

# Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge

– en kunnskapsoversikt



National Institute of Drug Abuse:  
Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge  
– en kunnskapsoversikt

Originalens tittel:  
Principles of Adolescent Substance  
Use Disorder Treatment:  
A Research-Based Guide National  
Institute of Drug Abuse, 2014

Oversatt etter tillatelse fra  
National Institute of Drug Abuse.

Oversettelse og tilretteleggelse for norske lesere  
ved Ida Halvorsen Brenna,  
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Ansvarlig utgiver: Espen Ajo Arnevik,  
Nasjonal kompetansetjeneste TSB

ISBN 978-82-999613-1-8

Har du spørsmål om denne publikasjonen:  
Kontakt [tsb@ous-hf.no](mailto:tsb@ous-hf.no)

Nasjonal kompetansetjeneste TSB  
Oslo Universitetssykehus HF  
Postboks 4959 Nydalen  
0424 Oslo

Telefon 469 59 791  
[www.tsb.no](http://www.tsb.no)

Design: Designlaboratoriet, Oslo

## Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Nasjonal kompetansetjeneste TSB er en kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten som skal sørge for gi kunnskapsstøtte til tjenesteytere, pasienter og brukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og er organisert i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling.

# INNHOOLD

## **Forord** **3**

### **1. INTRODUKSJON** **4**

- 1.1. Forholdet mellom bruk, skadelig bruk og avhengighet ..... 6
- 1.2. Forskjellen mellom voksnes og unges rusmiddelbruk og behandlingsbehov ..... 8
- 1.3. Egne behandlingstilnærminger rettet mot unge ..... 8
- 1.4. Å vedlikeholde behandlingsresultater og forebygge tilbakefall ..... 9

### **2. PRINSIPPER FOR BEHANDLING AV RUSLIDELSER HOS UNGE** **10**

- 2.1. Tidlig intervensjon ..... 10
- 2.2. Problem eller avhengighet? ..... 10
- 2.3. Utnytt unges kontaktpunkter ..... 10
- 2.4. Ytre motivasjonsfaktorer ..... 11
- 2.5. Individuell tilpasning ..... 11
- 2.6. Helhetlig behandling ..... 11
- 2.7. Incentiver ..... 11
- 2.8. Lokalbaserede tiltak ..... 11
- 2.9. Samtidig rus- og psykisk lidelse ..... 12
- 2.10. Risikoanalyse ..... 12
- 2.11. Monitorering ..... 12
- 2.12. Kontinuitet ..... 12
- 2.13. Somatiske tilleggslidelser ..... 12

### **3. OFTE STILTE SPØRSMÅL** **13**

- 3.1. Hvorfor bruker unge rusmidler? ..... 13
- 3.2. Hvilke rusmidler bruker unge? ..... 13
- 3.3. Hvilke faktorer øker sjansen for at unge blir avhengig av rusmidler? ..... 14
- 3.4. Kan man bli avhengig av cannabis? ..... 14
- 3.5. Hvor farlig er misbruk av reseptbelagte medisiner? ..... 15
- 3.6. Er steroider vanedannende og kan skadelig steroidebruk behandles? ..... 16
- 3.7. Hvordan er andre psykiske problemer knyttet sammen med rusmiddelbruk hos unge? ..... 17

- 3.8. Gir ADHD-medisinering økt risiko for ruslidelser senere i livet? ..... 17
- 3.9. Hva er tegn på rusmiddelbruk hos unge? ..... 17
- 3.10. Hvordan kan foreldre motivere unge for behandling? ..... 17
- 3.11. Hvordan kan foreldre delta i sitt barns behandling? ..... 18
- 3.12. Hvilken rolle kan helsepersonell spille i møte med rusproblemer? ..... 18
- 3.13. Behandles unges tobakksbruk på samme måte som annen rusmiddelbruk? ..... 19
- 3.14. Bør medisiner brukes i behandling av unges ruslidelser? ..... 21
- 3.15. Har jenter og gutter ulike behandlingsbehov? ..... 21
- 3.16. Har unge med minoritetsbakgrunn spesielle behandlingsbehov? ..... 22
- 3.17. Hvilken rolle kan politi og domstoler spille i møte med unge med rusmiddelproblemer? ..... 22
- 3.18. Hvilken rolle kan 12-trinns grupper eller andre selvhjelpsgrupper spille i behandling av rusproblemer? ..... 23

### **4. BEHANDLINGSTILBUD** **24**

- 4.1. Kommunale helsetjenester ..... 24
- 4.2. Spesialisert behandling av ruslidelser ... 25
- 4.3. Individuell plan (IP) og koordinator ..... 26
- 4.4. Poliklinikk / intensiv poliklinikk ..... 26
- 4.5. Dagbehandling ..... 27
- 4.6. Døgnbehandling ..... 27
- 4.7. ACT-team ..... 27

### **5. EVIDENSBASERTE TILNÆRMINGER TIL BEHANDLING AV RUSLIDELSER HOS UNGE** **28**

- 5.1. Kjennetegn ved tiltak som gir gode resultater ..... 28
- 5.2. Selvhjelp ..... 32

### **6. REFERANSER** **34**

# FORORD



Siden første utgave ble utgitt i 1999, har NIDAS «Prinsipper for behandling av ruslidelser» vært en ressurs for helsepersonell, familier og andre som trenger informasjon om avhengighet og behandling av mennesker i alle aldre, både i og utenfor USA. Nyere forskning har imidlertid utvidet forståelsen av behandlingsbehovene til unge, da disse ofte er forskjellige fra voksne. NIDA gav derfor i 2014 ut «Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge». Nasjonal Kompetansetjeneste TSB er stolte over å presentere en bearbeidet norsk utgave.

Ungdomsårene er en sårbar periode for helse-skader relatert til rusbruk. Hjernekretsene som regulerer følelser og belønning er fullt utviklet på denne tiden, mens de som styrer dømmekraft og selvkontroll fortsatt er under modning. Av den grunn vil tenåringer ofte kunne handle impulsivt, søke nye opplevelser og lett bli påvirket av sine jevnaldrende. Fordi viktige hjernekreter fortsatt er under utvikling, er hjernen til unge også mer utsatt for å bli forandret av rusmiddelbruk. Vi vet fortsatt ikke alt om hvordan bruk av rusmidler kan påvirke utviklingen av hjernen, men i noen tilfeller vil det være snakk om varige

endringer, og risiko for utvikling av avhengighet. Det gjøres et stort og viktig forebyggende arbeid både i ungdomsskole og videregående. Det er også slik at de fleste slutter med sin rusbruk etter en periode med eksperimentering. Allikevel er det slik at noen unge trenger behandling eller tiltak som hjelper dem å bli kvitt et alvorlig helseproblem. Dette heftet beskriver et sett med styrende prinsipper for de som skal gi slik hjelp, det besvarer vanlige spørsmål om rus og virkninger, samt presenterer innhold i evidensbaserte tilnærminger til behandling og andre intervensjoner for denne aldersgruppen.

Den norske utgaven er en oversatt og bearbeidet utgave. Vi har tilpasset informasjonen slik at den skal gjenspeile mønsteret av rusmiddelbruk blant unge i Norge, og det norske tiltaks- og rusbehandlingstilbudet. Jeg håper dette heftet vil være til nytte for helsepersonell og andre som ønsker å hjelpe unge med rusmiddelproblemer med å få den hjelpen de trenger.

Med hilsen

*Espen Ajo Arnevik*

Leder Nasjonal kompetansetjeneste TSB

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlingstilbud

Evidensbaserte tilnærminger til behandling av ruslidelser

Referanser

# 1. INTRODUKSJON

Illustrasjonsfoto

Mennesker som har et for høyt forbruk av rusmidler<sup>1</sup> vil mest sannsynlig ha startet i ungdomsårene<sup>2</sup> eller i ung voksen alder. I det de går ut av ungdomskolen rapporterer mellom 25 og 29 prosent av norske unge at de har vært tydelig beruset av alkohol, i underkant av fem prosent røyker daglig eller ukentlig, og tre prosent av jentene og seks prosent av guttene rapporterer at de har brukt cannabis. Blant unge som er ferdig med videregående skole rapporterer 80 prosent at de har vært tydelig beruset av alkohol, i underkant av 10 prosent rapporterer at de røyker daglig eller ukentlig og 12 prosent av jentene og 20 prosent av guttene rapporterer at de har brukt cannabis (1) (Se tabell 1). Ungdomstiden er med andre ord den fasen i livet hvor de fleste mennesker introduseres for de vanligste rusmidlene. Unge kan ha mange ulike motiver for å bruke rusmidler:

- 1 I denne publikasjonen inkluderes tobakk, alkohol, narkotika og ikke-forskrevet bruk av avhengighetsdannende legemidler i begrepet rusmidler.
- 2 Å spesifisere ungdomstiden er komplisert fordi den kan defineres av ulike variabler, og politikere og forskere kan være uenige om de eksakte aldersgrensene. I dette heftet brukes begrepet ungdom om mennesker mellom 12 og 23 år.

søking etter nye opplevelser, forsøk på å håndtere problemer, forsøk på å oppnå bedre skoleresultater, eller gruppepress. I ungdomstiden er vi «biologisk programmerte» til å søke nye opplevelser og ta sjanser, og til å søke å finne en egen identitet. Å prøve ut rusmidler kan være en del av den normale utviklingen i disse ungdomsårene, men faren er at det kan få alvorlige, langsiktige konsekvenser.

