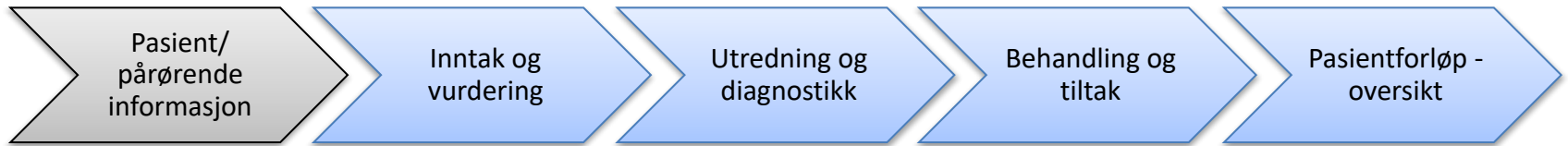


Alkoholavhengighet

Pasientforløp for alkoholavhengighet gir på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis, anbefalinger for spesialisert behandling av denne tilstanden ved Sørlandet sykehus. Målet med pasientforløpet er å få til en kvalitetsmessig god og forutsigbar praksis i tråd med de angitte anbefalingene. Pasientforløpet redegjør for ulike behandlingstilnærminger som kan inngå i et pasientforløp for alkoholavhengighet.

Hoveddelen av pasientforløpet er rettet mot helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er en egen del som inneholder informasjon til pasienter og pårørende.





Hva er en avhengighetstilstand –
alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Avhengighet kjennetegnes av;

- (a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta alkohol,
- (b) problemer med å kontrollere alkoholinntak, med hensyn til innledning, avslutning og mengde,
- (c) fysisk abstinensstilstand når alkoholbruken har opphørt eller er redusert. En inntar alkohol for å lindre eller unngå abstinenssymptomer,
- (d) toleranseutvikling, slik at økt alkohol mengde er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga.
- (e) økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av inntak av alkohol. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta alkohol eller til å komme seg etter bruken,
- (f) alkoholbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av alkohol, eller alkoholrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå (WHO, 2002).

Risikofaktorer for å utvikle alkoholavhengighet er blant annet et sosialt miljø med høyt alkoholforbruk, stress, belastninger med psykisk helse og genetisk disposisjon samt yngre alder.

Faktorer som kan påvirke tidlig etablering av drikkemønster er slik som;

- Alkoholtilgjengelighet
- Påvirkning fra miljø/jevnaaldrende
- Bruk av rus for å mestre psykisk lidelse

Alkoholavhengighet påvirker ikke bare den enkelte, men også familien og den sosiale kontekst, som helhet. Der mor og/eller far drikker alkohol, påvirkes både partner og barna i familien. Dette må derfor tas med i behandlingen.

Det er vanlig å forsøke å skjule eller normalisere sin alkoholavhengighet.





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper


Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Om alkohol – skadelig bruk

Alkohol er et psykoaktivt substans som har evne til å etablere avhengighet. Alkohol har også en sedativt (beroligende) effekt, noe som kan bidra til å skape avhengighet.

Skader som følger av alkoholforbruket avhenger av mengde og hyppighet av inntak. Se tabell under for oversikt over alkoholenheter (AE) og indikasjon for skadelig bruk.

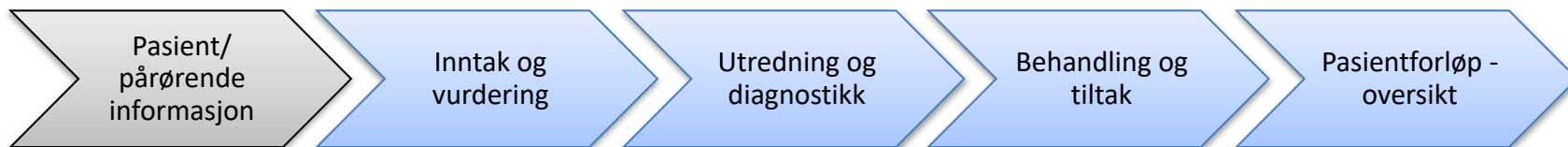
	Kvinner	Menn
	Høy risiko: > 14 AE per uke	Høy risiko: > 21 AE per uke
	Økt risiko: 9–14 AE per uke	Økt risiko: 14–21 AE per uke
	Lav risiko: Inntil 9 AE per uke	Lav risiko: Inntil 14 AE per uke

Anbefalte grenseverdier for ulike risikokategorier av alkoholbruk i trafikklystermer (15). Eldre > 67 år bør følge grenseverdier for kvinner (Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1240-41)

Alkohol kan gi psykiske lidelser og skade indre organer og hjernen. I henhold til Verdens helseorganisasjon kan alkoholavhengighet føre til over 200 ulike sykdommer, deriblant levercirrhose, demens, amnestisk syndrom, FAS/FAE hos barn (ved inntak under svangerskap), for å nevne noen.

I tillegg er psykososiale følger vanlig, som vansker med arbeid, utdanning, karriere, aktiviteter, familieliv, kjærlighetsforhold, aggresjon/vold o.l.





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Alkoholavhengighetssyndrom som familielidelse

Alkoholavhengighet påvirker ikke bare den som drikker alkohol, men også familien som helhet og samspillet i familien. Der mor og/eller far drikker alkohol, påvirkes både partner og barna i familien. Dette må derfor tas med i behandlingen.

Dette medvirker til endringer i;

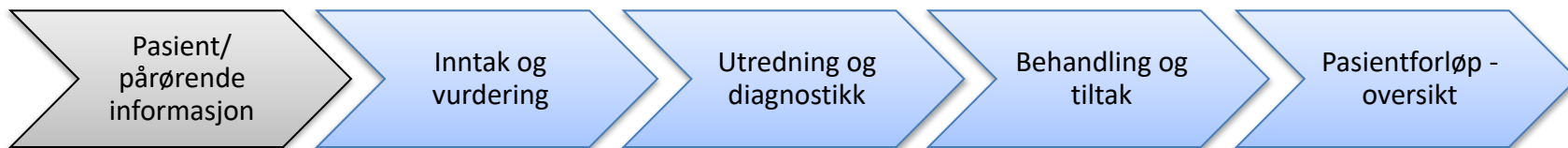
- Kommunikasjonsmønster
- Roller i familien
- Ansvarsforhold
- Interaksjon
- Samspill i familien som helhet endrer seg

Barn som pårørende til personer med alkoholavhengighet

Barn med en oppvekst med omsorgspersoner med en alkoholavhengighet, har en økt risiko for psykiske lidelser, selvmord, egne rusproblemer, samt drop-out fra skole og arbeidsliv (Hjärn et al, 2014). Barn opplever lojalitetskonflikter, skyld, skam og konsentrasjonsproblemer som følge av hjemmesituasjonen. De kan utvikle både fysiske og psykiske plager. De har ofte for store praktiske og emosjonelle omsorgsoppgaver, og høy grad av bekymring for den som drikker. Barn av alkoholikere vokser opp i uttryggighet og uforutsigbarhet da påvirkede voksne endrer atferds- og reaksjonsmønster.

Familietilpasning (med-avhengighet) i form av tildekking og/eller bortforklaring er vanlig i familier med alkoholavhengighet. Dette skyldes i stor grad skam og skyld. I tillegg ser man at partnere dras med inn i et negativt mønster ved å tilrettelegge, unnskyldte og bruke mye tid og krefter på å følge opp den avhengige. Dette kan igjen gå på bekostning av omsorgsrolle for barn eller ivaretagelse av andre oppgaver.





- Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?
- Om alkohol - skadelig bruk
- Alkohol som familielidelse
- Samsykelighet
- Henvisning og behandling
- Krise og mestringsplan
- Selvhjelpsgrupper
- Linker/video
- Litteratur for fagpersoner

Samsykelighet

Ved alkoholavhengighet er samsykelighet (komorbiditet) vanlig. Det vil si at flere tilstander eller lidelser opptrer sammen med alkoholavhengigheten. Studier viser at en tredjedel av personer med en psykisk lidelse, også misbruker eller er avhengig av en psykoaktiv substans, og da ofte alkohol.

Nesten 40% av alle med alkoholavhengighet, har også en annen lidelse.

Psykiske lidelser blant personer som brukte alkohol alene er funnet å være;

- Personlighetsforstyrrelse 25 prosent
- Stemningsforstyrrelse 16 prosent
- Angstlidelse 16 prosent

Vanlig tilleggsproblematikk ved alkoholavhengighet er;

Somatiske tilstander	Psykiske lidelser
Cirrhose	Depressiv lidelse
Fettlever	Bipolar lidelse
Delir	Generalisert angst
Demens	Generalisert angst
Amnestisk syndrom	Sosial fobi
	Spesifikk fobi
	Panikklidelse
	Traumelidelser
	Schizofreni/psykose

I tillegg ser man ofte misbruk av andre vanedannende substanser i kombinasjon med alkoholavhengigheten.





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Henvisning

Fastleger/sykehusleger, bedriftsleger, barnevern og sosialtjenesten i kommunen kan henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) der det bekymring for om noen har en alkoholavhengighet.

Det bør vurderes å etableres en kontakt i kommunehelsetjenesten, slik at de er tidlig involvert i forløpet og sikrer et helhetlig pasientforløp.

Selv om en ofte ser at det finnes uformelt press fra pårørende, venner og arbeidsgiver, er hovedregelen at behandling skjer på et frivillig grunnlag.

Tvunget tilbakehold

Ved enkelte tilfeller er pårørende bekymret for alkoholavhengighet er så alvorlig at en ønsker å få vurdert om det er grunnlag for å bruke tvangsvedtak.

Ved spørsmål om en person kan henvises og behandles under tvunget tilbakehold, kontaktes sosialtjenesten i aktuell kommune/rusoppfølgende tjeneste i NAV eller fastlege for avklaring.

Vedtak om tvungen tilbakehold fattes av kommunelege. Eventuell klage på vedtak, gjøres til fylkeslegen.

Behandling

Etter avrusning, utredning og diagnostikk vil pasienten få tilbud om behandling. Behandlingen som tilbys avhenger av den enkeltes symptombilde og individuelle forhold. Blant behandlingen som tilbys er;

- Kognitiv atferdsterapi
- Motiverende Intervju
- 12.trinnsbasert behandling





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

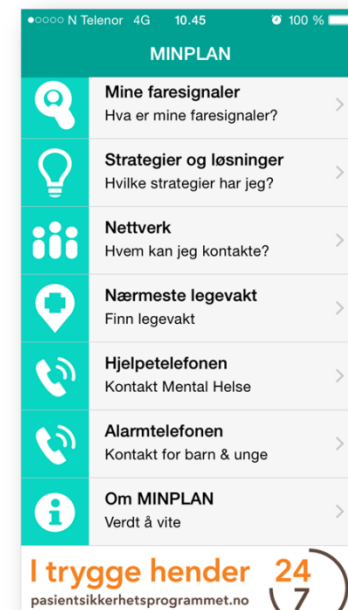
Litteratur for fagpersoner

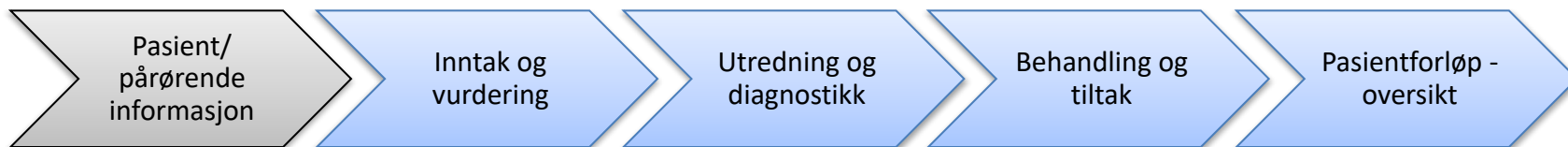
Krise og mestringsplan

Krise og mestringsplan er en plan for å forebygge eller og forhindre at man kommer i en krise. Planen skal sikre mestringsplan. Krise og mestringsplan kan med fordel utformes tidlig i behandling av alkoholavhengighet. Det er et verktøy som er tilgjengelig både for Iphone og androide system. **MinPlan** er en app som gir lett innføring i krise og mestringsplan. Dette kan utformes av pasient og pårørende også uavhengig av behandling.

