



## **Standardisert avrusning ved blandingsmisbruk**

Standardisering av benzodiazepinfri avgiftning ved blandingsmisbruk; gjennomførbarhet og sikkerhet.

FRODE DUNSÆD

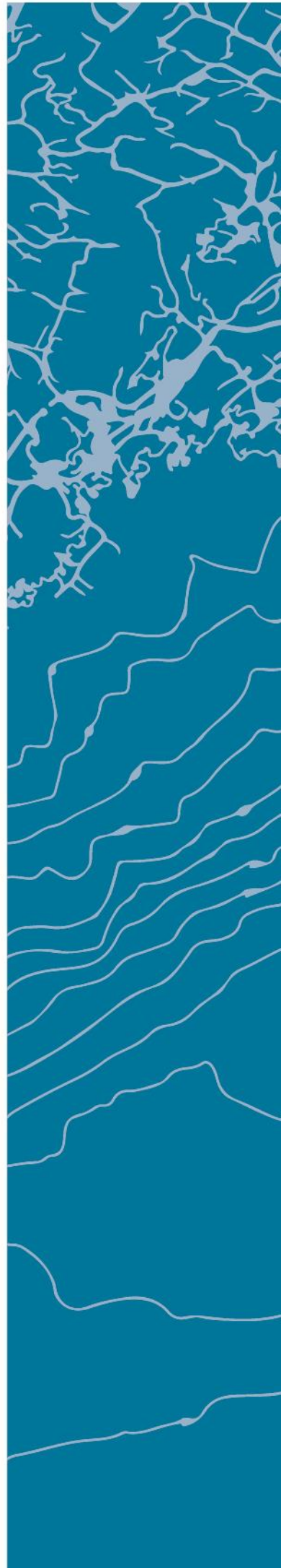
VEILEDER

Magnhild M. Høie

**Universitetet i Agder, 2016**

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for psykososial helse





## Innhold

Forord		
Sammendrag		
Abstract		
1.0	Innledning	6
1.1	Bakgrunn for prosjektet	6
1.2	Problemstilling	6
1.3	Studiens relevans	7
2.0	Teoretisk rammeverk	7
2.1	Epidemiologi	7
2.2	Tidligere forskning	8
2.3	Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler	8
2.4	Rusmiddelavhengighet	9
2.5	Blandingsmisbruk	9
2.6	Miljøterapi	10
3.0	Materiale og metode	10
3.1	Ikke-eksperimentell kohortstudie	10
3.2	Forskningens dilemma	11
3.3	Abstinensbehandling består av miljøterapi og medikamenter	11
4.0	Resultater og fortolkning	12
4.1	Pasienter ekskludert fra artikkel	12
4.2	Frafall fra behandling – pasienter inkludert i studien	14
4.3	Miljøterapi i biopsykososial ramme	14
5.0	Metodiske betraktninger	15
5.1	Utvalget	15
5.2	Innsamling av data	15
5.3	Å forske på egen virksomhet	16
5.4	Bruk av benzodiazepiner i avrusning	16
5.5	Styrker og svakheter med metodevalg	16
6.0	Saksgang for publisering av artikkel	17
	Litteraturliste	18
Vedlegg 1	Artikkel	20
Vedlegg 2	Endringsmelding NSD	38
Vedlegg 3	Fremleggsvurdering REK	39
Vedlegg 4	Melding om antatt artikkel, Tidsskriftet, Den Norske Legeforening	40



## Forord

Det har tatt over fire år fra jeg først begynte å sysle med tanken om en kvalitetsundersøkelse på arbeidsplassen min, til jeg nå legger siste hånd på verket.

Lik en forskningens Espen Askeladden har jeg vært heldig å ha gode hjelpere på min vei.

Først vil jeg takke de dyktige ansatte ved Avgiftningsenheten i Kristiansand og pasientene de så godt følger opp. Dere er alle fantastiske.

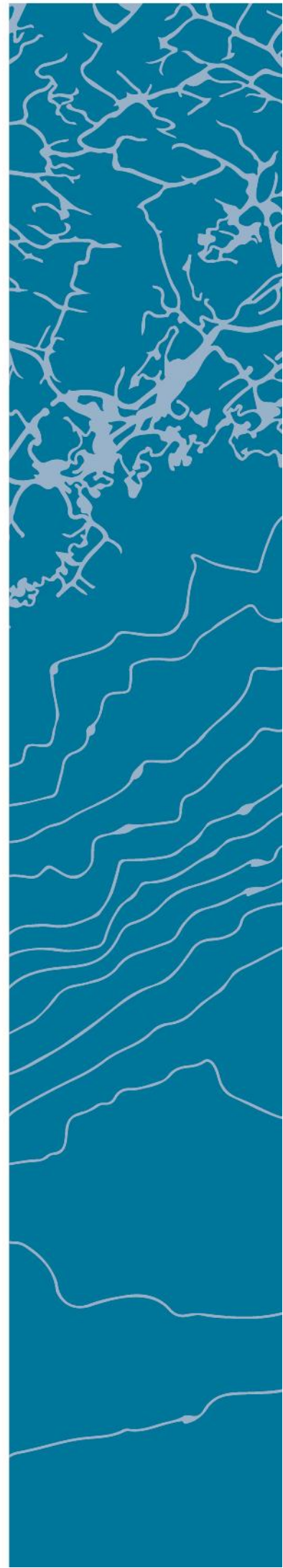
Jeg vil takke min veileder Magnhild Mjåvatn Høie, førsteamanuensis ved Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder for oppmuntrende og støttende veiledning gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke ph.d. og forsker John Kåre Vederhus samt professor dr.med. Thomas Clausen for deres saklige veiledning i utarbeidelsen av artikkelen.

En spesiell takk rettes til spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin, overlege og seniorforsker Øistein Kristensen, for hans uvurderlige bistand som co-veileder.

Til Kristensen gis æren for at artikkelen tilknyttet denne masteroppgaven er antatt som originalartikkel i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening.

Til slutt vil jeg takke min kone Ingvill og våre barn Emma og Elise for deres kjærighet og tålmodighet.



## Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet er en intern kvalitetsundersøkelse i 2013 ved Avgiftningsenheten i Kristiansand, Sørlandet sykehus.

Misbruksmønsteret blant pasienter innlagt til avgiftning har de siste tiårene endret seg fra i hovedsak bruk av ett rusmiddel – til bruk av flere rusmidler samtidig.

Kunnskapsgrunnlaget for medikamentell behandling av blandingsmisbrukere er fortsatt mangelfullt.

Undersøkelsen er gjennomført som en ikke-eksperimentell observerende kohortstudie. I alt 284 blandingsmisbrukere innlagt ved Avgiftningsenheten, Sørlandet Sykehus i 2013 ble inkludert.

Behandlingstilnærmingen er standardisert og basert på miljøterapi og symptomatisk behandling av abstinenssymptomer med valproat og klonidin som sentrale medikamenter.

Miljøterapien er ikke spesielt undersøkt, men antas å ha hatt stor innvirkning på gjennomføringsgraden.

Resultatene viste at tre fjerdedeler av de innlagte var menn og pasientene hadde i gjennomsnitt brukt mer enn tre ulike rusmidler. Gjennomsnittsalder var 39 år. 75 % av pasientene fullførte avgiftningsoppholdet og for 95 % forløp avgiftningen komplikasjonsfritt. 89,4 % av pasientforløpene fulgte standard behandling. Undersøkelsen fant en svak, men signifikant sammenheng mellom behandlingsavbrudd og antall rusmidler brukt.

I denne studien var gjennomføringsgraden vesentlig høyere og grad av komplikasjoner lavere enn tidligere rapportert. Behandlingsregimet som ble undersøkt kan på grunn av gode resultater og høy grad av standardisert behandling vurderes og anvendes som et sikkert behandlingsalternativ i andre avgiftningsavdelinger.

Nøkkelord:

Abstinens, avrusning, rusmiddel, stoffmisbruk



## Abstract

The background for this project is an internal quality survey from 2013 at the Detoxification Unit of Sørlandet hospital.

In recent decades the pattern of substance use among patients admitted for detoxification has changed from predominantly single-substance abuse to simultaneous multi-substance abuse. The evidence base for medication-assisted pharmacological treatment of polydrug users remains inadequate.

A non-experimental cohort study was conducted with 284 polydrug users in the Detoxification Unit of Sørlandet Hospital in 2013. The therapeutic approach was standardised, and was based on social environmental therapy and symptomatic treatment of withdrawal symptoms with valproate and clonidine as key medications. The social environmental therapy was not specifically studied, but it is fair to assume that it had a great impact on the completion rate.

Three quarters of the patients were male and they had used more than three different substances on average. The average mean age was 39 years. In total, 75% of patients completed the detoxification programme, and for 95% detoxification occurred without complications. In 89% of cases, the standard treatment protocol was followed. There was a weak but significant correlation between treatment discontinuation and the number of substances used.

The completion rate in this study was considerably higher than in previous detoxification studies, and the complication rate was lower. In view of the good results observed and the high degree of standardised treatment, the regimen can be considered a sound safe treatment option for other detoxification units.

Key words:

Withdrawal, detoxification, narcotics, drug abuse

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Prosjektet har utgangspunkt i en intern kvalitetsundersøkelse ved Avgiftningsenheten i Kristiansand.

Tilbake i 2013 hadde jeg vært ansatt som enhetsleder for avgiftningsenheten i Kristiansand i 6 år. Avdelingen var bemannet av erfarent personale, behandlingsrutinene var gode og forekomsten av alvorlige abstinensreaksjoner slik som krampeanfall, delirium tremens og abstinensutløste psykoser var sjeldne.

I lunchpausene hendte det at de mer erfarne ansatte snakket om "gamle dager", og hvor mange ganger pasientene fikk krampeanfall før i tiden. Nå var de ansatte nesten litt rustne i rutinene for å håndtere krampeanfall.

Jeg ble nysgjerrig på hvordan avdelingen lå an i forhold til alvorlige abstinenssymptomer og fullførte behandlingsforløp. Jeg var også nysgjerrig på hvordan behandlingsregimet sto seg i forhold til andre regimer.

Med utgangspunkt i disse spørsmålene tok jeg initiativet til internt kvalitetsundersøkelse.

Lite visste jeg da at dette prosjektet skulle munne ut i en publisert artikkel.

For å få veiledning på gjennomføringen av kvalitetsundersøkelsen, tok jeg først kontakt med overlege Øistein Kristensen ved forskningsenheten ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Kristensen kunne fortelle at det fantes lite publisert forskning på avrusning av pasienter med blandingsmisbruk og oppfordret meg til å ha et særlig fokus på denne gruppen i undersøkelsen.

For å sikre nødvendig kompetanse innen forskningsmetoder og dataanalyse, samt tilgang til veileder, søkte jeg meg samme året inn på masterprogrammet ved Universitetet i Agder.

### 1.2 Problemstilling

Undersøkelsen søker å besvare følgende spørsmål: Hvordan var rusbruksmønsteret til blandingsmisbrukere som kom til en spesialisert avgiftningspost? Fullførte pasientene med blandingsabstinens avrusningen i en avdeling med standardisert symptomlindrende behandling, og i hvilken utstrekning oppsto det komplikasjoner under avrusningsforløpet? I hvilken grad forekom det avvik fra avdelingens standardiserte medikamentelle behandling?

### 1.3 Studiens relevans

Undersøkelsen viser at flertallet (71 %) av pasienter i spesialisert avrusningspost har et blandingsmisbruk. Tidligere studier viser liknende resultater når det gjelder andel blandingsmisbrukere. (1, 2)

Til tross for rusbruksmønsteret har endret seg til i hovedsak å omfatte blandingsmisbruk, viste litteratursøk i internasjonale databaser at kunnskapsgrunnlaget omkring avrusning av blandingsmisbrukere nærmest er å regne for et "hvitt felt på kartet".