Mange faktorer påvirker unges utprøving av rusmidler, blant annet i hvilken grad rusmidlene er tilgjengelige blant venner, i nærmiljøet og på skolen. Forhold i familien er også viktige: Vold, fysisk eller psykisk mishandling, psykisk sykdom eller rusmiddelbruk i hjemmet, øker sannsynligheten for at unge vil bruke rusmidler. Andre faktorer er genetisk sårbarhet; personlighetstrekk som dårlig impuls kontroll eller høyt spenningsbehov. Psykiske lidelser som depresjon, angst eller ADHD spiller også inn. Sannsynligheten for at unge vil bruke rusmidler øker også dersom miljøet preges av holdninger som at å bruke rusmidler er «kult» eller ufarlig. (2)

Tenårene er en periode der unge er sårbare for å utvikle rusmiddelproblemer; blant annet fordi hjernen fremdeles er formbar (nevroplastisk) og under utvikling. Enkelte hjerneområder vil være mindre modne enn andre. De delene av hjernen som regulerer belønning og smerte – vesentlige pådrivere for rusmiddelbruk – er de første til å modnes. Det skjer allerede i barndommen. Prefrontal cortex og dens forbindelser til andre områder av hjernen modnes senere. Det er deler av hjernen som påvirker evnen til å vurdere situasjoner, ta gode beslutninger og kontrollere

følelser og impulser. Vanligvis er ikke disse hjernekreftene modne før personen er i midten av 20-årene (se figur 1).

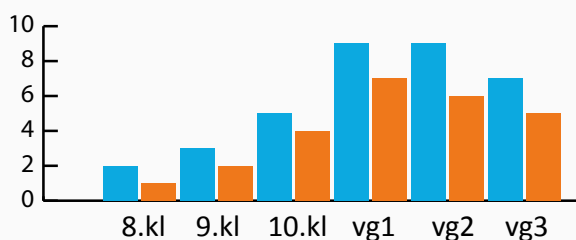
Dermed kan en ung hjerne sammenliknes med en bil med fullt fungerende gasspedal (belønningssystemet), men svake bremses (prefrontal cortex). Tenåringer vil gjerne oppsøke behagelige opplevelser og unngå smerte, mens deres dømmekraften og beslutningsevnen deres fortsatt er begrenset. Dette svekker evnen til å gjøre presise risikovurderinger og ta gode beslutninger, inkludert beslutninger om bruk av rusmidler. Blant annet derfor er unge en viktig målgruppe for forebyggende innsats for å motvirke helseskadelig omgang med rusmidler. (3) Det er viktig at unge har motivasjon og ferdigheter for å unngå å falle for fristelsen til å eksperimentere med rusmidler. (4)

For de fleste tenåringer eskalerer ikke rusbruk fra eksperimentering til avhengighet eller en annen rusrelatert lidelse. Å eksperimentere med rusmidler kan imidlertid medføre helseskader i seg selv. Dersom bruk av rusmidler inngår i et mønster av risikoatferd som inkluderer ubeskyttet sex, kjøring i beruset tilstand eller andre risikofylte aktiviteter, kan det føre til alvorlige ulykker, skader og svekket sosial fungering. Et mønster av gjentatt bruk, kan føre til blant annet:

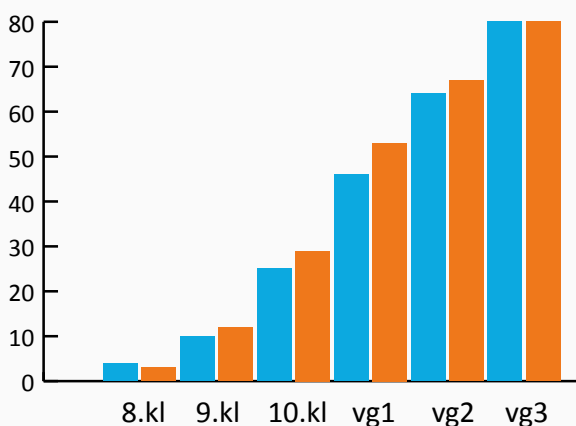
- skoleproblemer
- problemer i relasjoner til familie og venner
- minsket interesse for normale, sunne aktiviteter
- svekket hukommelse
- økt risiko for å pådra seg en smittsom sykdom (som HIV eller hepatitt C) via risikabel seksuell atferd eller ved å dele infisert sprøyteutstyr
- psykiske helseproblemer - inkludert ruslidelser med varierende alvorlighetsgrad
- overdosedød.

**Tabell 1: Mest brukte rusmidler blant unge i Norge i prosent, 2014**

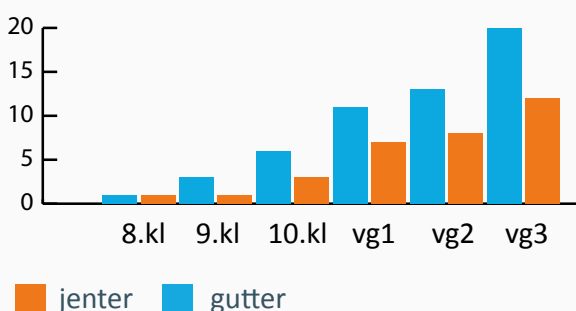
Tobakk: røyker eller har røyket



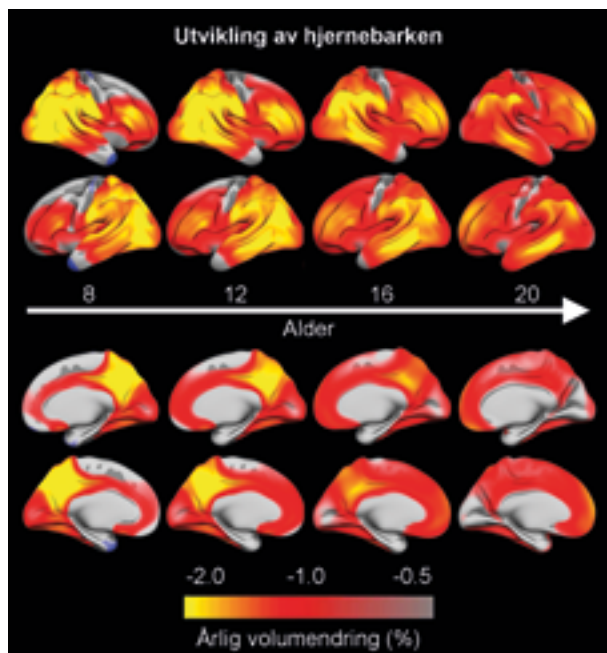
Alkohol: har følt seg tydelig beruset



Hasj: brukt siste år



Kilde: NOVA. Ungdata. Nasjonale resultater 2014. Oslo: NOVA; 2015. 7/15.



Figur 1. Utvikling av hjernebarken hos barn og unge. Fargeskalaen viser årlig prosentvis endring i hjernebarkens volum. Gule områder indikerer størst forandring. Gjengitt med tillatelse fra Christian Tamnes/ Elsevier (Tamnes et al. 2013)

## 1.1. Forholdet mellom bruk, skadelig bruk og avhengighet

Ulike rusmidler påvirker hjernen på ulike måter. Felles for all ruspåvirkning er at den hever nivået av dopamin i de delene av hjernen som styrer belønning og nytelse.

Hjernen er programmert til å oppmuntre til livsoppretholdende og sunne aktiviteter gjennom frigjøring av dopamin. Hverdagslige gleder fører til at hjernen produserer dopamin i moderate mengder. Dette forsterker atferd som bidrar til læring, helse, trivsel og styrking av sosiale bånd.

Rusmidler kan overstyre denne prosessen. Rusopplevelsen oppstår ved at en flom av dopamin når hjernens belønningssenter. Mengden dopamin som utløses av rusmidler er større enn den som utløses av naturlige positive opplevelser, og det skaper en sterk trang til å gjenta rusopplevelsen. Den umodne hjernen sliter allerede med å balansere impuls og selvkontroll, og det er ikke til stor hjelp for personen som skal vurdere

konsekvensene av gjentatt bruk. Dermed er sannsynlighet for på ny å bruke rusmidler forhøyet. (5) Hvis rusopplevelsen stadig gjentas, forsterkes hjernens evne til automatisk å assosiere glede med bruk av rusmidler. Bruk av rusmidler kan raskt få en betydning i ungdommens liv som ikke kan sammenliknes med andre positive opplevelser.

Avhengighet<sup>3</sup> utvikler seg som en ond sirkel: Kronisk rusmiddelbruk vil ikke bare omrokere personens prioriteringer, men kan også endre viktige hjerneområder som er nødvendige for dømmekraft og selvregulering. Dette vil ytterligere redusere ungdommens evne til å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken. Å mobilisere viljestyrke vil derfor ikke være tilstrekkelig for å overvinne avhengighet. Rusmiddelbruk i et visst omfang svekker nettopp de delene av hjernen som vi mobiliserer for å «si nei».

Ikke alle unge er like utsatte for å utvikle avhengighet. Ulike faktorer, slik som nedarvet genetisk mottakelighet og negative opplevelser tidlig i livet, gjør det mer sannsynlig at én person vil eksperimentere med rusmidler og utvikle en ruslidelse, enn en annen. Å bli utsatt for stress – for eksempel i form av emosjonell eller fysisk mishandling – i barndommen, gjør hjernen følsom for stress senere i livet. Dette øker sannsynligheten for tidlig debut med rusmidler og at rusmiddelmisbruk utvikler seg. (6) Visse personlige egenskaper kan også sette en person i fare for å misbruke rusmidler, som for eksempel impulsivitet eller tendens til aggressive reaksjoner. Slike egenskaper vil gjerne være synlige i god tid før debuten med rusmidler, og rusmiddelrelaterte problemer hos personer

3 I dette heftet refererer begrepet avhengighet til tvangsmessig søken og bruk av rusmidler som vedvarer selv i møte med skadelige konsekvenser; tilsvarende rusmiddelavhengighet slik det defineres i The International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10).

med slik utsatthet kan forebygges gjennom barn-  
dommen. (7) Eksempler på faktorer som kan  
virke forebyggende, er en varm oppdragerstil og  
et støttende skolemiljø. På samme måte som vi  
finder personlighetsfaktorer som gjør en utsatt for  
rusmiddelproblemer, finner vi også faktorer som  
kan fremme en sunn utvikling og dermed min-  
ske risikoen for senere skadelig rusmiddelbruk.

