. Beslagene av kokain i Norge har vært stigende de siste årene, men amfetamin utgjør fremdeles en betydelig større andel av politiets beslag enn kokain. I 2007 utgjorde kokainbeslagene 3,7 prosent av det totale beslaget av narkotiske stoffer.

Undersøkelser blant unge mellom 15 og 20 år i Norge viser at omtrent 2 prosent har prøvd kokain. I Oslo er tallet fire prosent i følge tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i 2008. Trolig foregår en betydelig del av kokainbruken i lukkede miljøer. Det kan derfor være mørketall som ikke fanges opp av undersøkelser og beslag.

Amfetamin

Illegal bruk av amfetamin i Norge økte kraftig på 1990-tallet. I en undersøkelse oppga om lag 2-2,5 prosent av ungdom mellom 15 og 20 år i Norge at de hadde prøvd amfetamin i 2008. Blant unge voksne (21-30 år) i Norge økte andelen som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin i perioden 1998-2006.

Antall beslag og den beslaglagte mengden amfetamin og metamfetamin har også økt de siste ti årene. Andelen av metamfetaminbeslag er tredoblet på fire år, og for første gang var både mengde og antall beslag av metamfetamin større enn for amfetamin i 2009. Beslag gjøres over hele landet.

Mesteparten av det illegale amfetaminet i Skandinavia er amfetaminsulfat som produseres i Europa, særlig i Nederland, Belgia, Polen og Estland. I ren form er det et hvitt pulver. Illegale kvaliteter er ofte gulaktige, fuktige og illeluktende. Metamfetamin har tradisjonelt blitt produsert i Asia og USA.

Hallusinogene stoffer

Disse stoffene har aldri hatt noen stor utbredelse i Norge. Spiss fleinsopp vokser i Norge, og i forskriftene til narkotikalovgivningen heter det at: "Innførsel, besittelse og oppbevaring av spiss fleinsopp, når stoffet brukes som rusmiddel, er ulovlig i Norge". Spiss fleinsopp har forøvrig flere giftige dobbeltgjengere. Beslagstallene for LSD og spiss fleinsopp de siste årene tyder på at bruken er begrenset. Under én prosent av ungdom mellom 15-20 år i Norge oppgir å ha brukt LSD noen gang. Siden spiss fleinsopp vokser i Norge, kan bruken øke sesongmessig. Tollvesenet og politiet gjør av og til beslag av ulike hallusinogene sopper.

I perioden 2004-2008 hadde Giftinformasjonssentralen 42 henvendelser om akutte og kroniske inntak av muskatnøtt. De fleste henvendelsene gjaldt tenåringer og unge voksne.

Nikotin

I Norge røyker 26 prosent av voksne daglig eller av og til. Andelen dagligrøykere er på vei nedover. Blant ungdom har snus tatt over for røyking, særlig blant gutter.

I alle aldre 16-74 år var det i 2012 blant menn 14 prosent som brukte snus daglig og 6 prosent som brukte snus av og til. Tilsvarende tall for kvinner var 4 prosent daglig og 2 prosent av og til.
Andelen tobakksbrukere vil være mindre enn de sammenlagte andelene som røyker og som bruker snus, fordi noen både røyker og bruker snus.

Ecstasy

Fra midten av 1990-tallet ble ecstasy populært i forbindelse med ”house parties”. Bruken økte frem mot år 2000, før den stabiliserte seg. De siste årene har tendensen vært fallende. Det er anslått at om lag 1 - 2 prosent av norsk ungdom mellom 15 og 20 år har prøvd ecstasy.
Antall beslag av ecstasytabletter har vært synkende siden 2007 og utgjør nå 0,2 prosent av alle narkotikabeslag. Til sammen ble det beslaglagt over 79 000 piller i 2007 (KRIPOS).

GHB

I en undersøkelse fra 2008 (SIRUS) har under 1 prosent av norsk ungdom mellom 15-20 år prøvd GHB. Antall GHB-beslag har vært få, men økte betydelig i 2007 (KRIPOS). GHB har imidlertid blitt registrert i de fleste av landets politidistrikter, noe som tyder på at det brukes over store deler av landet.

Begreper og diagnoser i ICD-10

Generelle prinsipper

ICD-10 er basert på koder med en enkeltstående bokstav etterfulgt av siffer. Kapittel V (F) i ICD-10 omhandler psykiske lidelser og F10-F19 beskriver «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer». Kapittelet inneholder ulike lidelser med forskjellig alvorlighetsgrad og klinisk utforming, men som alle har det fellestrekket at de kan henføres til bruk av en eller flere psykoaktive stoffer som kan være medisinsk forskrevet eller ikke. Det tredje tegnet i sykdomskoden identifiserer aktuelt stoff, og det fjerde tegnet spesifiserer klinisk tilstand. Eksempel: F10.3: Alkoholabstinenstilstand

F10-19: Kapittel V
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

Definisjon av tredjetegnsnivå for kategoriene F10-F19

F10.x Alkohol
F11.x Opioider
F12.x Cannabinoider
F13.x Sedativa og hypnotica
F14.x Kokain
F15.x Sentralstimulerende stoffer
F16.x Hallusinogener
F17.x Tobakk
F18.x Løsemidler
F19.x Flere stoffer og andre stoffer

Definisjon av fjerdetegnsnivå for kategoriene F10-F19

.0 Akutt intoksikasjon
Tilstand som skyldes inntak av et psykoaktivt stoff som resulterer i forstyrrelser av bevissthetsnivå, kognisjon, persepsjon, følelser eller atferd, eller andre psykofysiologiske funksjoner og reaksjoner. Forstyrrelsen er direkte relatert til de akutte farmakologiske effektene av stoffet, og går fullstendig tilbake med unntak av når vevsskade eller andre komplikasjoner har oppstått. Komplikasjonene kan omfatte traumer, aspirasjon av oppkast, delirium, koma, kramper eller andre medisinske komplikasjoner. Komplikasjonene avhenger av stoffets farmakologiske egenskaper og administrasjonsmåten.

.1 Skadelig bruk
Bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (som i tilfeller av hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer), eller psykisk (f eks episoder med depressiv lidelse etter betydelig alkoholkonsum).

.2 Avhengighetssyndrom
En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har brukeren sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinenstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f eks opioider) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer.

.3 Abstinenstilstand
En gruppe symptomer av variabel sammensetning og alvorlighet som oppstår ved absolutt eller relativt opphør av inntak av et psykoaktivt stoff etter vedvarende bruk av stoffet. Abstinenstilstandens start og forløp er tidsbegrenset og avhengig av type psykoaktivt stoff og inntatt dose like før inntaket tok slutt eller ble redusert. Abstinenstilstanden kan ledsages av kramper.
.4 Abstinenstilstand med delirium
.5 Psykotisk lidelse (f.eks. alkoholindusert hallusinose)
.6 Amnestisk syndrom (f.eks. Korsakoffs syndrom)
.7 Residual eller sent innsettende psykotisk lidelse (Alkoholisk demens, flashback)
.8 Andre psykiske eller atferdsmessige lidelser
.9 Uspesifiserte psykiske eller atferdsmessige lidelser

Ruslidelse

Ruslidelse er et samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og andre rusrelaterte lidelser. I helsevesenet bør en unngå bruk av eldre begreper som misbruker, narkomani, alkoholisme, alkoholiker m.fl. Substance Use Disorder (mild-moderat-alvorlig) brukes i DSM-5 som erstatning for begrepene dependence og abuse.

Rus og psykiatri

Generelt

Rusproblemer er svært vanlig blant pasienter med psykiske lidelser. Ulike undersøkelser tyder på at diagnostiserbare ruslidelser forekommer blant 30-50% av akutt innlagte. Bruken av rusmidler har til dels stor betydning for pasientenes psykiske symptomer: utforming, intensitet eller rett og slett forekomst. En skiller mellom rusutløste psykiske lidelser (se definisjon nedenfor) og primære psykiske lidelser som forsterkes eller endres av rusmidler. Det er derfor vanligvis ikke riktig å stille en psykiatrisk diagnose så lenge pasienten har et aktivt forbruk av rusmidler, eller er abstinensfase. Abstinensfasen varierer sterkt i lengde fra rusmiddel til rusmiddel. Det er også individuelle variasjoner. I noen tilfelle vil langvarig rusmiddelbruk gi psykiske symptomer i mange uker etter avsluttet inntak.

Tabell 21A: Psykiske symptomer ved bruk av ulike rusmidler

Rusmiddel	Psykose	Depresjon	Angst
Alkohol	Delirium tremens Paranoid psykose Rusutløst psykotisk lidelse	Forsterkning av depresjon, langvarig effekt etter avsluttet inntak	Forsterkning av generell angst Utløsning av fobiske angst. Langvarig effekt etter avsluttet inntak
Opioider	Kan kamuflere eller dempe psykotiske symptom	Utløsning og/ eller forsterkning av depresjon	
Cannabis	Schizofrenilignende symptomer Rusutløst psykotisk lidelse	Forsterkning av depresjon	Utløsning av fobisk angst
Benzodia-zepiner	Delirium Rusutløst psykotisk lidelse	Forsterkning av depresjon	Utløsning og/ eller forsterkning
Amfetaminer	Paranoid psykose Rusutløst psykotisk lidelse	Utløsning av depresjon	Utløsning av generell og/ eller fobisk angst
GHB/ GBL	Delirium Rusutløst psykotisk lidelse	Ukjent	Ukjent

Begrepet dobbeltdiagnose

Dette begrepet omfatter vanligvis bare langvarige, alvorlige rustilstander som avhengighet i kombinasjon med alvorlige psykiske lidelser som psykose. Det er ofte slik at rusproblemet og det psykiske problemet gjensidig forsterker og opprettholder hverandre i en ond sirkel. Begrepet dobbeltdiagnose omfatter ikke rusutløste psykiske lidelser som alkoholutløst sosial fobi. Poenget med et slikt begrep er å identifisere en gruppe pasienter der behandling av en av tilstandene isolert ikke har noen hensikt. Integrert, samtidig behandling av både den psykiske lidelsen og rustilstanden er nødvendig for å få et godt behandlingsresultat. Det er nødvendig at behandlingen er langvarig og omfatter tiltak innenfor mange fagfelt på tvers av helsevesenets linjer. Begrepet ROP (Rus og psykisk lidelse) er mer

generelt og omfatter samtidig ruslidelse (skadelig bruk eller avhengighet) og psykisk lidelse.

Rusmiddelbruk og selvmordsrisiko
Rusmiddelproblemer er sammen med psykisk lidelse og tidligere selvmordsforsøk blant de viktigste statistiske risikofaktorene for selvmord.

Dersom en kartlegging av selvmordsrisiko avdekker at pasienten har eller har hatt selvmordstanker, planer for selvmord eller har gjort tidligere selvmordsforsøk, skal dette alltid tas alvorlig. Ved mistanke om risiko for selvmord skal pasienten følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen (gjennomført av en behandler med tilstrekkelig kompetanse) og iverksetting av adekvat behandling. I enkelte tilfeller vil en måtte henvise pasienten til psykiatrisk akuttmottak for videre utredning av selvmordsfaren og iverksetting av behandlings-/beskyttelsestiltak i trygge omgivelser.

Enkelte pasienter kan ha stadige gjentatte selvmordsytringer og presentere det de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008) betegner som "kronisk suicidalitet":

"Hos noen få pasienter kan selvmordstanker og planer være mer eller mindre konstante. Disse kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading og / eller selvmordsforsøk. Diagnostisk forekommer kronisk suicidalitet oftest hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Samtidig rusmiddelmisbruk og / eller tidligere traumatisering er også vanlig. Denne pasientgruppen utgjør en spesiell utfordring for alle behandlere og er ofte brukere av helsetjenester på flere nivåer.

Hovedutfordringen i behandling av pasienter med kronisk suicidalitet, er at selvmordsrisikoen er forhøyet på lang sikt, samtidig som pasientenes grunnleggende problemer også er av langvarig natur. Det er derfor viktig å etablere en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse for å kunne endre pasientens grunnlidelse, øke mestring og slik redusere risikoen for selvmord.(…) " (s.25)

Selvmordsrisikoen **er** altså forhøyet *på lang sikt* for denne pasientgruppen, men det er viktig å ikke glemme at pasienter med "kronisk suicidalitet" også kan komme i en akutt krise hvor selvmordsfaren kan være *mer umiddelbart forhøyet*. Kombinasjonen av skadelig rusmiddelbruk og psykisk lidelse (f.eks. depresjon), som nevnt to av de viktigste risikofaktorene for selvmord, kan i denne sammenhengen være farlig.