Studien viser til et behandlingsregime med høy grad av standardisering, høy gjennomføringsgrad og lav forekomst av alvorlige abstinenssymptomer.

Undersøkelsen tenkes derfor å være både av nasjonal og internasjonal interesse.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

Prosjektets teoretiske rammeverk baserer seg på epidemiologisk tradisjon – studie av helsetilstand og sykdomsutbredelse i en befolkning. I studien har jeg sett på hva som finnes av tidligere publisert forskning omkring avrusning av blandingsmisbruk og det gjøres sammenlikninger mellom denne studiens resultater og tidligere studiers resultater. Bakgrunn for studien var et ønske om en intern kvalitetsundersøkelse og innsamling og systematisering av data ble gjort med tanke på denne studien.

Da prosjektet ble påbegynt, fantes det ikke nasjonale, faglige retningslinjer for avrusning i Norge. Retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler ble først utgitt av Helsedirektoratet i 2016.

Undersøkelsen ble gjennomført som en ikke-eksperimentell kohortstudie uten definert sammenligningsgruppe. Oppgaven er basert på kvantitative data, undersøkt med statistikkverktøy.

Sammenbindingen vil diskutere fordeler og ulemper med denne forskningsmetoden.

### 2.1 Epidemiologi

Epidemiologi er læren om forekomst av sykdom i folket. Faget dreier seg om å undersøke hyppighet, årsakssammenhenger og forebyggende tiltak. Kort fortalt - hvem blir syke og hvorfor. Epidemiologisk forskning som undersøker årsakssammenhenger kalles gjerne analytisk eller analyserende epidemiologi. (3) Epidemiologisk forskning som undersøker forekomst og forløp av sykkelige tilstander benevnes gjerne som deskriptiv eller beskrivende epidemiologi.

Epidemiologiske studier kan konsentrere seg om store befolkningsgrupper – for eksempel forekomsten av personer med blandingsmisbruk i hele Norge eller en avgrenses til ett mindre utvalg, slik som denne studien som undersøker en gruppe pasienter innlagt til avrusning på en spesialisert sykehusenhet.

Foruten å beskrive sykdomsforekomst og årsaker, har epidemiologiske studier gjerne også som mål å vurdere effekt av behandling eller

forebyggende tiltak. Disiplinens årsaksoppklarende fokus gjør at den er kvantitativ i sitt vesen og at den baserer sine metodeverktøy på logikk og statistikk. (4)

## 2.2 Tidligere forskning

Behandlingsregimet ved undersøkt enhet var basert på lokale erfaringer og på forskning utført ved samme enhet drøye 10 år tidligere. (2)

Som artikkelen påpeker, er anbefalingene for avrusning av de enkelte rusmidler gode. (5)

Medisinsk bibliotek ved Sørlandet sykehus har bistått med litteratursøk i PsychInfo og PubMed gjennom databaseverten Ovid. Nøkkelord ved søk var polydrug withdrawal, multidrug withdrawal og treatment of polydrug withdrawal. Søket var tidsavgrenset til å gjelde artikler publisert etter 2006. PsychInfo gav 30 treff og PubMed 254 treff. Søk i PubMed ble videre avgrenset til å gjelde voksne (adult) og inkludere misbruk (abuse, misuse), og gav da 37 treff. Av treffene, ble fire artikler (2, 6-8) inkludert i studien som referanser.

To kilder har utpreget seg om særlig nyttige for prosjektet. Hobbeslands undersøkelse av seks avrusningsavdelinger i Helse Sør peker seg spesielt ut. (1) Hobbesland gjennomførte en grundig undersøkelse hvor han blant annet undersøkte kjønn, alder, rusmidler brukt, behandlingsregime og forekomst av alvorlige abstinenssymptomer. Hobbesland sin undersøkelse har gitt et godt sammenlikningsgrunnlag. Kristensen med flere sin undersøkelse fra 2006 (2) har også vært nyttig. Resultatene fra denne studien dannet grunnlaget for det medikamentelle regime ved Avgiftningsenheten i Kristiansand, og var den eneste undersøkelsen i trefflisten som gav et bud på standardisert behandlingsregime for avrusning av blandingsmisbruk.

## 2.3 Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler

Helsedirektoratet har i sitt mandat å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (5) Nasjonal faglig retningslinje for avrusning ble publisert i 2016 og beskriver i åpningskapittelet at *"Avrusning er i dag preget av et mangfold av tilnæringsmåter, noe som kan føre til at personer med rusmiddelproblemer ikke får kunnskapsbasert behandling."* (5)

Retningslinjen anbefaler innleggelse i tilfeller hvor pasienten er avhengig av flere rusmidler samtidig. Før innleggelse bør pasienten oppfordres til å redusere sitt forbruk av rusmidler og det bør foretas en grundig kartlegging av hvilke rusmidler pasienten har inntatt siste måned, siste uke og når siste inntak av rusmidler var. Videre anbefaler retningslinjen at det bør legges spesiell vekt på de rusmidlene pasienten er avhengig av og som tenkes å gi størst plager og komplikasjoner ved avrusning. Retningslinjen peker da spesielt på alkohol, benzodiazepiner, opioider, GHB og syntetiske cannabinoider.

Retningslinjen gir ingen videre særlige anbefalinger om avrusning av pasienter med blandingsmisbruk.



## 2.4 Rusmiddelavhengighet

ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer har følgende definisjon på avhengighetssyndrom:

*"En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et 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 abstinensstilstand."*(9)

Rusmiddelavhengighet kan også defineres ut fra et biopsykososialt perspektiv, hvor det er *"interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av rusavhengighet"*. (10)

Stallvik utdyper de ulike faktorene i sin artikkel. De fleste rusmidler har en *biologisk* påvirkning på senteret i hjernen kalt nucleus accumbens. Dette senteret kalles gjerne for *"nytelssenteret"* og her skilles neurotransmitteren dopamin ut. Rusmidler stimulerer utskillelsen av dopamin og kan fremkalle en følelse av eufori – velbehag. Langvarig bruk av rusmidler forstyrrer senterets normale aktivitet og når tilgangen til rusmidler opphører kan det oppstå en abstinensreaksjon med opplevelse av angst og depresjon. Behovet for å redusere ubehaget fører gjerne til at bruker gjenopptar rusinntak. Under *psykologiske faktorer* beskriver Stallvik at personlighetstrekk og mentale lidelser kan være viktige faktorer for rusmiddelavhengighet. Risikosøkende adferd og mentale lidelser som ADHD, depresjon og bipolaritet er assosiert med en større risiko for rusmiddelbruk og avhengighet. Stallvik beskriver videre at psykiske problemer kan være både en årsak til og en konsekvens av langvarig rusmiddelbruk. Under *sosiale faktorer* beskrives oppvekstforhold med lav grad av støtte, konflikter og fysisk, psykisk og seksuelt misbruk som belastningsfaktor. Stallvik skriver at ungdommer som vokser opp i et utfordrende miljø gjerne søker seg til miljøer hvor en kan finne tilknytning, trygghet og samhold. Dette kan være miljøer hvor rusmidler brukes og som ofte beveger på siden av det normale samfunnets normer og regler. Over tid øker avstanden til omverdenen og kan føre til en opplevelse av mindreverdighet i forhold til andre som klarer livets utfordringer. Ifølge Stallvik er rusavhengiges nettverk ofte mangelfullt og lite støttende når en går inn i behandling. Dette kan medføre en opplevelse av ensomhet som igjen kan gjøre tilfriskningen utfordrende.

## 2.5 Blandingsmisbruk

Blandingsmisbruk defineres i artikkelen som skadelig bruk av to eller flere ulike legemidler eller rusmidler samtidig. Eksempel på blandingsmisbruk kan være når legemidler kombineres for å potensere effekten av rusmidler eller for å lindre plager knyttet til rusbruk. (11)

## 2.6 Miljøterapi

Miljøterapi er i bunn og grunn det som utgjør forskjellen mellom å være innlagt til behandling og det å skulle motta behandling poliklinisk.

Miljøterapien har som mål å skape muligheter for forandring og utvikling. (5) Gunderson definerer fem miljøterapeutiske komponenter som eksisterer i et behandlingsmiljø: **beskyttelse** – ta vare på liv og sikre velvære, **støtte** – øke selvfølelse, **struktur** – skape forutsigbarhet, **engasjement** – ta sjanser og utvide sine grenser og **gyldiggjøring** – bekrefte pasientens egenverdi og bidra til videre vekst. (12)

Relasjon og samvær er sentrale elementer i miljøterapi og danner grunnlaget for arbeidet mot et felles mål. (13) Miljøterapi skal medvirke til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst og skal støtte pasientens egenomsorgsevner. Behandlingsmiljøet bør være trygt og forutsigbart, hvor pasienten kan utfordres og få muligheter for mestring og utvikling. Viktige egenskaper og holdninger som bidrar til gode relasjoner er blant annet anerkjennelse, empati, humor, likeverdighet og evnen til å gi støtte og formidle håp. Miljøterapi har tradisjonelt vært særlig rettet mot å styrke sosiale ferdigheter. Lillevik og Øien mener miljøterapi må forstås som fagideologisk tenkning og ikke som en konkret metode. (13) På denne bakgrunn bør miljøterapeutiske metoder være forankret i fagspesifikk kunnskap.

## 3.0 Materiale og metode

Studiens utgangspunkt er en intern kvalitetsundersøkelse ved en spesialisert avrusningsenhet. Data er samlet inn fra pasientjournal i etterkant og det er ikke gjort forsøk på å korrigere eller endre på behandlingen ved enheten i forbindelse med undersøkelsen. Samtidig har undersøkelsen hatt tilgang på et stort datamateriale – samtlige pasienter innlagt over ett helt år. Dette har lagt sine naturlige føringer for metodevalg.

Studien ble gjennomført som en ikke-eksperimentell observerende kohortstudie. Studien konkluderer med å anbefale at det gjennomføres en randomisert, kontrollert oppfølgingsstudie hvor behandlingsregimet som er beskrevet sammenliknes med benzodiazepin-opioid regime for å måle behandlingseffekt.

### 3.1 Ikke eksperimentell kohortstudie

Med ikke-eksperimentell design menes at det ikke er gjort endringer i behandlingen for enkeltpersoner eller grupper av pasienter inkludert i studien. Ikke eksperimentell design er en naturlig konsekvens av at data er samlet inn i etterkant av fullførte behandlingsforløp.

Kohortstudie er en epidemiologisk betegnelse på en studie hvor man følger en gruppe mennesker over tid og ser hvordan det går med dem. I dette tilfelle har kohortstudien et retrospektivt perspektiv – en ser tilbake i tid på hvordan det gikk med de inkluderte pasientene i løpet av behandlingsperioden.



### 3.2 Forskningens dilemma

Mastergradsprosjektet er utformet som en artikkelbasert masteroppgave basert på kvantitative data. Den primære motivasjonen for prosjektet har vært å publisere behandlingsresultatene i fagtidsskriftet for Den Norske Legeforening og således bidra inn til kunnskapsgrunnlaget omkring avrusning av blandingsmisbrukere. Den medikamentelle delen av behandlingen har derfor fått mye plass i artikkelen. Dette har vært viktig, da et forsvarlig medikamentregime er sentralt for å unngå alvorlige medisinske komplikasjoner i et avgiftningsforløp.

Forskningens dilemma er å velge hva man vil undersøke. I spissingen av artikkelen har det vært nødvendig å velge bort faktorer som miljøterapi, som med sannsynlighet har bidratt inn til de gode behandlingsresultatene.