En krise og mestringsplan innebærer følgende;

- Identifiser de tidlige **signalene/tilbakefallstegn** på at du vil drikke alkohol. Bli bevisst faresignalene og situasjoner som utløser et ønske om alkoholinntak.
 - Tanker, bilder, følelser og lignende.
- Skriv opp mestringsstrategier – det vil si måter å håndtere situasjonen/følelsen/det behovet på, annet enn å innta alkohol.
 - Indre mestringsstrategier – avledning, mindfulness, for eksempel.
 - Oppsøk venner som vil avlede deg fra om å innta alkohol.
 - Varsle mentor/selvhjelpsgrupper/venner/ familie/nettverk som kan hjelpe deg til å avstå fra å innta alkohol.





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Selvhjelpsgrupper

En selvhjelpsgruppe er en gruppe bestående av individer med tilsvarende alkoholavhengighetsproblematikk, som bistår, støtter og motiverer hverandre til avholdenhet.

Tilbakefall ved alkoholavhengighet er vanlig og støtte over tid er viktig. Å delta i selvhjelpsgrupper kan derfor være et nyttig supplerende tiltak.

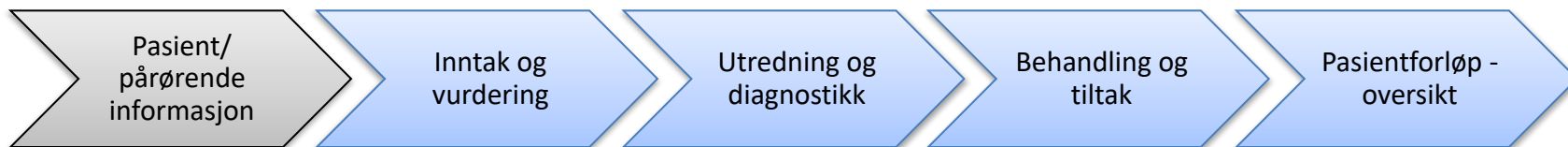
Den meste kjente selvhjelpsgruppen for alkoholavhengige er **Anonyme Alkoholikere**.

På nettsidene til [Anonyme alkoholikere](#) finnes en oversikt over møter i Aust og Vest Agder.

En annen selvhjelpsgruppe som kan anbefales er [Familieklubben](#). Dette er selvhjelpsgrupper for hele familien. Det finnes og flere brukerorganisasjoner som man kan finne støtte hos. Et lokalt eksempel er "A-larm" - <http://a-larm.no/>

For mer informasjon om selvhjelpsgrupper, se www.selvhjelp.no





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Linker

[Anonyme alkoholikere \(AA\)](#) Dette er et fellesskap av kvinner og menn med alkoholavhengighet, som deler sin erfaring og motiverer for mestring av avhengigheten. AA gir samhold og anbefales i oppfølging av en alkoholavhengighet.

[A-Larm](#) er en landsdekkende bruker- og pårørendeorganisasjon innen rusfeltet. A-Larm har en selvhjelpsideologi som grunnstamme.

[Rustelefonen](#) er en landsdekkende råd, veiledning og informasjonstjeneste om rusmiddelproblematikk.

[HelseNorge](#) – her finner du oppdatert informasjon om alkoholavhengighet m.m.

[Akan – arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk](#). Skal sette det norske arbeidsliv i stand til å forebygge rus og avhengighet slik at sykefravær reduseres, og effektivitet og livskvalitet øker.

[Ung.no](#) – fakta om alkohol

[Al-Anon](#) – selvhjelpsgrupper for pårørende.

[Voksne barn av alkoholikere \(VBA\)](#)

[Kognitiv terapi](#)

Nettressurs barn som pårørende:

[Fagprosedyrer for barn som pårørende](#)

[Snakketøyet](#) er et digitalt verktøy for deg som ønsker å støtte og ivareta barn som er pårørende

Videoer

[Rusbehandling](#)

[AA informasjonsfilm](#)

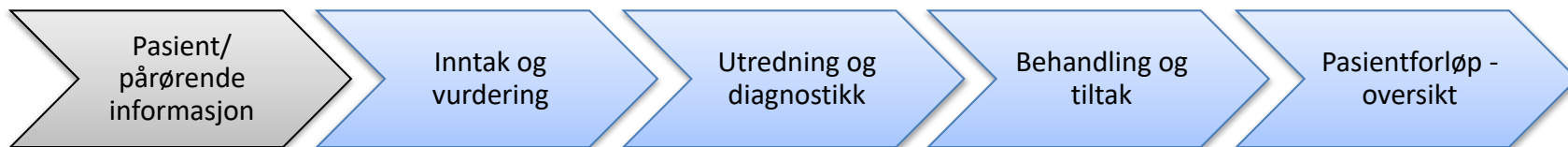
[Familiebehandling ved alkohol](#) – dansk film

[Alkohol påvirker andre end dig selv](#) – dansk film

[Alkohol, kropp og helse – ungdom](#)

[Motiverende intervju](#)





Hva er en avhengighetstilstand – alkoholavhengighet?

Om alkohol - skadelig bruk

Alkohol som familielidelse

Samsykelighet

Henvisning og behandling

Krise og mestringsplan

Selvhjelpsgrupper

Linker/video

Litteratur for fagpersoner

Nice guidelines OCD <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>

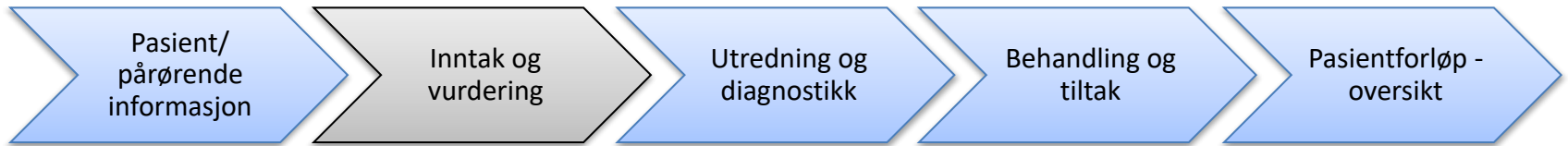
[Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)

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

Helsedirektoratet om [Motiverende Intervju](#)

[Nasjonale retningslinjer for personer med rop lidelser](#)





Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbile – vurderinger og
rettigheter





Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbile – vurderinger og rettigheter

Henvising sendt til Klinikk for psykisk helse skal vurderes av inntaksteam/vurderingsteam i den kliniske enhet som pasienten sorterer inn under. Ved mistanke om en alkoholavhengighet vil henvisingen videresendes til Avdeling for Rus og avhengighetsbehandling (ARA).

Vurderinger gjøres med utgangspunkt i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, pkt. 5. Med bakgrunn i Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 b og Prioriteringsforskriften § 2 & §2a, samt [Prioriteringsveileder - tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#) og interne retningslinjer for vurdering av henvisinger, vurderes det om pasienten enten har **rett til helsehjelp** eller at **det ikke foreligger behov for helsehjelp** fra spesialisthelsetjenesten. Vurdering med tilbakemelding til pasient skal gjøres innen 10 dager (jmf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-2).

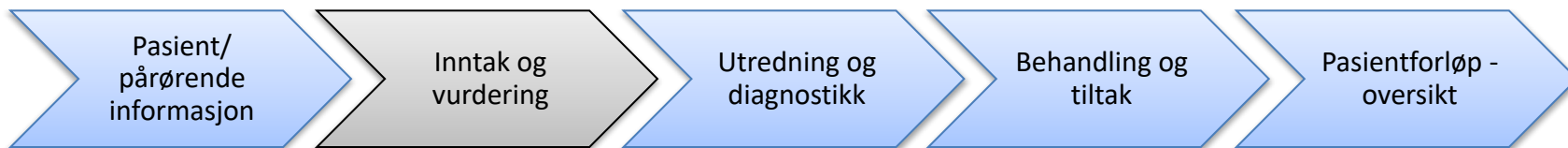
To punkter skal vurderes når rett til helsehjelp tildeles;

- Nytte av helsehjelpen
- Det skal være et rimelig forhold mellom kostnader og nytte

Der det innvilges rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan dette være enten **rett til utredning** eller **rett til behandling**. Rett til behandling gis der man er sikker på pasientforløp. Rett til utredning når det er mer uavklarte forhold og usikkerhet rundt antatt diagnose og problemstilling.

Frist for oppstart skal settes. Fristen avhenger av vurderingen som gjøres av graden av alvorlighet. Vurdering gjøres i henhold til [Prioriteringsveileder - tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#).





Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilede – vurderinger og rettigheter

Vurderingsteam (VUT)

Ved Avdeling for Rus og avhengighetsbehandling (ARA) vurderes alle henvisninger av et vurderingsteam.

Vurderingsteamet er tverrfaglig sammensatt, og har medisinsk, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. Ved sammensetning av teamet bør også representasjon fra avdelingens ulike enheter ivaretas og utnevnes av avdelingsleder. Vurderingsteamet ledes av lege- eller psykologspesialist, som har faglig ansvar for vurderingene.

Teamet har ansvar for å vurdere eksterne og interne henvisninger om frivillig behandling i til rus- og avhengighetsbehandling, også LAR-henvisninger. Teamet foretar vurderinger av mottatte henvisninger ved møte 2 ganger i uken, eller så hyppig som hensynet til faglig forsvarlighet og frister krever.