Anbefalinger, basert på retningslinjene for forebygging av selvmord

- Pasienter med rusproblemer og kronisk selvmordsfare bør utredes nøye, inkludert diagnostikk av grunnlidelsen og av ev. komorbide tilstander. I tillegg bør alvorlighetsgrad og utløsende faktorer for selvmordsatferden kartlegges i detalj
- Det bør legges stor vekt på utarbeidelse av en langsiktig behandlingsplan, ev.

en individuell plan (IP). Raske og krisebaserte endringer i denne bør unngås
- Pasienten bør ha en fast ansvarlig behandler. Involverte behandlere og behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at disse pasientene blir «kasteballer» mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner
- Innleggelser i døgnenheter bør unngås. Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon, bør varigheten av oppholdet begrenses til kun å omfatte den akutte selvmordskrisen
- Personalet som jobber spesielt med denne pasientgruppen har behov for støtte i form av særskilt opplæring og veiledning

Vurdering av voldrisiko
Selv om de aller fleste psykiatriske pasienter ikke har mer voldsatferd enn gjennomsnittsbefolkningen, er det en viss statistisk overhyppighet av vold blant psykiatriske pasienter. Det er derfor viktig å være oppmerksom på risiko for dette i pasientvurdering og behandling.
Det viktigste i vurdering av voldsrisiko er en kombinasjon av klinisk skjønn og sunn fornuft. Imidlertid har forskning vist at det kliniske skjønnet i en del tilfeller ikke strakk til for en god vurdering av voldsrisiko. Dette ledet til utvikling av sjekklister til hjelp for den kliniske vurderingen. V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste-10) er et kortredskap som er egnet til å brukes i akutt- og allmennpsykiatrien. Det er ikke mer tidkrevende enn at det kan brukes som screening for alle pasienter. Disse elementene inngår i vurderingen:

Problemstillinger som skal vurderes i V-RISK-10:
- **Tidligere/aktuell voldsutøvelse**; dvs. fysiske angrep, inkludert våpen mot annen person for å påføre skade.
- **Tidligere/aktuelle trusler** (verbale/fysiske); dvs.utsagn, rop og lignende som innebærer trussel om å påføre andre personer fysisk skade
- **Tidligere/aktuelt rusmisbruk** (alkohol, narkotiske stoffer, løsemidler) som har gitt nedsatt funksjon i arbeids-, skole-, helse- og fritidsliv.
- **Tidligere/aktuell alvorlig psykisk lidelse**; dvs. schizofreni, paranoid psykose, bipolar lidelse, psykotisk depresjon.
- **Personlighetsforstyrrelse**; dvs. de eksentriske (schizoide, paranoide) og de impulsive og utagerende (emosjonelt ustabile, antisosiale) personlighetsforstyrrelsene.
- **Mangel på innsikt** i sykdom/atferd; dvs. i forhold til behov for medikasjon, sosiale konsekvenser eller atferd knyttet til sykdom.
- **Mistenksomhet** overfor andre personer verbalt/nonverbalt og ser ut til å være ”på vakt” overfor omgivelsene.
- **Mangel på innlevelse (empati)**; dvs. at pasienten virker følelseskald og uten innlevelse i andres tankemessige eller følelsesmessige situasjon.
- **Urealistisk planlegging**; dvs. at pasienten selv har urealistiske planer for fremtiden (i eller utenfor døgnavdeling), urealistiske forventninger til støtte fra familie, sosialt nettverk, fra hjelpeapparatet og om pasienten er samarbeidsvillig.
- **Risiko for fremtidige stress-situasjoner**, dvs. muligheten for at pasienten kan

bli utsatt for påkjenninger og belastende situasjoner i fremtiden, og pasientens evne til stressmestring. Eksempel kan være mestringssvikt overfor grensesetting, nærhet til mulige voldsofre, rusmiddelbruk, bostedsløshet, opphold i voldelig miljø, tilgang til våpen etc.

V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste-10) finnes tilgjengelig i Helsebiblioteket

Rusutløst psykose
Dette begrepet omfatter tilstander der psykotiske symptomer (hallusinasjoner og / eller vrangforestillinger) dominerer det kliniske bilde hos en pasient som er ruspåvirket, i akutt abstinens eller som nettopp har gjennomgått akutt abstinens (subakutt abstinens). Symptomene er forbigående og vanligvis borte etter at abstinensen er gjennomgått (varighet varierer med rusmiddel, inntil 6 måneder). Følgende rusmidler kan forårsake rusutløst psykose: Alkohol, benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende stoffer (f.eks. z-hypnotica), cannabis, phenylcyclidine (PCP) eller andre hallusinogener, løsemidler, amfetamin eller andre sentralstimulerende midler. Diagnosen kan bare stilles etter at avrusing og abstinens er gjennomgått og under forutsetning av at pasienten ikke får medikamentell behandling mot psykotiske symptomer. Klinisk erfaring tyder på at pasienter som en gang har hatt rusutløst psykose ofte får det igjen ved ny ruspåvirkning og /eller abstinens.

Tabell 21 B

Illustrasjon av sammenhengen mellom rus og psykotiske symptomer
Forklaring til tabellen:
Rusmiddel Gjelder bare hvis dette er det eneste rusmiddelet som blir brukt regelmessig
Varighet Varighet av ulike faser av ruspåvirket psykisk tilstand
Sannsynlighet +/-
Sannsynlighet for forekomst av psykiske symptomer som
Hallusinasjoner (for hørsel er vanligere enn hallusinasjoner for syn)
Vrangforestillinger som storhetsideer
Forfølgelsestanker
Hypomani og hyperaktivitet
Hvis det er liten sannsynlighet for at disse symptomene er forårsaket av ruspåvirkning/abstinens, er det større sannsynlighet for at symptomene skyldes annen psykose
Risiko for delir Angis i ulik grad, avhengig av rusmiddel. Opptrer vanligvis bare hvis rusmiddelinntaket har vært høyt og/eller langvarig, og det ev. er tillegg av risikofaktorer

Tabellen er utviklet av Andreas Landsnes, overlege ved PAM, Tone Tveit, overlege ved Bjørgvin DPS og Svein Skjøtskift, overlege ved AFR

Rusmiddel	Akutt rus	Varighet	Akutt abstinens	Varighet	Subakutt abstinens	Varighet abstinens	Risiko for delir	Varighet risiko for delir	Rusutløst psykose	Varighet psykotisk symptom
Alkohol	(+)	0-12t	+	0-48t	(+)	2-6d	høy	48-96t	(+)	1-4u
Benzo-diazepin Z-hypnotika		0-2d	+	2-5d	(+)	4-6u	lav	1-2u	(+)	1-3md
Cannabis	+	0-2d	+	1-6 u	+	1-2md			+	2-6md
Amfetamin	+	0-6t	++	0-24t	+	3u			+	1-2md
Meth-amfetamin	++	0-12t	+++	0-36t	++	4u			++	1-3md
Kokain	+	0-6t	++	6-24t	+	3u			+	1-2md
Opioider	-	0-12t	-	0-120	-	?			-	
GHB/GBL	++	0-2t	+	12t	-	2u	moderat	1-2 u	-	

Implikasjoner

- Pasienter med amfetaminrus kan ha psykotiske symptomer som en del av ruseffekten uten å ha en psykotisk lidelse
- Pasienter med akutt eller subakutt abstinens kan ha psykotiske symptomer som en del av abstinensreaksjonen, uten å ha en psykotisk lidelse
- Pasienter med psykotiske symptomer utover subakutt abstinens, har en psykotisk lidelse som kan være utløst av rusmiddelbruk eller andre årsaker
- Varigheten av ruspåvirkning, akutt og subakutt abstinens er forskjellig avhengig av type rusmiddel
- Pasienter som gjennomgår en rusutløst psykose, har høyere risiko for nye psykotiske episoder, og kan etter hvert utvikle en langvarig psykotisk lidelse (med symptomer også uten bruk av rusmidler)
- For å stille en korrekt psykosediagnose, må pasienten observeres i rusfrihet over en periode på 2-6 måneder (avhengig av type rusmiddel)
- Psykotiske symptomer i akutt rus er ikke nødvendigvis en alvorlig sinnslidelse
- Tvangsinnleggelse av berusede personer bør om mulig unngås

Diagnostiske verktøy og bruken av dem
En rekke diagnostiske verktøy som en vanligvis bruker i psykiatrien har bare begrenset verdi i forhold til diagnostikk av psykiske lidelser hos pasienter med alvorlige rusproblem. De fleste slike verktøy forutsetter en tilnærmet normal kognitiv funksjon (hukommelse, oppmerksomhet) som kan være sterkt svekket under ruspåvirkning og i abstinensfase. Emosjonell funksjon kan også være endret, noe som gjør at pasienter gir andre svar på spørsmål enn de ville gjort uten ruspåvirkning.

Komparentopplysninger kan derfor være av stor betydning i det diagnostiske arbeidet med ruspasienter som samtidig har psykiske symptomer. Mange pasienter som har rusproblemer, er tilbakeholdne med å gi informasjon om dette og vi mister derfor verdifull informasjon som kan ha stor betydning for behandlingen. En viktig årsak kan være at behandlere ikke spør systematisk om rusmiddelbruk, med mindre det er et åpenbart problem. En annen årsak kan være at pasienter enten skammer seg over sitt problem, eller har tanker om at slike problemer kan få negative konsekvenser for måten de blir behandlet på eller hvilke trygderettigheter de har krav på.

Det er derfor viktig at pasientene alltid blir spurt om rusmiddelbruk (se screeningverktøy), og at en alltid får gitt pasienten grunnleggende informasjon om sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer. Dette bør gjøres selv om pasienten ikke oppgir å ha noe problem eller risikofylt forbruk.

Bruk av psykofarmaka og rusmidler
Generelt kan en si at all bruk av rusmidler frarådes når psykofarmaka brukes i behandlingen av psykiske lidelser. Ofte oppstår uforutsigbare interaksjoner som forsterkning av bivirkninger, forsterkning av ruseffekt, forsterkning av abstinensreaksjon. Enkelte ganger blir effekten av psykofarmaka svekket, som ved samtidig bruk av nikotin og nevroleptika. Andre ganger motvirker rusmiddelbruk effekten av medikamenter, som ved samtidig bruk av alkohol og antidepressiva. Hvis det ikke er rimelig grunn til å anta at bruken av rusmidler har opphørt eller er svært liten, bør en være varsom med å iverksette eller fortsette psykofarmakologisk behandling.

Behandling av smerter, søvnvansker og angst – grunnleggende prinsipper
Før behandling med vanedannende legemidler iverksettes, skal ikke-medikamentelle tiltak og eventuell annen legemiddelbehandling vurderes i tråd med gjeldende retningslinjer. Slik vurdering skal gjøres i samarbeid med pasienten. Om en likevel velger å bruke vanedannende legemidler, bør behandlingen avsluttes etter kortest mulig tid, maksimalt 4 uker. Pasienten bør informeres om tilvenningsfare.

Vær på vakt - noen viktige interaksjoner i psykiatrien

Sentralstimulerende

Psykomotorisk stimulerende midler som amfetamin + beslektede stoffer (deksamfetamin, metylamfetamin, metylfenidat) og kokain påvirker monoaminer (dopamin, noradrenalin) i synapser og gir sentralnervøse og perifere effekter. Påvirkning av monoaminer skjer gjennom økt frigjøring og/eller hemmet reopptak av monoaminer. MDMA øker også frigjøring og hemmer reopptak av serotonin (5-HT). Virkestoffene i khat likner på amfetamin i struktur og i farmakologiske egenskaper. Alkaloider beslektede med efedrin i khat øker frigivelsen av og hindrer i mindre grad reopptak av biogene aminer i det presynaptiske nevron og øker mengden av biogene aminer i nervesystemet.

Når et eller flere av disse stoffene er inntatt og det foreligger akutt rus (ukjent dose/ukjent blanding/ukjent tidspunkt for inntak) så bør kombinasjon med andre sentralnervøst virkende legemidler brukes med stor forsiktighet. Faren er uforutsette sentralnervøse effekter på grunn av interaksjoner. Bruk av psykotrope legemidler ved jevnlig inntak av sentralstimulerende rusmidler og i etterkant av rusinntak som behandling av uro, abstinenser, kramper og psykoser bør baseres på individuell vurdering og diagnostikk av grunnsykdom.

Forholdsregler: Forsiktighet ved legemidler som kan øke (karbamazepin) eller hemme (valproat) omsetningen av andre legemidler. Trisykliske antidepressiva (og mianserin) vil i teorien kunne øke effektene av amfetaminer, disse og andre antidepressiva (SSRI) kan i sjelden tilfeller gi serotonergt syndrom kombinert med sentralstimulerende rusmidler. En rekke psykofarmaka kan også gi arytmogene effekter i form av forlenget QT-tid, og sentralstimulerende kan også bidra. Pasienter med denne type sykehistorie bør utvise forsiktighet med kombinasjoner. *Praktisk*: Se på amfetamin eller ADHD-legemidler i interaksjonsverktøy og «ekstrapoler» funn når det foreligger bruk av beslektede stoffer som ikke er godkjente legemidler.

Alkohol

Bruk av alkohol er relevant for mange som bruker legemidler. Etanol er en farmakologisk aktiv forbindelse som kan interagere med mange psykofarmaka. Interaksjonene går begge veier: Alkohol kan gi endret legemiddeleffekt, og legemidler kan gi endret effekt av alkohol. En rekke enzymer bidrar til nedbrytingen av alkohol i leveren og kan ved langvarig høyt alkoholforbruk stimulere disse. Dette har betydning for andre legemidler som metaboliseres av de samme enzymene; langsommere metabolisme under pågående alkoholinntak og raskere omsetning etter avsluttet langvarig alkoholinntak.