Artikkelen konsentrerer seg om pasienter innlagt til avrusning for blandingsmisbruk. Dette medførte at en stor gruppe pasienter innlagt til avrusning for kun ett rusmiddel ble ekskludert fra studien. I sammenbindingen vil behandlingsresultatene for denne gruppen bli lagt frem, og holdt opp mot resultatene presentert i artikkelen.

Artikkelen viser til resultatene av et standardisert medikamentelt behandlingsregime som ikke inneholder benzodiazepiner. Sammenbindingen vil kort ta opp fordelene og ulempene med et benzodiazepinfritt, standardisert regime og diskutere etiske problemstillinger knyttet til dette.

### 3.3 Abstinensbehandling består av miljøterapi og medikamenter

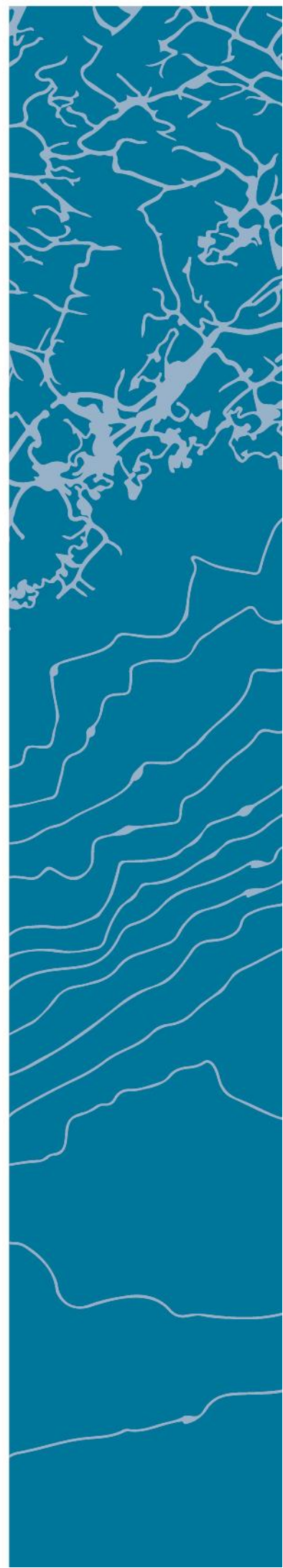
En faktor som med stor sannsynlighet har påvirket behandlingsresultatene er det miljøterapeutiske tilbudet ved enheten.

I artikkelens diskusjonsdel anerkjennes det at forklaringen bak den høye gjennomføringsgraden ved Avgiftningsenheten i 2013 kan skyldes forhold utenfor det rent medikamentelle og det siktes til miljøterapien. Det er en rimelig antagelse at god miljøterapi har hatt betydning for den høye fullføringsgraden og lite avvik fra standardregimet og at medikamentbruken kanskje har betydd mest for et lavt antall komplikasjoner. I prosjektets tidlige fase ble enhetens miljøterapeutiske tilbud redegjort for, men etter hvert som arbeidet med artikkelen skred frem, ble dette punktet redusert. Dette var nødvendig både for å spisse budskapet og for holde seg innenfor Tidsskriftet sine rammer for originalartikler.

Både de norske retningslinjene for avrusning (5), faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (14) og svenske retningslinjer for misbruks- og avhengighetsbehandling (15) vektlegger imidlertid viktigheten av det miljøterapeutiske tilbudet. Det er derfor naturlig å redegjøre ytterligere for organiseringen av miljøterapien i sammenbindingen.

#### *Oppdrag og bemanning*

Enheten har 12 sengeplasser og tar i mot pasienter fra Vest-Agder fylke til



avrusning av både legale og illegale rusmidler. Enheten har en tverrfaglig sammensatt personalgruppe med leger, sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter.

#### *Miljøterapi, undervisning og fysisk aktivitet*

Avgiftningsenheten har en fast ukeplan med vekking for innlagte pasienter klokken 0730 alle virkedager. Behandlingsaktivitetene er lagt til faste klokkeslett, og alle pasienter mottar tilsyn av lege og sykepleier klokken 0900 hver virkedag. Hvert personale har som primærkontakt oppfølgingsansvar for 2-3 pasienter. Personalet har fokus på tilgjengelighet og ledige stunder tilbringes på fellesarealene. Enheten har adgangskontroll med låste dører inn i bygget og besøk må meldes til personalet i forkant. Inneliggende pasienter tilbys to organiserte spaserturer daglig på rundt 30 minutter. Pasienter med redusert allmenntilstand tilbys kortere turer, for enkelte kun rundt lokal bygningsmasse.

Til behandlingen ligger også 30 minutter lange undervisningslesjoner hver virkedag. Undervisningen foregår etter rullerende program, hvor innholdet er lagt opp til å gi pasientene innsikt i rusmiddelavhengighets påvirkning på kropp, psyke og relasjoner.

Enheten har også tilrettelagt for ukentlige besøk av selvhjelpsgrupper.

## **4.0 Resultater og tolkning**

### **4.1 Pasienter ekskludert fra artikkel**

Litteratursøk har vist at det finnes lite publisert forskning på avrusning av pasienter med blandingsmisbruk. Dette til tross for at denne gruppen utgjør flertallet av pasienter innlagt på en avrusningsenhet.

I et forsøk på å fremskaffe kunnskap innen avrusning av blandingsmisbruk, har prosjektet konsentrert seg om pasienter innlagt til samtidig avrusning for to eller flere rusmidler.

Det er derfor to grupper pasienter som er ekskludert fra studien – de som møtte rusfri til innleggelse og de som kun hadde brukt ett rusmiddel. Totalt ble 169 pasienter (37 % av alle innlagte dette året) ekskludert fra artikkelen.

Hvordan fordeler disse to gruppene seg i forhold til pasienter med blandingsmisbruk? Er det forskjeller i gjennomføring, forekomst av komplikasjoner eller avvik fra behandlingsregimet?

En viktig oppgave til en avrusningsenhet er å fungere som inngangsporten til videre behandling. Hele 53 pasienter hadde avrust seg selv i forkant og møtte rusfri til innleggelse. 49 av pasientene som møtte rusfri skulle videre i behandling.

I tillegg ble 116 pasienter som kun hadde brukt ett rusmiddel ekskludert fra artikkelen.

Gjennomsnittlig alder for ekskludert gruppe er identisk med inkludert gruppe – 39 år, men aldersspredningen er noe større – 18-75 år.

### Tabell 1

Beskrivelse av pasienter ekskludert fra artikkel. [n = 169, gjennomsnittsalder 39 år, spredning 18-75 år]

	Antall	%
Kjønn, andel kvinner	50	29,6
Type rusmiddel		
- Møtte rusfri	53	31,4
- Alkohol	57	33,7
- Benzodiazepin	17	10,1
- Cannabis	23	13,6
- Opiat	13	7,7
- Amfetamin	6	3,6

Det var ingen forekomster av abstinensutløste delirtilstander eller krampeanfallet i ekskludert gruppe. 7 av 169 pasienter (4,1 %) presenterte psykosesyntomer i løpet av innleggelsen. 6 av disse pasientene ble beskrevet som psykotiske på innleggelsestidspunktet. Blant disse pasientene var én pasient som møtte rusfri til innleggelse, to pasienter testet positivt på benzodiazepiner og det var en pasient fra hver av de øvrige tre gruppene opiat, amfetamin og cannabis. Fra datagrunnlaget fremkom det at én pasient (0,6 %), som møtte rusfri til innleggelse, utviklet abstinensutløste psykotiske symptomer i løpet av innleggelsen.

Av 7 pasientene med psykosesyntomer i løpet av behandlingsperioden, fullførte tre pasienter, tre ble overført til psykiatrisk avdeling og en står med ukjent frafallsårsak.

Av 169 ekskluderte pasienter, fulgte 156 (92 %) det standardiserte behandlingsopplegget, som beskrevet i artikkelen. 13 pasienter ble gitt tillegg medikasjon. Dersom man tar bort pasientene som møtte rusfri til innleggelsen, fulgte 89 % av pasientene innlagt til avrusning for ett rusmiddel den standardiserte behandlingen. Dette er tilsvarende prosentandel som blant pasienter innlagt til avrusning for blandingsmisbruk.

Ti pasienter ble gitt et sedativ, klometiazol (Heminevrin). Ni av disse pasientene hadde inntatt alkohol og en pasient opiat. Åtte av ti fullførte, to pasienter med alkoholisbruk oppga at de mistet motivasjon for behandling og avbrøt etter henholdsvis en og ni dager.

En pasient stod fast på et benzodiazepin (Apodorm) ved innleggelse. Denne pasienten avbrøt behandlingen innleggelsesdøgnet uten å oppgi årsak til frafall.

To pasienter med opiatmisbruk ble medisinerert med buprenorfin og fullførte behandlingen.

#### Tabell 2

Av de 169 pasienter ekskludert fra artikkelen var det 19 (11 %) som falt ut av behandlingen. Årsakene ble registrert fortløpende og var som følger.

	Antall	%
Mistet motivasjonen	7	36,9
Ukjent/andre årsaker	6	31,6
Overført psykiatri	4	21,0
Overført somatikk	2	10,5
Sum		100

#### 4.2 Frafall fra behandling – pasienter inkludert i studien

En fjerdedel (71 av 284) av pasienter innlagt til avrusning for blandingsmisbruk avbrøt behandlingen. Artikkelen beskriver tabellmessig årsakene til frafall. Det første behandlingsdøgnet utpreger seg med at hele 18 pasienter forlot behandlingen.

Totalt ni pasienter ble bortvist fra behandlingen. Bortvisningene ble begrunnet med innførsel av rusmidler (seks pasienter) og truende adferd mot personalet eller andre innlagte pasienter (tre pasienter). Det var ingen tilfeller av fysisk vold eller utagering i datamaterialet.

Til kategorien "mistet motivasjon" hører pasienter som ved utskrivelse oppga til personalet at de hadde rus-sug og ikke lengre klarte å holde seg rusfri.

Kategorien ukjent/andre årsaker rommer blant annet fem pasienter som forlot enheten uten å gi beskjed til personalet. De øvrige skrev seg ut mot avdelingens råd.

Uenigheter om medisinerer innbefatter én pasient som forlot enheten etter én dag da vedkommende ikke fikk oksazepam og en pasient som forlot enheten etter syv dagers innleggelse da klometiazol ble seponert. Blant årsaker til ikke fullført behandling er også tatt med ti pasienter som ble overflyttet til andre avdelinger.

#### 4.3 Miljøterapi i en biopsykososial ramme

Det miljøterapeutiske tilbudet ved enheten var, som beskrevet tidligere, preget av forutsigbarhet og struktur. Enheten hadde faste tider for vekking, visitt og fysisk aktivitet samt et rullerende undervisningsprogram hvor rusmiddelavhengighetens påvirkning på kropp, psyke og relasjoner ble tematisert. Personalet var opptatt av tilgjengelighet og tilbrakte ledige stunder på fellesarealene.

I en biopsykososial ramme vil det være viktig å anerkjenne samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet mot tilfriskning. Ansatte bør anerkjenne opplevelsen av ubehag abstinenssymptomer gir og søke å lindre disse gjennom effektiv medisiner og ved å formidle støtte og oppmuntring. Struktur i behandlingen kan bidra til forutsigbarhet og trygghet og tenkes å være en støtte mot negative tanker og rus-sug. Opplevelse av ensomhet og dårlig samvittighet vil gjerne være forsterket i en abstinensfase. For å hjelpe pasienten til å fullføre behandlingen og skape fremtidsoptimisme vil det være viktig å formidle håp, empati og fremtidstro.