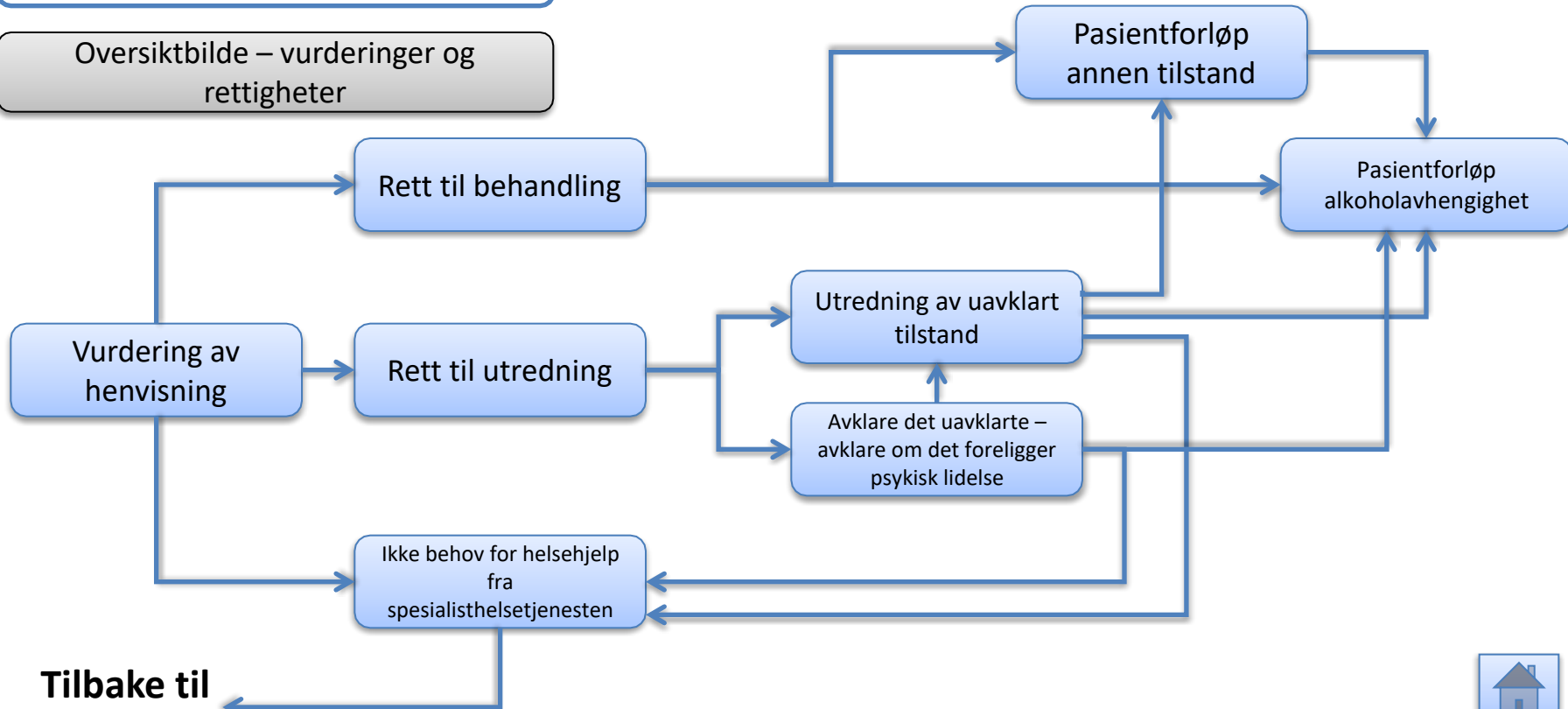




Inntak og vurdering

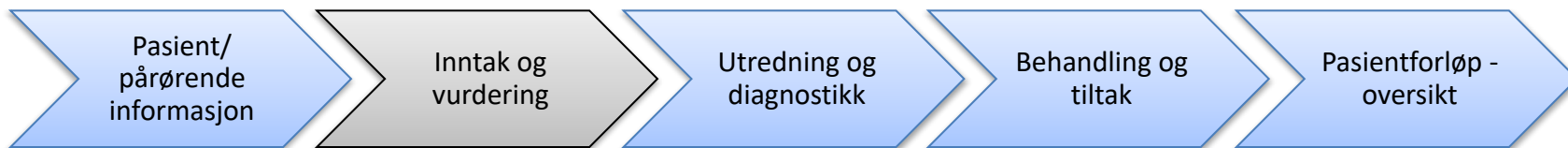
Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter



Tilbake til henviser

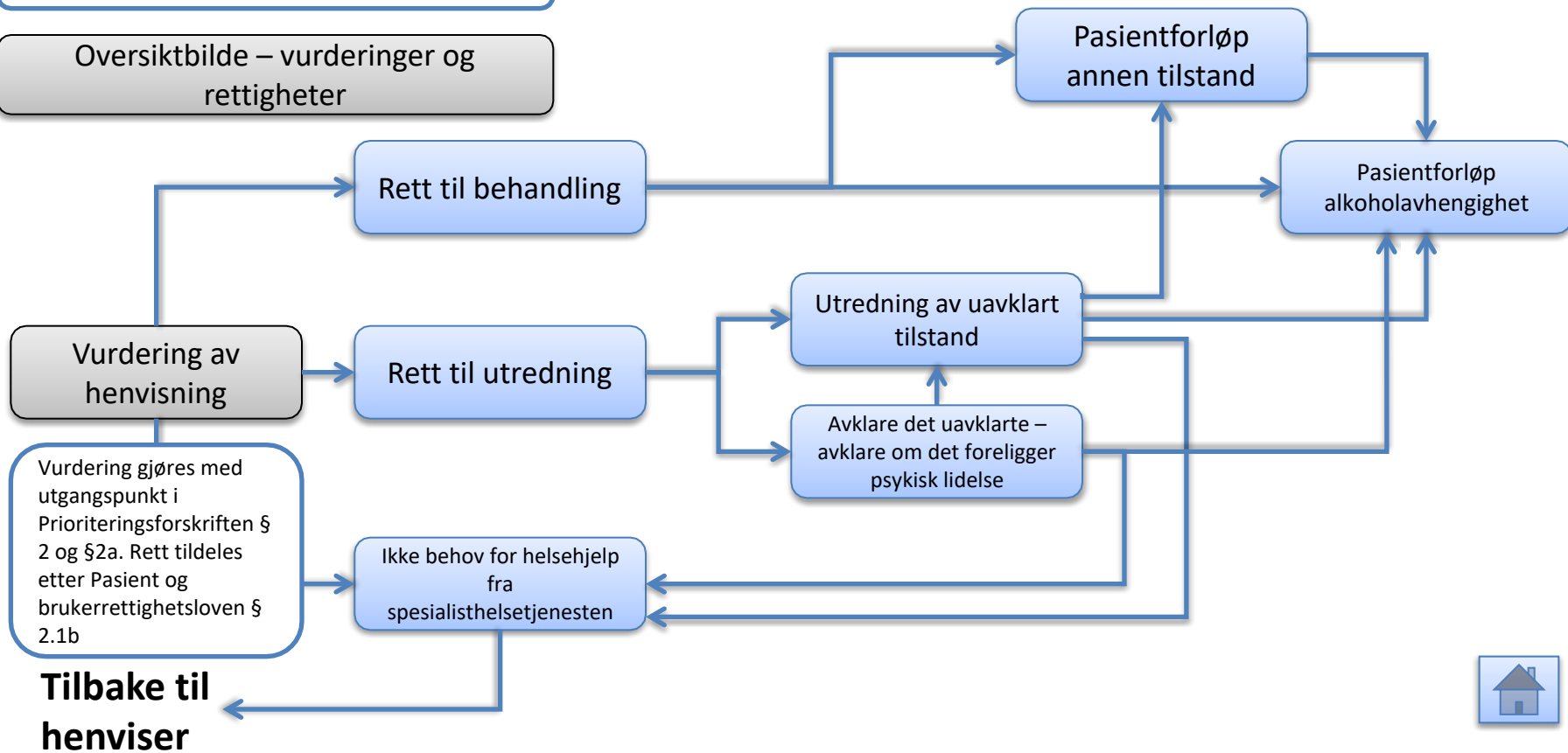


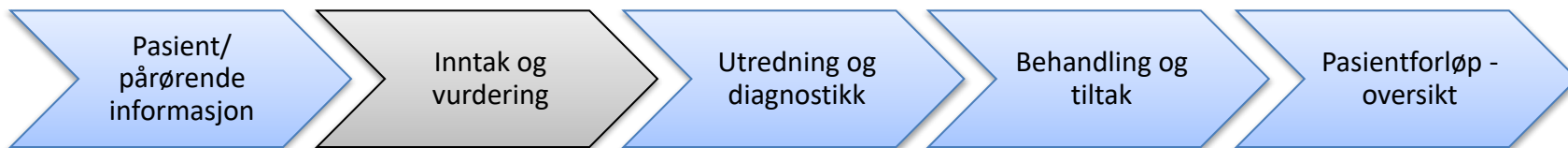


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbylde – vurderinger og rettigheter