Dempende rusmidler

Dempende rusmidler, herunder etanol kan ha gjensidig forsterkende dempende effekt på sentralnervesystemet tatt sammen med en rekke medikamenter. I lavere doser kan dette dreie seg om økt sedasjon, redusert oppmerksomhet og dømmekraft, redusert koordinasjon og reaksjonsevne, gangforstyrrelser,

hukommelsesproblemer og sanseforstyrrelser. Ved inntak av høyere doser er det risiko for bevisstløshet, amnesi, respirasjonsdepresjon, inkontinens for urin og avføring, reduserte reflekser, koma og i ytterste konsekvens død. En bør være obs på dempende effekter ved blant annet følgende medikamentgrupper: Opioider, benzodiazepiner, z-hypnotika, barbiturater, trisykliske antidepressiva, antipsykotika og antihistaminer.

Annet

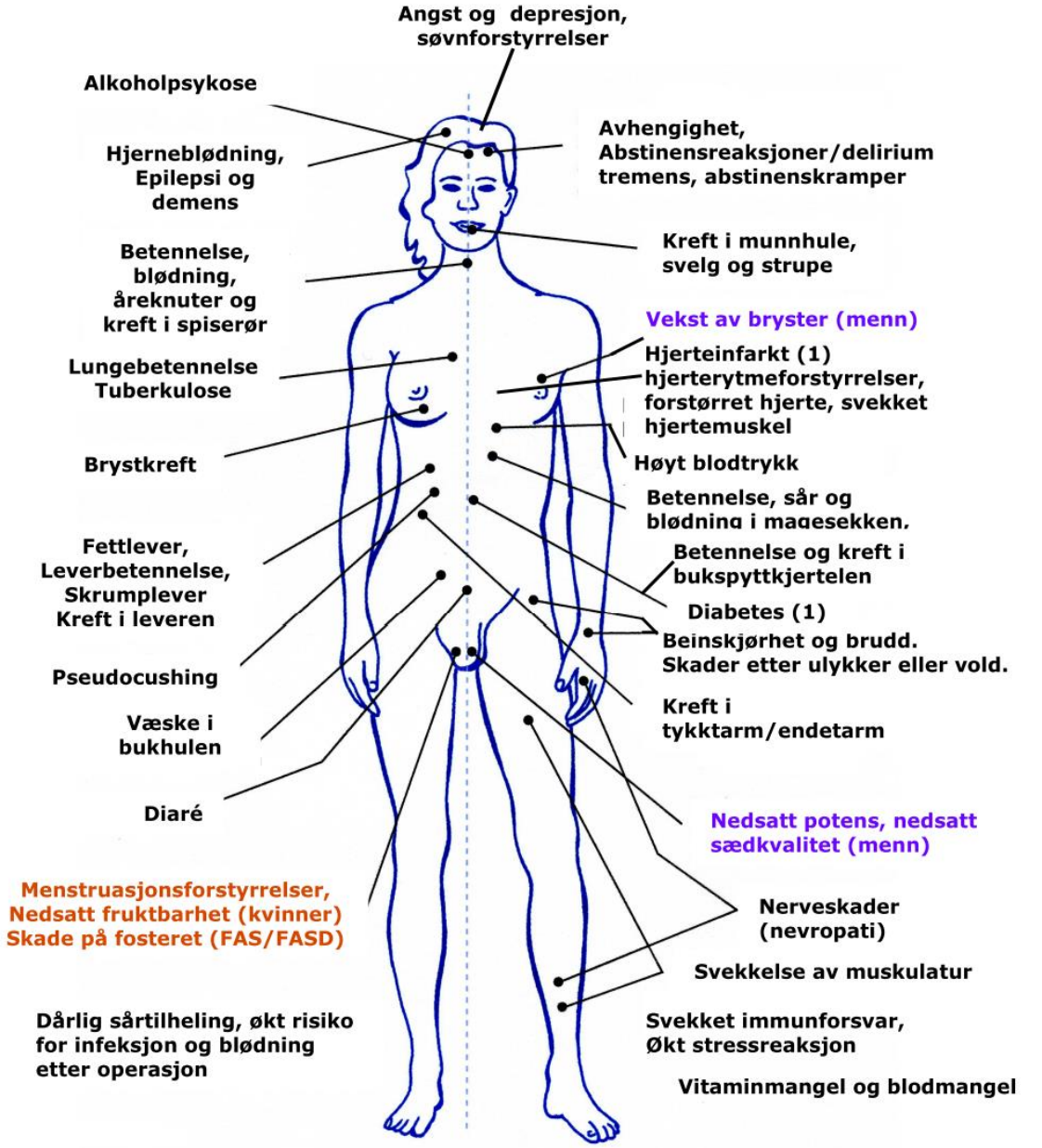
Antidepressiva (SSRI) kjent for kunne gi farmakokinetiske interaksjoner:
Fluoksetin - potent CYP2D6 inhibitor, og norfluoksetin (aktiv metabolitt) er moderat CYP3A4 inhibitor. Lang halveringstid på både modersubstans og metabolitt gjør at inhibitorisk effekt kan vare i uker .
Fluvoksamin - potent CYP1A2 og 2C19 inhibitor, moderat CYP2C9 og 3A4 inhibitor og mild CYP2D6 inhibitor.
Paroksetin - potent CYP2D6 inhibitor.
Fordi rusmisbruk gjerne er et eksklusjonskriterium i kliniske studier mangler systematiske data på interaksjoner. Husk at interaksjonsverktøy er «best» på farmakokinetiske interaksjoner, mens de farmakodynamiske er spesielt viktige ved rusatferd.
Se for øvrig interaksjonskapitlet under Rus og somatikk og under fakta om de ulike rusmidlene.

Rus og somatikk

Somatiske sykdommer og skadevirkninger relatert til alkoholbruk

Alkohol er årsak til de fleste rusrelaterte skader og dødsfall i Norge. En regner at alkohol er årsak til ca. 60 ulike somatiske sykdommer og medvirkende årsak til ca. 200. Blant disse er en rekke kreftformer, kardiomyopati, hypertoni, gastritt, levercirrhose, epilepsi, perifer nevropati m.m. Alkohol er ofte en medvirkende årsak ved somatiske skader etter voldsepisoder, trafikkulykker eller fallulykker. Alkoholbruk under svangerskapet øker risiko for fosterskader (FAS-føtalt alkoholsyndrom) og lav fostervekt. Ca. 1500 personer dør av alkoholrelaterte skader i Norge per år. Det er imidlertid sjelden at pasienter oppsøker helsehjelp på grunn av et alkoholproblem, det blir derfor som oftest opp til helsepersonell å finne ut om helseproblemet er relatert til alkoholbruk, og å gi råd til pasienten om endring av alkoholvaner. Dette representerer ofte en vanskelig balansegang mellom nøytral informasjon og advarsler. Det viktigste er ikke alltid å finne sannheten om hvor mye pasienten drikker, heller ikke å oppnå at pasienten innrømmer sitt problem og ber om hjelp. Det viktigste er ofte å gi pasienten tilstrekkelig informasjon til at han eller hun kan ta informerte valg og ev. fortsette en åpen dialog med behandleren. Her kan enkle kartleggingsverktøy og metoder beslektet med Motiverende Intervju være nyttige. Husk at slike endringer ofte tar lang tid. Noen ganger er imidlertid alkoholproblemet så omfattende og helseskaden så alvorlig at behandling uten pasientens samtykke kan være indisert.

Figur 2: Et utvalg av alkoholrelaterte skader og sykdommer



(1) Ved de fleste tilstander øker risikoen i takt med forbruket, mens for diabetes og hjerteinfarkt ser man en lavere risiko ved lavt til moderat alkoholforbruk, men økt risiko ved et ved høyt alkoholforbruk.

Hepatitt B

Hepatitt B er forårsaket av hepatitt B-virus (HBV) som er et virus i familien hepadnaviridae. Smitte kan gi akutt hepatitt (leverbetennelse), men kan også føre til en kronisk infeksjon. Hepatitt B smitter gjennom seksuell- eller blodkontakt for eksempel gjennom kontaminerte sprøytespisser ved sprøytedeling. Hepatitt B er en av verdens store pandemier med ca. 600 000 dødsfall per år. Man regner med at ca. 40% av verdens befolkning har vært smittet med HBV, og at 350 millioner lever med kronisk hepatitt B-infeksjon. I 2012 ble det meldt 7 tilfeller av akutt hepatitt B til MSIS der sprøytebruk var antatt smittemåte i Norge. Blant injiserende rusavhengige i Oslo er det ved gjentatte undersøkelser påvist HBsAg, en markør for tilstedeværelse av virus og smitterisiko, hos 0,5 til 1,2%. 29% har gjennomgått en hepatitt B-infeksjon og 38% har markører for gjennomgått vaksinasjon.

Symptomer og diagnostikk

30% av voksne som smittes får en asymptomatisk infeksjon, mens de resterende får symptomer som varier fra influensalignende plager til hepatittsymptomer. 3-5% blir kroniske bærere. 15% av kroniske bærere som ble smittet som voksne vil over mange år kunne utvikle leverskader som kan føre til levercirrhose og hepatocellulært karsinom. Andre vil være friske bærere eller utvikle kronisk persisterende hepatitt eller kronisk aktiv hepatitt.

Oppfølging og behandling

Akutt hepatitt B: Symptomatisk behandling. Smitteanamnese for å finne smittekilden. Husk meldeplikt til MSIS.
Alle kroniske bærere (HBsAg positive) bør henvises til infeksjonsmedisiner eller gastroenterolog, det anbefales kontroll av hepatitt B-serologi og leverfunksjonsprøver årlig. Ved symptomgivende infeksjon, patologiske leverprøver, høye virusmengder eller fibroseutvikling bør pasienten vurderes for behandling. Seksualpartner og personer i samme husstand som en kronisk bærer, bør undersøkes og eventuelt tilbys vaksinasjon.
Hepatitt B er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter inkludert vaksine til seksualpartnere og husstandsmedlemmer

Post- og preeksposisjonsprofylakse

Den viktigste gruppen for målrettet forebyggende tiltak i Norge i dag er injiserende narkotikabrukere. Transmisjonsraten etter stikkskade med smittet blod regnes til 10-30%. Smitterisikoen er bl.a. avhengig av viruskonsentrasjonen i blodet til smittekilden.

Følgende tiltak anbefales:

- Samarbeid mellom smittevernlegen, oppsøkende virksomheter, behandlings-institusjoner, fengsler, etc.
- Informasjon i brukermiljøene om utbrudd, symptomer, smittemåter, personlig beskyttelse, vaksinasjonstilbud
- Skadereduserende tiltak som god tilgang på rene sprøyter og annet brukerutstyr og medikamentassistert behandling (f.eks. metadonprogram)
- Vaksinasjon av stoffbrukere mot hepatitt B (og hepatitt A):
    - Dekkes av folketrygden (blåreseptforskriften § 4 punkt 3)
    - Tredoseregime ved 0, 1 og 6 måneder
    - God beskyttelse i 90-95% av tilfellene
    - Kontroll av antistoffnivå 1 måned etter siste dose. Anti-HBs > 100 IU/l antas å gi livsvarig beskyttelse

Generelle forholdsregler ved kontakt med blod

- Bruk hansker ved fare for søl med blod og andre smitteførende kroppsvæsker
- Dekk til egne sår med vanntett plaster
- Bruk munnbind og øyebeskyttelse ved fare for sprut av blod mot øyne, nese og munn

- Bruk vanntett beskyttelsesforkle ved fare for blodsprut

Tiltak ved eksponering for mulig hepatitt B-smitte

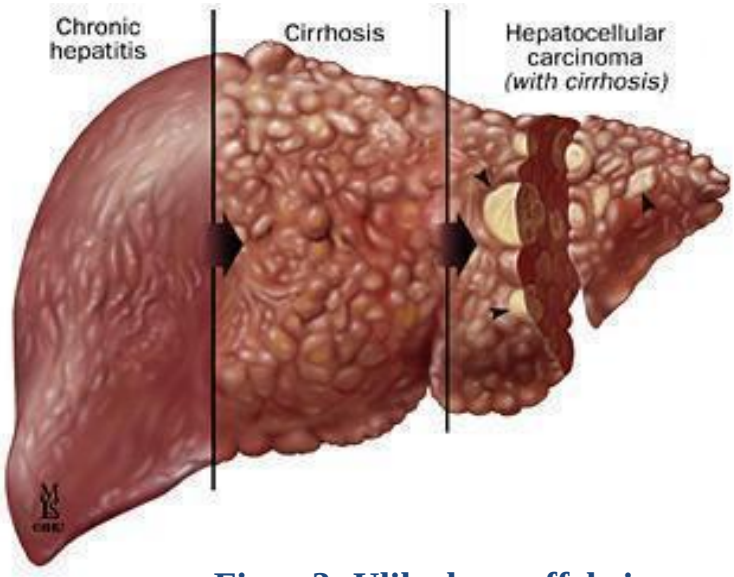
Dersom kilden er en kjent eller sannsynlig hepatitt B-smittebærer og den som har vært utsatt for mulig blodsmitte IKKE er vaksinert mot hepatitt B:

- Straks tilby spesifikt immunglobulin (HBIG) (innen 48 timer etter skaden)
- Straks tilby hurtigvaksinasjon mot hepatitt B (0, 1, 2 og 12 måneder etter skaden)
- Informasjon om bruk av kondom ved seksuell kontakt i oppfølgingsperioden

Kontakt bakvakt ved infeksjonsmedisinsk avdeling på nærmeste sykehus
For utfyllende informasjon, se Folkehelseinstituttets internettsider Lenke

Hepatitt C

Hepatitt C er en betennelse i leveren som skyldes infeksjon av hepatitt C-virus som vanligvis smitter gjennom infisert blod og blodprodukter. Det finnes i alt seks undertyper eller genotyper av hepatitt C-viruset. Grovt sett utgjør genotype 2 og 3 to tredjedeler av infeksjonene, mens genotype 1 utgjør en tredjedel av infeksjonene.
Hos 75-80% av pasientene gir smitte ingen symptomer, men en kronisk betennelsestilstand vil ubehandlet kunne gi komplikasjoner på lang sikt i form av skrumplever, leversvikt eller leverkreft. Disse komplikasjonene inntrer imidlertid sjelden før 20 til 40 år etter smitte. En svært redusert leverfunksjon kan medføre behov for levertransplantasjon.