Statistisk ser vi at personer som får en ruslidelse  
senere i livet, har hatt en tidlig rusmiddeldebut.  
Sannsynligheten for å utvikle en ruslidelse ser  
ut til å være størst for de som begynner å bruke  
rusmidler i starten av tenårene. I amerikanske stu-  
dier fant man at 15 prosent av de som begynte å  
drikke før de hadde fylt 14 år etter hvert utviklet  
skadelig bruk av alkohol eller avhengighet. Til  
sammenligning skjedde det samme for 2 prosent  
av de som ventet til de var 21 år eller eldre. (8)  
25 prosent av de som brukte reseptbelagte lege-  
midler på ikke-forskrevet måte da de var 13 år  
eller yngre, utviklet en ruslidelse en eller annen  
gang i livet. (9)

I Norge rapporterer voksne pasienter i tverrfaglig  
spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) om en  
gjennomsnittlig debutalder på 16 år for alkohol og  
cannabis, og 19 og 21 år for henholdsvis amfeta-  
min og heroin/opioider. (10) En norsk studie som  
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)  
har gjort av tenåringsfyll og senere problem-  
drikking, tyder på at sammenhengen mellom tid-  
lig alkoholdebut og alkoholproblemer som voksen  
er svak. (11) Få voksne stordrikkere rapporterte  
i denne studien at de drakk seg fulle som tenår-  
inger. En annen norsk SIRUS-studie fant at tid-  
lig bruk av cannabis og senere bruk av tyngre  
stoffer forekommer hos unge som også har pro-  
blemer på andre områder. (12) Kjennetegn ved  
de utsatte var problemer knyttet til flere opp-  
vekstfaktorer som kriminalitet, sosiale proble-  
mer og familietilknytning, samt tidlig rusmid-  
deldebut og etter hvert en mer intensiv bruk av  
rusmidler. Der unge brukte cannabis, men ikke  
viste annen problematisk atferd, var den statis-  
tiske sammenhengen med senere bruk av ille-  
gale rusmidler svak.







Illustrasjonsfoto

Når ruslidelser oppstår i ungdomsårene, kan det forstyrre normal hjernemodning og påvirke viktige utviklingsmessige og sosiale overgangsfaser negativt. Om hukommelse og andre kognitive evner svekkes, kan det avspore den sosiale og faglige utviklingen, og holde den unge tilbake i livsfaser som deres jevnaldrende passerer. Tidlig intervensjon mot rusmiddelbruk kan være avgjørende for å avverge slike mulige livslange konsekvenser.

Den alvorlige helserisikoen knyttet til rusmiddelproblemer hos unge, forsterker behovet for at denne pasientgruppen får behandling så raskt som mulig. Sannsynligvis sliter unge som har et høyt forbruk av rusmidler også med andre problemer, som for eksempel psykiske lidelser. De kan følges av, men også bidra til økt rusmiddelbruk. Derfor må disse andre, samtidige problemene også behandles. (13) En undersøkelse fra USA fant at mindre enn en tredjedel av unge som mottar rusbehandling og som har samtidige psykiske lidelser, får behandling for tilleggs-lidelsen. (14) I Norge vet vi at omtrent to tredjedeler av voksne med rusproblemer også har en psykisk lidelse. Omtrent 20 prosent av de som mottar behandling for rus- og avhengighetslidelser, har en samtidig alvorlig psykisk lidelse. (15) Unge som utredes for psykiske lidelser blir

i svært liten grad spurt om sitt forhold til rusmidler. (16)

## 1.2. Forskjellen mellom voksnes og unges rusmiddelbruk og behandlingsbehov

Den unge kan i mindre grad enn en voksen føle at vedkommende trenger hjelp fra helsepersonell med et rusproblem. Uheldige konsekvenser av rusmiddelbruken er få, perioden med bruk av rusmidler kort, og hjelp og beskyttelse fra foreldre bidrar til å skjerme ungdommen fra uheldige følger. Få opplevde negative konsekvenser henger ofte sammen med lav motivasjon for endring eller for å delta i behandling. (17) Unge kan også ha lavere selvinnsett i egen atferd enn voksne og ser ikke alltid årsaker til, og konsekvenser av sine handlinger. Slik selvinnsett er gjerne en forutsetning for å oppleve behov for hjelp. Overfor unge med rusmiddelproblemer som i liten grad føler at de trenger hjelp, kreves det ofte spesielle ferdigheter og tålmodighet for å motivere for behandling.

## 1.3. Egne behandlingstilnærminger rettet mot unge

Én behandlingsform passer ikke alle, verken unge eller voksne. Behandlere bør ta hensyn til hele personens behov på det utviklingsstadiet vedkommende befinner seg. Påvirkning fra familie, venner og andre viktige personer i ungdommens liv, samt eventuelle samtidige psykiske eller fysiske helseproblemer bør tas tak i samtidig som man starter behandling av ruslidelser. Ved behandling av unge pasienter må dilemma knyttet til pasientenes krav på taushetsplikt håndteres, samtidig som det er behov for at foreldre støtter opp om behandlingen. Unge vil ofte være avhengige av familiemedlemmer som vil være til støtte i bedringsprosessen, dersom de kan.

Dette heftet har fokus på noen evidensbaserte behandlingstilnæringer – metoder som er vitenskapelig testet og funnet å ha effekt på behandlingsutfall for unge med ruslidelser. Enten slik behandling blir gjennomført i eller utenfor en institusjon, inngår ofte en form for atferdsterapi.

#### 1.4. Å vedlikeholde behandlingsresultater og forebygge tilbakefall

At en ungdom oppsøker behandling, er bare en del av en til tider lang og komplisert vei mot bedring. (18) Ulike selvhjelpsorienterte organisasjoner og tiltak retter seg mot personer som har behov for å gjøre endringer i eget liv, enten det gjelder et rusproblem, en vanskelig pårønderolle eller andre livsproblemer. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper representerer en mulighet til å ta tilbake egne krefter og ressurser. Først og fremst ved å våge å bli kjent med egne problemer, og finne erfaringskunnskap og mot til å gå i gang med endringsprosesser. (19) Slik deltakelse kan være vel så viktige elementer som formelle behandlingsinnsatser

for å hjelpe unge med å mestre rus og forbedre livskvaliteten.

Dersom de blir identifisert og behandlet, vil de fleste unge klare å komme ut av rusproblemer. Dette gjelder særlig ved milde eller moderate ruslidelser. Tilbakefall er imidlertid en mulighet som man må ta høyde for i all behandling av ruslidelser. Tilbakefall trenger ikke betraktes som et tegn på at behandlingen har mislyktes, men som en anledning til å søke ytterligere, eller en annen. Å avverge og avdekke tilbakefall innebærer at den unge selv, foreldre, lærere og behandlere følger aktivt opp. Selv om selvhjelps- eller recoveryprogrammer ikke er en erstatning for evidensbasert behandling, kan de hjelpe unge med å opprettholde en positiv og produktiv livsstil der rus ikke har en dominerende rolle. Slike programmer kan være til hjelp med å fremme meningsfulle og gode relasjoner til familie, kolleger og samfunnet både under og etter behandling. Uansett hvilke tjenester eller programmer som brukes, kan støtte fra familiemedlemmer, jevnaldrende som ikke bruker rusmidler, lærere og andre personer i ungdommens liv, bidra til å styrke recoveryprosessen.



## 2. PRINSIPPER FOR BEHANDLING AV RUSLIDELSER HOS UNGE

Illustrasjonsfoto

### 2.1. Tidlig intervensjon

**Identifiser og håndter rusmiddelbruk hos unge så tidlig som mulig.**

Rusmidler kan ha langvarige effekter på utvikling av hjernen. Rusbruk kan forstyrre relasjoner til familien og jevnaldrende og påvirke skoleprestasjoner. De fleste voksne som utvikler en ruslidelse, rapporterer å ha begynt med rusmidler i ungdomsårene eller ung voksen alder. Dermed er det viktig å identifisere og ta tak i ungdoms rusmiddelbruk tidligst mulig. (20)

### 2.2. Problem eller avhengighet?

**Unge kan ha nytte av en rusintervensjon uten å være avhengige.**

Rusproblemer spenner fra problematisk bruk til avhengighet, og kan med hell behandles på ethvert stadium og hos mennesker i alle aldre (21). For unge er all bruk av rusmidler grunn til bekymring, selv om det bare fremtrer som «eksperimentering». Bruk av rusmidler utsetter den unge for

helsefare; både i form av rusmiddelvirkningen i seg selv og via rusrelatert risikoatferd. I tillegg sammenfaller rusmiddelbruk blant unge også ofte med annen problematisk atferd, og kan ha sammenheng med utvikling av senere rusmiddelproblemer. (22) Foreldre og andre voksne bør holde øye med unge og ikke undervurdere betydningen av det som kan fremtre som isolerte tilfeller av rusmiddelbruk.

### 2.3. Utnytt unges kontaktpunkter

**Alle helsefaglig ansatte kan spørre unge om rusmiddelbruk.**

Standardiserte screeningverktøy er tilgjengelig for å hjelpe helsepersonell med å avdekke om en ungdom bruker tobakk, alkohol og illegale og reseptbelagte stoffer på en helseskadelig måte. (23) Når en ungdom forteller om rusmiddelbruk, kan helsepersonell vurdere alvorlighetsgraden og enten iverksette en kort intervensjon lokalt eller henvise ungdommen til videre rusbehandling. (24) (25)

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlingstilbud

Evidensbaserte tilnæringer til behandling av ruslidelser

Referanser

## 2.4. Ytre motivasjonsfaktorer

### Benytt rettslige tiltak og sanksjoner til å motivere for behandling.

Unge med rusproblemer føler sjelden at de trenger behandling og søker nesten aldri behandling på egenhånd. Strafferettslige tiltak og sanksjoner eller påvirkning fra familie og nærmiljø kan derfor spille en viktig rolle i å få unge til å oppsøke, bli i og fullføre behandling. Forskning viser at behandling kan fungere selv om den er under tvang. (26) I Norge har både barnevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven hjemler for bruk av tilbakehold uten eget samtykke (tvang) overfor personer med alvorlig og destruktiv rusmiddelatferd. (27) (28)

## 2.5. Individuell tilpasning

### Tilpass behandling av ruslidelser til hver enkelt ungdoms individuelle behov.

Planlegging av behandlingen bør starte med en helhetlig vurdering for å identifisere ungdommens styrker og svakheter. Hensiktsmessig behandling tar hensyn til ungdommens utviklingsnivå, kjønn, relasjoner til familie, venner og eventuelle kolleger, skoleprestasjoner, tilknytning til nærmiljøet, kulturelle faktorer og eventuelle fysiske eller atferdsmessige problemer.