Effektiv medisiner mot abstinenssymptomene kombinert med trygghet, samhold og struktur i behandlingens omgivelser tenkes således å være viktige suksesskriterier.

## 5.0 Metodiske betraktninger

### 5.1 Utvalget

Det ble samlet inn data på samtlige pasientforløp for 2013. Det ble deretter gjort et utvalg av pasienter innlagt til avrusning for to eller flere rusmidler samtidig.

### 5.2 Innsamling av data

Nøyaktighet i innsamling, systematisering og analyse av data har vært avgjørende for prosjektet. Sørlandet sykehus bruker DIPS som elektronisk pasientjournal. DIPS har gode rapportverktøy for å få oversikt over kjønn, alder og liggetid, men for å samle inn øvrige data, har det vært nødvendig å lese gjennom journalnotatene på hver enkelt pasient. Dette førte til at datainnsamlingen ble svært krevende, både når det gjaldt forberedelse, tidsbruk og krav til nøyaktighet.

Innen datainnsamlingsperioden tok til, ble det satt opp et passord beskyttet Microsoft Excel ark til systematisering av data. Det ble satt opp 15 kolonner for ID-nummer, kjønn, alder ved innleggelse, formål for innleggelse, dager innleggelse, fullført (ja/nei), dropoutårsak, rusmidler, dødsfall, delirium tremens, kramper, psykose, medisiner med benzodiazepiner, medisiner med buprenorfin og LAR.

Datainnsamlingen foregikk over en tre måneders periode, hvor totalt 454 pasientjournaler ble konsultert. Følgende dokumenter ble åpnet: Innkomstnotat av lege, innkomstnotat av miljøpersonale, sykepleiesammenfatning, epikrise og laboratoriesvar.

For å få til ønsket nøyaktighet i datamaterialet, måtte datainnsamling foregå uten avbrytelser. Normal arbeidstid var ofte travel og full av både planlagte aktiviteter og avbrytelser, og hovedårsaken til den lange datainnsamlingsperioden var at datainnsamlingen som hovedregel foregikk utenfor normal arbeidstid.

### 5.3 Å forske på egen virksomhet

Både De Nasjonale Ethiske Forskningsetiske Komiteene (16) og Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (17) problematiserer det å skulle forske på egen virksomhet. Sentrale problemstillinger som beskrives er blant annet en fare for manglende analytisk distanse til det som skal studeres og overføring av opplysninger mellom rollen som forsker og rollen som ansatt.

Denne studiens metodevalg har vært en styrke i forhold til disse problemstillingene.

I studien er data samlet inn i etterkant av fullførte pasientforløp. I enkelte tilfeller kan det ha gått over ett år fra behandlingsperioden til datainnsamlingen. Datamaterialet inneholdt hovedsakelig objektive data, data som ikke trengte fortolkning, slik som alder, liggetid og bruk av ulike medikamenter.

Unøyaktig, utydelig og manglende dokumentasjon fra ansatte ble vurdert som potensielle feilkilder. For å øke presisjonsnivået, ble både sykepleie- og legedokumentasjon undersøkt. Journalgjennomgangen viste godt samsvar mellom sykepleie og legedokumentasjonen og bød på få utfordringer i forhold til behov for tolkning av data.

### 5.4 Bruk av benzodiazepiner i avrusning

Undersøkelsen viste at 56 % av de inkluderte pasientene hadde brukt benzodiazepiner i forkant av avrusningen. Benzodiazepiner var med andre ord hyppig brukt blant blandingsmisbrukere innlagt til avrusning. Artikkelen påpeker at bruk av benzodiazepiner i behandlingsøyemed kan tenkes å aktivere rus sug, virker sentralt dempende og kan tenkes å by på problemer i forhold til samarbeid med pasienten omkring dosering og seponering.

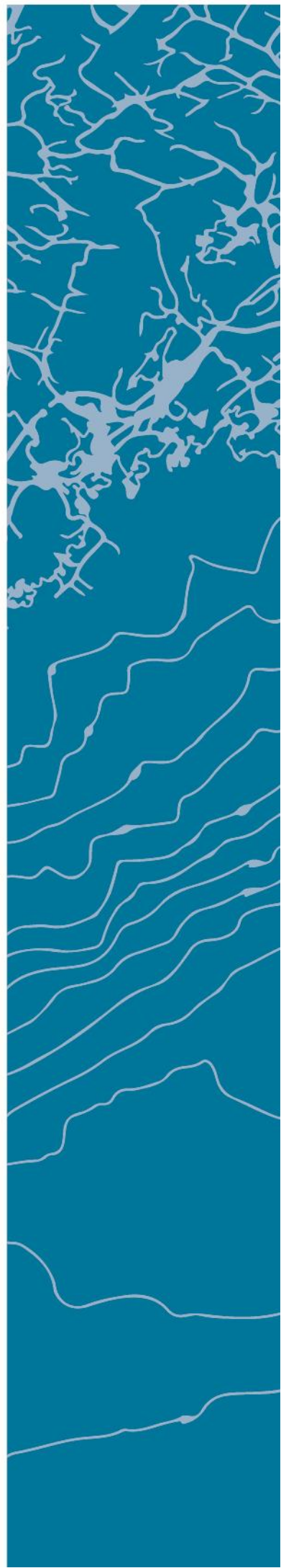
I egen artikkel i Tidsskriftet fra 2010 viser Waahl og Bramness til undersøkelser som beskriver at benzodiazepiner gir rusopplevelser, redusert psykomotorisk og kognitiv funksjon, dysforiske reaksjoner samt økt negativitet og fiendtlighet. (18)

Bruken av benzodiazepiner innen rusbehandling er med andre ord ikke uproblematisk.

Med utgangspunkt i redusert kognitiv funksjon og økt fiendtlighet, kan en ved bruk av benzodiazepiner i behandling av rusmiddelavhengighet enkelt se for seg utfordringer knyttet til etablering av konstruktive og støttende miljøterapeutiske relasjoner mellom personale og pasienter samt utfordringer knyttet til å etablere og vedlikeholde et konstruktivt pasientmiljø.

### 5.5 Styrker og svakheter ved metodevalg

Inklusjonsperioden er satt til ett helt kalenderår da forekomsten av alvorlige abstinenskomplikasjoner er relativt sjeldne og et bredt datagrunnlag vil øke undersøkelsens presisjonsnivå. Gjennom en bred inklusjonsperiode har en også tatt høyde for sesongvariasjoner knyttet til ferieavvikling, periodevis økt tilgjengelighet av enkelte rusmidler og andre faktorer som kan tenkes å spille inn. Den brede inklusjonsperioden har også medført at et stort antall pasientforløp er





inkludert i studien. Dette bidrar i stor grad til å styrke studien. Elektronisk pasientjournal har gitt et godt og oversiktlig datagrunnlag. I datagrunnlaget ligger det ikke standardiserte scoringsverktøy for abstinenssymptomer. Data fra scoringsverktøy ville gitt et bedre bilde over symptomtrykket under behandlingen. Det finnes imidlertid ikke slike validerte verktøy for blandingsabstinens symptomer. Hobbesland lagde en skala, men den er ikke validert. (1)

Valg av ikke-eksperimentell observerende kohortstudie uten definert sammenligningsgruppe som metode har en svakhet i at den mangler en kontrollgruppe. Benestad og Laake (4) beskriver at kohortstudie kan gi verdifull kunnskap om sammenhenger mellom sykdomsfremkallende forhold og sykdomsrisiko, men at kohortstudie i liten grad er egnet til å finne hvilken behandling eller intervensjon som er mest effektiv.

Undersøkelsens artikkel konkluderer med å anbefale at det gjennomføres en randomisert kontrollstudie, hvor behandlingsregimet som her er beskrevet sammenlignes med et benzodiazepin/opoidregime for å måle behandlingseffekt.

En randomisert kontrollstudie ligger godt utenfor dette masterprosjektets rammer.

Studiens design er velegnet til å gi svar på forskningsspørsmålene studien søker å besvare.

Dog ville kvalitative dybdeintervjuer med fokus på miljøterapi kunne tenkes å tilføre viktig kunnskap. En kunne sett for seg intervjuer med erfarent personale, hvor en spurte etter hva personalet mente var viktige suksessfaktorer for vellykket avrusning. En metodetriangulering hvor spørsmålene i dybdeintervjuene ble satt opp mot forskningsspørsmålene gjennomførbarhet, sikkerhet, effektivitet og standardisering av behandling kunne bidra til å belyse personalets og miljøterapiens rolle i å følge et behandlingsregime samt hindre frafall fra behandlingen på en mer presis måte enn denne studien alene har lyktes med.

## 6.0 Saksgang for publisering av artikkel

Første versjon av artikkelen ble oversendt Tidsskriftet den 5.april 2016. Manuskriptet ble deretter fagfellevurdert av to personer, og returnert for revisjon med tilleggskommentarer av redaktør den 29.april 2016. Første revisjon innebar en omfattende omarbeidelse av manuskriptet og ett følgebrev tilbake til Tidsskriftet på syv sider. Første revisjon var omfattende mye på grunn av sprikende tilbakemeldinger fra fagfellevurdererne og ble ikke ferdigstilt før 19.juni 2016. Andre revisjon ble ferdigstilt 26.juni 2016 og innebar et følgebrev på en side. Tidsskriftet tilbød seg å oversette manuskriptet til engelsk for samtidig publisering på nett. Forskningsenheten ved Sørlandet sykehus bar kostnadene av oversettelse, og oversettelse ble endelig avtalt 5.juli 2016. Erfaringene med Tidsskriftet har utelukkende vært positive og tilbakemeldingene fra redaktør og fagfellevurdering har bidratt til å heve kvaliteten av artikkelen.

## Referanser

1. Hobbesland Å. Undersøkelse av avgiftningsbehandling ved seks avgiftningsavdelinger i helseregion sør. Borgestadklinikken 2006.
2. Kristensen O, Lolandsmo T, Isaksen A, et al. Treatment of polydrug-using opiate dependents during withdrawal: towards a standardisation of treatment. *BMC psychiatry* 2006; 6: 54.
3. Martinussen M. Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2010.
4. Benestad HB, Laake P. Forskningsmetode i medisin og biofag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2005.
5. Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler> (8.11.2016).
6. Ling W, Amass L, Shoptaw S, et al. A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid detoxification: findings from the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. *Addiction* 2005; 100: 1090-100.
7. Paetzold W, Eronat V, Seifert J, et al. [Detoxification of poly-substance abusers with buprenorphine. Effects on affect, anxiety, and withdrawal symptoms]. *Der Nervenarzt* 2000; 71: 722-9.
8. Seifert J, Metzner C, Paetzold W, et al. Detoxification of opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs. methadone. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 159-64.
9. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289> (8.11.2016).
10. Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011biopsykososial-tilnerming.pdf> (8.11.2016).
11. Problematisk bruk av flere rusmidler: [www.legemiddelhandboka.no/terapi/8312](http://www.legemiddelhandboka.no/terapi/8312) (8.11.2016).
12. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. Nov 1978. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1978; 41: pp.
13. Hva er miljøterapi?: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/hva-er-miljoterapi/> (8.11.2016).
14. Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> (8.11.2016).
15. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf> (8.11.2016).
16. Forskerrollen: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/5-forskerrollen/> (2016).



17. Forske på egen arbeidsplass:  
<http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html> (8.11.2016).
18. Benzodiazepiner til personer med rusmiddelproblemer?:  
<http://tidsskriftet.no/2010/03/legemidler-i-praksis/benzodiazepiner-til-personer-med-rusmiddelproblemer#reference-13> (8.11.2016).





