

Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler

1 Akutt rusbehandling / øyeblikkelig hjelp

1.1 Akutt/øyeblikkelig behandling av pasienter som bruker rusmidler

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

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

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

- ① Pasienten **skal** straks tas imot til undersøkelse og eventuell behandling for rusmiddelbruk når akutt intervensjon er påtrengende nødvendig. Pasientens behov for øyeblikkelig hjelp **skal** vurderes, og nødvendig behandling **skal** igangsettes. A
- ② Gravide kvinner som bruker rusmidler, **bør** vurderes for akutt behandling i TSB. C
- ③ Personer med et rusmiddelinntak som utgjør en umiddelbar fare for eget liv og helse, **bør** vurderes for akutt behandling i TSB. C
- ④ Personer som er i fare for å utvikle alvorlige abstinensreaksjoner, **bør** vurderes for akutt behandling i TSB. C
- ⑤ Personer med et rusmiddelinntak som gir atferdsendring, og som medfører fare for liv og helse for seg selv eller andre, **bør** vurderes for akutt behandling i TSB. C
- ⑥ Personer med et rusmiddelinntak som kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall, **bør** vurderes for akutt behandling i TSB. C

2 Poliklinisk avrusning

2.1 Poliklinisk avrusning

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

3 Avrusning på institusjon

3.1 Avrusning på institusjon

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

- ② Avrusningsenheter i spesialisthelsetjenesten **bør**: C
 - ha tilgang til lege døgnet rundt
 - rekvirere og fortolke blodprøver
 - utføre og fortolke EKG
- ③ Poliklinisk behandling kan benyttes som en forberedelse til innleggelse. Pasienten **bør** da motiveres til og gis råd om å redusere sin bruk av rusmidler og/eller vanedannende legemidler. C

4 Avrusning i psykiatrisk eller somatisk avdeling

4.1 Avrusning i psykiatrisk eller somatisk avdeling

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

5 Avrusning i fengsel

5.1 Avrusning i fengsel

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

6 Brukermedvirkning ved avrusning

6.1 Brukermedvirkning ved avrusning

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

7 Psykososial behandling ved avrusning

7.1 Helhetlig perspektiv på avrusning

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

7.2 Miljøterapi ved avrusning

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

7.3 Kompetanse og opplæring

- ① Avrusningsenheter **bør** ha ansatte med kompetanse i følgende: C
 - Ulike terapeutiske metoder
 - Relasjonsarbeid
 - Miljøterapi ved enheten (hva, når og hvordan)
 - Kartlegging av suicidal- og voldsrisiko (formidle behov for vurdering av spesialist)
- ② Enheten **bør** ha et system for metodisk veiledning. Enheten **bør** organisere arbeidet slik at ansatte sikres mulighet for faglig og etisk refleksjon over daglig praksis. C

7.4 Kjønnsdelt behandling

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

8 Legemiddelbehandling av søvnforstyrrelser, angst og uro ved avrusning

8.1 Behandling av søvnforstyrrelser ved avrusning

- ① Pasientenes søvnvansker **bør** kartlegges. Ansatte **bør** legge til rette for at pasienten kan følge generelle søvnhygieniske prinsipper: C
 - Redusere mengden kaffe, særlig på ettermiddag og kveld
 - Ikke innta nikotin nær opp til sengetid
 - Unngå store måltider før sengetid
 - Unngå hard fysisk trening de siste tre timene før sengetid
 - Innarbeide en regelmessig døgnrytme
 - Unngå søvn på dagtid, særlig på kvelden
 - Stå opp til et fast tidspunkt om morgenen, uansett hvor mye eller lite man har sovet.
 - Sikre en behagelig temperatur på soverommet, og unngå lys og støy
 - Man **bør** stå opp dersom man ikke får sove, samt ikke oppholde seg i sengen på dagtid
- ② Ved legemiddelbehandling av abstinensrelaterte søvnforstyrrelser **bør** ett av følgende preparat forsøkes først: C
 - Trimipramin
 - Mianserin/mirtazepin
 - Alimemazin
 - Quetiapin
 - Melatonin
- ③ Hvis pasienten har mangelfull søvn i minst to døgn og bærer klinisk preg av dette, **bør** det gis zopiklon/zolpidem om kvelden, i inntil tre døgn. C
- ④ Hvis pasienten ikke oppnår søvneffekt ved bruk av zopiklon/zolpidem, **bør** det gis et søvninduserende benzodiazepin, som nitrazepam, i inntil tre døgn. C