Illustrasjonsfoto

## 2.6. Helhetlig behandling

### Ivareta hele personens behov, ikke bare rusmiddelbruken.

Den beste behandlingstilnærmingen tar hensyn til behov knyttet til medisinsk og psykologisk tilstand og sosial situasjon, inkludert bolig, skole og behov for juridisk hjelp. Å unnlate å møte disse ulike behovene vil kunne svekke behandlingsresultatet.

## 2.7. Insentiver

### Legg vekt på og forsterk positive konsekvenser av å mestre rus.

Læringsbasert rusbehandling kan styrke motivasjonen for endring. Eksempler på elementer i slike tilnærminger er:

- konkrete insentiver til pasienter som forblir rusfri
- bygge kompetanse til å motstå rusmidler og håndtere triggerer eller russug samt
- erstatte bruk av rusmidler med andre aktiviteter, gi bedre problemløsningsferdigheter og legge til rette for å bedre mellommenneskelige relasjoner.

## 2.8. Lokalbaserte tiltak

### Familien og nærmiljøet er viktige bidragsyttere til behandlingen.

Støtte fra familiemedlemmer er viktig i alle endrings- og bedringsprosesser. Det er evidens for at det å styrke familieforhold ved å forbedre kommunikasjon i familien og styrke familiemedlemmenes evne til å støtte rusmestring, er virksomt. I tillegg kan andre i nærmiljøet (for eksempel rådgivere på skolen og jevnaldrende og deres foreldre) oppmuntre unge som trenger hjelp til å komme inn i behandling og støtte dem underveis.



Illustrasjonsfoto

## 2.9. Samtidig rus- og psykisk lidelse

### Identifiser og behandle eventuelle andre psykiske lidelser.

Unge som bruker rusmidler på en helseskadelig måte, har ofte andre psykiske lidelser i tillegg, inkludert depresjon, angstlidelser og ADHD. (29) For å få effekt av rusbehandling, bør behandling for psykiske lidelser integreres i forløpet. Unge som misbruker rusmidler bør bli screenet for andre psykiske lidelser.

## 2.10. Risikoanalyse

### Identifiser og håndter sårbarhet for vold og overgrep eller risiko for selvmord.

Mange unge som misbruker rusmidler har en historie med fysiske, følelsesmessige og/eller seksuelle overgrep eller andre traumer. (30) Ved mistanke om overgrep skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet. (31) (32)

## 2.11. Monitorering

### Registrer bruk av rusmidler under behandlingen.

All behandling av rusmiddelproblemer medfører fare for tilbakefall. Identifiser triggere som utløser tilbakefall, for eksempel psykisk stress og sosiale situasjoner som inkluderer rusmidler. Det er viktig å ha en åpen dialog om tilbakefall, slik at risiko identifiseres og håndteres før det får mer alvorlige konsekvenser. Et tilbakefall

signaliserer et behov for mer behandling eller for å justere behandlingsplanen slik at ungdommens behov kan møtes bedre.

## 2.12. Kontinuitet

### Sørg for at behandling og oppfølging henger godt sammen.

Minimumslengden på behandling av ruslidelser avhenger av type og omfang av ungdommens problemer, men studier fra flere land viser at resultatene er bedre når en person forblir i behandling i tre måneder eller mer. (33) Ettersom tilbakefall forekommer, kan det være nødvendig med mer enn én behandlingssinnsats. Mange unge kan også ha nytte av fortsatt oppfølging etter behandling (34) inkludert monitorering av rusmiddelbruk, oppfølgingsbesøk i hjemmet (35) og å knytte familien til andre nødvendige tjenester.

## 2.13. Somatiske tilleggslidelser

### Å undersøke om pasienten har seksuelt overførbare sykdommer som HIV og hepatitt B og C, er en viktig del av rus- og avhengighetsbehandling.

All bruk av rusmidler svekker dømmekraft og beslutningsevne. Det er sterk risiko for at en ungdom med et høyt forbruk av rusmidler også har ubeskyttet sex eller deler infisert sprøyteutstyr med andre. Unge som bruker rusmidler, enten de injiserer eller ikke, har økt risiko for sykdommer som overføres seksuelt eller gjennom blodet, inkludert HIV og hepatitt B og C. Å gjennomgå rusbehandling kan modifisere eller redusere denne risikoen ved å påvirke den unge til å redusere rusmiddelbruken og dermed holde seg borte fra situasjoner der de ikke tenker klart. (36) (37)



## 3. OFTE STILTE SPØRSMÅL

Illustrasjonsfoto

### 3.1. Hvorfor bruker unge rusmidler?

Det er flere grunner til at unge eksperimenterer med rusmidler eller utvikler skadelig bruk, blant annet:

- *For å passe inn:* Mange tenåringer bruker rusmidler fordi andre gjør det. Det er vanlig å overvurdere jevnaldrendes alkoholforbruk sammenliknet med sitt eget (flertallsmisforståelsen). Mange unge frykter at de ikke vil bli sosialt akseptert i miljøer med jevnaldrende der det brukes rusmidler, uten selv å ruse seg.
- *For å føle seg bra:* Rusmidler samhandler med nevrokjemien i hjernen og gir en opplevelse av eufori/nyttelse. Intensiteten av disse følelsene varierer for etter type rusmiddel og hvordan det brukes.
- *For å føle seg bedre:* Noen unge lider av depresjon, sosial angst, stressrelaterte lidelser eller fysiske smertetilstander. Bruk av rusmidler kan være et forsøk på å minske lidelse og dempe vonde følelser. Særlig stress spiller en betydelig rolle som bakgrunn for at unge

prøver ut og eventuelt misbruker rusmidler, samt får tilbakefall.

- *For å gjøre det bedre:* Konkurransen og presset for å prestere både på skolen og utenfor, kan være intens. Noen unge fristes til å prøve ut ulovlige eller reseptbelagte midler fordi de tror at disse stoffene vil øke eller forbedre prestasjonene deres.
- *For å gjøre noe nytt:* Unge søker ofte nye opplevelser, særlig opplevelser eller eksperimentering som oppfattes som spennende eller risikofyllt.

### 3.2. Hvilke rusmidler bruker unge?

Alkohol og tobakk er de stoffene unge oftest bruker, etterfulgt av cannabis.

Amerikanske studier viser at populariteten til andre stoffer varierer mellom ulike aldersgrupper. Unge tenåringer prøver gjerne inhalasjon av stoffer («sniffing» – for eksempel av lim, eller fyllstoff i penner, se ramme), mens eldre tenåringer i større grad foretrekker syntetisk cannabis, syntetiske preparater eller reseptbelagte

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlings tilbud

Evidensbaserte tilnæringer til behandling av ruslidelser

Referanser

medisiner – særlig smertestillende midler og ADHD-medisiner.

### 3.3. Hvilke faktorer øker sjansen for at unge blir avhengig av rusmidler?

Avhengighet oppstår når gjentatt bruk av rusmidler over tid endrer måten en persons hjerne fungerer på. Overgangen fra frivillig til tvangspreget rusmiddelbruk gjenspeiler endringer i hjernens naturlige hemmings- og belønnings-sentre. Slike endringer hindrer personen i å kontrollere impulsen til å bruke rusmidler, selv når det får negative konsekvenser for dem.

Noen mennesker er mer sårbare for å utvikle avhengighet enn andre, på grunn av en rekke mulige risikofaktorer. Stressende opplevelser tidlig i livet, som å bli misbrukt eller å bli utsatt for andre former for traumatiske opplevelser, er en betydelig risikofaktor. Unge som har en historie med fysiske og/eller seksuelle overgrep, har forhøyet sannsynlighet for å bli diagnostisert med en ruslidelse. (39) Mange andre risikofaktorer spiller også en viktig rolle, inkludert genetisk sårbarhet, eksponering for alkohol eller andre rusmidler i fosterlivet, mangel på oppfølging fra foreldre eller at venner bruker rusmidler. (40)

Samtidig kan et bredt spekter av genetiske og miljømessige faktorer som fremmer psykososial utvikling og tilpasning (resiliensfaktorer) balansere eller motvirke risikofaktorer. Dermed er det til syvende og sist vanskelig å forutsi hvilke mennesker som vil utvikle ruslidelser.

### 3.4. Kan man bli avhengig av cannabis?

Ja. Cannabis er avhengighetsskapende. En studie viste at om lag 9 prosent som har brukt cannabis, blir avhengige av cannabis; dette tallet øker blant de som begynte som unge (ca 17 prosent). Blant de som brukte cannabis daglig ble 25-50 prosent avhengige. (41) Mange av de som rapporter å ha røyket cannabis daglig eller nesten daglig, kan være godt på vei inn i avhengighet, hvis de ikke allerede er avhengige. De kan også risikere å bli hengende etter med skolearbeid og på andre livsområder. Cannabisbruk hos tenåringer kan skade utviklingen av hjernen og gi høyere risiko for andre skader, spesielt kombinert med alkohol.

Mange ulike undersøkelser viser at det blant unge cannabisbrukere er en høyere andel som senere utvikler psykose og schizofreni enn blant andre unge. Disse alvorlige psykiske lidelsene er ingen direkte følge av cannabisbruk, men utvikles hos

#### Misbruk av løsemidler

Ulike husholdningsprodukter, inkludert rengjøringsmidler, lim, tennvæske, spraybokser (som formfett), og kontorrekvisita som sprittusj og korrekturlakk, har avgasser som kan inhaleres for å få en kortvarig, vanligvis alkoholliknende rus. På grunn av den lette tilgjengeligheten, kan misbruk av disse stoffene forekomme blant yngre tenåringer. De er mindre populære blant eldre tenåringer.

