

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

1 Brukermedvirkning i rusbehandling

- 1.1 Pasienten/brukeren skal kunne medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.
- 1.2 For å sikre individuell tilpasning og ønsket behandlingsutbytte bør det gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen fra bruker/pasient.
- 1.3 Pasient/bruker bør få tilgang til brukerstyrte innleggelses innen rusbehandling.
- 1.4 Helsepersonell bør informere pasienter/brukere om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper.

2 Oppstart, gjennomføring, avslutning og evaluering i rusbehandling

- 2.1 Behandling bør vurderes og starte opp så raskt som mulig etter at pasient/bruker har formidlet et slikt behov.
- 2.2 Første del av behandling og oppfølging bør fokusere på allianseetablering, kartlegging og utredning.
- 2.3 Dersom pasienten/brukeren vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig, bør det gis anledning til å bytte behandler.
- 2.4 Det bør utarbeides en behandlingsplan sammen med pasienten/brukeren tidlig i behandlingsforløpet.
- 2.5 Behandlingsmål bør settes av pasienten/brukeren i samråd med behandlere tidlig i behandling- og oppfølgingsforløpet og evalueres jevnlig.
- 2.6 Behandlings- og oppfølgingens varighet bør tilpasses den enkeltes behov.
- 2.7 Kriseplan bør lages tidlig i behandlingsforløpet i samarbeid mellom pasient/bruker og behandler.
- 2.8 Det bør jevnlig fastsettes konkrete bedringsmål som grunnlag for løpende evaluering av behandlingen/oppfølgingen.
- 2.9 Avslutning av behandling bør være planlagt og skje i samarbeid mellom pasient/bruker, behandler og samarbeidspartnere.
- 2.10 Alle tjenestesteder bør dokumentere og evaluere egne behandlingsresultater.

3 Kartlegging og utredning i rusbehandling

- 3.1 Ved oppstart av behandling bør rusmiddelbrukens omfang og funksjon kartlegges og danne grunnlag for videre utredning.
- 3.2 Det anbefales at risiko for behandlingsavbrudd og tiltak for å forebygge kartlegges tidlig i behandlingsforløpet.
- 3.3 Kartlegging og utredning bør omfatte psykisk helse, kognisjon, somatisk helse – inkludert tannhelse og ernæring – samt sosial situasjon og fungering og danne grunnlag for en behandlingsplan.
- 3.4 Det foreslås at det lages en egen utredningsplan når omfattende utredningsarbeid igangsettes.
- 3.5 Differensialdiagnostisering bør være basert på samtaler, anamnese, resultater fra standardiserte intervju og tester, observasjoner av atferd og klinisk tverrfaglig vurdering.

4 Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling

- 4.1 Miljøterapiens arbeidsmåte og teoretiske forankring bør nedfelles i tjenestestedets planverk og prosedyrer.
- 4.2 Motiverende intervju anbefales som metode i samtale med pasienter/brukere med rusmiddelproblemer.
- 4.3 Kognitiv atferdsterapi anbefales som behandlingstilnærming.
- 4.4 Det foreslås å benytte mentaliseringsbasert terapi for pasienter/brukere med samtidige rus- og relasjonelle vansker.