## Vedlegg 1 – Artikkel

<http://tidsskriftet.no/2016/10/originalartikkel/standardisert-avrusning-ved-blandingsmisbruk>

### Standardisert avrusning ved blandingsmisbruk

**Frode Dunsæd\***

[dunsad@gmail.com](mailto:dunsad@gmail.com)

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF,

Kristiansand S.

#### \*Nåværende adresse

Borgestadklinikken,

avdeling Loland,

Øvrebø

#### Øistein Kristensen

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF,

Kristiansand S.

#### John-Kåre Vederhus

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF,

Kristiansand S.

#### Thomas Clausen

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF,

Kristiansand S.

og

Senter for rus- og avhengighetsforskning

Universitetet i Oslo



**Magnhild Mjåvatn Høie**

Institutt for psykososial helse  
Fakultet for helse og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder  
Grimstad

**Kontaktforfatter:** Frode Dunsæd

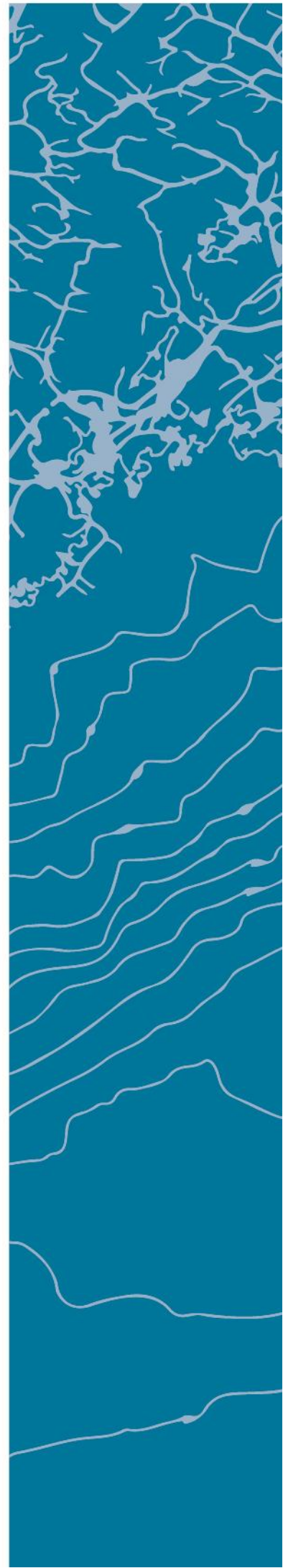
Borgestadklinikken, avdeling Loland, 4715 Øvrebø

Tlf: 94133479

e-mail: dunsad@gmail.com

**Hovedbudskap**

- Blant pasienter innlagt ved Avgiftningsenheten, Sørlandet Sykehus i 2013, var blandingsmisbruk dominerende.
- Benzodiazepinfri avrusning med klonidin og valproat, er i denne studien vist å være effektiv med lite komplikasjoner og høy gjennomføringsgrad.





## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Misbruksmønsteret blant pasienter innlagt til avrusning har de siste tiårene endret seg fra i hovedsak bruk av ett rusmiddel – til bruk av flere rusmidler samtidig. Kunnskapsgrunnlaget for medikamentell behandling av blandingsmisbrukere er fortsatt mangelfullt.

### *Metode*

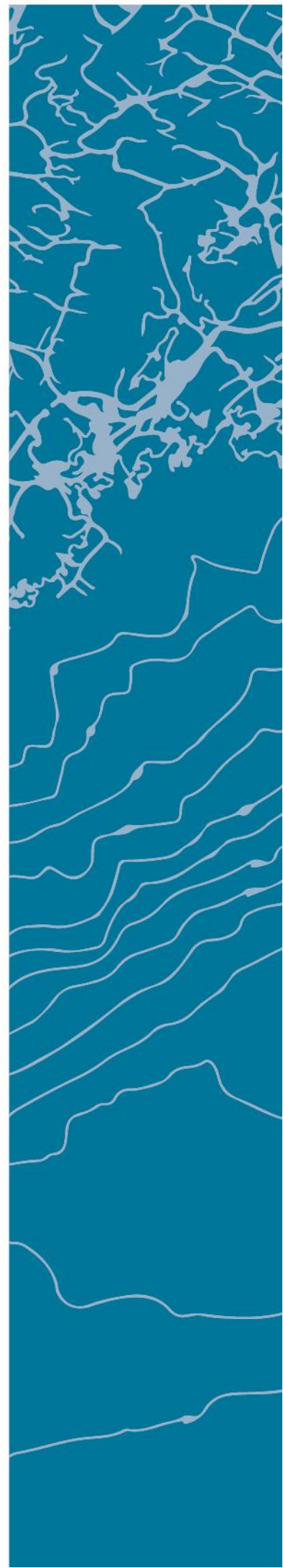
Undersøkelsen ble gjennomført som en ikke-eksperimentell kohortstudie av 284 blandingsmisbrukere ved Avgiftningsenheten, Sørlandet Sykehus i 2013. Behandlingstilnærmingen var standardisert og basert på miljøterapi og symptomatisk behandling av abstinenssymptomer med valproat og klonidin som sentrale medikamenter.

### *Resultater*

Tre fjerdedeler var menn og pasientene hadde i gjennomsnitt brukt mer enn tre ulike rusmidler. Gjennomsnittsalder var 39 år. 75 % av pasientene fullførte avrusningsoppholdet og for 95 % forløp avrusningen komplikasjonsfritt. 89% av pasientforløpene fulgte standard behandling. Vi fant en svak, men signifikant sammenheng mellom behandlingsavbrudd og antall rusmidler brukt (OR= 1,42,  $p < 0,05$ ). Av komplikasjoner opplevde 1,1 % delirium tremens, 1,1 % epileptisk anfall og 1,4 % rusutløst psykose. 2,1 % ble overflyttet til somatisk og 1,4 % til psykiatrisk avdeling.

### *Fortolkning*

I denne studien fullførte vesentlig flere avrusning og grad av komplikasjoner var lavere enn tidligere rapportert. Behandlingsregimet som ble undersøkt kan på grunn av gode resultater og høy grad av standardisert behandling vurderes som et sikkert behandlingsalternativ i andre avrusningsavdelinger.





## Bakgrunn

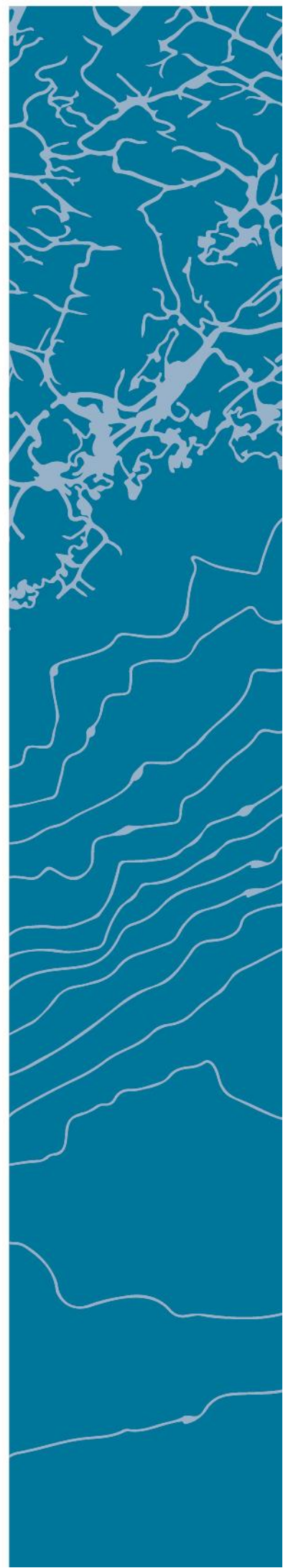
Rusmiddelavhengighet er en sykdom som gir psykiske, fysiske og sosiale skader og som ofte har en progredierende utvikling og en kronisk karakter (1). Alkohol og annen rusmiddelavhengighet/misbruk er regnet for å være en av de viktigste årsakene til dårlig helse og rangeres som den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår (2).

Forsvarlig avrusning er inngangsporten til videre behandling av rusproblemet. En avrusningsavdeling har tre grunnleggende oppgaver: Forsvarlig avrusning, kartlegging og avklaring av status og motivering for videre behandling. Frem til 1993, da lov om sosiale tjenester kom, avruste man først og fremst alkoholavhengige middelaldrende menn. Senere har alderen på pasientene gått ned og problematisk bruk av to eller flere rusmidler samtidig (heretter kalt "blandingsmisbruk"), for eksempel opioider og benzodiazepiner, sees i dag blant opptil 80 % av pasientene i en spesialisert avrusningspost (3). Kombinasjoner av rusmidler i rusbruksmønsteret kompliserer avrusningen og stiller nye krav til kunnskap om abstinensplagene som opptrer når de forskjellige rusmidler går ut av kroppen.

Behandlingen ved avrusningsposten er krevende både når det gjelder miljøterapien og den medikamentelle behandlingen. De enkeltrusmidler som gir størst ubehag og komplikasjoner ved avrusning er alkohol, opioider og benzodiazepiner. For disse enkeltrusmidlene er behandlingsanbefalingene gode (4-7). Evidensbasert viten om medikamentell avrusning av pasienter med blandingsmisbruk er derimot mangelfull. Det finnes ingen meta-analyser eller kunnskapsoppsummeringer, kun noen få enkeltstudier (8-11). Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler anbefaler at samtidig avrusning av flere rusmidler gjennomføres i institusjon, men unngår å ta stilling til det medikamentelle behandlingsregimet. I stedet har man valgt å behandle de vanligste rusmidlene som kan gi komplisert avrusning hver for seg (7) i den nye veilederen.

### *Behandlingsalternativer*

Prinsipielt benyttes to forskjellige metoder for medikamentell avrusning av blandingsmisbruk. Den ene er gradvis nedtrapping med benzodiazepiner og opioider. Den andre er bruk av symptomdempende medikamenter som ikke er involvert i avhengighetsproblematikken. I symptomdempende strategier benytter man fortrinnsvis antiepileptika og alfa-adrenerge agonister som klonidin eller lofexidin (8, 12, 13). En fordel med disse medikamentene er at de ikke medfører toleranseutvikling og ikke har avhengighetspotensiale. Benzodiazepiner forekommer



hyppig som en del av misbruksmønsteret. Bruk av benzodiazepiner i avrusningssammenheng kan tenkes å bidra til aktivering av rus og kan også by på utfordringer i samarbeidet med pasientene omkring dosering og seponering.

Fordelen med en benzodiazepin- og opioidfri avrusning er at man unngår disse stoffers avhengighets- og misbruksfare, unngår medikamenter med sentralt dempende og respirasjonshemmende effekt, kan starte allerede på fallende promille dersom alkohol er involvert, og dermed potensielt forkorte forløpet av akutte livstruende abstinensplager. Gjennomførbarhet og effekt av denne type behandling for abstinenssymptomer av blandingsmisbruk bør derfor undersøkes.

### **Forskningsspørsmål**

Studien søkte å besvare følgende spørsmål: Hvordan var rusbruksmønsteret blant blandingsmisbrukere som kom til en spesialisert avgiftningspost?

Fullførte pasienter med blandingsabstinens avrusningen i en avdeling med standardisert symptomlindrende behandling, og i hvilken utstrekning oppsto komplikasjoner under avrusningsforløpet? I hvilken grad forekom avvik fra avdelingens standardiserte medikamentelle behandling?