Selv om rus etter inhalasjon av løsemidler vanligvis går fort over, kan de umiddelbare helsemessige konsekvensene være alvorlige. I tillegg til kvalme eller oppkast er det risiko for kvelning

og hjertesvikt. Alvorlige langsiktige konsekvenser inkluderer lever- og nyreskade, hørselstap, benmargsskade, og hjerneskode. Selv om avhengighet av løsemidler ikke er veldig vanlig, kan det forekomme ved gjentatt bruk.

Tidlig misbruk av sniftestoffer kan også være et faresignal på senere skadelig bruk av andre rusmidler. En studie fant at hos ungdom som sniffet før de fylte 14 år, var risikoen for senere bruk av opioider dobbelt så høy som hos andre. (38) Hold oversikt over aktuelle husholdningsprodukter og vær oppmerksom på tegn på at yngre tenåringer kan fristes til å prøve disse stoffene.

spesielt sårbare personer som bruker cannabis. Bruk av cannabis er også assosiert med lavere debutalder for bipolar lidelse og med at behandling blir forsinket.

Det er på grunn av dette at mange behandlere er bekymret når flere vestlige land vedtar å legalisere stoffet både til rekreasjonsformål og til medisinske formål. Legalisering kan medvirke til at bruken av cannabis øker blant ungdom.

Cannabisbrukere som prøver å slutte etter lang tids bruk, rapporterer om abstinenssymptomer som irritabilitet, søvnløshet, redusert appetitt, angst og russug. Disse symptomene kan forvanske det å holde seg borte fra cannabis. Atferdsmessige intervensjoner, inkludert kognitiv atferdsterapi og læringsbasert rusbehandling (å gi konkrete insentiver til pasienter som forblir rusfri), har vist seg å ha effekt i behandling av cannabisavhengighet (se [avsnitt 5.1](#) for beskrivelser av disse behandlingene).

Du finner mer informasjon om effektene av cannabis på [Folkehelseinstituttets nettside](#).

### 3.5. Hvor farlig er misbruk av reseptbelagte medisiner?

Psykoaktive, reseptbelagte legemidler skal tas som foreskrevet av en lege for indikasjonene de er ment å behandle. Det inkluderer blant annet opioidbaserte, smertestillende midler, sentralstimulerende midler foreskrevet for ADHD og beroligende midler foreskrevet for å behandle angst eller søvnforstyrrelser. Slike legemidler blir imidlertid ofte misbrukt. De blir tatt på andre måter, i andre mengder eller av andre enn pasienten. Dette kan få alvorlige konsekvenser.

Det er knyttet stor risiko for avhengighet og overdosedød til ikke-forskrevet bruk av opioide smertestillende midler som OxyContin® eller kodein-preparater som Paralgin Forte® og Pinex Forte®. Om pillene blir knust og injisert eller sniffet, påvirker disse medikamentene hjernen



Illustrasjonsfoto ©Anne-Stine Johnsbråten

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlingsstiltbud

Evidensbaserte tilnæringer til behandling av ruslidelser

Referanser



og kroppen på samme måte som heroin. Slik bruk kan føre til at respirasjonen undertrykkes. Pustevansker er den direkte dødsårsaken ved opioidoverdose.

Reseptbelagte sentralstimulerende midler som gis som ADHD-medisiner (produktnavn Concerta® eller Ritalin®), blir stadig mer populære blant unge som tror det vil forbedre skoleresultater. Stoffene påvirker hjernen på samme måte som kokain eller illegalt omsatt amfetamin: Hjerterefrekvensen og blodtrykket øker og virkningen kan være vanedannende. Annet enn å virke oppkvikkende, er det uklart om slike medisiner faktisk gir noen god effekt utover de fordelene de gir når det tas som foreskrevet for ADHD. Det er usikkert om medisinen kan hjelpe en til å yte mer for eksempel i en eksamenssituasjon. (42)

### 3.6. Er steroider vanedannende og kan skadelig steroidebruk behandles?

Noen unge – for det meste gutter – bruker anabole-androgene steroider for å forbedre sportslige prestasjoner og/eller for å forbedre utseendet ved å bygge muskler. Bruk av slike preparater kan føre til alvorlige, irreversible helseproblemer, inkludert nyresvikt, leverskader, og hjerte- og karproblemer som øker risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt i ung alder. Bruken kan også gi negative effekter på sosiale relasjoner, som kan gi økt irritabilitet og endret seksuell atferd. Noen steroidbrukere blir avhengige. De fortsetter å bruke preparatene til tross for fysiske, psykiske og sosiale følger. Mekanismene som forårsaker avhengigheten av steroider er imidlertid mer komplekse enn for andre rusmidler: Steroider blir ikke generelt ansett som berusende, men dyrestudier har vist at langvarig steroidebruk kan endre de samme dopamin-belønningssystemene i hjernen som andre rusmidler påvirker. Andre faktorer som underliggende kroppsbildeproblemer kan også



Illustrasjonsfoto

bidra til steroidebruk. (43) Dessuten kan mennesker som slutter å bruke steroider oppleve abstinenssymptomer som hormonelle endringer, som igjen kan medføre tretthet, tap av muskelmasse og sexlyst, og andre ubehagelige fysiske endringer. Ett av vanlig abstinenssymptom er depresjon, noe som i ytterste konsekvens kan føre til selvmord hos noen mennesker som slutter å bruke steroider. Steroidebruk blir også ofte komplisert av at brukerne tar andre stoffer i tillegg, enten sentralstimulerende midler som del av et prestasjonsfremmende regime eller opioider, cannabis eller alkohol for å håndtere smerte-, søvn-, eller humørrelaterte bivirkninger. (44)

Fordi steroidebruk ofte inngår som del av et sammensatt problembilde, innebærer behandling for helseskader av steroidebruk nødvendigvis å ta tak i mange innbyrdes relaterte psykiske og fysiske helseproblemer og rusmiddelproblemer samtidig. Dette kan innebære samtaleterapi og medisiner for å hjelpe til med å normalisere hormonsystemet samt behandling av eventuelle depresjoner eller smerteproblemer. Hvis symptomene er alvorlige eller langvarige kan sykehusinnleggelse være nødvendig.

For mer informasjon, se [Nasjonal kompetanse-tjeneste TSB sin håndbok](#) om behandling av helse-skader av steroidebruk (45), eller se [Steroideprosjektets nettsider](#).

### 3.7. Hvordan er andre psykiske problemer knyttet sammen med rusmiddelbruk hos unge?

Unge med problematisk rusmiddelbruk har ofte andre psykiske problemer. En tenåring med en ruslidelse har høyere sannsynlighet for også å ha en stemningslidelse, angst, læringsvansker eller en atferdsforstyrrelse. Noen ganger kan bruk av rusmidler gjøre nøyaktig diagnostisering av andre psykiske problemer komplisert. Unge kan for eksempel begynne å bruke rusmidler for å håndtere depresjon eller angst. På den annen side kan hyppig bruk av rusmidler også føre til eller forverre disse lidelsene. Unge som begynner i behandling for en ruslidelse, bør gis en omfattende psykisk helse-screening for å undersøke muligheten for andre behandlingstrengende lidelser. Effektiv behandling av en ruslidelse krever samtidig fokus på rusmiddel-misbruk og andre psykiske problemer.

### 3.8. Gir ADHD-medisinering økt risiko for ruslidelser senere i livet?

Reseptbelagte midler kan ha god effekt ved behandling når det er diagnostisert oppmerksomhetsforstyrrelser hos barn og unge. Det er imidlertid blitt reist bekymringer om hvorvidt slik medisin kan gjøre unge mer utsatt for å utvikle senere rusmiddelproblemer. Samlet sett viser ikke studiene som hittil har blitt utført, noen forskjeller i senere rusmiddelbruk når ADHD-rammede barn som har fått medikamentell behandling er sammenliknet med barn som ikke er medisinerte. Dette tyder på at behandling med ADHD- medisinering ikke påvirker en persons risiko for senere utvikling av ruslidelse. (46)

### 3.9. Hva er tegn på rusmiddelbruk hos unge?

Hvis en ungdom begynner å oppføre seg annerledes, tilsynelatende uten grunn – for eksempel ved å trekke seg tilbake eller virke sliten, deprimert, eller fiendtlig – kan det være tegn på at vedkommende utvikler et rusmiddelrelatert problem. Foreldre og andre har lett for å forveksle slike tegn og symptomer med normale pubertetstrekk.

Andre tegn på mulig rusmiddelbruk er:

- endret vennekrets
- likegyldighet med personlig hygiene
- nedgang i skoleprestasjoner
- mye skolefravær eller skulking
- minsket interesse for tidligere favorittaktiviteter
- endringer i spise- eller søvnvaner
- dårligere relasjoner mellom den unge og familiemedlemmer / venner.

### 3.10. Hvordan kan foreldre motivere unge for behandling?

Foreldre har en tendens til å undervurdere risikoen eller alvorlighetsgraden av rusmiddelbruk. Tegnene nevnt over tyder på et problem som allerede kan ha blitt alvorlig. En bør søke å finne den underliggende årsaken til slike endringer, da det kan tyde på et rusproblem eller en annen psykisk lidelse. Foreldre som er usikre på om deres barn bruker rusmidler på en helseskadelig måte, kan få hjelp av en fastlege, rådgiver på pedagogisk-psykologisk tjeneste, utekontakt eller ruskonsulent i kommunen.