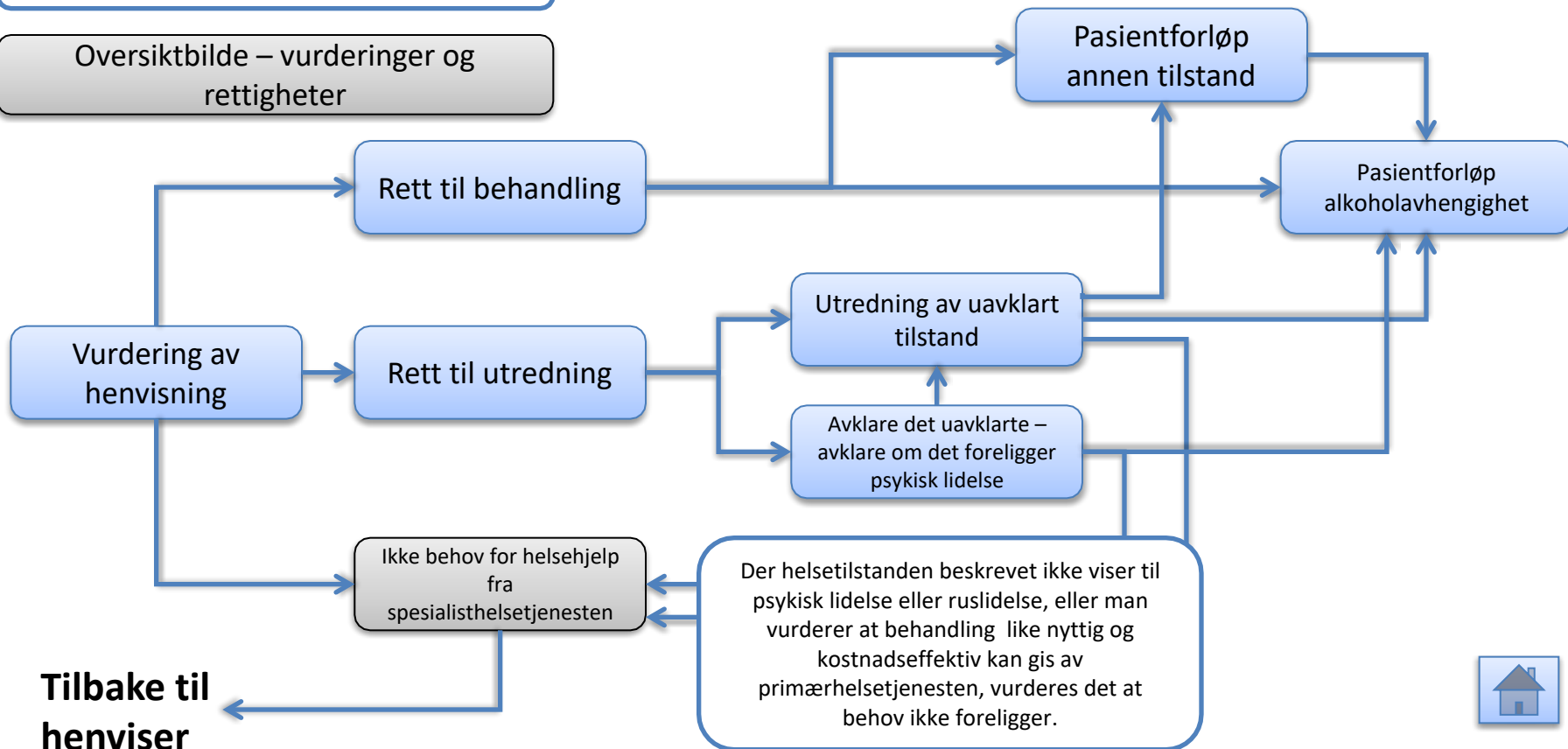


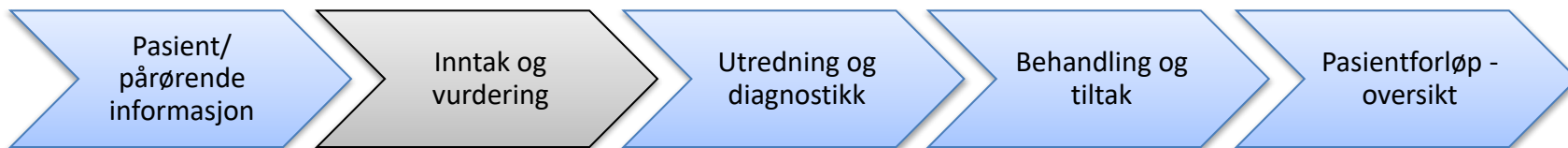


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

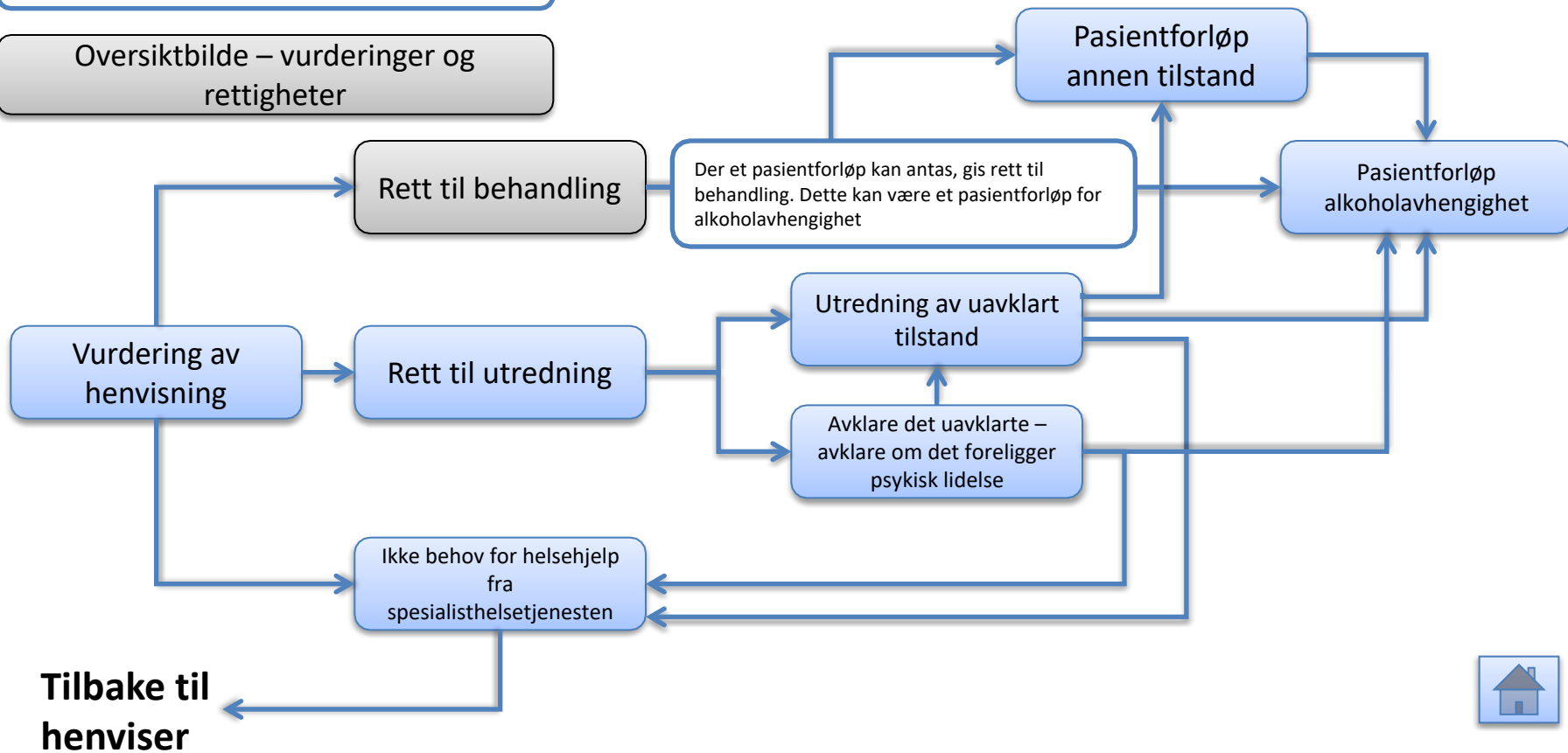


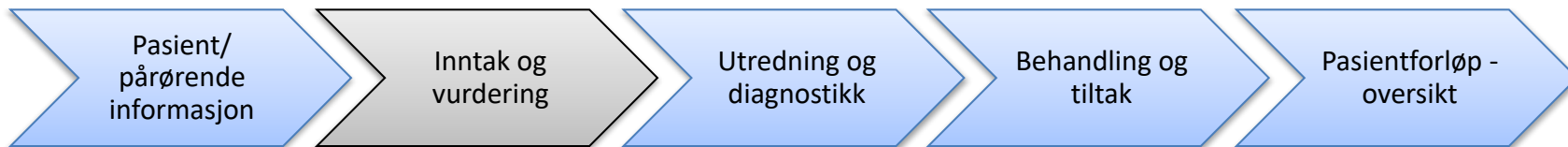


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter



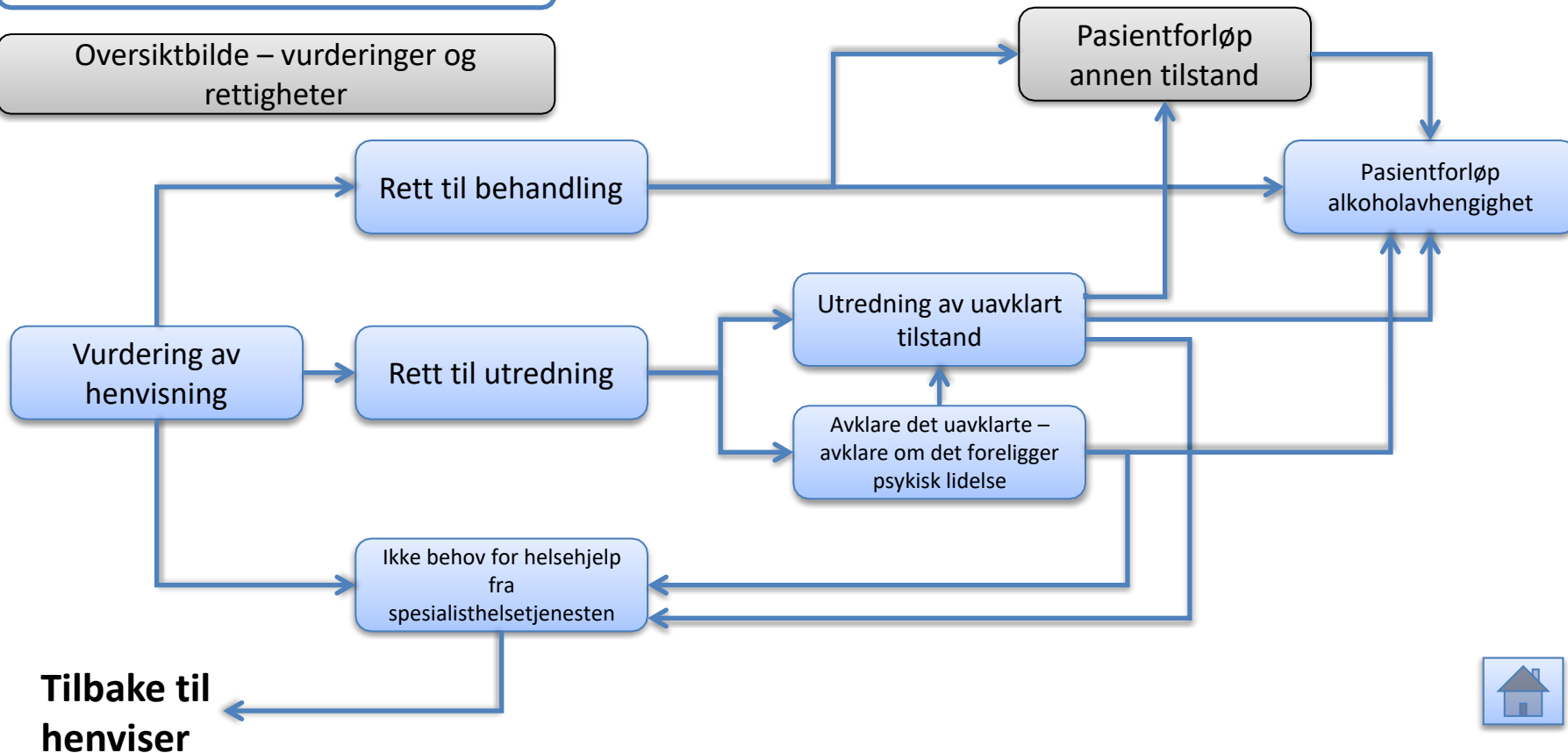


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

Under utredning i pasientforløp for annen tilstand, kan antagelse om en alkoholavhengighet oppstå. Kliniker vil da nytte seg av aktuelt pasientforløp

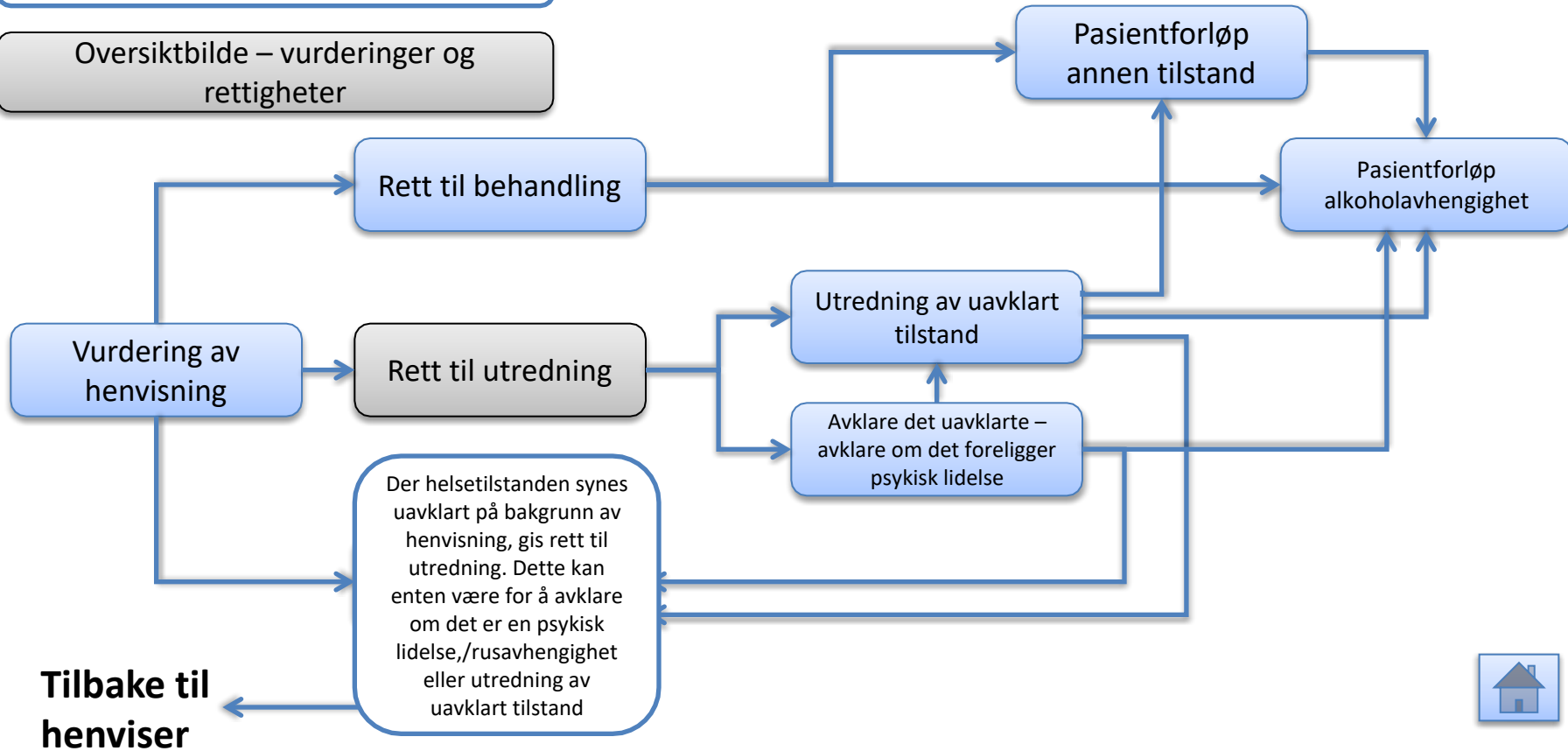


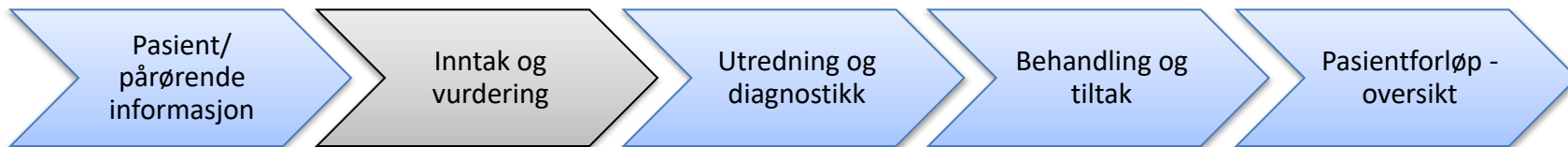


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbylde – vurderinger og rettigheter