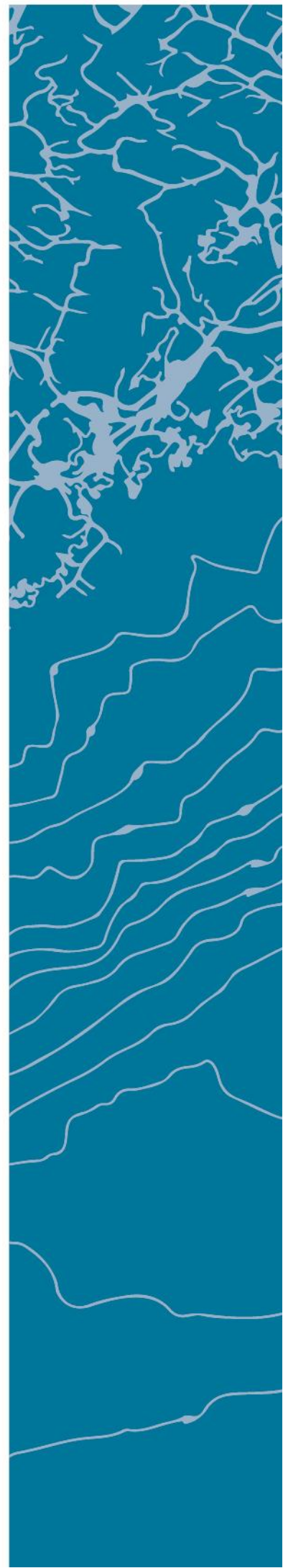
### **Materiale og metode**

Undersøkelsen ble gjennomført som en ikke-eksperimentell kohortstudie uten definert sammenligningsgruppe. Data ble samlet inn ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus i Kristiansand for året 2013. Samtlige pasienter som ved inntak opplyste at de før innleggelsen hadde brukt to eller flere rusmidler, bekreftet ved urinscreening og alkotest, ble inkludert i datamaterialet (fig. 1)

#### *Behandlingen*

Abstinensbehandlingen omfattet miljøterapi og medikamenter. Miljøterapien besto av fast og forutsigbar struktur, relasjonsbygging, kartlegging og avklaring, motivasjonsarbeid, undervisning og fysisk aktivitet.

Standardisert medikamentell behandling var tablettbehandling med valproat og klonidin. Klonidin er en sentralt virkende alfa-2-adrenerg agonist som motvirker opioidabstinensreaksjoner forbundet med noradrenerg





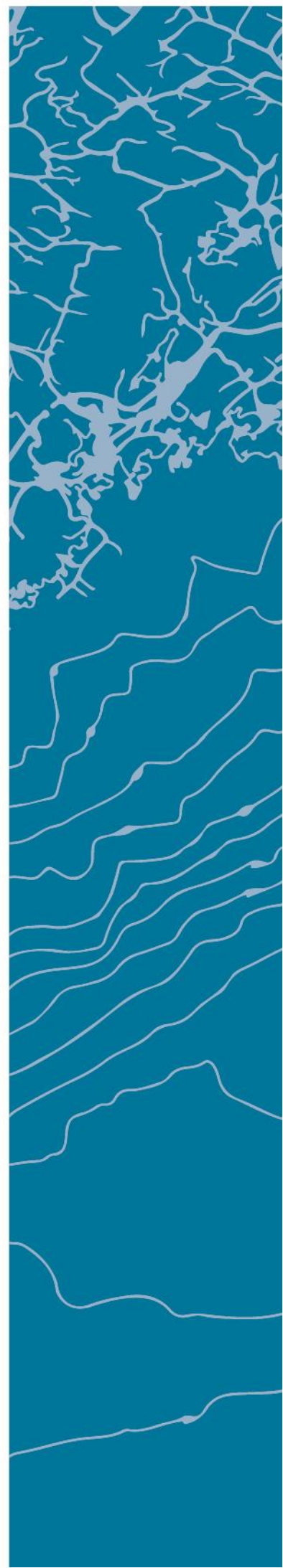
hyperaktivitet (4). Midlet er lindrende for pasienter med dominerende opioidabstinens fordi det reduserer rastløshet, muskelsitring, og stressfølelse (4). Effekten er godt dokumentert for pasienter med milde og moderate symptomer (12). Klonidin kan medføre bivirkninger; blant annet hypotensjon og søvnevansker, særlig de første dagene. Doseringen var 50-150 mikrogram x 3 per døgn fram til negativ urintoksikologi for opioider, vanligvis 6-10 døgn. Valproat er et antiepileptikum med virkning på GABA-A i hjernen og har vært brukt på enheten som abstinensdempende og forebyggende mot krampeanfoll og delirium tremens hos pasienter med alkohol- eller benzodiazepinabstinens siden 2002. Den krampeforebyggende og symptomdempende effekten er omtrent som for karbamazepin (13), men karbamazepin interagerer med opioider (14) og har flere bivirkninger (15). Valproat skal ikke gis til gravide kvinner (16). Doseringen var Orfiril long 600 mg x 2 per døgn, og for raskt å komme opp i adekvat serumkonsentrasjon, startet man med en støtdose på 1200 mg i miksturform. Orfiril ble gitt frem til benzodiazepiner ikke lenger kunne påvises i urin.

Supplerende symptomatisk behandling ble gjennomført etter individuell vurdering: for søvnproblemer alimemazin, ved angst og uro hydroksyzin, ved smerter i kroppen paracetamol, ved muskelsmerter ibuprofen, ved obstipasjon lactulose, ved kvalme metoklopramid og ved diaré loperamid. Nevroleptika som klorprotiksen eller levomepromazin ble benyttet en sjelden gang ved søvnproblemer. I tillegg kom daglig dosering av vitaminer og bevissthet om et tilstrekkelig væske- og næringsinntak.

Abstinensbehandlingens lengde ble i denne studien satt til 10 døgn. Lengden var basert på en tidligere undersøkelse av blandingsmisbrukere (8) og på påvisningstid for de enkelte rusmidler i urin (17).

Klinisk erfaring har vist at faren for alvorlige abstinensreaksjoner er knyttet til påvisningstid i urin.

Behandlingen ble regnet som fullført etter 10 døgn på avdelingen eller ved oppnådd negativ urintoksikologi. Det ble gjort unntak for cannabis som kan spores i urinen i flere uker.





Undersøkelsen ble ansett som et ikke-søknadspliktig kvalitetssikringsprosjekt av Regional etisk komité (REK), og er godkjent av NSD – norsk senter for forskningsdata.

## **Statistikk**

Beskrivelse av utvalget ble gjort med deskriptiv statistikk. Multipel logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilke variabler som var assosiert med avbrudd i behandling. Odds ratio (OR) angis med 95 % konfidensintervall (KI). Statistisk signifikansnivå ble satt til 5 %. Data ble analysert med IBM SPSS, versjon 21.0

## **Resultater**

### *Rusmisbruksmønsteret blant pasientene*

Totalt 284 (71%) av alle valgbare pasienter innlagt for avrusning ved avdelingen i 2013 var blandingsmisbrukere. Demografiske data og de tre vanligste misbruksmønstre fremgår av tabell 1. Gjennomsnittsalder var 39 år og gjennomsnittlig liggetid 9 døgn. Alderspredningen var stor – 18-70 år. Tre ganger så mange menn som kvinner brukte flere rusmidler. Gjennomsnittlig brukte hver pasient 3,2 forskjellige rusmidler (variasjon 2-8). Det forelå til sammen 32 forskjellige blandingskombinasjoner. Cannabis var med i 57 % og benzodiazepiner i 56 % av kombinasjonene, deretter kom i rekkefølge opioider 41 %, alkohol 32 %, amfetamin/metamfetamin 28 % og kokain 2 %. Kombinasjoner som inkluderte minst ett sentralt dempende middel dominerte. 82 pasienter som brukte sentralstimulerende midler som amfetamin, metamfetamin og kokain kombinerte disse med sentralt dempende midler som benzodiazepiner, opioider, alkohol og cannabis.

### *Fullført behandling*

I alt fullførte 75 % (213 av 284) av pasientene behandlingen, 25 % (71 pasienter) avbrøt. Blant avbrudd har vi konservativt medregnet dem som snudde i døren. Allerede første døgnet falt 18 pasienter ut av behandlingen fordi behandlingsmotivasjonen sviktet ved innleggelsen. Frafallet fordelte seg ellers jevnt ut over perioden på 10 døgn. Årsakene til frafall fremgår av tabell 2. I en regresjonsanalyse der man kontrollerte for kjønn og alder, var det en svak, men signifikant sammenheng mellom behandlingsavbrudd og antall rusmidler brukt, (OR 1,42; p-0,042) (tab 3).



## *Komplikasjoner*

Frekvensen av komplikasjoner var svært beskjeden. Delirium tremens forekom hos 1,1 %, epileptisk anfall hos 1,1 % og rusutløst psykose hos 1,4 %. To pasienter med kjent schizofrenidiagnose som var psykotiske ved ankomst ble utelatt fra analysen. Alvorlige somatiske komplikasjoner under oppholdet (1,8 %) omfattet hjerteproblemer, infeksjoner og dårlig regulert diabetes. Seks pasienter ble overflyttet til somatisk avdeling og fire pasienter til psykiatrisk avdeling, da komplikasjonene var for alvorlige til å behandle på avrusningsavdelingen.

## *Avvik fra standard medikamentell behandling*

Av 284 pasientforløp, fulgte 254 (89 %) standard behandling med valproat og klonidin. 23 pasienter (8 %) ble gitt klometiazol. Samtlige pasienter som fikk klometiazol hadde et kombinasjonsmisbruk av alkohol og benzodiazepiner før innleggelse. Hos 11 pasienter var disse kombinert med en rekke andre rusmidler, både opioider, cannabis og sentralstimulerende midler. 12 av pasientene hadde kun kombinert benzodiazepiner og alkohol. Alvorlige og forsterkede abstinensreaksjoner var utløsende for medisinerings med klometiazol i syv pasientforløp - tre tilfeller av predelir/delir, to tilfeller av abstinensutløste krampeanfallet og to tilfeller av abstinensutløst psykosetilstand. For de resterende dreide det seg om alvorlige søvnproblemer og delir eller epileptiske anfall i anamnesen.

For seks pasienter (2 %) med dominerende opioidmisbruk i kombinasjon med amfetamin, benzodiazepiner og cannabis, var standardbehandling med klonidin ikke tilstrekkelig. Disse fikk supplerende behandling med buprenorfin i seks dager. Kun én pasient med omfattende alkohol og benzodiazepinmisbruk fikk et benzodiazepin (oksazepam) under innleggelsen, etter anmodning fra fastlege og mottakende rehabiliteringsinstitusjon.

## **Diskusjon**

### *Rusmisbruksmønster*

Blandingsmisbruk dominerte blant pasienter innlagt til avrusning. I studien opplevde 71 % abstinenssymptomer knyttet til minst to rusmidler. Det var i alt 32 forskjellige kombinasjoner. Kombinasjon med alkohol og benzodiazepiner var hyppigst forekommende, etterfulgt av kombinasjonen benzodiazepiner, cannabis, opiater og amfetamin. Sammenlignet med Hobbeslands 10 år gamle

undersøkelse, (3) hadde forekomsten av cannabis og opioider ved inntak i avrusningsavdeling gått opp, benzodiazepiner var omtrent uforandret og bruken av alkohol og sentralstimulerende midler var redusert i vårt materiale.