### 3.11. Hvordan kan foreldre delta i sitt barns behandling?

Foreldre kan støtte sine barn og engasjere seg aktivt i behandlingen og recoveryprosessen. Utover å gi moralsk og følelsesmessig støtte, kan foreldre også spille en avgjørende rolle i å tilrettelegge for og støtte opp under behandlingen. De kan sørge for nødvendig struktur og oversikt over ungdommens livsførsel gjennom husregler og oppfølging. Rent praktisk kan de hjelpe til med å planlegge og minne om avtaler. I tillegg finnes det flere evidensbaserte behandlinger for unge som fokuserer spesielt på familiebasert behandling. Her er virkemidlene å forbedre kommunikasjon, problem- og konfliktløsning i hjemmet. Helsepersonell kan hjelpe foreldre og andre familiemedlemmer med å finne måter de kan støtte og vedlikeholde endringene ungdommen oppnår gjennom behandling (se Familie- og lokalbaserte tilnærminger, [avsnitt 5.1.](#)).

Illustrasjonsfoto ©Anne-Stine Johnsbråten



### 3.12. Hvilken rolle kan helsepersonell spille i møte med rusproblemer?

Helsepersonell spiller en viktig rolle gjennom å gjøre screening for rusmiddelbruk, administrere korte intervensjoner, om nødvendig henviser til spesialisert rusbehandling og ved å følge opp utviklingen. Screening og korte intervensjoner trenger ikke å være tidkrevende og kan integreres i en vanlig legekonsultasjon.

**Screening:** Screening og korte vurderingsverktøy som administreres under rutinemessige legebesøk, kan identifisere rusmiddelbruk før det blir et alvorlig problem. Hensikten med screening er å se etter tegn på bruk av alkohol, tobakk, eller illegale rusmidler eller misbruk av reseptbelagte legemidler, og vurdere omfang og alvorlighet. Resultater fra slike screeninger kan indikere hvorvidt en mer omfattende vurdering og eventuell behandling er nødvendig (se rammen «Screeningverktøy for unge») (47). Som en del av rutinemessige besøk hos lege, helsesøster

eller annet helsepersonell kan screening også bidra til å alminneliggjøre temaet og redusere stigmatisering forbundet med å bli identifisert som å ha et rusproblem.

**Kort intervensjon:** Unge som rapporterer å ha et risikofylt forhold til rusmidler kan gis en kort intervensjon for å redusere bruken av rusmidler. Spesielt bør de få informasjon om hvordan fortsatt bruk av rusmidler kan skade helsen og spesielt hjernen og påvirke andre områder av livet, inkludert familieforhold og utdanning. Unge som rapporterer at de ikke bruker rusmidler kan få positiv bekreftelse på sitt valg, og bli screenet på nytt ved neste undersøkelse. Se mer: [www.tidligintervensjon.no](http://www.tidligintervensjon.no) tema ungdom.

**Henvisning:** Unge med ruslidelser eller som ser ut til å utvikle en ruslidelse, kan trenge en

### Screeningverktøy for unge

[Snakkomrus.no](http://Snakkomrus.no) er en nettressurs som er tilgjengelig for alle.

På nettsiden finnes det en oversikt over de elektroniske verktøyene AUDIT, AUDIT-C, CAGE, Alcohol-E, DUDIT, DUDIT-E og TWEAK. Dette er verktøy for å kartlegge bruken av alkohol og andre rusmidler som grunnlag for samtaler.

Verktøyene kan fylles ut av brukeren selv, eller sammen med en fagperson.

EuroADAD er et kartleggingsverktøy spesielt utviklet for å kartlegge ungdom, se [de nasjonale faglige behandlingsretningslinjene](#). Verktøyet er en ungdomsversjon av EuropASI (Addiction Severity Indeks) og krever sertifisering.



henvisning til spesialisert rusbehandling for mer omfattende vurdering og behandling (se avsnitt i slutten av [kapittel 4](#)).

**Oppfølging:** Helsepersonell i førstelinjen kan støtte opp under at unge deltar i behandling gjennom oppfølgingsbesøk. Unge som opplever tilbakefall eller viser tegn til å fortsatt skadelig rusmiddelbruk, bør henvises til ny behandling.

**Varsomhet med medisiner med misbrukspotensiale:** Før en lege foreskriver legemidler som kan bli misbrukt, bør det vurderes om pasienten har risikofaktorer som psykisk lidelse eller en familiehistorie med rusmiddelproblemer. I slike tilfeller kan alternativet være medisiner med mindre misbrukspotensiale, å følge opp pasienter med høy risiko, og sørge for at pasienten har få piller for hånden. Både unge og foreldre bør informeres om riktig bruk og potensielle risikoer ved bruk av reseptbelagte medisiner, inkludert farene ved å dele dem med andre.

### 3.13. Behandles unges tobakksbruk på samme måte som annen rusmiddelbruk?

Ja. Folk tenker sjelden på røyking (eller snusbruk) som et rusmiddelproblem som krever behandling, men tobakk bør betraktes på linje med andre rusmidler. Imidlertid har vi ofte andre motiver for å slutte å røyke enn å slutte med andre rusmidler. Røyking og snusing fører til flere kjente helserisikoer – spesielt når man er i starten av tenårene – og den svært vanedannende nikotinen i tobakk kan gjøre behandling nødvendig for å hjelpe en ungdom med å slutte. Laboratorieforskning tyder også på at nikotin kan forsterke effekten av andre rusmidler, noe som gjør tobakk til en potensiell medvirkende faktor til andre rusmiddelproblemer.

Vanlige behandlingsmetoder som kognitiv atferdsterapi kan brukes til både å hjelpe unge med å slutte å røyke og å slutte å bruke andre rusmidler. Slike metoder hjelper unge med å «trene hjernen» i å gjenkjenne og kontrollere russug og håndtere stress på andre måter enn gjennom rusbruk. (48) Andre behandlingsmetoder som læringsbasert rusbehandling (CM) og motivasjonsstyrkende terapi (MET) bruker insentiver og andre motivasjonsteknikker som hjelp i røykeslutt. (Se kapittel 5 for beskrivelser av disse behandlingene.) Det finnes også [ulike app-er](#) som kan hjelpe unge med å slutte å røyke.

Noen lærings- og mestringssentre knyttet til norske sykehus arrangerer kurs i røykeslutt.

Røyking har ofte sammenheng med annen rusmiddelbruk og bør tas opp som en del av behandling for ruslidelser. En undersøkelse fra USA viste at nesten 55 prosent av amerikanske unge sigarett-røykere (12 til 17 år) også er brukere av illegale rusmidler. Til sammenligning har bare rundt seks prosent av de som aldri har røykt, brukt ulovlige rusmidler. (49) Sigarettøyking kan også være en indikator på andre psykiske lidelser, som kan identifiseres gjennom screening. (50)

## Legemidler mot alkoholavhengighet

### I Norge er følgende tilbakefallsreducerende legemidler mot alkoholavhengighet tilgjengelige. (51)

*Acamprosate* reduserer abstinenssymptomer ved å normalisere hjernesystemer forstyrret av kronisk alkoholforbruk hos voksne. En pasient som får *acamprosate* som ledd i en samlet behandlingsplan for alkoholavhengighet vil i gjennomsnitt ha færre drikkedager enn en som behandles uten.

*Nalmefen* har vist seg effektivt som medisinering ved behov, for å redusere det totale alkoholinntaket samt dager med stordriking.

*Naltrexone* har vist seg å ha effekt både på antall drikkedager og på antall episoder med stort inntak av alkohol.

*Disulfiram* hemmer et enzym som er involvert i metabolismen av alkohol, som forårsaker en ubehagelig reaksjon dersom alkohol blir konsumert etter å ha tatt medisinen. (52) Dette kan brukes som en støtte før risikosituasjoner, i vanskelige perioder og så videre. Mange lærer seg imidlertid at det går an å jukse. Legemidlet bør tas under oppsyn. (53)

## Legemidler ved tobakksavhengighet

### Legemidler uten resept

*Nikotinerstatning* hjelper tobakksavhengige med avvenning fra tobakk ved å aktivere nikotinreseptorer i hjernen. Det finnes flere ulike nikotinlegemidler som fås kjøpt uten resept på apotek og i dagligvarehandelen i Norge. Nikotinlegemidler er tilgjengelige i form av plaster, tyggegummi, sugetabletter, munnspray, eller inhalator. (54)

Apotek, Røyketelefon 800 400 85, eller fastlege kan hjelpe med å velge riktige preparater og med veiledning om hvordan de skal brukes. Det er få bivirkninger knyttet til bruk av nikotinlegemidler, og mange kan unngås med riktig bruk. (55)

### Legemidler med resept

Ingen av de reseptpliktige legemidlene til røykeslutt inneholder nikotin.

*Champix (vareniklin)*. *Champix* virker direkte på nikotinmottakerne i hjernen. Dette reduserer nikotinsuget og abstinenssymptomer hos røykere ved mild stimulering av nikotinreseptorer i hjernen. (56)

*Zyban (bupropion)*. *Bupropion* blir ofte foreskrevet for depresjon, og reduserer også nikotinsug og abstinenssymptomer hos voksne røykere. (57)

### 3.14. Bør medisiner brukes i behandling av unges ruslidelser?

Flere medisiner er godkjente i behandling av avhengighet av og reduksjon i bruk av opioider, alkohol og nikotin. Disse medisinene blir i hovedsak foreskrevet til voksne med ruslidelser, se ramme under.

I Norge kan opioidavhengighet (avhengighet av heroin, morfin m.fl.) behandles med opioidholdige legemidler som metadon og buprenorfin/naloxone, som del av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), se ramme under.

I Norge skal normalt ikke LAR være førstevalget i behandling for opioidavhengighet, uansett pasientens alder. LAR tilbys bare unntaksvis til personer under 18 år. På grunn av de avhengighetsskapende egenskapene som LAR-legemidler har, vil man for

ynge pasienter oftest forsøke å behandle ruslidelser uten bruk av medikamenter. I visse tilfeller vil det imidlertid være hensiktsmessig å behandle ruslidelser hos unge med substitusjonslegemidler. Helse- og omsorgsdepartementet har i forskrift om LAR ikke satt noen nedre aldersgrense for substitusjonsbehandling. (58) (59)

Klinisk erfaring viser at yngre pasienter kan ha en livsstil som vanskelig lar seg forene med kontroll og oppfølging i LAR.