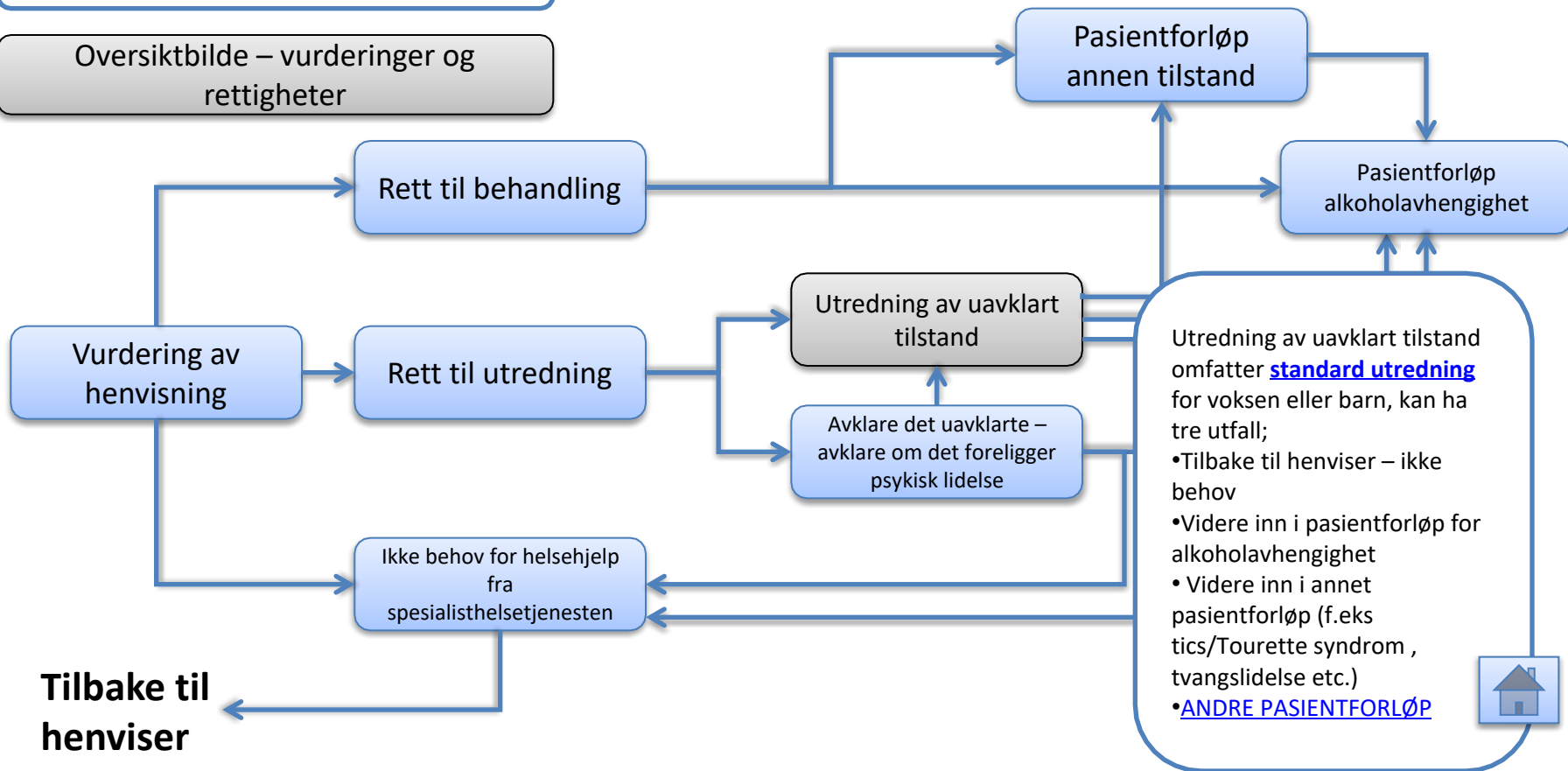


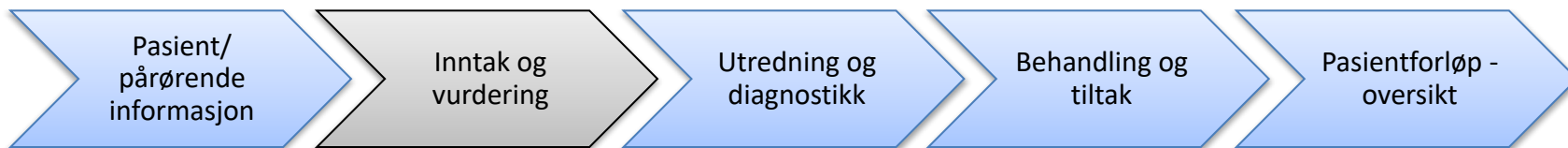


Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter

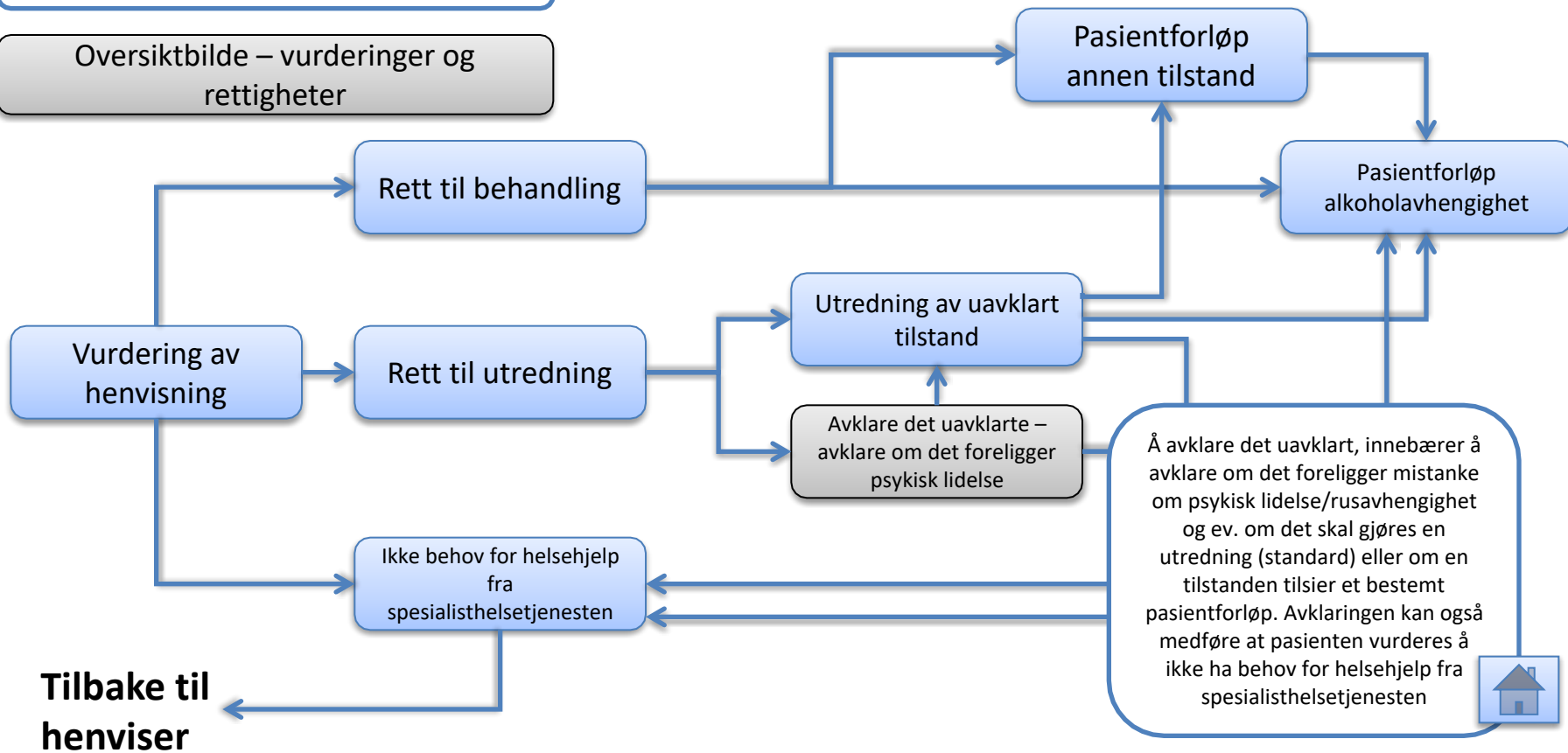




Inntak og vurdering

Vurderingsteam

Oversiktbilde – vurderinger og
rettigheter





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsriskovurdering

Fører kortvurdering





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Førerkortvurdering

Screening

Dersom det foreligger mistanke om en alkoholavhengighet kan man foreta en innledende screening.

Det er viktig å avklare eventuelle komorbide tilstander. Samt få en detaljert oversikt over den enkeltes alkoholforbruk og utvikling av avhengighetsproblematikken. I samtalen må terapeut "tune" seg inn på pasienten og samtale med pasienten om potensielle vansker og følger av alkoholavhengigheten.

Følgende verktøy er anbefalt for screening av en alkoholavhengighet.

Alkohol kartlegging

Alkohol anamnese

SCL 90 R

AUDIT

DUDIT

GAF





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Utredning

Der screeningen indikerer en alkoholavhengighet, gjøres en mer omfattende utredning. Utredning skal gjøres når pasienten ikke er under påvirkning av rusmidler eller i abstinens.

Utredningen bør omfatte følgende;

Anamnese

MINI (plus)

EuropASI
(voksne)

Rusdata

Somatisk
utredning

EuroDADE
(ungdom)

Ved behov gjøres supplerende utredning;

Nevropsyk.

SCID II

MADRS/ BDI
II

BAI

Komparent
opplysninger

Samtale med
familie





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Fører kortvurdering

Diagnostikk

Diagnostisk vurdering gjøres på bakgrunn av kunnskap om pasienten ervervet gjennom utredningen. Det er kjent at personer med alkoholavhengighet ofte også har samsykelighet i forhold til andre symptomlidelser. Dette bør fremkomme i den diagnostiske vurderinger.

Diagnostisk vurdering skrives med følgende momenter;

- Vurderingsgrunnlag
- Relevant anamnestisk informasjon
- Problembeskrivelse og utvikling av alkoholavhengighet
- Oppsummering av screening og utredning, med henvisning til aktuelle utredningsverktøy
- Differensialdiagnostiske vurderinger

Alkoholavhengighet er ofte en komplisert og sammensatt tilstand, både når det gjelder etiologi og funksjon. Dette bør fremkomme i den diagnostiske vurderingen samt de faktiske konsekvensene av alkoholavhengigheten. Viktige differensialdiagnostiske vurderinger er bruk av andre substanser, benzodiazepiner eller og angstlidelser.