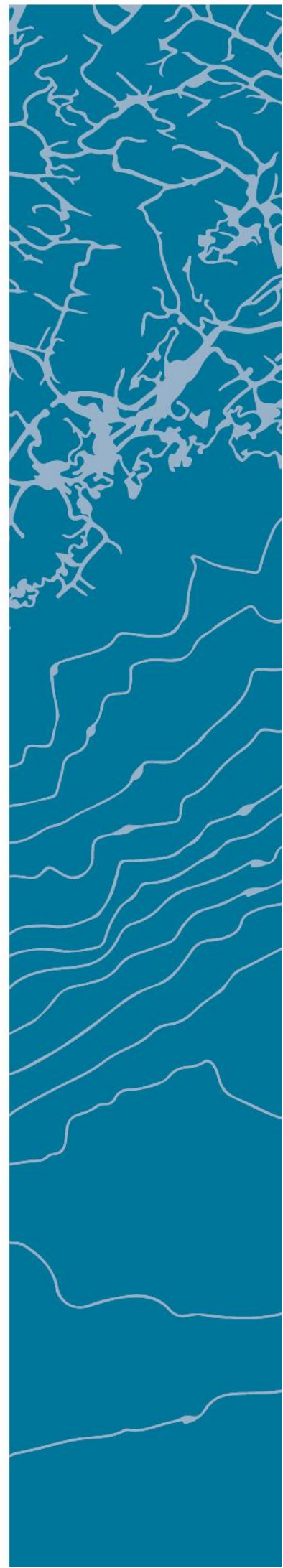
### *Fullført behandling*

Studien viste at tre av fire blandingsmisbrukere gjennomførte kortvarig benzodiazepinfri avrusning ved bruk av standard symptomdempende medikamenter som ikke var involvert i rusproblematikken.

Gjennomført avrusning er det første og nødvendige steg for behandling og rehabilitering. Gjennomføringsgraden varierer i litteraturen mellom forskjellige behandlingsregimer og populasjoner (8, 9-11), men er generelt lav. For eksempel fant Hobbesland en fullføringsgrad på 55 % (3). Avbrytelse av avrusning er uheldig, siden det ofte skaper skuffelse og desillusjonering hos pasienten og hos pårørende. Det skaper også frustrasjon hos behandlerne, og opioidbrukere har betraktelig forhøyet overdosefare i tiden etter utskrivelse (18). Den høye andelen som fullførte i vår studie er i så måte oppmuntrende. Men selv med en fullføringsgrad på 75 % er det fortsatt potensial for forbedring. Undersøkelsen viste at jo flere rusmidler som ble brukt, jo større sjanse for avbrudd. Rustring og ambivalens kan føre til avbrudd, likeså om abstinensreaksjonene oppleves for sterke. I denne studien var det imidlertid kun to pasienter som oppgav at de avbrøt på grunn av misnøye med medisineren og bare et lite fåtall ble utskrevet mot sin vilje, på grunn av trusler, aggressivitet eller bruk av innsmuglede rusmidler.

### *Komplikasjoner*

Behandlingen var komplikasjonsfri for 95 %. Komplikasjonene i form av delirium tremens, epileptiske anfall og psykoser var beskjedne (3,6 %). Alvorlige somatiske komplikasjoner som ikke nødvendigvis hadde sin bakgrunn i abstinensbehandlingen, men heller kunne skyldes langvarig rusmisbruk, utgjorde under 2 %. Ti pasienter ble overflyttet til somatiske eller psykiatriske avdelinger. Til sammenligning hadde Hobbesland (3) i sin studie fra seks avrusningssentra i Sør-Norge, der behandlingen ikke var standardisert, en komplikasjonsprosent som var dobbelt så høy (7,0 %). Krampeanfall ble der påvist hos 1,9 %, delirium tremens hos 1,9 % og rusutløst hallusinose/psykose hos 3,2 %. Det var også i den studien forholdsvis flere som ble overflyttet til somatisk og psykiatrisk sykehusavdeling (5,3 % versus 3,5 %).



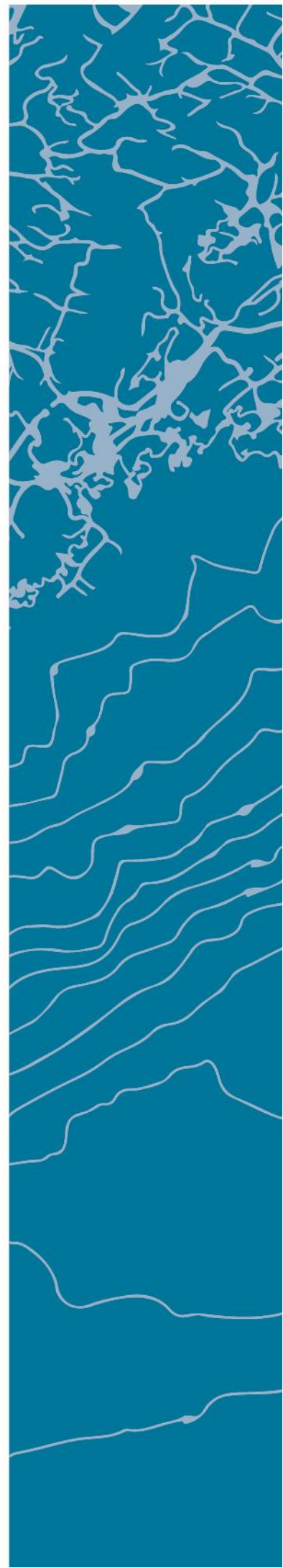
### *Avvik fra standardbehandling/supplerende medikamentbruk*

89 % av pasientene fulgte standardisert behandlingsregime. Benzodiazepiner ble kun brukt i ett enkelt tilfelle mens 8 % fikk supplerende behandling med klometiazol. Det gjaldt hovedsakelig ved alkohol eller benzodiazepiner i blandingsmisbruket. I betraktning av at en tredjedel av pasientene hadde alkohol og over halvparten benzodiazepiner i blandingsmisbruket sitt, var dette et lavt tall. Fordelen med ikke å bruke benzodiazepiner ble omtalt i bakgrunnsavsnittet og betyr også kortere liggetid i institusjon. Kun 2 % fikk supplerende behandling med buprenorfin, som ble brukt for seks pasienter med opioidmisbruk i kombinasjonen, der man ikke kom til målet med klonidin. Det hadde vært ønskelig med sammenlignende tall for avgiftning av blandingsmisbruk med andre regimer, som for eksempel nedtrapping med minskende doseringer av et opioid pluss et benzodiazepin, men søk i Pubmed og PsychInfo etter slike sammenlignende studier viste at her er det kunnskapshull. Ut fra noen få og små eksperimentelle studier (8, 9-11) ville man forvente at bruk av klonidin ville gi større frafall i blandingsabstinensbehandlingen enn nedtrapping med opioider. Ling (11) fant for eksempel at 77 % fullførte 13 dagers avgiftning med buprenorfin/naltrekson mot 22 % for klonidin i en opioiddominert blandingspopulasjon.

Siden vår studie viste betraktelig høyere gjennomføringsgrad, kan forklaringen ligge i andre faktorer enn det rent medikamentelle, først og fremst miljøterapi. I den svenske Sundhetsstyrelsens retningslinjer for misbruks- og avhengighetsarbeid (19) fremheves behandlingsmiljøets kvalitet samt personalets tilnærming og tilgjengelighet som viktige komponenter ved abstinensbehandling. Avdelingsmiljøet var i undersøkelsesperioden preget av et stabilt personale med lang erfaring. Forutsigbare og godt innarbeidede rutiner i kombinasjon med effektiv medisinerings kan ha hatt vesentlig betydning for den høye fullføringsgraden, lite komplikasjoner og lite avvik fra standardregimet.

### *Styrker og svakheter ved metodevalg*

Standardisert behandlingsregime for avrusning av denne populasjonen er lite omtalt tidligere, og verken norske eller internasjonale retningslinjer foreligger.





Inklusjonsperioden ble satt til et helt kalenderår, da forekomsten av alvorlige abstinenskomplikasjoner er relativt sjeldne, og et bredt datagrunnlag øker undersøkelsens presisjonsnivå. Undersøkelsen ble gjennomført som en ikke-eksperimentell kohortstudie uten definert sammenligningsgruppe. En randomisert kontrollert studie hvor behandlingsregimet som her er beskrevet sammenlignes med et benzodiazepin/opoidregime, anbefales for å måle behandlingseffekt

## Konklusjon

Tidligere sammenliknbare undersøkelser viser til lavere gjennomføringsgrad og høyere forekomst av alvorlige abstinensutløste komplikasjoner enn denne undersøkelsen.

Behandlingsformen undersøkt i denne studien fremstår som trygg, sikker og effektiv og bør kunne vurderes som et benzodiazepinfritt førstevalg i standardisert abstinensbehandling av blandingsmisbruk.

## Forfatterbidrag

F.D. har bidratt med: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse av data, tolking av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset, godkjenning av innsendte manusversjon

Ø.K. har bidratt med: idé, utforming/design, analyse av data, tolking av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset, godkjenning av innsendte manusversjon

JK.V. har bidratt med analyse av data, tolking av data, utarbeiding/revisjon av selve manuset, godkjenning av innsendte manusversjon

T.C. har bidratt med tolking av data, utarbeiding/revisjon av selve manuset, godkjenning av innsendte manusversjon

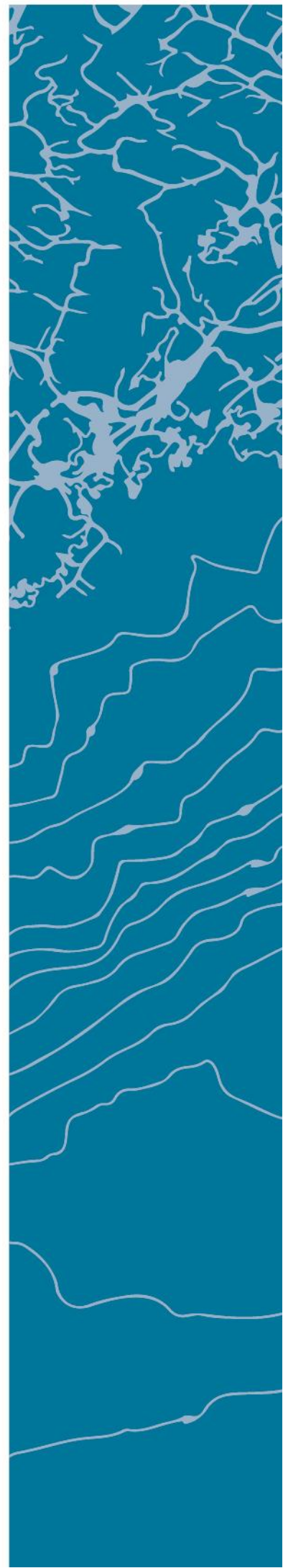
M.M.H. har bidratt med idé, utforming/design, analyse av data, tolking av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av selve manuset, godkjenning av innsendte manusversjon

## Minibiografi

### Frode Dunsæd (f.1973)

var enhetsleder ved Avgiftningsenheten, Sørlandet sykehus og arbeider nå som seksjonsleder ved Borgestadklinikken, avdeling Loland

*Dunsæd has nothing to disclose.*





**Øistein Kristensen (f. 1945)**

er spesialist i psykiatri og i rus og avhengighetsmedisin, overlege og seniorforsker ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus

*Dr. Kristensen has nothing to disclose.*

**John-Kåre Vederhus (f. 1960)**

er ph.d. og forsker ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus.