8.2 Behandling av uro og angst ved avrusning

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

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

9 Fysisk aktivitet, musikkterapi og akupunktur ved avrusning

9.1 Støttebehandling ved avrusning

Pasienten **bør** tilbys tilpasset fysisk aktivitet. C

10 Oppfølging etter avrusning

10.1 Oppfølging etter avrusning

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

11 Kartlegging ved avrusning

11.1 Informasjon før avrusning

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

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

11.2 Sykehistorie og klinisk undersøkelse

- ① Pasienten **bør** undersøkes av lege før avrusningen starter. En grundig kartlegging av følgende forhold hos pasienten **bør** foretas: C
 - Rusmiddel- og legemiddelforbruket
 - Hvordan tidligere avrusningsforløp har vært
 - Somatisk helse inkludert ernæringsstatus
 - Psykisk helse
 - Søvn, med fokus på søvn ved tidligere avrusninger og siste uke
 - Psykososiale forhold

- ② Den kliniske undersøkelsen av pasienten **bør** omfatte følgende: C
- Er pasienten orientert for tid og sted?
 - En generell somatisk undersøkelse (inkluderer bl.a. temperatur, puls, blodtrykk, pupiller, tannstatus, respirasjon, vekt) og orienterende nevrologisk undersøkelse på indikasjon
 - Psykiske symptomer (hallusinasjoner, angst, aggresjon)
 - Somatiske tegn (ernæringsstatus, tegn på leversvikt, stikkmerker, sår/absesser)
 - Suicidalvurderinger og voldsrisikovurderinger når indisert
- ③ Følgende laboratorieundersøkelser av pasienten **bør** foretas når indisert: C
- Promillemåling i ekspirasjonsluft (ev. også etanol i blod)
 - Kliniske, kjemiske prøver (elektrolytter, glukose, lever- og nyrefunksjon, CRP, samt vitamin B12 / metylmalonsyre, stoffskifteprøver og jernstatus)
 - Urin – standard urinstix (leukocytter, glukose, blod, protein etc.)
 - Urinanalyse/spyttprøve for rusmidler eller vanedannende legemidler
 - Graviditetstest
 - EKG hos alle over 50 år, samt øvrig indikasjon (legemiddel, annet)

11.3 Kartleggingsskjema ved avrusning

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

12 Avrusning fra alkohol

12.1 Valg av behandlingsnivå ved avrusning fra alkohol

- ① Poliklinisk avrusning fra alkohol kan skje i følgende tilfeller: C
- Punktene under anbefalingene for poliklinisk avrusning er til stede, samt:
 - Pasienten er i stand til å ta legemidler, væske og ernæring gjennom munnen
 - Det ikke er mistanke om alvorlig dehydrering eller elektrolyttforstyrrelser
 - Pasienten har ikke hatt alkoholiske kramper eller delirium tremens
- ② Ved poliklinisk avrusning **bør** legemidler doseres etter et forhåndsbestemt skjema basert på en individuell vurdering. C
- ③ Avrusning i døgninstitusjon **bør** finne sted i følgende tilfeller: B
- Punktene under anbefaling 1 for avrusning på institusjon er til stede, samt:
 - Det er risiko for alvorlige avrusningsreaksjoner
 - Pasienten har hatt delirium tremens eller abstinenskrampes

12.2 Forebygging og behandling av Wernickes encefalopati

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

12.3 Krampeprofylakse ved avrusning fra alkohol

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

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

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

- Valproinsyre 600–1200 mg som engangsdose, deretter 300–600 mg x 2–3 i 3–5 dager eller

- Diazepam, 10 mg x 3–4 i 3 døgn

eller

- Oksazepam, 15–25 mg x 3–4 i 3–5 døgn

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

Unntak ved krampeprofylakse:

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

12.4 CIWA-Ar styrt behandling ved alkoholavrusning

CIWA-skåring **bør** benyttes til å følge alkoholavrusningens forløp på institusjon. Ansatte **bør** gis tilstrekkelig opplæring i CIWA-skåring. Hyppighet av skåring: B

- Hvis pasienten har CIWA mindre enn 10, skåres pasienten hver 4. time
- Hvis pasienten har CIWA over 10, **bør** skåring foretas hver time eller hver 2. time

Legemiddelbehandling ved ulike CIWA-nivåer:

- Så lenge CIWA er under 10, behandles pasienten vanligvis uten legemidler. Behandling med valproinsyre **bør** tilbys hvis pasienten har milde abstinensplager, men erfaringsmessig får sterke abstinensplager.
- CIWA 10–15: Diazepam-tabletter (per os) 10 mg x 4. Diazepam avsluttes (seponeres) ved CIWA-skåre under 10.
- CIWA over 15: Diazepam 10 mg per os hver time inntil CIWA under 10. Deretter diazepam 10 mg x 4 i 1–2 dager. Ved manglende respons etter 50 mg diazepam gis olanzapin 5–10 mg intramuskulært eller per os. Dette gjentas hver time til maks 30 mg.