Diagnostisering gjøres i henhold til ICD 10; F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol

Aktuelle differensialdiagnostiske vurderinger





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Førerkortvurdering

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Ved utredning og behandling av alkoholavhengighet kan det være aktuelt med vurderinger både i forhold til selvmordrisiko og risiko for voldelig atferd. Det er funnet at pasienter med alkoholavhengighet har en forhøyet risiko for selvmord. Alkoholavhengighet kan også påvirke frustrasjonstoleranse og aggresjon.

Vurderinger gjøres i henhold til aktuell retningslinje ved KPH.

Selvmonds
risikovurdering

Voldsrisiko
vurdering





Screening

Utredning

Diagnostikk

Selvmonds/voldsrisikovurdering

Førerkortvurdering

Førerkortvurdering

I førerkortforskriften omtales helsekravene vedrørende rusmiddelbruk: **”Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne.”** (§ 2, pkt.5)

Alkoholmisbruk kjennetegnes av;

- et uvanlig høyt forbruk,
- manglende evne til å kontrollere dette.

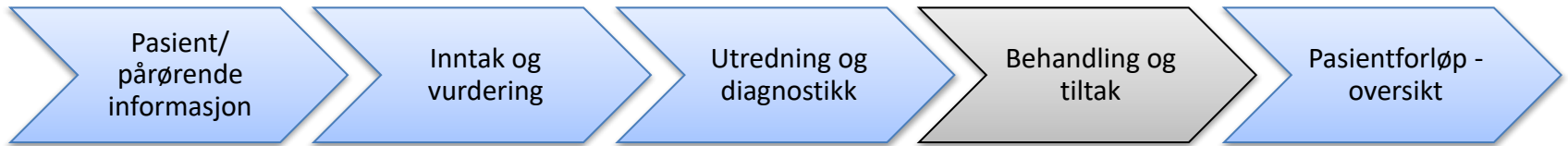
Over tid kan alkoholmisbruk medføre både somatiske og mentale/kognitive endringer. En person med kronisk alkoholmisbruk, oppfyller ikke helsekravene. Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmisbruk, oppfyller ikke førerkortforskriftens helsekrav.

Forekommer det kun sporadisk bruk av rusmidler, uten relevans for kjøreevnen, er førerkortforskriften oppfylt. Dersom dette vurderes, må dette fremkomme i dokumentasjon/journal.

Når lege eller psykolog får kjennskap til at en førerkortinnehaver misbruker alkohol eller bruker illegale rusmidler, eller kjennskap til at slikt misbruk har forekommet for kort tid siden, inntreer meldeplikten. Dette gjelder også hvis førerkortinnehaveren er til somatisk eller psykiatrisk behandling for andre lidelser (IS-1437, Helsedirektoratet 2010).

Grunnlaget for vurderingen og meldeplikten er den diagnostiske vurderingen gjennomført innledningsvis i pasientforløpet. Vurdering av nedsatt dømmekraft og impuls kontroll bør bygge både på klinisk skjønn og på resultat av strukturerte undersøkelser. Se foretakets retningslinje for [førerkortvurdering](#)





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

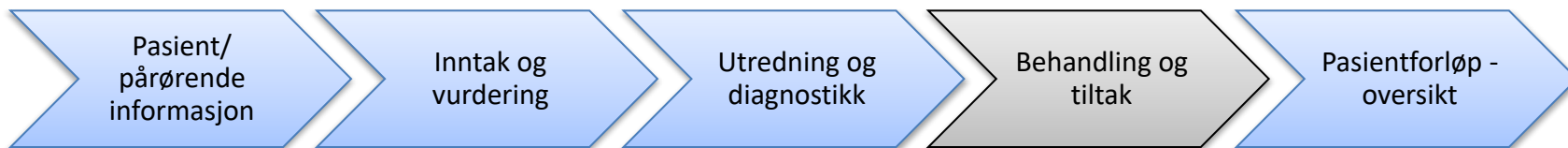
12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnsprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

En alkoholavhengighet har ofte en sammensatt etiologi, og samsykelighet med andre tilstander er vanlig. Der psykisk lidelse er hovedlidelsen, skal behandling gis innen psykisk helsevern. Behandlingen skal ha en helhetlig tilnærming, og anerkjenner at god helse ikke bare er fravær av sykdom. Dette innebærer et behov for at all behandling tilpasses den enkeltes symptombilde.

Avrusing og behandling for alkoholavhengighet kan tilbys;

Poliklinisk

- ARA Poliklinikk Kristiansand/ Arendal/Mandal/Farsund/Flekkefjord

Døgnbehandling

- **Avgiftingsenheten** (Arendal eller Kristiansand) hovedoppgaven er avgiftning, avklaring og motivering for videre behandling.
- **Enhet for rus og psykiatri/ Utredningsenheten** (Kristiansand) er en spesialenhet som gir pasienter med sammensatt problematikk et individuelt, tilrettelagt kartleggings- og utredningstilbud.
- **Døgnetenheten Byglandsfjord** - har målgruppe pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser

12.Trinnsprogrammet - Gruppebehandling

døgn/Rehabiliteringsposten/Dagbehandling i gruppe

- Enhet for gruppebehandling – Kristiansand – innleggelse ved gruppebehandling døgn kan etterfølges av innleggelse ved rehabiliteringsposten. Eventuelt et alternativ til døgnbehandling i gruppe, er dagbehandling. Alle pasienter følges opp i oppfølgingsgruppe etter endt behandling.
- [Kart over behandlingseenhetene i 12.trinnsprogrammet.](#)





Generelt om behandling

Avrusning

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Avrusning

Avrusning skjer når man avslutter sitt alkoholinntak og kroppen kvitter seg med den psykoaktive substansen, i dette tilfellet, alkohol. Avrusning kan foretas både poliklinisk og ved døgnenhet. Se for øvrig [forebygging og behandling av Wernickes encefalopati](#).

Poliklinisk avrusning kan gjennomføres når;

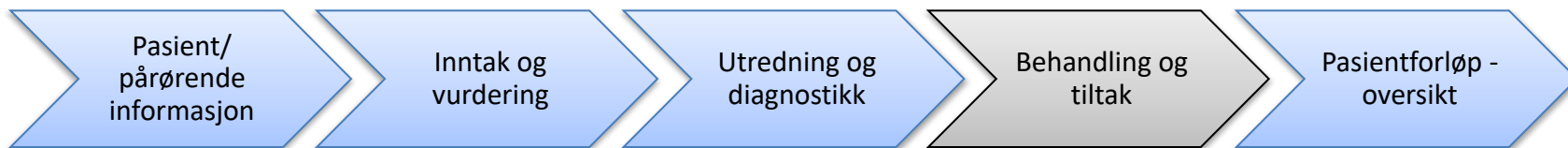
- Pasienten ønsker poliklinisk avrusning
- Avhengighet kun av ett rusmiddel
- Ikke injeksjonsbruk
- Begrenset blandingsbruk av rusmidler
- Ikke tidligere komplikasjoner ved avrusning
- Ikke samtidig alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer

Den sosiale situasjonen bør vurderes nøye før poliklinisk avrusning planlegges. Det vil ved en poliklinisk avrusning være et spesielt behov for tett samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Pasienten må orienteres om både fysiske og psykologiske symptomer på avrusning, psykososiale tiltak og mulighet for medikamentell bistand.

Institusjonsavrusning bør vurderes;

- Dersom alvorlige abstinenssymptomer oppstår,
- AUDIT skåre over 20 eller hvis pasienten drikker over 15 alkoholenheter daglig,
- Klarer ikke å gjennomføre poliklinisk avrusning
- Avhengighet av flere rusmidler
- Injeksjonsbruk
- Omfattende blandingsbruk av rusmidler
- Tidligere komplikasjoner ved avrusning
- Samtidig alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer
- Kompliserende tilstander (som graviditet)





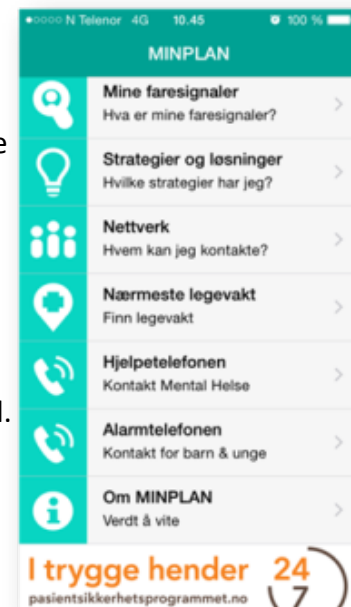
- Generelt om behandling
- Avrusing
- Krise og mestringsplan
- Kognitiv atferdsterapi
- Motiverende intervju
- 12. trinnprogrammet
- Medikamentell behandling
- Pårørende arbeid
- Samhandling - Annet

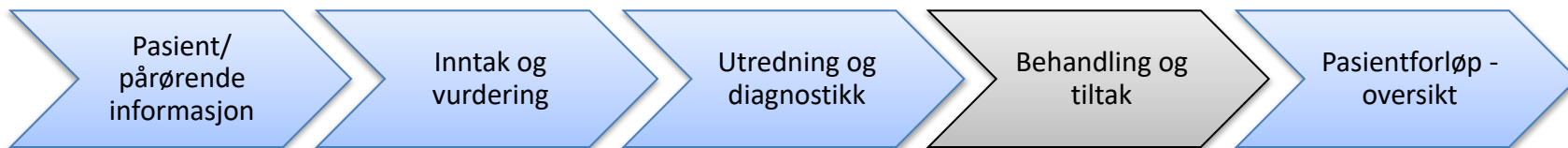
Krise og mestringsplan

Krise og mestringsplan er en plan for å forebygge eller og forhindre at man kommer i en krise. Planen skal sikre mestring. Krise og mestringsplan kan med fordel utformes tidlig i behandling av alkoholavhengighet. Det er et verktøy som er tilgjengelig både for Iphone og androide system. **MinPlan** er en app som gir lett innføring i krise og mestringsplan. Dette kan utformes av pasient og pårørende også uavhengig av behandling.

En krise og mestringsplan innebærer følgende;

- Identifiser de tidlige **signalene/tilbakefallstegn** på at du vil drikke alkohol. Bli bevisst faresignalene og situasjoner som utløser et ønske om alkoholinntak.
 - Tanker, bilder, følelser og lignende.
- Skriv opp mestringsstrategier – det vil si andre måter å håndtere situasjonen/følelsen/det som utløser behovet på, annet enn å innta alkohol.
 - Indre mestringsstrategier – avledning, mindfulness, for eksempel.
 - Oppsøk venner som vil avlede deg fra ønsket om å innta alkohol.
 - Varsle mentor/selvhjelpsgrupper/venner/familie/nettverk som kan hjelpe deg til å avstå fra å innta alkohol.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er anbefalt som behandlingstilnærming ved rusavhengighet. Dette er en målrettet, konkret og strukturert behandlingstilnærming. Der det er både psykisk lidelse og en alkoholavhengighet, er dette foretrukket behandlingstilnærming da det foreligger god støtte for effekt også ved andre tilstander som angst og depresjon.

Kognitiv atferdsterapi handler om å bryte uhensiktsmessige sirkler mellom tanker, følelser og atferd. Det handler om å forstå sammenhengen mellom det vi tenker, føler og gjør. Gjennom økt bevissthet og innsikt, vil man kunne endre uhensiktsmessig tenkning, som igjen vil kunne påvirke atferd og valg av handlinger.