Figur 3: Ulike leveraffeksjoner

I høyrisikogruppen aktive og tidligere injiserende narkotikabrukere er det påvist en hepatitt C prevalens på ca. 70%. Vi antar at 20-30.000 har hepatitt C-infeksjon i Norge, omlag 2/3 av disse har injisert narkotika på et eller annet tidspunkt. På verdensbasis er rundt 170 millioner mennesker smittet av viruset.

Akutte symptomer og diagnostikk

20-30% av nysmittede får symptomer på akutt hepatitt 5-12 uker etter smittetidspunkt. Symptomene er som regel milde og generelle, noe som gjør det vanskelig å oppdage den akutte infeksjonen. Unntaksvis kan symptomene være uttalte med influensalignende plager, utslett, slapphet, leddsmerter, magesmerter, gulsott, mørk urin og avfarget avføring. Hos 60 – 80% går sykdommen inn i en kronisk fase.
Hepatitt C påvises ved blodprøve. Prøven bør gjentas 3-6 måneder etter at man har vært utsatt for smitte.

Oppfølging og behandling

Pasienten må være i en stabil livsfase uten pågående rusing før behandling, det stilles vanligvis krav om minst 3 måneder rusfrihet før oppstart. Standardbehandling, behandlingslengde og behandlingseffekt avhenger av genotype og behandlingen er en spesialistoppgave. Substitusjonsbehandlede opioidavhengige som er HCV-RNA-positive bør vurderes av spesialist i fordøyelsessykdommer eller infeksjonsmedisin og eventuell behandling kan integreres i LAR-programmet. Gjennomgått vellykket behandling gir ingen beskyttende immunitet og reinfeksjon kan forekomme.

Post- og preeksposisjonsprofylakse

- Unngå deling av sprøyter og brukerutstyr
- Dersom du er smittet er bruk av kondom tilrådet ved flere partnere. I forhold med fast partner er ikke kondom obligatorisk dersom partneren er fullt informert om risikoen for å få hepatitt C
- Forsiktighet i yrker der en kan komme i kontakt med blod eller blodprodukter

Generelle forholdsregler ved kontakt med blod:

- Bruk hansker ved fare for søl med blod og andre smitteførende kroppsvæsker
- Dekk til egne sår med vanntett plaster
- Bruk munnbind og øyebeskyttelse ved fare for sprut av blod mot øyne, nese og munn
- Bruk vanntett beskyttelsesforkle ved fare for blodsprut

For utfyllende informasjon, se Folkehelseinstituttets internettsider Lenke

Hivinfeksjon/AIDS

Hivinfeksjon er en virussykdom som smitter seksuelt, ved blodsmitte og fra mor til barn. Sykdommen vil over tid medføre redusert immunforsvar slik at opportunistiske infeksjoner opptrer. Hivinfeksjon kan resultere i hivsykdom og aids. Humant immunsviktvirus (HIV) tilhører virus familien retroviridae. Hiv-viruset forårsaker immunsvikt ved at viruset ødelegger såkalte CD4-positive T-celler. Denne celletypen koordinerer og forsterker immunologiske reaksjoner av betydning for infeksjonsforsvaret. Ved hivinfeksjon ødelegges milliarder av CD4-celler daglig, mens milliarder av CD4-celler dannes for å erstatte disse. Gradvis vil denne kompensatoriske mekanismen svikte og antall CD4-celler vil falle og føre til immunsvikt. Det er anslått at det ved utgangen av 2012 var ca. 35.3 millioner mennesker som lever med hivinfeksjon globalt. På 1990-tallet var antallet ny tilfeller i Norge stabilt, men det har økt på 2000-tallet. Det skjer lite nysmitte blant injiserende brukere, 11 tilfeller meldt i 2012. Det er beregnet at det per 2012 er omlag 4000-4500 personer som lever med hivinfeksjon i Norge.

Akutte symptomer

Primærinfeksjon (akutt hivinfeksjon): Symptomer kan hos 50-70% av de smittede opptre 2-4 uker etter smittetidspunkt. Symptomene kan være uspesifikke, de vanligste er:

- Feber
- Influensalignende symptomer med faryngitt
- Utslett
- Forstørrede lymfekjertler
- Mer sjeldne symptomer som uttalt hodepine, diare eller sår på genitalia

Pasienter i riskoutsatte grupper bør tilbys hivtest, hvis de har følgende symptomer:
- Mononukleoseliknende symptomer.
- Lymfadenopati
- Herpes zooster
- Malignt lymfom
- Candidainfeksjoner i munn og svelg
- Utslett i ansiktet
- Seksuell overførbar sykdom
- Hepatitt (A, B eller C)
- Vekttap, nattesvette eller kroppssmerter
- Langvarig febril sykdom

Diagnose
Det anbefales at risikogrupper med noen av disse symptomene testes for hiv, det samme gjelder for alle som har vært i en risikosituasjon. Risikogrupper er menn som har sex med menn, personer som har hatt ubeskyttet sex i høyrisikoområder, innvandrere fra de samme områder og injiserende brukere.

Hivsykdom (tidlig symptomatisk hivinfeksjon): Ved økende immunsvikt sees en rekke symptomer, vanligvis candidainfeksjoner i munn og svelg, herpes simplex-utbrudd, forstørrete lymfeknuter, vekttap, nattesvette og kroppssmerter.
Aids: En rekke indikatorsykdommer inngår i aidsdefinisjonen. De viktigste er pneumocystispneumoni, residiverende bakterielle pneumonier, candidaøsofagitt, tuberkulose, infeksjon med atypiske mykobakterier, kronisk herpes simplexvirusinfeksjon, Kaposi sarkom, hivencefalopati med demens, hiv-avmagringssyndrom og cytomegalovirusretinitt.
Andre hivrelaterte sykdommer: Hivpositive har økt forekomst av en rekke sykdommer som vanligvis rammer eldre, ikke-smittede personer. Dette er kardiovaskulære sykdommer, osteoporose (redusert beinmineraltetthet), leversykdommer, nyresykdommer, kreft, diabetes og nevrokognitiv dysfunksjon.

Oppfølging og behandling
Det finnes foreløpig ingen helbredende behandling mot hiv som kan utrydde viruset og gjenopprette et helt normalt immunforsvar. Tilgjengelig behandling retter seg mot virusets evne til å reprodusere seg i kroppen, og dermed mot dets evne til å fremkalle sykdom.
Nye antivirale behandlingsregimer har forbedret prognosen betydelig og ført til lengre overlevelse og et relativt normalt liv for den hivsmittede. Man kan si at hivinfeksjonen har endret seg fra å være en dødelig sykdom til å bli en kronisk sykdom med livslangt behandlingsbehov. Samtidig blir flere og flere av de

hivsmittede eldre, og det er viktig å identifisere andre helseproblemer enn de tidligere så vanlige aidsrelaterte sykdommene. Effekten av behandling med antivirale midler ved primærinfeksjon (akutt hivsykdom) er usikker, men bør vurderes av spesialist i infeksjonsmedisin. Hivinfeksjon er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter. Husk smitteoppsporing ved nyoppdaget hivsmitte.

Post - og preeksponeringsprofylakse

Posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hiv kan være aktuelt etter stikkuhell, ved deling av sprøyte eller samleie med en kjent hivpositiv. Ved slike tilfeller bør infeksjonsmedisiner kontaktes øyeblikkelig med tanke på behandling med antivirale medikamenter. PEP bør igangsettes så snart som mulig dersom det er indikasjon for slik behandling og senest innen 48 timer etter at risikosituasjonen fant sted. Transmisjonsraten ved stikkuhell er beregnet til ca.0,3%, ved fellesbruk av sprøyter ca.1%.

Helsepersonell

Generelle forholdsregler ved kontakt med blod:

- Bruk hansker ved fare for søl med blod og andre smitteførende kroppsvæsker
- Dekk til egne sår med vanntett plaster
- Bruk munnbind og øyebeskyttelse ved fare for sprut av blod mot øyne, nese og munn
- Bruk vanntett beskyttelsesforkle ved fare for blodsprut

Ved stikkskade der kilden er kjent eller sannsynlig hivsmittebærer skal infeksjonsmedisiner vurdere profylaktisk behandling mot hiv. For å ha god effekt bør posteksposisjonell profylakse startes innen få timer etter at skaden er skjedd, kontakt bakvakt ved nærmeste sykehus.

Vaksiner

Folkehelseinstituttet anbefaler følgende vaksiner (utdrag fra Smittevernboka og Vaksinasjonsboka):

Hepatitt A+B

Målgrupper for hepatitt A-vaksinasjon som dekkes av folketrygden:

- Injiserende stoffbrukere
- Pasienter som har kronisk leversykdom

Målgrupper for hepatitt B-vaksinasjon som dekkes av folketrygden:

- Brukere av narkotiske stoffer
- Prostituerte
- Pasienter med kronisk nyresvikt
- Pasienter som har kronisk leversykdom

Injiserende rusmiddelbrukere har risiko for å smittes med hepatitt B og hepatitt A. Alle rusmiddelbrukere skal derfor tilbys om hepatitt A- og B-vaksine. Tilbudet bør gis også når personen er i kontakt med helsevesenet av andre grunner.

Influensa

Rusavhengige er ikke nevnt spesifikt som en risikogruppe som bør få årlig vaksinasjon mot sesonginfluensa, men mange vil falle innenfor anbefalingene fra FHI (Folkehelseinstituttet) pga. annen kronisk sykdom eller nedsatt infeksjonsresistens.

Pneumokokkvaksine

Individuell vurdering av behovet for pneumokokkvaksinasjon for personer med alkoholavhengighet, skadelig bruk eller avhengighet av andre rusmidler eller hjemløse.
Revaksinasjon av eldre og andre risikogrupper unntatt miltløse anbefales etter 10 år og det er ikke nødvendig å måle antistoffnivået i serum før revaksinasjon for denne gruppen.

Ernæring

Rusmiddelbrukere er særlig utsatte for under- og feilernæring. Dette skyldes bl.a. at penger blir brukt på rusmidler i stedet for mat, høyt forbruk av karbohydrater og dårlig tannstatus. Ved høyt alkoholinntak får pasienten ofte dekket energibehovet fra alkoholen, men dette fører til manglende inntak av andre viktige næringsstoffer samtidig som alkoholmetabolismen bl.a. øker forbruket av viktige vitaminer som Tiamin. Det er derfor viktig å kartlegge pasientens ernæringstilstand ved oppstart i behandling. Helse-Bergen har laget egne retningslinjer for ernæring (dette er en intern Helse-Bergen lenke, vil ikke virke for eksterne brukere).

Et re-ernæringssyndrom kan oppstå etter en lengre katabol fase med fett- og proteinmetabolisme og føre til alvorlige vitamin- og elektrolyttmangler. Pasienter som har alvorlig feil- og underernæring og i tillegg har gått ned > 10% i vekt de siste 2 månedene eller er alkoholavhengige, er i en særskilt risikogruppe. Se denne lenken for ytterligere informasjon. (dette er en intern Helse-Bergen lenke, vil ikke virke for eksterne brukere).

Kartlegges hos alle pasienter:

- Beregne BMI
- Spørre om vekttap de siste ukene
- Spørre om redusert næringsinntak de siste ukene
- Har pasienten alvorlig sykdom?

Ved «ja» på et av punktene ovenfor gjøres videre kartlegging ut fra kriteriene i tabellen på neste side.