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

12.5 Delirium tremens - forebygging og behandling

- ① Pasienter med delir i anamnesen **bør** sikres nattesøvn, fortrinnsvis ved bruk av benzodiazepiner, for eksempel diazepam 10–20 mg om kvelden. Dersom pasienten likevel ikke får sove, kan pasienten for eksempel få 10 mg hver time til vedkommende sover. Oksazepam kan erstatte diazepam, spesielt hos eldre og pasienter med leversvikt. B
- ② Fullt utviklet delir **bør** behandles på en avdeling med kvalifisert medisinsk personell og muligheter for somatisk overvåking. Når delirium tremens foreligger, **bør** man gi diazepam med korte intervaller, for eksempel 10 mg diazepam hver 5.–10. minutt. Alternativt kan det gis olanzapin 10 mg per os eller intramuskulært hver time til maksimalt 20 mg. B

12.6 Forebygging av nye drikkeepisoder med legemidler

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

13 Avrusning fra benzodiazepiner

13.1 Pasienter med benzodiazepinavhengighet **bør** tilbys nedtrapping med benzodiazepiner

- ① Pasienter med benzodiazepinavhengighet **bør** tilbys nedtrapping med benzodiazepiner. Oksazepam anbefales som førstevalg ved nedtrapping av benzodiazepiner, men diazepam kan også benyttes. Pasientens erfaring fra tidligere nedtrapping **bør** tillegges vekt i beslutningen om legemiddelvalg. C
- ② Karbamazepin og valproinsyre kan brukes i tillegg til oksazepam eller diazepam under benzodiazepinnedtrapping. Vær oppmerksom på interaksjonen mellom valproinsyre og benzodiazepiner. D
- ③ Hvis pasienten skal videre til en behandlingsinstitusjon, **bør** det vurderes om nedtrappingen med benzodiazepiner kan fortsette der. C

14 Avrusning fra opioider

14.1 Tilstander hvor man **bør** være tilbakeholden med avrusning fra opioider

- ① Hos pasienter med følgende kjennetegn/tilstander, **bør** man være tilbakeholden med avrusning fra opioider uten at videre behandling/oppfølging er planlagt direkte etter avrusningen: C
 - Pasienter som har en akutt somatisk eller psykisk tilstand som trenger umiddelbar behandling
 - Personer i varetekt og/eller under soning av korte fengselsstraffer
 - Pasienter som oppsøker legevakt
 - Gravide pasienter
 - Pasienter som har langvarige psykiske eller somatiske lidelser
 - Pasienter med omfattende blandingsbruk av rusmidler
- ② Pasienten **bør** informeres om tap av toleranse etter avrusning fra opioider. Overdoseforebyggende tiltak etter avrusning **bør** gjennomføres som beskrevet i «Pasientsikkerhetsprogrammet» og «Nasjonal overdosestrategi». C
- ③ Pasienter som har fått forskrevet LAR-legemidler over tid og ønsker å avslutte, **bør** få tilbud om nedtrapping og tett oppfølging over lang tid (måneder til år). B

14.2 Poliklinisk avrusning fra opioider

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

14.3 Avrusning av opioidavhengige pasienter på institusjon

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

14.4 Legemiddelvalg ved avrusning fra opioider

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

14.5 Behandling etter avrusning fra opioider

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

15 Avrusning fra andre rusmidler og flere rusmidler

15.1 Avrusning fra stimulerende rusmidler

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

15.2 Avrusning fra hydroksybutyrat (GHB)

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

15.3 Avrusning fra anabole androgene steroider

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

15.4 Avrusning fra cannabis

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

15.5 Avrusning fra cannabinoider

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

15.6 Strategier ved avrusning fra flere rusmidler

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

16 Avrusning av gravide

16.1 Avrusning av gravide som bruker rusmidler

Påvisning av graviditet og prevensjonsveiledning

- ① Kvinner som innlegges til avrusning, **bør** alltid spørres om menstruasjonssyklus, siste menstruasjon og eventuell sjanse for at de kan være gravide. Graviditetstest **bør** tilbys. C

- ② Bruk av prevensjon bør alltid drøftes med kvinner i fruktbar alder og eventuell partner under avrusning. Kvinnen bør informeres om prevensjonsalternativer og tilbys gratis prevensjon. D