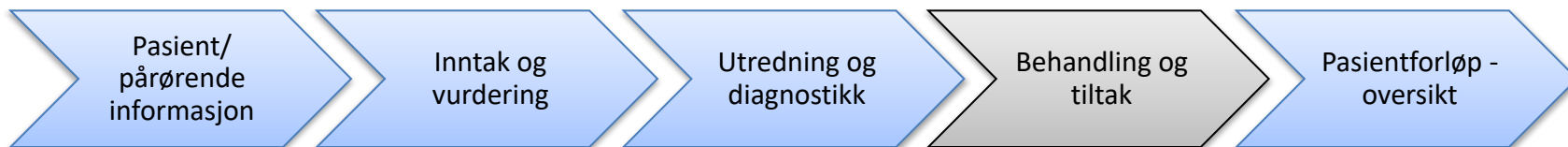
Terapien kombineres ofte med litteratur som anbefales og innebærer en opplæring av pasienten til å bli sin egen terapeut ved å endre tankemønstre.

Seeking safety – manualisert behandling

Dette er en kognitiv terapi som retter seg inn mot behandling av alkoholavhengighet og traumer. Behandlingen anerkjenner at det å gå igjennom traumer erfart i terapi, vil destabilisere pasienten. Dette vil si gi økt aktivering, kroppslig og psykisk, som igjen vil kunne øke alkoholinntaket heller enn å redusere det.

Seeking safety benytter seg av psykoedukasjon og opplæring i kognitive mestringsstrategier for slik å fremme stabilisering.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Motiverende intervju (MI)

Motiverende intervju er en samtaleteknikk som er klientsentrert, målfokusert og evidensbasert. Motiverende intervju har som formål å styrke en persons motivasjon til å endre atferd.

Gjennom samtalene benyttes teknikker som øker pasientens motivasjon for endring.

De grunnleggende prinsippene for MI er fanget opp av ordet; **EDRAS**;
E – uttrykk empati. Gjennom refleksjoner med pasienten formidles en opplevelse av forståelse og empati.

D – Utvikle diskrepans. Gjennom samtalene forsøker en å vise til hvor pasienten står i dag i livet, versus hvor pasienten ønsker å være. Gjennom økt fokus og bevisstgjøring om diskrepansen vil motivasjonen å øke.

R – Rulle med motstand. Motstand vurderes som en naturlig del av en endringsprosess. Terapeuten benytter ulike teknikker som åpne spørsmål, aktivt lyttende og oppsummering/refleksjon for å følge med pasientens motstand.

A – Unngå argumentering Å gå i argumentasjon med pasienten har ikke motiverende effekt.

S – Støtte mestringskompetanse. Pasienten må ha tro på egen evne til å lykkes, for å prøve.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Tolvtrinsprogrammet

12-trinnsbehandling er primært rettet mot avhengighetstilstanden, samtidig som man hjelper pasienten til å ta vare på sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. AA's basale filosofi integreres med biomedisinsk og psykososiale synspunkter på Rusavhengighet. Sentralt er gjennomgang av AA's første trinn

Behandlingsprogrammene er strukturerte, intensive og kortvarige. Behandlingen består av et fast behandlingsinnhold, med individuelt tilpassede oppgaver etter behovsanalyse.

Rusterapeuter med egenerfaring arbeider sammen med helsepersonell i "multidisiplinært team". Familien gis behandling for sin del, ikke bare for å dekke den rusavhengiges spesielle behandlingsprogram.

Siden det dreier seg om en kronisk sykdom, er det behov for behandling og støtte over lang tid. Deltakelse i etterbehandling og selvhjelpsgrupper anses nødvendig. Målet er total avholdenhet, livsstilsendring og økt livskvalitet.

Behandlingen innebærer følgende; Gruppeterapi, undervisning, terapeutisk miljø, arbeid/oppgaver, familieveiledning, lese [12-trinns litteratur](#)/meditasjon, livshistorie, deltakelse i AA/NA møter og rekreasjon/fysisk aktivitet

Behandlingen starter med forberedelse, og innleggelse ved enhet for gruppebehandling eller dagbehandling. Varighet er 4-8 uker. Deretter ettervern, ev. overføring til rehab.posten med videre innleggelse (inntil 12 mnd.) for videre oppfølging i tråd med 12.trinnsprogrammet. .





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Medikamentell behandling

Under avrusing kan det oppstå behov for medikamenter. Lege vurderer risiko for abstinenssymptomer av alvorlig art. Legemidler foreslås brukt som støttebehandling til alkoholavhengige etter en grundig klinisk vurdering (jmf. [Nasjonal faglig retningslinjer for avrusing fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)) Anbefalt verktøy for vurdering er [CIWA – A](#).

- [Forebygging og behandling Wernickes encefalopati](#)
- [Medikamentell behandling ved søvnforstyrrelse](#)
- [Medikamentell behandling ved angst/uro](#)

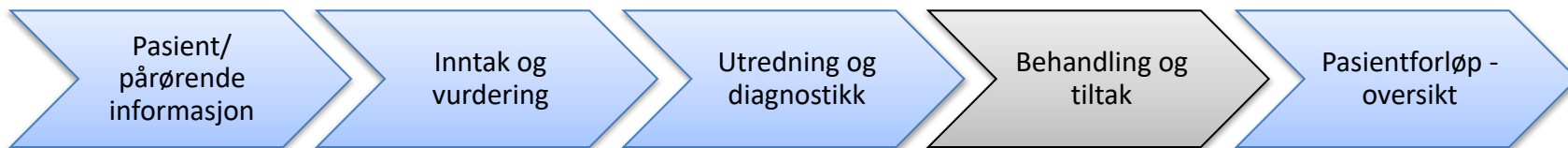
Enkelte pasienter har behov for medikamentell behandling som støttebehandling i sitt pasientforløp. Det oppfordres til varsom bruk av medikamentell støttebehandling med tanke på bivirkninger, effekt og interaksjon.

Behandling med følgende medikamenter er funnet å kunne bidra til økt alkoholfrihet og redusert alkohol sug.

- **Antabus** (Disulfiram) virker best hos pasienter som har grunnleggende motivasjon for avholdenhet fra alkohol, og som ønsker å beskytte seg mot situasjoner som kan dukke opp. Preparatet gir et sterkt ubehag når det er inntatt før et alkoholinntak.
- **Campral** (akamprosat) reduserer både «craving» etter rus og rusopplevelsen ved alkoholinntak.
- **Naltrekson** er egentlig en opioidantagonist, men studier har vist effekt ved alkoholavhengighet.
- **Selincro** (nalmefen) er et nytt legemiddel som påvirker opioid reseptorene og som reduserer alkoholinntak ved avhengighet.

Legemidlene reduserer det totale alkoholforbruket, noe som kan sees på både som et ønskelig og et steg på veien mot total alkoholfrihet. Enkelte studier antyder best resultat om legemidlet kombineres med utstrakte psykososiale tiltak,





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnsprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Pårørende arbeid

Å være pårørende til noen med en alkoholavhengighet kan være svært belastende. Pårørende kan som følge av de belastninger som familiemedlem med en alkoholavhengig, ha behov for oppfølging av egne vansker. Pårørende henvises da til aktuelt behandlingsted for oppfølging/behandling.

Involvering av pårørende i behandling av alkoholavhengighet er funnet å være svært nyttig. Dette som følge av at alkohol er funnet å være en familielidelse. I 12. trinnsprogrammet inngår egen familieuke hvor pårørende (familien) til den alkoholavhengige får informasjon og bistår i prosessen med å bli total avholdende.

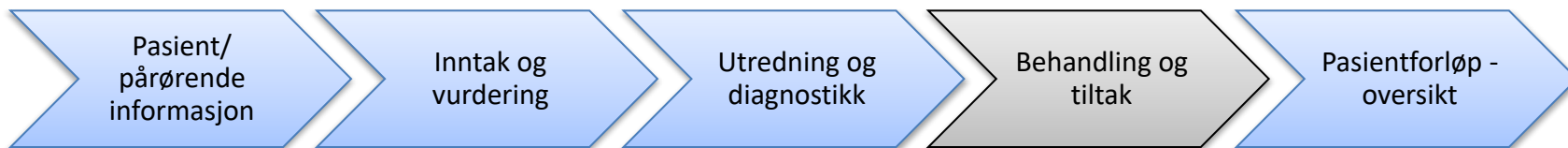
Ved ARA kan pårørende

- Få veiledning/psykoedukasjon
- Henvises for behandling av egne vansker som følge av medavhengighet, eller det å leve med en med alkoholavhengighet
- Bistå i behandlingen som ressursperson.

Barn som pårørende

Å ivareta barn som pårørende er en spesielt lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Dette ansvaret gjelder alt helsepersonell, og i alle ledd av behandlingslinjen. Pasienten skal spørres om han/hun har omsorg eller ansvar for barn, og det skal undersøkes om barna er ivaretatt, eller om de er i behov av informasjon, samtale eller hjelp.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Annet behandlingstilbud

- **Mentaliseringsbasert terapi** er for pasienter med alkoholavhengighet og komorbid personlighetsforstyrrelse.
- **Trening og fysisk aktivitet** er funnet å kunne bistå i utviklingen av en rusfrihet.
- **Mindfulness** eller **mindfulness kognitiv terapi** kan benyttes ved behov.
- [Urinprøver/biologiske markører](#) – dette kan øke motivasjonen til pasienten.

Brukerstyrt seng; dette er et tilbud for de som er i behandling for sin alkoholavhengighet. Dersom pasienten har behov for korte opphold for å avverge en krise, kan pasienten selv velge å legge seg inn – etter avtale om brukerstyrt seng.

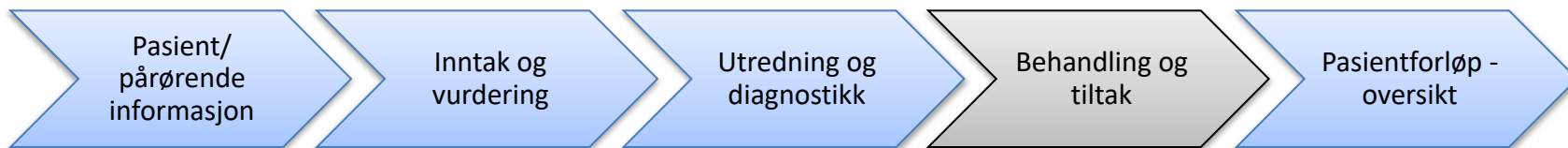
Samhandling

Samhandling med kommunen er svært viktig for å få til et best mulig behandlingstilbud. God planlegging av forebyggende tiltak er viktig ettersom saksbehandling av søknader og/eller etablering av nye tiltak kan være tidkrevende. Pasientens rettigheter og fremtidige behov kartlegges så tidlig som mulig.

I samarbeid med pasienten (evt. pårørende) vurderes aktuelle tiltak, som særlig vil kunne innbefatte områdene:

- NAV - Økonomi, arbeid, aktivitet (evt. utdanning)
- Boforhold – Endring eller etablering av botilbud
- Habilitering/rehabilitering
- Oppfølgingstjenesten
- Kommunale tjenester – Individuell plan
- Etablering av ansvarsgrupper





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Døgnbehandling – Miljøterapi

Ved døgnbehandling er miljøterapi svært viktig. Dette gjelder både under avrusing og ved døgnbehandling generelt.

"Miljøterapiens hovedoppgave er å skape muligheter for at pasienten i sin situasjon kan arbeide med sin forandring og utvikling. Miljøterapi handler om å definere rammer for pasienten for å ha rom til å ta imot følelser og reaksjoner på disse rammene" (Skårderud 2000).