Tabell 22: Ernæringstilstand

Score	Ernæringstilstand	Score	Sykdommens alvorlighetsgrad
0	Normal ernæringstilstand	**0**	Ikke syk
1	Vekttap > 5% siste 3 md eller matinntak 50-75% av behov siste uke	**1**	Kronisk sykdom eller gjennomgått mindre kirurgis inngrep
2	Vekttap > 5% siste 2 md eller BMI = 18,5-20,5 + redusert allmenntilstand eller matinntak 25-50% av behov siste uke	**2**	Tydelig redusert allmenntilstand pga sykdom
3	Vekttap > 5% siste måned (>15% siste 3 md) eller BMI < 18,5 + redusert allmenntilstand eller matinntak 0-25% av behov siste uke	**3**	Alvorlig syk. Intensivpasient

Skåringsnøkkel:

Score for ernæringstilstand:	0-3
+ Score 1 for alder > 70 år:	0-1
+ Score for sykdommens alvorlighetsgrad:	0-3
= Risikoscore	0-7

Score 0-2: Pasienten er ikke i ernæringsmessig risiko. Dokumenter at screening er utført. Angi resultatet på journalarket for senere skanning til journal. Gjenta innledende screening etter 1 uke.
Score > 3: Pasienten er i ernæringsmessig risiko. Lag ernæringsplan.

Oppfølging:

- Veiing én gang per uke
- Blodprøver etter følgende skjema (gjelder sykehusavdelinger)

Tabell 23: Oppfølging ernæringstilstand

Parameter	x 2/dag	x 1/dag	x 2/uke	x 1/uke	x 1/md
Glu, K, fosfat, laktat	Akutt	Stabil	Langtid		
Na, Cl, Ca, Mg, TG, Kreatinin, Karbamid		Akutt	Stabil	Langtid	
INR, ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, amoniakk, amylase			Akutt	Langtid	
Total protein, transferrin, prealbumin			Akutt	Stabil	Langtid
Sporstoffer					Langtid
vitaminer					Langtid
Urinanalyse (obs glucose		Akutt	Stabil		

Behandling:

- Mangel på vitaminer, elektrolytter og sporstoff blir korrigert avhengig av blodprøvesvar.
- Alkoholavhengige med score >3 bør få høydose substitusjon av nødvendige vitaminer med f.eks. Pabrinex. Første dose bør gis så tidlig som mulig, men det er ingenting i veien for at pasienten får mat eller en enkelt bolusinfusjon med glucose, før vitamintilskuddet blir gitt.

Vær på vakt - noen viktige interaksjoner i somatikken

Sentralstimulerende rusmidler

Psykomotorisk stimulerende midler som amfetamin og beslektede stoffer og kokain påvirker monoaminer (dopamin, noradrenalin) i synapser og gir sentralnervøse og perifere effekter. Påvirkning av monoaminer skjer gjennom økt frigjøring og/eller hemmet reopptak av monoaminer. MDMA øker også frigjøring og hemmer reopptak av serotonin (5-HT). Virkestoffene i khat likner på amfetamin i struktur og i farmakologiske egenskaper. Alkaloider beslektede med efedrin i khat øker frigivelsen av og hindrer i mindre grad reopptak av biogene aminer i det presynaptiske nevron og øker mengden av biogene aminer i nervesystemet.
Når et eller flere av disse stoffene er inntatt og det foreligger akutt rus (ukjent dose/ukjent blanding/ukjent tidspunkt for inntak) så bør kombinasjon med andre sentralnervøst virkende legemidler, og legemidler som påvirker kardiovaskulær funksjon, brukes med stor forsiktighet. Faren er uforutsette sentralnervøse og kardiovaskulære effekter på grunn av interaksjoner.

Forsiktighet ved legemidler som påvirker organfunksjon pga. av risiko for farmakodynamiske (eks. hjerte) og –kinetiske effekter (eks. nyre). Vær oppmerksom på bruk av antihypertensiva (betablokkere, klonidin) pga. fare for overstimulering av alfareseptorene.

Praktisk: Bruk amfetamin eller ADHD-legemidler i interaksjonsverktøy og «ekstrapoler» funn når det foreligger bruk av beslektede stoffer som ikke er godkjente legemidler.

Alkohol

Bruk av alkohol er relevant for mange som bruker legemidler. Etanol er en farmakologisk aktiv forbindelse som kan interagere med mange medisiner. Interaksjonene går begge veier: Alkohol kan gi endret legemiddeleffekt, og legemidler kan gi endret effekt av alkohol. En rekke enzymer bidrar til nedbrytingen av alkohol i leveren og ved langvarig høyt alkoholforbruk stimulerer disse. Dette har betydning for andre legemidler som metaboliseres av de samme enzymene; langsommere metabolisme under pågående alkoholinntak og raskere omsetning etter avsluttet langvarig alkoholinntak. Et eksempel er CYP2E1 som metaboliserer paracetamol til aktiv levertoksisk metabolitt og som kan føre til økt levertoksisitet av paracetamol om det blir indusert.

Kombinasjon av blodfortynnende legemidler og alkohol er uheldig av flere grunner. Alkoholpåvirkning vil øke risikoen for skader som kan føre til farlige blødninger. Småblødninger i mage-tarm-kanalen kan utløses av etanols ulcerogene effekter på mukosa. Dette er særlig problematisk ved samtidig bruk av NSAIDs, platehemmere og/eller antikoagulantia. Effekten av warfarin vil også bli påvirket av alkohol. CYP-mediert metabolisme hemmes av etanol slik at en vil kunne få økt INR og økt blødningsrisiko. Ved kronisk høyt alkoholkonsum vil en derimot risikere hemming av antikoagulasjonen fordi induksjon av CYP-enzymene vil gi lavere nivåer av warfarin.

Generelt:
Antimikrobielle midler kjent for å gi farmakokinetiske interaksjoner er makrolider og konazoler (begge hemmer CYP3A4).
Husk at interaksjonsverktøy er «best» på farmakokinetiske interaksjoner, mens de farmakodynamiske er spesielt viktige ved rusatferd.

Se for øvrig interaksjonskapitlet under Rus og psykiatri og under fakta om de ulike rusmidlene.

Rusmiddelbruk under svangerskap

Gravide kvinners rusbruk kan ha dyptgripende konsekvenser for fosterets sentralnervøse og fysiske utvikling og kan føre til forsinket eller varig svekket mental, motorisk, språklig og sosial utvikling. For fostre utsatt for mors bruk av narkotiske stoffer har det vært vanskelig å finne entydige sammenhenger mellom enkeltsubstanser og konkrete skadevirkninger. Dette skyldes blant annet at man sjelden finner et isolert stoffproblem hos den enkelte kvinne. De fleste er avhengige av flere ulike stoffer og alkohol. Dette gjør det vanskelig å skille alkoholens skadelige effekt på fosterutvikling fra effekten av narkotika. Ved bruk av rusmidler tett opp til fødselen vil barnet kunne utvikle abstinens kort tid etter at det er født. Neonatalt abstinenssyndrom (NAS) kjennetegnes med hypersensitivitet for stimuli, sterk motorisk uro, høy og vedvarende gråt og stadig sugerefleks. Bruk av rusmidler som tilføres med sprøyter, øker risikoen for infeksjoner hos moren, bl.a. hepatitt, som også kan overføres til fosteret.

Alkohol

Et stort og jevnt alkoholkonsum kan gi skade i form av føtalt alkoholsyndrom (FAS). Det er en alvorlig og sammensatt skade som kjennetegnes ved veksthemning, redusert psykomotorisk utvikling og spesielle ansiktskarakteristika. Risiko for utvikling av FAS øker betydelig dersom daglig inntak av alkohol overgår 60 gram. Forskningen viser også at flere av skadene som oppstår i svangerskapet, varer livet ut. En vet også at et jevnt alkoholinntak gir risiko for prematur fødsel og infeksjoner hos det nyfødte barnet, som igjen gir økt risiko for sykdom, skader og død.

Cannabis

Jevn bruk av cannabis under graviditet gir moderat veksthemning og reduserer svangerskapslengden. Det er også økt hyppighet av redusert hodeomkrets og ansiktstrekk som likner dem en ser ved det føtale alkoholsyndromet etter som bruken øker. Funksjonelle forstyrrelser i nervesystemet ses også, bl.a. er det mistanke om økt risiko for utvikling av atferdsforstyrrelser som ADHD. Det er ikke kjent at moderat bruk av cannabis har teratogen effekt.

Opioider

Gravide opioidbrukere får barn med gjennomsnittlig lavere fødselsvekt og mindre hodeomkrets enn barna til gravide som ikke er opioidbrukere. Spontanaborter forekommer hyppigere enn i normalbefolkningen. Barna har ofte behandlingstrengende abstinensplager etter fødselen og økt grad av atferdsmessige forstyrrelser, veksthemning og forstyrrelser i læreprosesser. Siden opioider ofte inntas i form av injeksjoner, kan både mor og foster få infeksjoner. Nyere, norske studier har imidlertid vist at metadon- og buprenorfinbehandling i svangerskapet gir liten risiko for fosteret.

Benzodiazepiner

Effekten av benzodiazepiner på foster er omdiskutert. Selv om flere studier har rapportert en assosiasjon med forskjellige misdannelser, har andre studier ikke funnet slik sammenheng. Risikoen er avhengig av dose samt kvinnens samtidige bruk av alkohol og tobakk. Generelt sett anses risikoen for misdannelser ved bruk i normale doser å være lav eller det er ingen risiko. Oksazepam er å foretrekke fremfor andre benzodiazepiner, da det ikke omdannes til aktive metabolitter og har en relativ kort halveringstid sammenliknet med f.eks. diazepam. Bruk av høye doser av diazepam over 30-40 mg daglig eller bruk over lengre perioder (misbruk) kan medføre akkumulering og økt risiko for misdannelser. Mot slutten av svangerskapet kan mors bruk av benzodiazepiner føre til at barnet etter forløsning får seponeringssymptomer. Brukt rett før fødsel får barnet også det som kalles ”floppy-infant syndrome” med symptomer som hypotoni, hypotermi, pustebesvær, letargi og dieproblemer. Eventuelt bruk i svangerskapet må ikke avsluttes brått da det kan gi seponeringssymptomer hos både mor og barn.

Amfetamin og kokain

Bruk under graviditet gir økt risiko for spontanabort, prematur fødsel, retensjon av morkaken, løsning av morkaken og økt blødning post partum. Dette har sannsynligvis sammenheng med den vasokonstringerende og uteruskontraherende effekten av de sentralstimulerende midlene. Det ses veksthemning, hemmet intellektuell utvikling og avvikende atferd med aggressivitet, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker hos barnet.

GHB

Det foreligger lite informasjon om risiko for fosteret dersom gamma hydroksybutyrat (GHB) inntas av gravide kvinner. Kardiovaskulære misdannelser, ekstremitetsmisdannelser og misdannelser i kjønnsorganer/urinveier er rapportert i

litteraturen etter inntak av GHB i kombinasjon med ecstasy. Dyreforsøk har imidlertid ikke vist teratogene effekter av GHB. Det er imidlertid kjent at GHB krysser placenta og en kan derfor ikke utelukke påvirkning på fosteret.

Nikotin
Nikotin kan ha påvirkninger på fosteret gjennom hele svangerskapet. Den øker risiko for spontanabort i første trimester, og prematur fødsel og redusert fødselsvekt i siste trimester.

Tiltak
Veiledning og oppfølging av gravide som har et rusproblem er av stor betydning. Dersom bruken av rusmidler er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det gjøres vedtak om at en gravid rusmiddelbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet.

Rusmiddelbruk blant eldre

Rusmiddelbruk blant eldre er økende. Dette gjelder spesielt bruk av alkohol og vanedannende legemidler. Tall fra den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at andelen kvinner og menn som rapporterer problemer knyttet til alkohol, har økt fra 1995 til 2008, og aller mest i aldersgruppen 50 – 70 år. I rapporten *Morgendagens eldre*, som er basert på data fra en pågående studie om aldring (NorLAG-studien, Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon) har man blant annet sett på alkoholvaner og alkoholbruk hos morgendagens eldre. Disse dataene tyder på et økende alkoholforbruk, spesielt blant middelaldrende og eldre kvinner med høyere utdanning. Morgendagens eldre vil ha andre alkoholvaner og et annet forhold til rusmidler enn dagens og tidligere generasjoners eldre, og mye tyder på at man drar med seg slike vaner inn i alderdommen.

Bruken av reseptbelagte vanedannende legemidler øker med alderen og er særlig høy hos eldre kvinner. Tall fra Reseptregisteret fra perioden 2005 – 09 viser at eldre over 70 år får forskrevet store mengder beroligende medikamenter, søvnmedikamenter og ulike typer smertestillende. Rus- og avhengighetsproblemer hos eldre har alvorlige individuelle og samfunnsøkonomiske omkostninger i form av økt forekomst av kompliserte sykdomsforløp, skader og bruk av helsetjenester, inkludert sykehusinnleggelse. Aldersrelaterte endringer i fysiske, psykiske og sosiale forhold øker den eldres sårbarhet for negative virkninger av rusmidler, men rusproblemer hos eldre er i stor grad underdiagnostisert og underbehandlet.

Lover og regelverk

Melderutiner

Fylkesmannen/Førerkort

Bakgrunn: Varsling av Fylkesmannen der førerkortinnehaver ikke tilfredsstiller helsekrav til førerkort.

Helsepersonelloven §34: *Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat*
«Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsekrav som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.»