4.5	Det foreslås bruk av systematisk fysisk aktivitet som del av rusbehandling. Pasienter/brukere med ønske og behov for treningskontakt kan tilbys dette.
4.6	Det foreslås at det tilrettelegges for bruk av musikkterapi til pasienter/brukere som ønsker dette. Musikkterapi vil være relevant i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i kriminalomsorg og i kommunale tjenester.
4.7	Pasienter / brukere kan tilbys 12-trinnsbehandling.
4.8	Det foreslås at mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) og mindfulness-basert tilbakefallsforebygging (MBRP) benyttes ved behov.
4.9	Legemidler foreslås brukt som støttebehandling til alkoholavhengige etter en grundig klinisk vurdering.
4.10	Benzodiazepiner bør ikke bråseponeres etter lengre tids bruk. Det foreslås gradvis nedtrapping kombinert med støttesamtaler. Nedtrappingen bør vurderes ut fra varighet og omfang av avhengigheten. Det bør vurderes å påbegynne nedtrappingen poliklinisk med eventuell innleggelse i avrusningsinstitusjon mot slutten av nedtrappingen.
4.11	Resultater fra urinprøver og andre biologiske markører kan benyttes som motiverende faktor til endring eller stabilisering.
4.12	Ulike typer av gruppebasert behandling og individuell behandling foreslås å være tilgjengelig for pasientgruppen.
4.13	Etter en individuell vurdering, kan det tilbys felles behandlingstilbud for par der begge parter har et rusmiddelproblem.
5	Behandlingsnivå i rusbehandling: Avbrudd, døgn-/dag-/ambulerende behandling, somatikk og straffegjennomføring
5.1	Ved manglende oppmøte og fare for behandlingsbrudd bør det vurderes å endre behandlingsrammer og/eller tjenestenivå.
5.2	Innleggelse i institusjon bør kun benyttes når poliklinisk-, dag- og ambulerende tilnærming ikke er tilstrekkelig.
5.3	Dagbehandling foreslås i etterkant av døgnopphold, i forlengelse av eller i stedet for poliklinisk behandling. Psykososiale forhold og deltakelse i samfunnslivet bør være sentralt i et dagbehandlingstilbud.
5.4	Det foreslås å tilby ambulante tjenester på lik linje med stedfaste tjenester (dag, døgn og poliklinikk), særlig ved sammensatte problemer og ved behandlingsavbrudd.
5.5	Den somatiske helsetjenesten bør ha et kontinuerlig fokus på hvordan pasienter med rus- og avhengighetstilstander kan fanges opp og gis tilbud om hjelp.
5.6	Straffegjennomføring kombinert med behandling bør planlegges i samarbeid med domfelt, kriminalomsorg og heldøgnsinstitusjon.
6	Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk
6.1	Familie og nettverk bør involveres i behandlingen i samråd med pasient/bruker.
6.2	Alle som henvises til og mottar hjelp for sitt rusmiddelproblem bør ha hensiktsmessig bolig, eller være i en prosess for anskaffelse av bolig.
6.3	Personer som har behov for det, bør få bistand til å få oversikt over og håndtere egen økonomi, herunder få bistand til å sikres riktig ytelse.
6.4	Arbeid med utdanning/arbeid/meningsfylt aktivitet bør være en del av innholdet i behandlings- og oppfølgingstilbudet.
6.5	Det foreslås at personen får bistand til å styrke sitt nettverk gjennom deltakelse i ønskede fritidsaktiviteter.
7	Unge, eldre og gravide i rusbehandling
7.1	Unge med rusmiddelproblemer bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet.

7.2	Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge med rusmiddelproblemer.
7.3	Kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for unge med rusmiddelproblemer bør tas i bruk.
7.4	Det foreslås å tilby familierapi til unge under 25 år som en del av behandlingen for rusmiddelproblemer.
7.5	Det foreslås alderstilpasset utredning og tilrettelagte tiltak overfor eldre. Fagpersonell bør både ha rusfaglig og geriatrisk kompetanse.
7.6	Tilbudet til gravide med rusmiddelproblemer bør innrettes både mot kvinnens behandlings- og oppfølgingsbehov og ivaretagelse av det ufødte barnet. Den gravide bør følges opp av flere instanser samtidig.
7.7	Behov for tilbakeholdelse i institusjon bør vurderes jevnlig under graviditet.
8	Selvmonds- og dødelighetsrisiko i rusbehandling
8.1	Alle pasienter/brukere bør kartlegges for selvmordsrisiko. Hvis det foreligger en slik risiko, bør det gjøres en selvmordsvurdering tidlig og underveis i behandlingsforløpet.
8.2	Der det foreligger overdose- og dødelighetsrisiko bør egnede tiltak tematiseres og iverksettes.
9	Kjønnsespesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling
9.1	Kjønnsespesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas.
9.2	Det foreslås å legge til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter.
9.3	I behandling og oppfølging skal språklige og kulturelle forskjeller og minoritetstilhørighet ivaretas.
9.4	Behandlingen bør tematisere en mulig sammenheng mellom seksuell orientering og rusmiddelproblematikk.
10	Oppfølging av spilleavhengige. Kartlegging av anabole androgene steroider (rusbehandling)
10.1	Det foreslås kognitiv atferdsterapi av spilleavhengige.
10.2	Bruk av dopingmidler før eller under behandling bør kartlegges og behandles.