Det foreligger i dag minst fire miljøterapeutiske retninger;

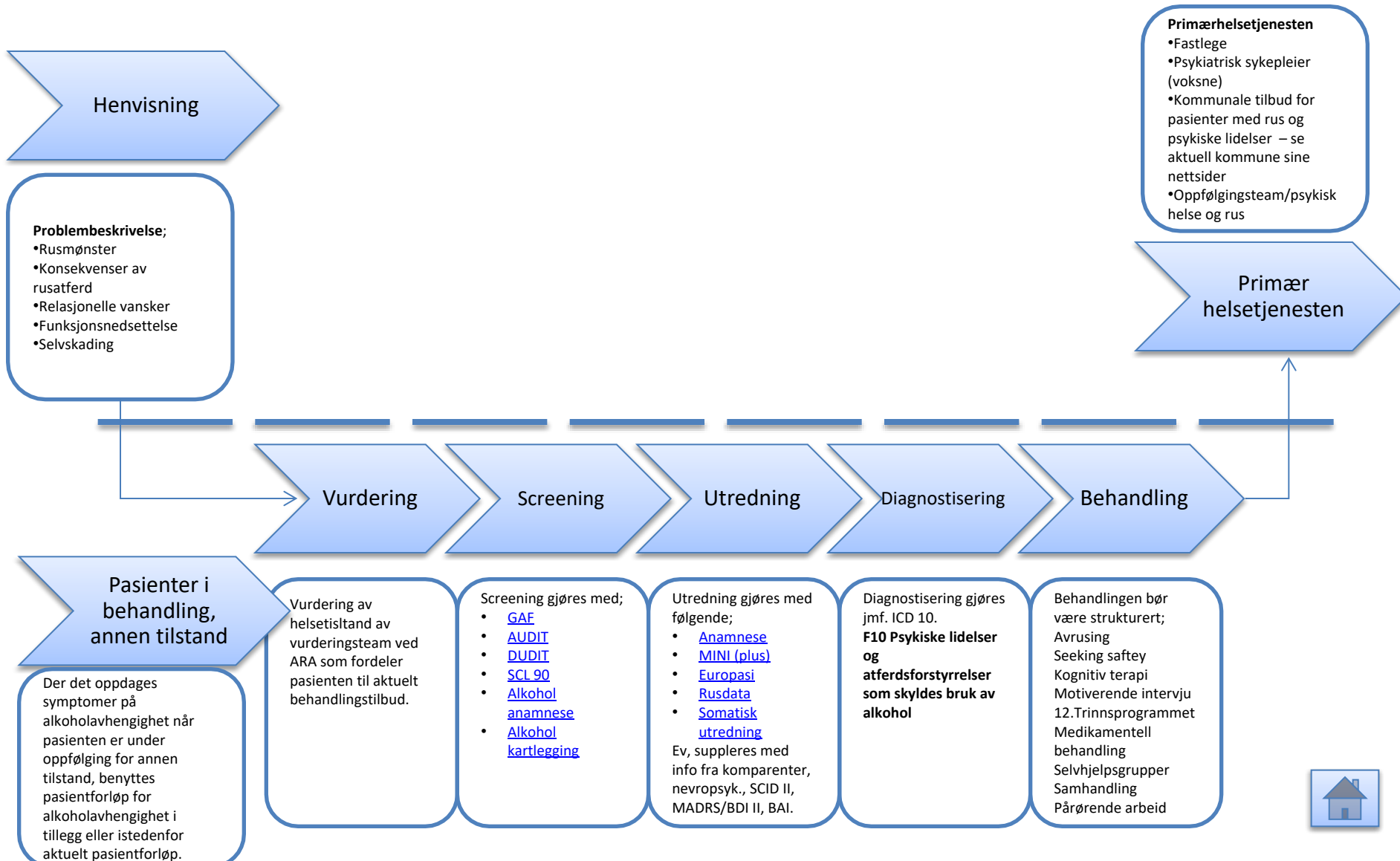
- den humanistisk og demokratisk orienterte,
- psykodynamisk,
- medisinsk-psykiatrisk og
- behavioristisk og kognitive.

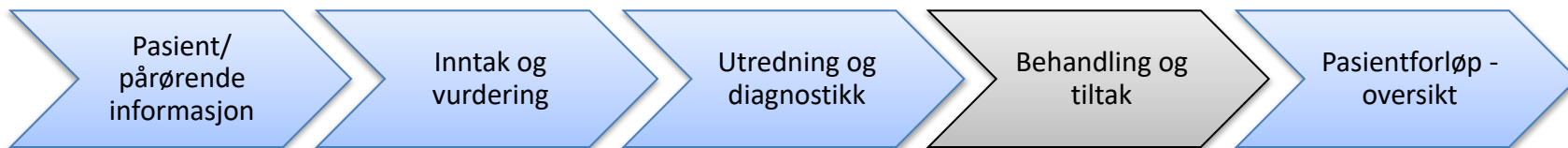
Behandlingen som tilbys ved ARA vil innebære elementer fra de ulike tilnærmingene.

Miljøterapi gis i kombinasjon med individualbehandling, gruppebehandling eller også avrusning. Behandlingen tilpasses den enkeltes og dennes behov.



Pasientforløp alkoholavhengighet





- Generelt om behandling
- Avrusing
- Krise og mestringsplan
- Kognitiv atferdsterapi
- Motiverende intervju
- 12. trinnsprogrammet
- Medikamentell behandling
- Pårørende arbeid
- Samhandling - Annet

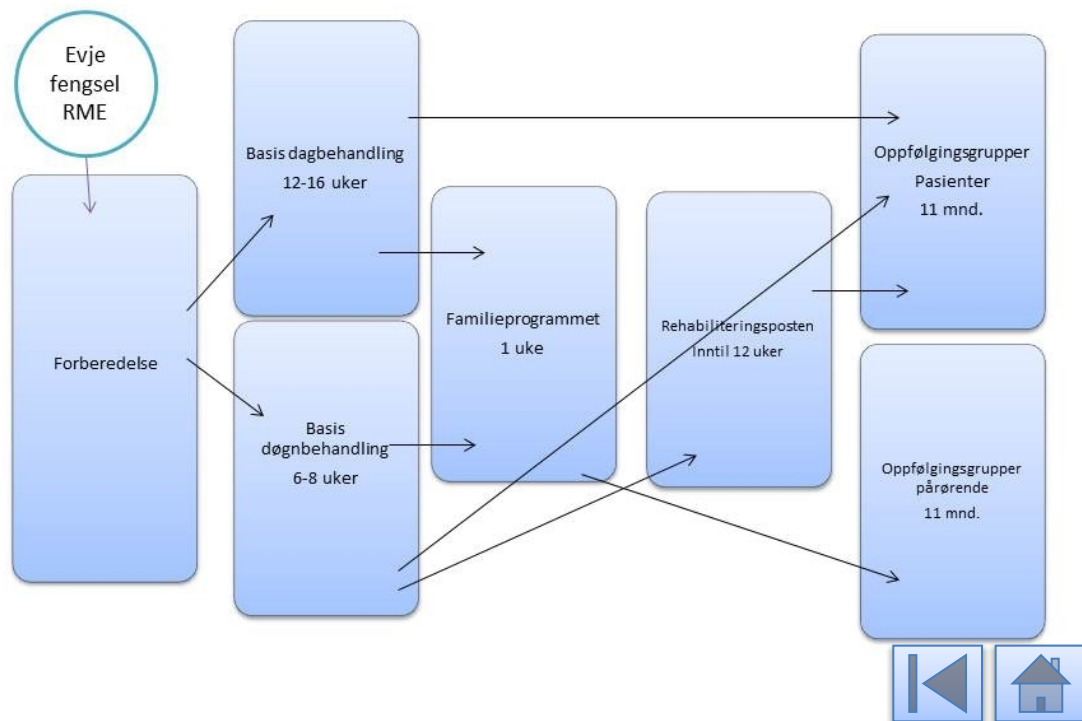
Oversikt over behandlingsforløp i 12. trinnsprogrammet

Pasientene tas inn til forberedelse.

Etter utredning følges pasienten enten opp ved basis dagbehandling eller døgntilrettelagt behandling. Tilbudet gis ut fra individuelle vurderinger.

Familieprogrammet utgjør en del av 12. trinnsprogrammet og involverer pasientens familie.

For noen kan det være nødvendig med videre opphold ved rehabiliteringsposten etter basis døgntilrettelagt behandling. Alle vil overføres til oppfølgingsgruppe etter endt behandling.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Medikamentell behandling

Søvnforstyrrelse;

Ved søvnforstyrrelser som følge av abstinens tilrådes først søvnhygiene råd, det vil si reduksjon av kaffe, nikotin, etablere faste søvnrutiner, unngå mobil på sengen, unngå store måltider eller trening før leggetid.

Dersom dette ikke bedrer søvnen, anbefales et av følgende preparater;

- **Surmontil,**
- **Remeron,**
- **Vallergan,**
- **Seroquel,**
- **Melatonin.**

Ved mangelfull søvn i minst to døgn og bærer klinisk preg av dette, bør det gis **zopiklon/zolpidem** om kvelden, i inntil tre døgn. Hvis pasienten ikke oppnår søvneffekt ved bruk av **zopiklon/zolpidem**, bør det gis et søvninduserende **benzodiazepin**, som **Apodorm**, i inntil tre døgn.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Medikamentell behandling

Angst/uro

Ved medikamentell behandling av angst og uro knyttet til abstinens, bør et av følgende legemidler benyttes:

- **Atarax,**
- **Nozinan.**

Ved sterk psykisk uro, mistanke om utvikling i retning av psykose, bør

- **Zyprexa,**
- **Seroquel** eller et annet **antipsykotikum** benyttes.

Orfiril/Tegretol kan benyttes for å beskytte mot kramper ved abstinens. Individuelle vurderinger må gjøres pga interaksjonseffekt/bivirkninger.





Generelt om behandling

Avrusing

Krise og mestringsplan

Kognitiv atferdsterapi

Motiverende intervju

12. trinnprogrammet

Medikamentell behandling

Pårørende arbeid

Samhandling - Annet

Medikamentell behandling

Forebygging og behandling ved Wernickes encefalopati

Gi tiamin før glukose eller annen næring. Tilstanden kan forverres dersom sukkerholdig drikke/mat gis før B1-vitaminbehandling. Hvis pasienten ikke behandles, kan tilstanden videreutvikles til hjerneskade i form av Korsakoffs psykose. Som kjennetegnes ved konfabulering.

- Ingen sterk evidens angående dose, administrasjonsform eller behandlingsslengde
- Tiamin er trygt å gi, men ved store doser bør man ha afylksiberedskap
- Husk også å gi tiamin ved koma av ukjent årsak.

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 multivitaminetabletter ved dårlig ernæringsstatus. (IS-2211)
2. Pasienter med Wernickes encefalopati bør behandles med 200 mg intravenøs vitamin B1 (tiamin) og bør deretter legges inn på nevrologisk eller medisinsk avdeling (IS-2211).

Generell B-vitaminbehandling:

Initialt im/iv, for eksempel Beco-5: 2 ml x 1-2. Uregistrert preparat). Vurder å supplere med vitamin B12. Magnesiumtilskudd er svakt dokumentert, men kan antagelig bedre opptaket av tiamin.

Pasienter med gjennomgått Wernickes encefalopati kan oppfordres til å ta et fast daglig B-vitamin tilskudd, selv om absorpsjonen av vit. B1 hemmes av alkoholinntak. Profylakse til alkoholavhengige som innlegges i sykehus, uansett årsak.

1. Tiamin 100 mg iv/im daglig i 3 dager, deretter 50 mg im daglig i ytterligere 3 dager, evt. lenger.
2. Beco-5: 2 ml im daglig i 3 dager, deretter f.eks. Nycoplus B-total 2 t bl 2–3 ganger daglig i 3 uker.