Når en pasient tas imot til innleggelse i institusjon eller møter til poliklinisk behandling på grunn av rusrelaterte helseproblemer, gjelder følgende:

- Behandler skal spørre om pasienten har førerkort og om henviser eller andre har sendt melding til Fylkesmannen. Videre skal behandler gjøre pasienten oppmerksom på de retningslinjene som gjelder.
- Behandler kan ilegge **muntlig kjøreforbud** uten å melde til Fylkesmannen ved tilstander som har **varighet kortere enn 6 måneder**, slik at pasienten kan få en sjanse til å få kontroll over og redusere bruken av rusmidler. Unntak: Bruken av rusmidler er så omfattende/alvorlig at behandler vurderer at pasienten sannsynligvis ikke er i stand til å kontrollere den.
- Behandler skal sende **melding til Fylkesmannen** ved rusrelaterte tilstander som har forventet **varighet lengre enn 6 måneder**. Eksempel på slike tilstander er: Skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, bruk av vanedannende legemidler ut over tillatte grenser, substitusjonsbehandling i LAR, alvorlige følgetilstander av stort alkoholbruk. Unntak: Pasienten vurderes å ha et høyt alkoholforbruk, men det er tvil om kriteriene for diagnosen «skadelig bruk» er oppfylt. I et slikt tilfelle kan en ilegge muntlig kjøreforbud og avvente melding i inntil 6 måneder. Pasienten bruker illegale rusmidler, men de inntas sporadisk i små mengder og ikke i forbindelse med bilkjøring. Kriteriene for diagnosen «skadelig bruk» vurderes ikke å være oppfylt.
- Pasienter som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for en ruslidelse, oppfyller som regel ikke førerkortforskriftens helsekrav.

Innholdet i meldingen: Meldingen skal redegjøre for grunnlaget for at en antar at helsekravet til førerkort ikke er oppfylt. Dette bør inneholde konkrete opplysninger om omfang, frekvens av rusmiddelinntak, type rusmiddel samt varighet av problemene. Pasienten skal informeres skriftlig når vurderingen konkluderer med at melding til Fylkesmannen skal sendes. Spørsmål og svar, informasjon, klinisk vurdering og melding skal journalføres.

Luftfartstilsynet

Bakgrunn: Varsling av Luftfartstilsynet om at person med sertifikat for luftfartøy ikke tilfredsstiller helsekravene til sertifikatet.

Helsepersonelloven §34. *Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat*
Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av første ledd, og kan gi reglene i første ledd tilsvarende anvendelse i forhold til pasienter som har tjeneste utenfor luftfartøy, dersom tjenesten har betydning for luftfartens sikkerhet.

FOR 1984-07-13 nr. 1467: Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav.
§1. Flysertifikat. Lege har plikt til å advare innehaver av flysertifikat dersom legen ved undersøkelse finner det av helsemessige grunner uforsvarlig at personen fortsetter i tjeneste som betinger luftfartssertifikat. Advarselen gis skriftlig. Melding om at slik advarsel er gitt, skal samtidig gis til Luftfartsverket.

Luftfartstilsynet, Flymedisin, Postboks 243, 8001 BODØ

Politi

Gjelder tilgang til våpen, illegale rusmidler og informasjon om kriminelle handlinger.
Helsepersonell kan noen ganger oppleve at det å beholde taushet om pasientopplysninger kan sette liv og helse i fare. I slike tilfeller må det vurderes om det finnes lovbestemte unntak fra taushetsplikten som tilsier at taushetsbelagte opplysninger likevel kan eller skal gis til andre.

Foreldre

Bakgrunn: Varsling av foreldre om ruspåvirket ungdom under 18.
Lov om pasientrettigheter §3-4: *Informasjon når pasienten er mindreårig*
”Er pasienten under 16 år, skal både pasient og foreldre eller andre med foreldreansvar informeres.
Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldre eller andre med foreldreansvar når pasienten av grunner som bør aksepteres, ikke ønsker dette. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvar når pasienten er under 18 år.”

Barnevern

Bakgrunn: Varsling av Barnevernet der det er mistanke om mishandling/ omsorgssvikt eller der barnet selv har vist alvorlige adferdsvansker.

- Har pasienten barn eller omsorg for barn?
- Hva er barnets/ barnas alder?
- Samtykker pasienten til at det opprettes kontakt med barnevernet?
- Er det grunnlag for å sende bekymringsmelding uten samtykke?

Helsepersonelloven §33: *Opplysninger til barneverntjenesten*
”Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.
Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. Lov om barnevern §4-10, §4-11 og §4-12. Det samme gjelder når et barn har vist alvorlige adferdsvansker, jf. nevnte lov §4-24.”

Sosialtjenesten - Tvangsbehandling etter helse- og omsorgstjenesteloven §10
Bakgrunn: Varsling av kommunal helse og omsorgstjeneste (i Bergen: Sosialtjenesten) om gravide som bruker alkohol eller illegale rusmidler i svangerskapet slik at fosterets helse kan være i fare.

Helsepersonelloven §32. *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten*
“Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter §21.

Uten hinder av taushetsplikt etter skal helsepersonell gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade (Jf. helse- og omsorgstjenesteloven §10-3).
Dette betyr at sosialtjenesten ikke kan innhente opplysninger for å forberede et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 uten at pasienten har samtykket til dette. Det er også krav om samtykke fra pasienten for å sende bekymringsmelding til NAV dersom opplysningene som fremkommer i meldingen ikke er kjent for NAV (jf. § 21-1 i helsepersonelloven). Når det gjelder gravide rusmiddelavhengige oppheves taushetsplikten ovenfor sosialtjenesten.

RELIS (Regionale Legemiddelinformasjonssentre)
Helsepersonell skal sende bivirkningsmelding ved *mistanke* om sammenheng mellom en somatisk/psykisk reaksjon og et legemiddel. Vær spesielt oppmerksom på nyere medikamenter som gir ruseffekt eller brukes utover anbefalt dosering, for eksempel Lyrica og Neurontin.
Leger og tannleger har plikt til å rapportere dødelige og livstruende bivirkninger, bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger og uventede eller nye bivirkninger ved bruk av legemidler.

Alle spørsmål relatert til bruk av legemidler kan rettes til RELIS, ikke bare bivirkninger!
RELIS sin hjemmeside: www.relis.no
Meldeskjema finnes her: http://relis.no/Bivirkninger

Helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonell har som utgangspunkt taushetsplikt om pasientforhold, jf. *lov av 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell mv.* (helsepersonelloven) §21.
Helsepersonells taushetsplikt er imidlertid ikke absolutt. Pasienten kan for det første *samtykke* til at opplysninger gis jf. helsepersonelloven §22. Videre vil helsepersonell i enkelte situasjoner kunne ha *plikt* til å gi opplysninger til nødetater. Helsepersonell vil også kunne ha en opplysnings*rett*, hvilket innebærer at det er adgang til å gi opplysninger, men ingen plikt. Ved vurderingen av om det foreligger en slik plikt eller rett til å gi opplysninger, må det foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

Opplysningsrett etter helsepersonelloven §23 nr.4

Etter helsepersonelloven §23 nr.4 er taushetsplikten ikke til hinder for at opplysninger kan gis videre "når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig." Helsepersonell har etter denne bestemmelsen en opplysningsrett, men ingen plikt.
Bestemmelsen vil for eksempel kunne være aktuell der helsepersonell får kunnskap om at en psykisk ustabil person er i besittelse av sivilt eller militært våpen, og det anses som en risiko at vedkommende vil kunne skade seg selv eller andre.
Det er i praksis lagt til grunn en streng norm for anvendelse av *retten til å gi opplysning* etter helsepersonelloven §23 nr.4. Helsepersonell må foreta en konkret interesseavveining av hensynene for og imot at slike opplysninger gis. Krenkelse av enhver privat eller offentlig interesse kan imidlertid ikke gi helsepersonell rett til å gi opplysninger og ethvert brudd på straffeloven kan ikke tilsi at taushetsplikten skal vike.

Hensyn som taler for å bryte taushetsplikten må veie *vesentlig tyngre* enn hensynet som taler for å bevare taushet. I alminnelighet vil det være snakk om nødrettsbetraktninger. Det betyr at det skal mye til før opplysninger kan gis.
Det vil ikke være anledning til å gi opplysninger utelukkende for å oppklare en forbrytelse. Det er ikke et krav at skade har inntruffet, men helsepersonellet vil kunne gi opplysninger der det er risiko for økt og alvorlig skadeomfang hvis politi eller de aktuelle militære myndigheter ikke blir varslet. Taushetsbelagte opplysninger vil bare kunne gis der helsepersonellet mener det enten *er risiko for et angrep, eller fare for gjentakelse*.

Helsepersonellet må videre legge vekt på hvilken betydning de taushetsbelagte opplysninger vil ha for å forhindre fare eller skade i den konkrete saken. Graden av usikkerhet med hensyn til om handlingen vil gjennomføres eller gjentas, og størrelsen på skadepotensialet vil være viktige momenter i vurderingen av om det foreligger en rett til å gi opplysninger.

Helsepersonell vil dermed rettmessig kunne formidle opplysninger til politiet for å hindre livstruende misbruk av skytevåpen jf. helsepersonelloven §23 nr.4.

Opplysningsplikt til nødetater, jf. helsepersonelloven §31

I enkelte tilfeller har helsepersonell *plikt* til å varsle nødetater (politi eller brannvesen) der dette er "nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom", jf. helsepersonelloven §31. Plikten gjelder ikke overfor militære myndigheter. Politiet har imidlertid plikt til å gi underretning til militær myndighet etter påtaleinstruksen §5-9. Ved å varsle politiet vil politiet kunne gi melding videre til militær myndighet. De situasjonene som omfattes av opplysningsplikten vil normalt ikke gå lenger enn det som følger av §23 nr.4. Det vises derfor til beskrivelsen av situasjoner der det foreligger opplysningsrett ovenfor.

Plikten til å varsle politiet vil kunne inntre både i og utenfor en akuttsituasjon. I akutte situasjoner vil det være tilstrekkelig at helsepersonellet gjør et forsøk på å få klarhet i situasjonen, for eksempel ved at vurderingene baseres på hva som erfaringsmessig er påregnelig utvikling av risiko. Utenom nødsituasjoner er kravet til vurdering og visshet før politiet varsles større, da det normalt vil være bedre tid til å få klarhet i situasjonen.

Opplysningsplikt etter straffeloven §139

Etter straffeloven §139 har enhver plikt til å forsøke å *avverge* at visse særskilt nevnte alvorlige forbrytelser blir begått eller gjentas. Blant de forbrytelsene som er nevnt og som er aktuelle i forhold til psykisk ustabile personer med tilgang til våpen, er grov legemsbeskadigelse etter straffeloven §231 og drap etter §233. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell som får "pålitelig kunnskap om at den (forbrytelsen) er i gjære eller er forøvd", har en plikt til å anmelde eller på annen måte forsøke å avverge handlingen slik at forbrytelsen ikke blir utført, eventuelt en plikt til å forhindre at følgen av en slik handling inntrer. Helsepersonellet har ikke plikt til å gripe inn der forbrytelsen er begått og følgene er opphørt. Også her må helsepersonellet imidlertid vurdere gjentagelsesfaren. Formålet er å avverge alvorlige forbrytelser. Med "pålitelig kunnskap" menes at helsepersonellet må holde det som mest sannsynlig at en slik forbrytelse vil skje. Det forutsettes også her en konkret vurdering basert på den kjennskap helsepersonellet har til den aktuelle situasjon.

Det stilles strengere krav til visshet for at helsepersonellet skal ha opplysningsplikt etter straffeloven §139 enn for at helseopplysninger kan og/eller skal gis etter helsepersonelloven §23 nr.4 og §31. Videre vil plikten som følger av §139 være begrenset til de forbrytelser som er nevnt i bestemmelsen.

12 vanlige spørsmål om jus og rus

1. Har jeg lov til å rekvirere rusmiddelanalyser av pasienter uten å informere vedkommende? Hva hvis pasienten ikke vil?

Svar: Hvis spørsmålet gjelder rekvirering av rusmiddelanalyse utelukkende for å undersøke eventuelt inntak av rusmidler, er svaret nei. Det at ev. rusmiddelinntak

framgår i forbindelse med rutinemessig prøvetaking og analyse som gjøres som ledd i vanlig undersøkelse og behandling, er derimot en annen sak. Det er helt sentralt å få avklart hvilke stoffer pasienten har inntatt for eksempel i forbindelse med en intox, for å kunne iverksette rett behandling. Vanlig prøvetaking trenger man ikke eksplisitt samtykke til.
Psykiatriske institusjoner har i psykisk helsevernloven hjemmel for å be om samtykke til urinprøvetaking (pasient i frivillig behandling) eller til å fatte vedtak om urinprøvetaking på pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern (TPH) dersom det er mistanke om at pasient misbruker rusmidler. Det finnes ingen slik hjemmel for pasienter innlagt i somatisk institusjon. (Spesielt unntak: Pasient på TPH blir midlertidig innlagt i somatisk avdeling for undersøkelse/behandling, jf. lov om psykisk helsevern § 3-5, annet ledd, og står samtidig på vedtak om urinprøvetaking).