Holdninger, informasjon og samarbeid

- ③ De ansatte bør møte den gravide og hennes eventuelle partner med ikke-fordømmende holdninger og respekt. Målet bør være å oppnå et samarbeid med den gravide basert på gjensidig tillit. C

- ④ Den gravide og eventuell partner bør få grundig og gjentatt informasjon om rusmidler og vanedannende legemidlers virkning på foster/svangerskap samt aktuelle behandlings- og oppfølgingstiltak. I tillegg bør det informeres om helsepersonellens opplysningsplikt i henhold til Helsepersonellovens § 32 (jf. § 10-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven). A

Innleggelse

- ⑤ Gravide som bruker rusmidler, bør tilbys innleggelse i egnet institusjon for avrusning og utredning, se kapittel om akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp. C

Kartlegging

- ⑥ En grundig sykehistorie som omfatter rusmiddelbruk, bruk av vanedannende legemidler og tobakk samt tidligere/nåværende svangerskap, bør tas opp når avrusningen påbegynnes. Svangerskapet bør stadfestes, og det bør avklares hvor langt svangerskapet har kommet. C

Videre oppfølging og behandling

- ⑦ Den videre oppfølgingen og behandlingen av den gravide og eventuell partner bør planlegges nøye under avrusningen. Individuell plan bør tilbys/revideres, og det bør opprettes/suppleres en ansvarsgruppe med koordinerende fagperson. Det bør avtales forpliktende samarbeid med aktuelle instanser i kommune (jordmor, fastlege, NAV etc.) og spesialisthelsetjeneste (fødeavdeling, barneavdeling etc.). C

16.2 **Avrusning fra alkohol i graviditet**

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

16.3 **Avrusning fra benzodiazepiner i graviditet**

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

16.4 **Avrusning fra opioider i graviditeten**

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

16.5 **Avrusning fra cannabis i graviditet**

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

16.6 **Avrusning fra sentralstimulerende midler i graviditet**

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

17 **Oppfølging etter opioidoverdoser**

17.1 **Oppfølging etter opioidoverdoser**

- ① Ambulansepersonell bør administrere opioidantagonist, slik at abstinenser og brå oppvåkning unngås. C
- ② Ambulansepersonell bør spørre om hensikten var selvmord, samt om vedkommende har selvmordstanker, selvmordsønsker og/eller selvmordsplaner. B
- Det bør spørres spesielt om nylige relasjonsbrudd
 - Hvis personen bekrefter forsøk på selvmord, bør situasjonen håndteres i tråd med dette, og personen skal undersøkes på psykiatrisk akuttmottak eller psykiatrisk legevakt med tanke på videre behandling
 - Ambulansepersonell bør motivere personen til å bli med til legevakt eller rusakuttmottak hvis de oppfatter at vedkommende er i selvmordsfare, selv om overdosen ikke opplyses å ha vært et selvmordsforsøk
- ③ Ambulansepersonell bør undersøke personens fysiske tilstand i form av avmagring og/eller infeksjonstegn. Ved slike funn bør personen innlegges. C
- ④ Ambulansetjenesten bør transportere personen til legevakt eller sykehus dersom vedkommende vurderes til ikke å ha samtykkekompetanse, har et åpenbart behov for hjelp eller ikke kan ta vare på seg selv. B
- ⑤ Ambulansepersonell bør ikke etterlate personen alene. Oppfølging etter en livstruende overdose bør som hovedregel vare i minst to timer. B

- ⑥ Ved flere livstruende overdoser hos samme person samme dag, **bør** ambulanspersonell drøfte situasjonen med vakthavende lege, dokumentere forholdene og sørge for transport til legevakt eller sykehus. C
- I slike situasjoner **bør** legen som behandler pasienten, vurdere å sende bekymringsmelding til fastlege og NAV/sosialtjeneste
 - Sendes bekymringsmelding uten pasientens samtykke, **skal** pasienten informeres om dette, få kopi av vedtaket og få informasjon om klageadgang.
- ⑦ Kommunal legevakt **bør** ha et system for mottak av ruspasienter og overføring til rusakuttmottak eller annen enhet for akutt rusbehandling. C
- ⑧ Helseforetaket **bør** sørge for et tilbud om tilrettelagt avrusning/stabilisering etter at pasienter har fått prehospital behandling for livstruende overdoser. Helseforetaket **bør** sammen med oppholdskommunen sørge for et direkte tilbud om midlertidig substitusjonsbehandling hos personer med opioidavhengighet etter livstruende overdoser. C