### 3.15. Har jenter og gutter ulike behandlingsbehov?

Unge jenter og gutter i ulike utviklingsfaser kan ha ulike sosiale problemer som kan kreve ulike behandlingsstrategier eller forskjellig vektlegging. Rusbehandling bør ta hensyn til at tenåringsjenter generelt har høyere grad av internaliserende

#### Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) der substitusjonsbehandling inngår som del av et helhetlig rehabiliteringsforløp. LAR har vist seg å redusere pasientenes forbruk av opioider, redusere overdosedød og annen dødelighet og bedre deltakernes livskvalitet. Pasientene blir lenge i behandling og har redusert risiko for smittsomme sykdommer. Effekten av LAR øker jo mer den medisinske behandlingen kombineres med psykososial rehabilitering. (60)

Følgende medikamenter er tilgjengelige ved behandling av opioidavhengighet i LAR:

*Buprenorfin* reduserer eller eliminerer opioide abstinenssymptomer, inkludert russug, uten at det gir rusvirkning eller andre farlige bivirkninger som heroin og andre opioider gir. Buprenorfin fungerer ved å både aktivere og blokkere opioidreseptorer i hjernen (dvs. en delvis opioid agonist). Den er tilgjengelig både i ren form i legemiddelet Subutex® og i kombinasjon med *nalokson* i legemiddelet Suboxone®. (61) Naloksonen i det kombinerte legemiddelet er tilsatt fordi det forårsaker

en abstinensreaksjon hvis pasienten setter stoff med sprøyte. (62)

*Metadon* forhindrer også abstinenssymptomer og reduserer russuget for personer med opioidavhengighet ved aktivering av opioidreseptorer i hjernen (dvs. en full opioid agonist). (63)

*Naltrekson* er et legemiddel som virker ved å blokkere hjernens opioidreseptorer (dvs. en opioid antagonist). Den som får legemiddelet opplever dermed ikke rus som normalt ved bruk av opioider eller alkohol. I Norge er naltrekson kun tilgjengelig i tablettform mot alkoholavhengighet. Denne formen for naltrekson har vist seg å være lite egnet ved opioidavhengighet. (64) Naltrekson finnes imidlertid også som det intramuskulære depotlegemiddel Vivitrol®. Dette er foreløpig ikke godkjent for bruk i Norge og EU, men i USA er Vivitrol® godkjent for forebygging av tilbakefall hos voksne pasienter etter fullført avrusning fra opioider. Ved SERAF gjennomføres det for tiden en studie hvor Vivitrol blir sammenliknet med tradisjonelle substitusjonslegemidler. (65)

vansker og post-traumatisk stresslidelse. For eksempel har jenter med rusproblemer høyere sannsynlighet for også å ha stemningslidelser som depresjon, eller å ha opplevd fysiske eller seksuelle overgrep. tenåringsgutter som kommer i kontakt med hjelpeapparatet har høyere forekomst av eksternaliserende lidelser som ADHD og kriminalitetsproblemer. Gutter med rusmiddelproblemer vil mer sannsynlig også ha atferds- og lærevansker som i tillegg til å være plagsomt for dem selv, fører til negative samspill i skole, familie og på andre samfunnsarenaer. Andre kjønnsforskjeller kan også spille inn. (66)

Selv om jenter og gutter kan bli henvist av ulike årsaker, finnes det lite forskning som tyder på at de har forskjellig utbytte av rusbehandling. Jenter kan imidlertid ha andre behov for omsorg enn gutter, for eksempel knyttet til eventuell graviditet og historie med seksuelt misbruk. (67)

### 3.16. Har unge med minoritetsbakgrunn spesielle behandlingsbehov?

Behandlere oppfordres til å vurdere de sosiale og miljømessige forholdene som kan påvirke rusmiddelbruk og behandling av unge med minoritetsbakgrunn, slik som stigmatisering og diskriminering. Med et økende antall barn med innvandrerbakgrunn i Norge, er hensyn til om kultur, opprinnelsesland, språk og familiens rolle

i behandlingen viktige å ta i rusbehandling (68). Etterspørselen etter tospråklige behandlere vil også være økende ettersom mangfoldet i den norske befolkningen øker.

### 3.17. Hvilken rolle kan politi og domstoler spille i møte med unge med rusmiddelproblemer?

Hovedansvaret for samordning av tjenester og tiltak på rusfeltet sorteres under Helse- og omsorgsdepartementet, og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet dersom den unge er under 18 år. Siden rusproblemer henger nøye sammen med ulovlig virksomhet av ulike slag, kan politiansatte likevel ha en rolle i å forebygge og følge opp unge med rusproblemer. Godt rusforebyggende arbeid vil vanligvis også ha kriminalitetsforebyggende effekt. Mange unge med rusmiddelproblemer blir etterforsket eller pågrepet av politiet for besittelse eller ordensforstyrrelser. Samfunnsmessige reaksjoner overfor unge som begår lovbrudd, kan representere en verdifull mulighet for en forebyggende intervensjon. Eksempler på slike samfunnsreaksjoner for unge under 18 år er:

- Ungdomsstraff som en alternativ straffereaksjon til fengsel.
- Bekymringssamtale med unge under første gangslovbrytere og unge som er i risikozonen for å begå lovbrudd.
- Hjemmebesøk hos barnet og foreldrene.

#### Anbefalinger som gjelder unge i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

**Rask og alderstilpasset behandling:** Unge med rusmiddelproblemer bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet.

**Ambulerende:** Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge med rusmiddelproblemer.

**Familieterapi:** Det foreslås å tilby familieterapi til unge under 25 år som en del av behandlingen for rusmiddelproblemer.

#### Kartleggingsverktøy:

Kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for unge med rusmiddelproblemer bør tas i bruk.

Se lenke til [helsedirektoratet](#).

- Megling i konfliktråd, dersom utagerende atferd fører til skadeverk eller annen kriminell handling.
- Ungdomskontrakt der den unge forplikter seg til å gjennomføre spesifiserte aktiviteter mot at rettsmyndighetene avstår fra ytterligere rettsforfølgelse.

Samlokalisering av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT-modellen) er utviklet av Det kriminalitetsforebyggende råd for å hjelpe norske kommuner til å bruke kreftene sine mest mulig effektivt i sammensatte sosiale og kriminalitetsforebyggende oppgaver. For mer informasjon, se det kriminalitetsforebyggende råd sine [nettsider](#).

Lovbrytere med ruslidelser kan som alternativ til ubetinget fengselsstraff, få mulighet til å delta i Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), der de dømmes til å følge et rehabiliteringsprogram. Et tverrfaglig team skal jobbe for et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsopplegg for personen. ND-sentre finnes i Oslo og Bergen. (69)

Dette er reaksjonsformer som har vært prøvd ut i større eller mindre omfang i Norge. Noen av disse

er strafferettslige reaksjoner eller lovhjemlede tiltak som gjelder i hele landet. Andre er hjelpe- eller behandlingstiltak som varierer i utbredelse. Forskjellige tiltak kan benyttes samtidig eller i ulike faser. Politiet er opptatt av at reaksjonene skal være oppdragelse – ikke straff. (70)

### 3.18. Hvilken rolle kan 12-trinns grupper eller andre selvhjelpsgrupper spille i behandling av rusproblemer?

Unge kan dra nytte av å være med i selvhjelpsgrupper eller andre recoverygrupper, som for eksempel 12-trinnsprogram. Slike grupper kan være med på å støtte personen i å mestre rus, og gjøre andre endringer i livet sitt, for eksempel å nå mål knyttet til utdanning og sosiale forhold. Recovery-grupper kan gi en fellesskapskontekst der unge kan dele erfaringer og oppmuntre hverandre til å mestre rus.

Det er viktig å merke seg at recovery-grupper ikke er en erstatning for rusbehandling. Det vil også være risiko for at en selvdreven gruppe kan bli en arena for samtaler som forherliger bruk av rusmidler. Gruppeledere må være klar over denne risikoen, og være klare til å lede diskusjonen i en annen retning om nødvendig.





## 4. BEHANDLINGSTILBUD

Illustrasjonsfoto

**B**ehandling av rus- og avhengighetslidelser kan ha varierende grad av intensitet og skje i mange ulike settinger. Fordi ingen behandling er hensiktsmessig for alle unge, har alle krav på individuelt tilpasset behandling. Når det gjelder varighet av behandlingen heter det i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet at «den samlede behandlingsvarigheten må tilpasses den enkeltes behov og vil kunne vare i flere år for personer med de mest omfattende avhengighetsproblemene. Det betyr ikke årelange opphold i døgnbehandlingsinstitusjoner, men tilpassede behandlingsformer. For mange vil en veksling mellom bruk av poliklinikk, bruk av dag- og døgnbehandling samt oppfølging i kommunen være aktuelt. Avtalte re-innleggelse eller brukerstyrte innleggelse kan være aktuelt ved behov for døgnbehandling.» (71)

Behandling av en ruslidelse må – som ved andre medisinske tilstander – være langvarig nok og intensiv nok for å være effektiv. Akkurat som en antibiotikakur må vare lenge nok til å

drepe en bakteriell infeksjon, må rusbehandling vare lenge nok til å behandle sykdommen, selv når symptomene ikke lenger er så uttalte. Å behandle en ruslidelse med betydelig lavere intensitet enn anbefalt eller i kortere tid enn anbefalt, vil øke risikoen for tilbakefall. Det kan også føre til at pasienten, familiemedlemmer, eller henvisende instanser vil anse behandlingen som virkningsløs og miste håpet.

### 4.1. Kommunale helsetjenester

Det er de kommunale helsetjenestene som har ansvar for psykisk helsearbeid for barn og unge, herunder kommunale helsetilbud for personer med rusproblemer. Det samlede kommunale tjenestetilbudet omfatter fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, arbeids- og velferdsforvaltningen, rus- og psykiske helseenheter, boligjenester, hjemmebaserte omsorgstjenester, kommunepsykolog og lavterskel helsetiltak.