2. Har jeg lov til å be om at pårørende forlater sykehuset hvis jeg oppfatter dem som beruset? Hva hvis de nekter?

Svar: Alle må rette seg etter de regler som gjelder for opphold på sykehusets område, dette inkluderer også pårørende. Helse Bergen har som eier av eiendom og ansvarlig for virksomheten rett og plikt til å ha de regler og ta de beslutninger som er nødvendig for ivaretaking av dette ansvaret. Dette betyr at sykehuspersonell har rett til å bortvise pårørende dersom de utviser uakseptabel atferd eller på andre måter bryter de regler som gjelder. Dersom de nekter å forholde seg til et slikt pålegg, må vekter tilkalles, eventuelt også politi dersom situasjonen blir slik at deres bistand blir nødvendig.

3. Har jeg lov til å la være å behandle en pasient optimalt med smertestillende fordi han eller hun skaffer seg opioider illegalt under oppholdet?

Svar: Legen må avgjøre hva som er forsvarlig medisinering/ smertebehandling dersom det er avdekket at pasienten tar illegale opioider under innleggelsen. Pasienten skal uansett få nødvendig og forsvarlig behandling.

4. Har jeg lov til å nekte å behandle en pasient som er beruset og ubehagelig?

Svar: En pasient har uansett krav på den helsehjelp som er påtrengende nødvendig for å berge liv og helse (øyeblikkelig hjelp), men bør samtidig korrigeres på uakseptabel atferd. Personell må i slike situasjoner be om den assistanse som situasjonen krever. Dersom atferden ikke bedres og pasienten skal ha videre oppfølging på sykehuset, vil manglende samarbeidsvilje (les: uakseptabel atferd) kunne få konsekvenser for videre behandlingstilbud.

5. Når er en pasient med rusproblemer uten samtykkekompetanse, dvs. ute av stand til å vurdere sitt eget beste?

Svar: Dette er et spørsmål som det – selvsagt – ikke kan gis eksakte kriterier for.
I pasientrettighetsloven § 4-3, annet ledd heter det:
”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn

av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter."
En slik vurdering skal gjøres av kompetent personell ved samtale med og undersøkelse av den det gjelder. Beslutning om ev. manglende samtykkekompetanse skal være dokumentert i journalen i tilknytning til aktuelle undersøkelse/ behandling som blir gjennomført.

6. Kan en pasient anmeldes til politiet for å ha inntatt illegale rusmidler på sykehuset?

Svar: Nei. Når slikt bruk avsløres/ oppdages på sykehuset, skal det håndteres i samsvar med de retningslinjer som gjelder, men pasienter skal være trygge på å få den behandling de trenger uten å risikere straffeforfølgelse for bruk av narkotika.

7. Har jeg lov til å undersøke bagasjen til pasienter for å se om de har tatt med seg rusmidler på sykehuset?

Svar: Nei. Undersøkelse av pasienters bagasje/eiendeler er et så inngripende tiltak at det må være særskilt hjemlet i lov eller forskrift. Slik hjemmel finnes for eksempel i lov om psykisk helsevern § 4-6. Denne gir adgang til å fatte vedtak om undersøkelse av pasientens rom og eiendeler dersom det foreligger begrunnet mistanke om at pasienten har (illegale) medikamenter eller rusmidler. Det finnes ingen slik hjemmel for pasienter innlagt i somatisk institusjon.

8. Kan en sykehuslege informere fastlegen om at pasienten har en ruslidelse - når dette er relevant for oppfølging av sykdommen/skaden - uten å innhente tillatelse fra pasienten?

Svar: Ja, det er etter helselovgivningen ikke et krav om at sykehuset må innhente eksplisitt samtykke fra pasienten før det sendes epikrise til pasientens fastlege og - eventuelt - innleggende/henvisende helsepersonell dersom dette er en annen enn fastlegen. Er opplysninger om ruslidelsen relevante og nødvendige for den videre oppfølging av pasienten, skal dette framgå av epikrisen. I en utskrivningssamtale der det blant annet sjekkes ut at vi har fått oppgitt rett fastlege, vil det være naturlig også å informere pasienten om at epikrise sendes til denne. Dersom pasienten ikke ønsker at opplysninger om ruslidelsen skal formidles, må han i så fall selv uttrykkelig gi beskjed om det til sykehuslegen.

9. Kan en pasient nekte sykehuset å informere fastlegen gjennom epikrise om at pasienten har en ruslidelse, hvis denne lidelsen er relevant for behandlingen av pasientens primære sykdom?

Svar: Ja, en pasient kan nekte sykehuset å formidle visse opplysninger til fastlegen, dette følger av pasientrettighetsloven § 5-3. Dersom en slik situasjon oppstår, er det viktig å forklare pasienten nødvendigheten av at fastlegen blir involvert for å kunne gi pasienten best mulig oppfølging. Det er i samme bestemmelse åpnet for at en i visse tilfeller kan se bort fra pasientens ønske (sitat): "Utlevering kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det". I merknadene til denne bestemmelsen er det vist til at "tungtveiende grunner" kan være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig

helseskade. Husk å dokumentere slike situasjoner i pasientjournalen.

10. Når kan en pasient holdes tilbake i institusjon etter Nødrettsparagrafen i straffeloven (§47)?

For leger, som for alle andre, er det i straffeloven § 47 gitt løfte om straffrihet for handling som er gjort ved bruk av nødrett. Dersom det oppstår en situasjon med stor umiddelbar fare for liv og helse, og alle andre tiltak er forsøkt eller vurdert uegnet, vil medisinering mot pasientens vilje i noen situasjoner være tenkelig i henhold til denne paragrafen. For eksempel kan det dreie seg om en akutt, farlig situasjon som oppstår fordi en person blir svært aggressiv og fysisk utagerende, og det ikke er mulig å berolige, holde fysisk fast (i lengden) eller på annen måte dempe vedkommende for å avverge alvorlig skade.
"Ingen kan straffes for Handling, som han har foretaget for at redde nogens Person eller Gods fra en paa anden Maade uafvendelig Fare, naar Omstændighederne berettigede ham til at anse denne som særdeles betydelig i Forhold til den Skade, som ved hans Handling kunde forvoldes."
I medhold av straffeloven § 47 kan den som overtrer et straffebud ikke straffes når det foreligger en nødrettssituasjon. Handlingen er i slike tilfeller også lovlig. Forutsetningen for å bygge på nødrett er at det foreligger en fare som i interesse klart overstiger verdien av det inngrepet avvergingshandlingen medfører. Nødrettshandlingen må ha som formål å avverge den truende fare. Når faren er avverget, foreligger ikke lenger vilkårene for nødrett. Nødrettshandlingen kan utføres av alle og enhver, også andre enn den som blir utsatt for faren.
Grunnvilkår:

- For det første må det foreligge en fare som ikke kan avverges på noen annen rimelig måte.
- For det andre krever loven at faren som retter seg mot rettsgodet det er tale om å redde, er særdeles betydelig i forhold til den skade som nødhandlingen volder.

11. Når kan en pasient holdes i institusjon mot sin vilje?

Begrepet tvangsbehandling brukes ofte i dagligtalen om tvungen tilbakeholdelse av rusmiddelbrukere etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kapittel 10. Til forskjell fra tvangsbehandling under lov om psykisk helsevern er det fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker som fatter vedtak. NAV-sosialtjeneste forbereder saken og begjærer tvungen tilbakeholdelse. Sosialtjenesten kan fatte et midlertidig vedtak dersom "de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks". Ved midlertidige vedtak skal forslag til endelig vedtak oversendes Fylkesnemnda innen to uker. Det er i henhold til HOL ikke tillat med tvangsmedisinering eller fysiske tvangsmidler.

Sosialtjenesten skal, i henhold til §10.1, ved melding fra pårørende gjøre nødvendige undersøkelser for å vurdere om det er grunnlag for tvang.

Helse- og omsorgstjenesteloven angir tre forskjellige tvangstyper:

- **§10-2:** Tvungen tilbakeholdelse i inntil 3 måneder av personer som "utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig". Formålet er i følge loven "undersøkelse og tilrettelegging av behandling"
- **§10-3:** Tvungen tilbakeholdelse av gravide innebærer vedtak om at en "gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal holdes tilbake i en institusjon 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. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet."
- **§10-4:** Frivillig tvang: "Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket." Dette må avtales på forhånd i form av en skriftlig avtale mellom pasienten og institusjonen.

12. Når kan helsepersonell ransake en pasient?

Somatisk helsetjeneste på kommunalt eller spesialisthelsetjeneste-nivå har ikke hjemmel for kroppsvisitering, ransaking av rom og eiendeler og beslag av ulovlige/farlige gjenstander. Slike hjemler finnes i regelverket om gjennomføring av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og i forskrift til Lov om sosiale tjenester kap.5 (Virkeområde rusinstitusjoner):

§5.5 Rusmidler og farlige gjenstander
§5.6 Kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler
§5.7 Beslaglegging og tilintetgjørelser)

Vanligvis vil helsetjenestens befatning med slikt være tilfeldige funn ifb. akuttinnleggelser eller at slike gjenstander finnes gjemt/forlagt på sengeposter, fellesområder osv.

Det er forbudt å bære kniv og våpen på offentlig sted
Jf. straffeloven § 352 a:
«Med bøter eller fengsel inntil 6 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller grovt uaktsomt på offentlig sted bærer kniv eller lignende skarpt redskap som er egnet til bruk ved legemskrenkelser. Medvirkning straffes på samme måte. Forbudet gjelder ikke kniv eller annet redskap som brukes til eller bæres i forbindelse med arbeid, friluftsliv eller annet aktverdig formål».
Jf. våpenloven § 27b:
«Skytevåpen skal under transport være tømt for ammunisjon og sikret mot at det kommer på avveie. Våpenet skal normalt være tildekket.
Skytevåpen må ikke uten aktverdig grunn has med på offentlig sted.
Bestemmelsen i annet ledd gjelder også luft- og fjærvåpen, våpenetterligninger som lett kan forveksles med skytevåpen, og skytevåpen som etter § 1 annet ledd er

gjort varig ubrukbart.»

Når det er forbudt å være i besittelse av slike gjenstander på offentlig sted, er de per definisjon ulovlige også på legekontor/i helseinstitusjoner. Helseinstitusjoner kan dermed heller ikke oppbevare slike gjenstander for pasienten mens han er innlagt. Dette betyr at om man *tilfeldigvis* finner kniver, våpen eller andre farlige gjenstander skal disse leveres til politiet anonymt.
Samme begrunnelse gjelder for å levere tilfeldig funnet narkotika i en helseinstitusjon til politiet. Leverte gjenstander bør av-identifiseres.

Noen nyttige telefonnummer

Enhet	Telefon
Akuttposten, Haukeland universitetssjukehus Døgnåpent, alle dager	53 03 27 79
Albatrossen etterverns senter Hverdager 07.30 – 15.30	55 20 15 00
Avdeling for rusmedisin Bakvakt 15.30 – 08.00 og helg	559 70100 05300
Avdeling for rusmedisin, seksjon Askøy	05300
Avdeling for rusmedisin, seksjon Tertnes	05300
Barnevernvakten Hverdager 08.00 – 02.00, helg 17.00 – 02.00 - Via politiet - Nasjonal alarmtelefon	55 36 11 80 55 55 63 00 116 111
Bergen botreningssenter Hverdager 08.00 – 21.30, helger 08.00 – 20.00	53 03 36 30
Bergen kommune Hverdager 07.45 – 15.30 (sommer 15.00)	05556
Bergen sentrum politistasjon	55 55 63 00 02800
Dopingtelefonen Hverdager 09.00 – 15.00	800 50 200
Floenkollektivet, Avd. Bergen	559 77199 932 30 500
Floenkollektivet, Avd. Manger	56 34 80 00
Giftinformasjonen, Helsedirektoratet Døgnåpen telefon	22 59 13 00
Haukeland universitetssjukehus	05300
Kalfaret behandlingssenter	55 33 77 00
Konsultasjonspsykiatri, seksjon for - Ekspedisjon 08.00 – 15.00 - Via sentralbordet Haukeland	559 74595 05300
Krisesenteret for Bergen og omegn Døgnåpen telefon	55 31 50 50
Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland Ekspedisjon 08.00 – 22.00	559 73100
Landsforbundet mot stoffmisbruk - Sentralbord - Støttetelefon for pårørende (Alle dager 09.00 – 21.00)	23 08 05 50 815 00 205
Legevakt (Bergen Kommunale Legevakt) Døgnåpent	55 56 87 00

Livskrisehjelpen (Bergen Kommunale Legevakt) Hverdager 08.30 – 22.30, helg/helligdager 12.00 – 20.30	55 56 87 54
Mottaks- og oppfølgingssenter i Bergensområdet	
MO-M31 - Møllendalsveien 31	559 70100
MO-Nesttun, aktivitetshus. Wollert Konows plass 4, 5224 Nesttun Mandag til fredag 09.00-14.00	55 56 11 00 409 11 670
MO-Straxhuset, dagsenter. Damsgårdsveien 106, Laksevåg Dagavdeling, natthjem og ansvar for de syv LAR-sentrene i bydelene. Formiddag: Mandag til søndag 09.30 til 13.30 Ettermiddag: Mandag til fredag 15.00 til 19.30	53 03 35 90
MO-Wergeland, motivasjonssenter -Storetveitveien 5, 5067 Bergen Mandag til fredag 09.00-14.00	53 03 56 70 409 10 705
Omsorgsbasen for kvinner Vakttelefonnummer	52 32 97 70 916 07 169
Psykiatrisk akuttmottak (PAM) - Via resepsjonen Sandviken (alle dager 07.30 – 21.00) - Via sentralbordet Haukeland (Døgnåpen)	55 95 84 85 05300
Psykiatrisk Ungdomsteam	559 70100
Sandviken sykehus (Resepsjonen) Alle dager 07.30 – 21.00	55 95 84 85
Sandviken Sykehus, Avdeling spesialisert psykosebehandling, TOPS-teamet	559 58585
Smerteklinikken Telefontid 09.00 – 11.00 og 13.00 - 14.00	559 74011
Sosionomavdelingen ved Haukeland universitetssykehus Hverdager 08.00 – 15.45	559 73808
Stiftelsen Bergensklinikkene **Poliklinikk, administrasjon og kompetansesenter** **Skuteviken** **Hjellestad**	 55 90 86 00 55 90 87 00 55 90 88 00

Anbefalt litteratur og andre ressurser

Rusmedisin

Bramness, J. G. (2009). Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer kan gi også en medisinsk rammeforforståelsen av rusmiddelavhengighet. *Utposten, 2009*(4). Lenke

Bramness, J. G. (2012). Rus og avhengighet, I O. A. Andreassen (red.), *Lærebok i psykiatri.* (s. 591–634). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brick, J. (Ed.).(2008). Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse. Second edition. New York: Routledge.