*Dr. Vederhus has nothing to disclose.*

**Thomas Clausen (f. 1972)**

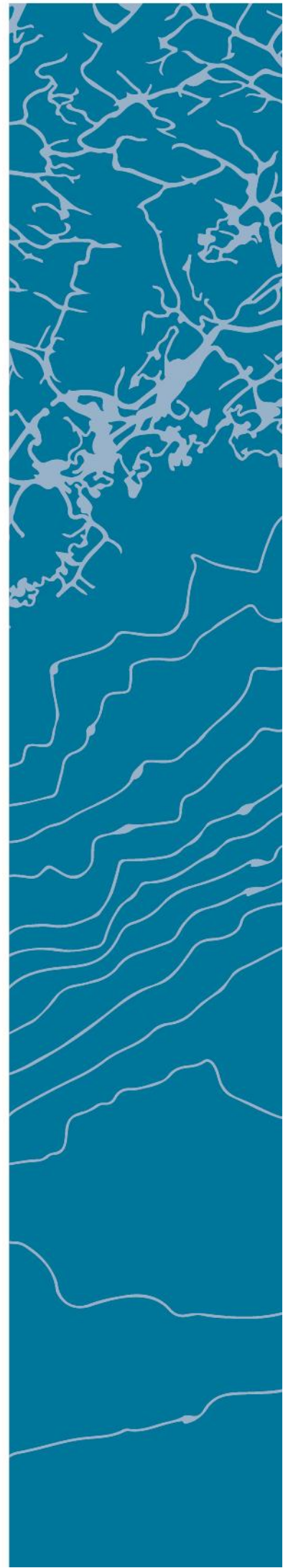
er professor dr.med. ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo og forskningsveileder ved Sørlandet sykehus

*Dr. Clausen has nothing to disclose.*

**Magnhild Mjåvatn Høie (f.1953)**

er førsteamanuensis, ph.d psykologi ved Institutt for psykososial helse, Fakultet for helse og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder/Grimstad

*Dr. Høie has nothing to disclose.*





### Litteraturliste

1. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama* 2000; 284: 1689-95.
2. WHO. Global health risks – mortality and burden of disease attributable to selected major risks.:  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf). (12.3.2016)
3. Hobbesland Å. Undersøkelse av avgiftningsbehandling ved seks avgiftningsavdelinger i helseregion sør. Borgestadklinikken 2006.
4. Shaygani S, Waal H. Behandling av opioid abstinens. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129: 114-5.
5. Helland A, Skjotskift S. Medikamentell behandling av alkoholabstinens. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128: 1182-4.
6. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, et al. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* 2009; 104: 13-24.
7. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>. (12.3.2016)
8. Kristensen O, Lolandsmo T, Isaksen A, et al. Treatment of polydrug-using opiate dependents during withdrawal: towards a standardisation of treatment. *BMC psychiatry* 2006; 6: 54.
9. Paetzold W, Eronat V, Seifert J, et al. [Detoxification of poly-substance abusers with buprenorphine. Effects on affect, anxiety, and withdrawal symptoms]. *Der Nervenarzt* 2000; 71: 722-9.
10. Seifert J, Metzner C, Paetzold W, et al. Detoxification of opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs. methadone. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 159-64.
11. Ling W, Amass L, Shoptaw S, et al. A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid detoxification: findings from the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. *Addiction* 2005; 100: 1090-100
12. Gowing L, Farrell MF, Ali R, et al. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014; 3: CD002024.

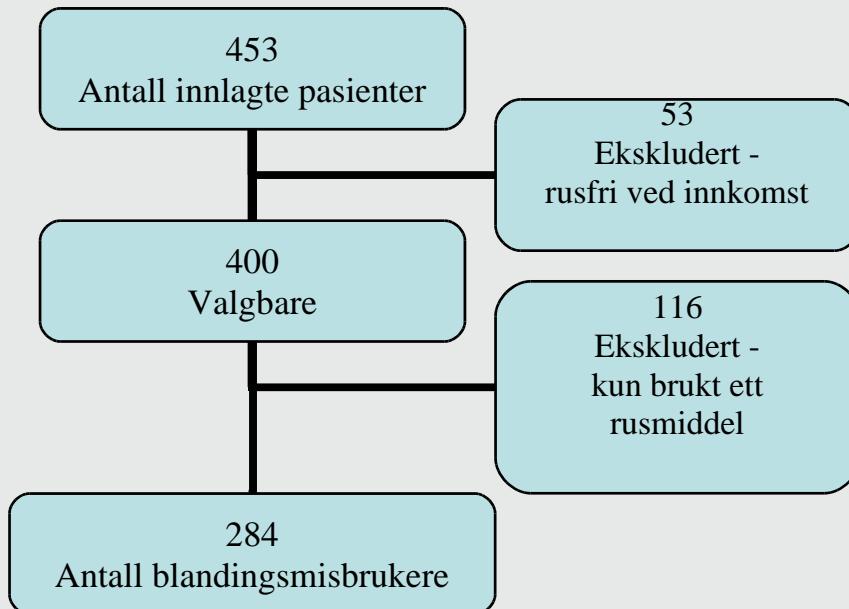




13. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. The Cochrane database of systematic reviews 2010: CD005064.
14. Saxon AJ, Whittaker S, Hawker CS. Valproic acid, unlike other anticonvulsants, has no effect on methadone metabolism: two cases. The Journal of clinical psychiatry 1989; 50: 228-9.
15. Eyer F, Schreckenber M, Hecht D, et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study. Alcohol and alcoholism 2011; 46: 177-84.
16. Nakken K.O., Taubøll E., Valproat bør unngås hos gravide. Tidssk Nor Laegeforen 2014; 134:144-5.
17. Rusmiddelanalyser. Prøvetaking, analyser og fortolkning: [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss\\_/avdelinger\\_/farmakologi\\_/Documents/Rusmiddelheftet%20revidert%20101213%20%283%29.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/farmakologi_/Documents/Rusmiddelheftet%20revidert%20101213%20%283%29.pdf). (12.3.2016)
18. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. Drug and alcohol dependence 2010; 108: 65-9.
19. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>. (14.3.2016)

**Figur 1**

Flytskjema for inklusjon av blandingsmisbrukere i abstinensfase ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus fra 1.1.2013-31.12.2013



## Tabeller

**Tabell 1**

Beskrivelse av inkluderte pasienter med blandingsmisbruk ved Avgiftningsenheten i Kristiansand, Sørlandet sykehus 2013 [n = 284, gjennomsnittsalder 39 år, spredning 18-70 år]

	Antall	%
Kjønn, andel kvinner	68	24
<i>Antall rusmidler brukt</i>		
- To rusmidler	131	46
- Tre rusmidler	91	32
- Fire eller flere rusmidler	62	22
<i>Vanligste kombinasjoner rusmidler</i>		
- Alkohol, benzodiazepiner	40	14
- Benzodiazepiner, cannabis, opiater og amfetamin	39	14
- Benzodiazepiner, cannabis og amfetamin	23	8

**Tabell 2**

Av 284 pasienter var det 71 (25%) som falt ut av behandlingen.. Årsakene ble registrert fortløpende og var som følger.

	<b>Antall</b>	<b>%</b>
Bortvist	9	12,8
Mistet motivasjonen	27	38,0
Uenighet om medisinerer	2	2,8
Ukjent/andre årsaker	23	32,4
Overført psykiatri	4	5,6
Overført somatikk	6	8,1
Sum	71	100



**Tabell 3**

Faktorer som varierte med behandlingsavbrudd. Multivariat, logistisk regresjonsanalyse.

	OR [95% KI]	p-verdi
Kjønn	0,92 [0,48-1,77]	0,81
Alder	0,99 [0,96-1,01]	0,33
Antall rusmidler	1,42 [1,01-1,99]	0,04
Forklart varians $R^2$ =-		
0,28		



## Vedlegg 2 – endringsmelding NSD

----- Forwarded message -----

From: **Lis Tenold** <Lis.Tenold@nsd.no>

Date: 2016-01-08 17:06 GMT+01:00

Subject: TILBAKEMELDING PÅ INNSENDT ENDRINGSMELDING 33930

Erfaringer med benzodiazepinfri avgiftning

To: Frode Dunsæd <dunsad@gmail.com>

Hei

Viser til epost under.

Personvernombudet finner å kunne godkjenne ny prosjektslutt til 31.12.2016.

Vennlig hilsen

Lis Tenold

Frode Dunsæd skrev den 28.12.2015 14:37:

Hei!

Den 19.mars 2013 sendte jeg inn prosjektmelding "33930 Erfaringer med benzodiazepinfri avgiftning".

Dessverre har prosjektet tatt lengre tid enn først planlagt.

Prosjektet er nå i slutfasen, og artikkel til legetidsskriftet er ferdigstilt.

Jeg må regne med at legetidsskriftet kommer med ønsker om korrigeringer og utdyping til teksten, og i den forbindelse trenger jeg å ha tilgang til det anonymiserte datamaterialet i ett år til.

Søker derfor om forlengelse av prosjektperioden til 31.12.16.

Deres referanse opprinnelig tilbakemelding: 33930/3/LT

Med hilsen

Frode Dunsæd

Ravnåsvegen 356

4700 Vennesla



### Vedlegg 3 – Fremleggsvurdering REK

Emne: Sv: Erfaringer med benzodiazepinfri avgiftning av rusmisbrukere

Fra: post@helseforskning.etikkom.no

Dato: 19.09.2014 09:51

Til: frode.dunsad@sshf.no

Kopi:

Vår ref.nr.: 2014/1580 B

Hei,

Vi viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering for prosjektet Erfaringer med

benzodiazepinfri avgiftning av rusmisbrukere. Henvendelsen er vurdert av komiteens leder, Grete Dyb.

Slik prosjektet er beskrevet i skjema for vurdering av fremleggingsplikt og vedlagte protokoll, fremstår det som kvalitetssikring som er en del av helsetjenesten. I søknadskjema er det beskrevet at formålet med studien er å undersøke retensjon (fullfører pasientene avgiftningsoppholdet) og trygghet (forekomst av komplikasjonene delir, abstinensutløste kramper, abstinensutløste psykoser og dødsfall) ved avgiftningsenheten i Kristiansand. Det kreves ikke godkjenning av REK for å gjennomføre slike prosjekter.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Hege Holde Andersson

rådgiver/ komitésekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845514

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)



**Vedlegg 4 – Melding om antatt artikkel, Tidsskriftet, Den Norske Legeforening**

**Decision Letter (TIDS-16-0308.R2)**

**From:** redaksjonen@tidsskriftet.no

dunsad@gmail.com, oistein.kristensen@sshf.no, john-

**To:** kare.vederhus@sshf.no, thomas.clausen@medisin.uio.no,  
magnhild.hoie@uia.no

**CC:**

**Subject:** Godkjenning av manusnr. TIDS-16-0308.R2

**Body:** 01-Jul-2016

Kjære forfattere

Vi har gleden av å melde at manuskriptet Standardisering av avrusning ved blandingsmisbruk er godkjent for publisering i Tidsskriftet som Originalartikkel.

Manuset er sendt videre for teknisk og språklig bearbeiding. Det kan avdekkes problemer som vil innebære at manuskriptet sendes tilbake til kontaktforfatter for mindre revisjon av brødtekst, litteraturreferanser, tabeller o.l. Vi gjør oppmerksom på at redaksjonen vil bearbeide figurer og tabeller. Du/dere vil få disse til gjennomsyn før publisering.

Saken/manuskriptet må ikke omtales i noen medier uten etter avtale med redaksjonen. Dersom manuskriptet blir omtalt i mediene etter at det er publisert, må det skje med henvisning til Tidsskrift for Den norske legeforening som kilde.

Når din artikkel er publisert i Tidsskriftet, kan leserne kommentere den direkte i Tidsskriftets nettutgave. Du vil da få mulighet til å svare på kommentarene. Du kan lese om retningslinjene for dette under Kommentarer til artikler: <http://tidsskriftet.no/Innhold/Forfatterveiledningen/Artikkeltyper/Kommentarer-til-artikler>

Vennlig hilsen  
Merete Kile Holtermann  
Redaksjonssjef  
Tlf. 23 10 90 96/90 00

**Date** 01-Jul-2016  
**Sent:**