Franck, J., & Nylander, I. (Eds.). (2011). *Beroendemedicin.* Lund: Studentlitteratur AB.

Helgesen, J. (red.), Ekhaugen, E., Fredwall, T., Heir, O. J., Pettersen, S., Salvesen, E., & Råen, T. (2006). Rusmiddelkunnskap for tilsatte i kriminalomsorgen. KRUS Håndbok 2/2006. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningssenter KRUS. Lenke

Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
Rindom, H. (2004). *Rusmidlernes biologi: om hjernen, sprut og stoffer*. København: Sundhedsstyrelsen. Lenke

Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal faglig veileder for forskrivning av vanedannende legemidler. Lenke

Tidlig intervensjon

Helsedirektoratet. (2009). *Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet.* Oslo: Helsedirektoratet. Lenke

Heather, N., Lavoie, D., & Morris, J. (2013). *Clarifying alcohol brief interventions: 2013 update.* Storbritannia: The Alcohol Academy. Lenke

Rusbehandling

Biong, S., & Ytrehus, S. (red.). (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.

Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Føyn, Per; Shaygani, Sharam (2010): *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Lenke

Lossius, K. (red) (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Alkohol

National Clinical Guideline Centre (UK). (2010). *Alcohol Use Disorders. Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications.* (NICE Clinical Guidelines, No. 100). London: Royal College of Physicians. Lenke

National Collaborating Centre for Mental Health (UK. (2011). *Alcohol Dependence and Harmful Alcohol Use. The NICE Guideline on Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.* (NICE Clinical Guidelines, No. 115). Leicester (UK): British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Lenke

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., ... & Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843.

Skjøtskift, S., Opheim, A., & Daltveit, J. T. (2012). Alkoholproblemer. I A. A. Dahl, & T. F. Aarre (red.), *Praktisk psykiatri*. (s. 339-356). Bergen: Fagbokforlaget

Narkotika

Skutle, A., & Haga, W. (2012). Stoffmisbruk og avhengighet. I A. A. Dahl, & T. F. Aarre (red.), *Praktisk psykiatri*. (s. 357-378). Bergen: Fagbokforlaget.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.

MI - Motiverende samtale/motiverende intervju

Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

LAR - Legemiddelassistert rehabilitering

Cruciani, R., & Knotkova, H. (eds.). (2013). *Handbook of Methadone Prescribing and Buprenorphine Therapy.* New York: Springer. Lenke

Fredheim, O. M. S., Nøstdahl, T., Nordstrand, B., Høivik, T., Rygnestad, T., & Borchgrevink, P. C. (2010). LEGEMIDLER I PRAKSIS-Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 130(7), 738.

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet. Lenke

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Oslo: Helsedirektoratet. Lenke

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering)*. Oslo: Helsedirektoratet. Lenke

Noen nyttige internettsider

Behandling og intervensjon

Behandling av rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten – TSB
Helsedirektoratets sider om rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Lenke

Rus og psykiatri - ROP www.rop.no
Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse: Nasjonal nettressurs for rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Artikler, nyheter, opplæringsvideoer, kartleggingsverktøy m.m.

Snakk om rus www.snakkomrus.no
Nettressurs med elektroniske kartleggingsverktøy, fagstoff, filmer og annet læringsmateriell som kan gjøre deg til en bedre rådgiver i samtaler om bruk av alkohol og andre rusmidler.

Forskning

Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS www.sirus.no
SIRUS har samlet norsk og internasjonal forskning på rusfeltet i en lett tilgjengelig nettside. En egen statistikkside (Russtat) kan filtreres etter egne behov. Det drives omfattende egen forskning og publikasjoner er vanligvis tilgjengelige i fulltekst. Sirus gir ut en årlig rapport ”Rusmidler i Norge” med omfattende statistikk over forbruk av ulike rusmidler. Instituttet har en stor boksamling og en utmerket bibliotektjeneste.

Senter for rus- og avhengighetsforskning – SERAF www.seraf.uio.no
Senter for rus og avhengighetsforskning. Aktuell norsk og internasjonal forskning på rusfeltet. Oversikt over kurs og konferanser.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) www.healthdata.org
Uavhengig forskningssenter for global helse, Washington, USA

Rusmedisin

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin – NFRAM www.nfram.no
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin. Nyheter og informasjon om rusmedisin.

Offentlige nettsider

Nasjonal kompetansetjeneste TSB www.tsb.no

En nettportal hvor en vil kunne finne oppdatert kunnskap, relevante forskningsartikler, informasjon og behandlingsmetoder.

Folkehelseinstituttet www.fhi.no

Nyheter, faktaark, statistikk, fagartikler og egne publikasjoner. Egne sider om rusmidler.

Folkhälsomyndigheten (Sverige) www.folkhalsomyndigheten.se

Svenske Folkhälsomyndigheten (tidligere Statens folkhälsoinstitut) sine sider om alkohol, narkotika, doping, tobakk og spill. Informasjon og publikasjoner tilgjengelig for nedlasting.

Helsebibliotekets sider om rus og avhengighet www.helsebiblioteket.no

Nettressurs med tilgang til blant annet tidsskrifter, elektroniske retningslinjer, oppsummert forskning, verktøy og pasientinformasjon.

Helsenorge.no sine sider om rusmidler og avhengighet

På den offisielle norske helseportalen sine sider finnes informasjon om ulike tema knyttet til rus og avhengighet som f.eks. rusmidler (inkl. doping), behandling, forebygging/tidlig intervensjon, selvhjelp, barn/pårørende m.m. Lenke

Institut for rationel farmakoterapi (Danmark) www.irf.dk

Knyttet til Sundhetsstyrelsen i Danmark. Bl.a. gode sider om "Benzodiazepiner: Veiledninger og nedtrapningsskemaer".

Sundhedsstyrelsen (Danmark) www.sst.dk

Egne sider om alkohol og narkotika med informasjon og publikasjoner tilgjengelig for nedlasting.

Elektroniske oppslagsverk

BMJ Best Practice www.bestpractice.bmj.com

Et oppslagsverk og beslutningsstøtteverktøy som er enkelt å bruke i møte med pasienten. Oppslagsverket er tilgjengelig via Helsebiblioteket.no og dekker diagnoser, prognoser, behandling og forebygging. Best Practice utformes av spesialister og tar inn pålitelig kunnskap fra oppdatert forskning og retningslinjer.

Interaksjoner www.interaksjoner.no

FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) er en interaksjonsdatabase for norske klinikere. FEST er Legemiddelverkets database med legemiddelinformasjon og er basert på de tidligere interaksjonsdatabasene Apriori og Druid.

Legevakthåndboken www.lvh.no

Du får tilgang til innholdet på nettsiden (også mobiltilpasset) og offline via en mobil applikasjon som kan lastes ned via AppStore og Google Play. Innholdet er gjort gratis tilgjengelig for alle i Norge av Helsebiblioteket.

UpToDate www.uptodate.com
Det amerikanske oppslagsverket UpToDate brukes av klinikere over hele verden. UpToDate er tilgjengelig for alle innbyggere i Norge gjennom Helsebiblioteket. I UpToDate finner du grundige kunnskapsoppsummeringer for hele det medisinske fagfeltet.

Brukerorganisasjoner

Anonyme Alkoholikere (AA) www.anonymealkoholikere.no
Et fellesskap av kvinner og menn som deler sin erfaring, styrke og håp med hverandre for at de kan løse sitt felles problem og hjelpe andre å friskne til fra alkoholisme.

Anonyme Narkomane (NA) www.nanorge.org
Et fellesskap av kvinner og menn som har utviklet et alvorlig problem med rusmidler, og som hjelper hverandre til å holde seg rusfrie.

Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) www.fhn.no
Brukerorganisasjon som arbeider for å fremme en skadereduserende narkotikapolitikk og arbeide for utvikling av sosiale, faglige, utdanningsmessige og yrkesmessige tilbud til rusavhengige og tidligere rusavhengige. FHN arbeider også for rusforebyggende tiltak og for inkluderende tiltak for folk med rusproblemer.

LAR-Nett Norge (LNN) www.larnettnorge.no
En landsdekkende brukerorganisasjon for mennesker i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

proLAR www.prolar.no
En nasjonal brukerorganisasjon for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

RIO – Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon www.rio.no
Landsdekkende brukerorganisasjon som ble stiftet i 1996. Organisasjonens formål er å påvirke slik at rusmisbrukere kan få tilrettelagt veien tilbake til samfunnet gjennom et mangfoldig behandlingstilbud og en individuell tilrettelagt integreringsprosess.

Organisasjoner for pårørende

Al-Anon (basert på Anonyme Alkoholikere) www.al-anon.org/norway
Hjelp for familier og venner av personer med alkoholproblemer.

BAR - Barn av rusmisbrukere www.barweb.no
Bruker- og interesseorganisasjon.

Familieklubbene i Norge www.familieklubb.no
Et tilbud til familier med rusrelaterte problemer, hovedfokus er på alkohol.

LMS - Landforbundet mot stoffmisbruk www.motstoff.no
En interesseorganisasjon for pårørende.

Referanser

1. Lundin A, Hallgren M, Balliu N et al. The Use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Detecting Alcohol Use Disorder and Risk Drinking in the General Population: Validation of AUDIT Using Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Alcoholism, clinical and experimental research 2015; 39: 158-65.
2. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T et al. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. European addiction research 2005; 11: 22-31.
3. Fagan KJ, Irvine KM, McWhinney BC et al. Diagnostic sensitivity of carbohydrate deficient transferrin in heavy drinkers. BMC gastroenterology 2014; 14: 97.
4. Thon N, Weinmann W, Yegles M et al. [Direct metabolites of ethanol as biological markers of alcohol use: basic aspects and applications]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2013; 81: 493-502.
5. Dahl H, Hammarberg A, Franck J et al. Urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate testing for recent drinking in alcohol-dependent outpatients treated with acamprosate or placebo. Alcohol and alcoholism 2011; 46: 553-7.
6. Mellgren G. Etylglukuronid: Laboratorium for klinisk biokjemi , Helse Bergen, 2015. http://analyseoversikten.no/#/analysis/575 (24.02.2015.
7. Stolbach A, Hoffman RS. Acute opioid intoxication: UpToDate, 2014. http://www.uptodate.com/contents/acute-opioid-intoxication-in-adults?source=search_result&search=opioid&selectedTitle=4%7E150 (15.02.2015.
8. Wermeling DP. Review of naloxone safety for opioid overdose: practical considerations for new technology and expanded public access. Therapeutic advances in drug safety 2015; 6: 20-31.
9. Arnold TC, Ryan ML. Acute amphetamine and synthetic cathinone (“bath salt”) intoxication
2014. http://www.uptodate.com/contents/acute-amphetamine-and-synthetic-cathinone-bath-salt-intoxication?source=search_result&search=amphetamine&selectedTitle=1%7E150 (15.02.2015.
10. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF et al. The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. Alcohol 2014; 48: 375-90.
11. Hoffman RS, Weinhouse GL. Timing of alcohol withdrawal syndromes, 2015. http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PULM/75499&topicKey=EM%2F323&source=outline_link&search=alcohol+withdrawal&utdPopup=true (15.02.2015.
12. Hoffman RS, Weinhouse GL. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes
2014. http://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes?source=search_result&search=alcohol+withdrawal&selectedTitle=1%7E66 (15.02.2015.
13. excellence Nifhac. Alcohol-use disorders: Diagnosis andclinical management of alcoholrelated
physical complications guideline 100. 2010.
14. Daltveit JT, Hammer J, Bjornstad T et al. [Norwegian translation of assessment tool for alcohol withdrawal]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke 2014; 134: 2026.
15. Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ et al. Two new rating scales for opiate withdrawal. The American journal of drug and alcohol abuse 1987; 13: 293-308.

Egne notater

Egne notater