Mange kommuner har Utekontakt og SLT-gruppe med koordinator (se ramme neste side).

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlingstilbud

Evidensbaserte tilnærminger til behandling av ruslidelser

Referanser

### Helsesøster

Alle kan ta en prat med helsesøster på skolen eller på helsestasjon for ungdom om ting de er usikre på. De er vant til å snakke med ungdom om det meste, og de kan gi råd.

Kilde: [Ung.no](http://Ung.no).

### Utekontaktene

Alle kommuner skal ha tilgang på en utekontakt. Utekontaktene er vant til å snakke med ungdom og har mulighet til å hjelpe på mange ulike måter. De kan også gi råd om hvordan å finne fram i det lokale hjelpeapparatet.

Kontaktinformasjon til utekontakten finnes på kommunens nettsider eller på [denne oversikten](#) til Landsforeningen for Oppsøkende Sosialt Ungdomsarbeid (LOSU).

### SLT

SLT (Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet) skal sikre at de ressursene som allerede finnes hos kommunen og politiet brukes mest mulig effektivt i sammensatte sosiale og kriminalitetsforebyggende oppgaver. Se mer informasjon om SLT hos [Kriminalitetsforebyggende råd \(KRÅD\)](#).

Tjenester innenfor kommunalt rusarbeid skal fortrinnsvis gis i brukerens nærmiljø. Unge mennesker med rusmiddelproblemer har svært ulike behov for tjenester. Enkelte vil ha omfattende og sammensatte behov gjennom store deler av livet, mens andre trenger hjelp i en kort periode for å takle et akutt helseproblem.

Både skole, helsestasjon, fastlege og ulike fritids- og kulturtilbud i kommunen er i posisjon til å fange opp begynnende rusmiddelproblematikk blant unge og kan iverksette ulike støtte- og hjelpetiltak. Alle instanser er pliktige til å melde bekymring om rusmiddelproblematikk til barnevernet.



Illustrasjonsfoto

## 4.2. Spesialisert behandling av ruslidelser

Når helsetilbudet til barn og unge i kommunen er utilstrekkelig, skal spesialisthelsetjenesten tilby nødvendig helsehjelp på spesialisert nivå. Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus, poliklinikker, lege og psykologspesialister, samt lærings- og mestringssentre.

### Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Psykisk helsevern for barn og unge har ansvar for rusbehandling av personer under 18 år. Det psykiske helsevernet for barn og unge legger hovedvekt på polikliniske funksjoner og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Ved behov kan det gis tilbud om døgntil behandling.

### Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

Henvising kan sendes fra fastlege, andre helsetjenester eller NAV, og pasientens rett til

helsehjelp vurderes innen ti dager. Unge under 23 år med vurdert rett til behandling har krav på behandlingsplass innen 4 uker. (72)

## Barnevernet

Barnevernet tilbyr familie- og lokalbaserte tiltak rettet mot barn og unge med atferdsproblemer og/ eller rusproblemer. Døgnbehandlingsinstitusjoner med samme målgruppe drives i regi av, eller på oppdrag fra barnevernet.

### 4.3. Individuell plan (IP) og koordinator

Personer som har utviklet rusmiddelproblemer og har behov for langvarige og sammensatte tjenester, vil ha rettigheter til en individuell plan (IP) og en koordinator som samordner tjenestene rundt brukeren. (74)

Kommunale tjenester skal etter loven tilby en koordinator (75). Etter samme bestemmelse pålegges hver kommune også å ha en koordinerende

enhet for å oppnevne, gi opplæring av og veilede koordinatorene i kommunen. Tilsvarende skal det oppnevnes en koordinator i spesialisthelsetjenesten, dersom det kun er behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Hvis det i tillegg er behov for kommunale tjenester, skal ansatte i spesialisthelsetjenesten melde dette til koordinerende enhet i kommunen som overtar ansvaret.

De følgende avsnittene vil gå gjennom behandlingsnivåene hvor rusbehandling for unge oftest foregår:

### 4.4. Poliklinikk / intensiv poliklinikk

Rusbehandling av unge blir oftest tilbudt poliklinisk. Med godt kvalifiserte behandlere kan slik behandling være svært effektiv. Poliklinisk behandling blir tradisjonelt anbefalt for unge med mindre alvorlige rusproblemer, få psykiske helseproblemer, og et støttende hjemmemiljø. Mer alvorlige tilfeller av ruslidelser behandles imidlertid også

## Hvordan bedre tilgang til rusbehandling for unge?

Eksempler på tiltak for å lette tilgangen til rusbehandling for barn og unge kan være å opprette ulike typer lavterskeltilbud, innføre selvhenvising og tidlig intervensjon.

På forespørsel fra Oslo universitetssykehus har Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet gjort et systematisk litteratursøk i en rekke databaser for å finne oppsummert forskning om effekter av tiltak for å lette tilgangen til rusbehandling. De fant åtte systematiske oversikter om temaene tidlig intervensjon, henvisning, samhandling mellom primærhelse- og spesialisthelsetjeneste-nivå, krise-team og organisert opptrapping av behandling på rus- og psykisk helsefeltet.

De aller fleste har ikke utelukkende fokusert på barn eller ungdom, men omhandler også unge voksne og voksne. Konklusjonen i en av de systematiske oversiktene var at en samhandlingsform hvor helsepersonell samarbeider

om pasienten på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten muligens fører til bedre behandling. Det fører trolig til at flere følger behandlingen slik den er foreskrevet og at flere muligens får bedre psykisk helse og er tilfredse med behandlingen og oppfølgingen de får. For mer informasjon se [kunnskapssenteret.no](http://kunnskapssenteret.no)

Kilder: Dalsbø TK, Kirkehei I, Steinsvåg BA, Reinar LM. Bedre tilgang til tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge voksne. Notat – 2016. ISBN 978-82-8082-712-8



poliklinisk. Poliklinisk behandling varierer hva gjelder type og intensitet av tjenestene som tilbys, og kan foregå individuelt eller i gruppe. Lav eller moderat intensitet av poliklinisk behandling foregår vanligvis en eller to ganger i uken. Intensiv poliklinisk behandling foregår oftere, vanligvis mer enn to ganger i uken i minst tre timer per dag. Polikliniske programmer kan tilby rusforebyggende programmer eller andre atferds- og familieintervensjoner. (76) (77)

#### 4.5. Dagbehandling

Unge med mer alvorlige rusproblemer, men som fortsatt kan bo hjemme, kan bli henvist til et høyere behandlingsnivå som kalles delvis innleggelse, eller «dagbehandling». Denne behandlingsformen gir unge mulighet til å delta i behandling 4-6 timer om dagen i minst 5 dager i uken mens de bor hjemme. (78) Dette er imidlertid et lite utviklet tilbud, og vil ikke være tilgjengelig alle steder i Norge.

#### 4.6. Døgnbehandling

Døgnbehandling er en behandlingsform med høy grad av intensitet, i hovedsak for unge med alvorlig grad av avhengighet hvor deres mentale helse, medisinske behov og avhengighetsatferd krever rammer i form av et 24-timers strukturert miljø for å muliggjøre recovery. Disse ungdommene kan ha kompliserende psykiatriske eller medisinske problemer eller familieproblemer som påvirker evnen til å mestre rus.

Døgntilbudet i spesialisthelsetjenesten (Psykisk helsevern for barn og unge eller TSB) består av både private og offentlige behandlingstilbud. Behandlingsoppholdene varer fra tre til tolv måneder. Vurderingen om lengden på oppholdet gjøres for hver enkelt pasient.

Etter avsluttet behandling skal kommunen og spesialisthelsetjenesten i samarbeid legge til rette for at overgangen fra behandling blir best mulig.

#### 4.7. ACT-team

ACT står for Assertive community treatment, og er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. Den bygger på intensiv case management og nærmiljødeltakelse og sikrer en kontinuerlig oppfølging av behandlingsplanen.

ACT er beregnet på personer med alvorlig psykisk lidelse alene eller i kombinasjon med rusmiddelbruk. I tillegg vil målgruppen ha en betydelig funksjonsnedsettelse som medfører at de ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. Modellen er utprøvd i mange land med gode resultater for målgruppen, også i Norge. (79) Det er laget en håndbok for denne behandlingen i Norge. (80)



## 5. EVIDENSBASERTE TILNÆRMINGER TIL BEHANDLING AV RUSLIDELSER HOS UNGE

Illustrasjonsfoto

**D**e neste avsnittene beskriver eksempler på noen spesifikke evidensbaserte behandlingstiltak, inkludert individuelle og familie- og lokalbaserte tiltak og døgnbehandling. Flere av tiltakene legger til grunn en psykososial forståelse av rusmiddelbruk. Den enkelte unge behandles i konteksten av familien og sosiale systemer der rusmisbruk blir utviklet og opprettholdt. Ofte kombineres mange teknikker inkludert familie- og individualterapi, kommunikasjon og ferdighetstrening.

Tiltakene kan også være påvirket av læringsteori, kognitiv teori, tilknytningsteori, motivasjonsteori og teorier om individuell sårbarhet.

Dette heftet presenterer ikke en utfyllende liste over evidensbaserte behandlingsmetoder for ungdom. Det er imidlertid viktig å skille mellom praksiskvalitet og forskningskvalitet. Kvaliteten på forskningsstudiene sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten på behandlingsmodellene som sådan. Samtidig kan noen tiltak ha effekt, selv om det er utilstrekkelig støtte for metoden i forskningen.

### 5.1. Kjennetegn ved tiltak som gir gode resultater

En norsk kunnskapsoversikt oppsummerer forskningskunnskap om virksomme eller lovende modeller for tiltak i møte med rusproblemer hos unge under 20 år, der målsettingen er redusert bruk av rusmidler. (81) Kunnskapsoversikten fokuserer på modeller for rusbehandling som har hatt en dokumentert effekt i publiserte evalueringsstudier, og som tilbys som familie- og nærmiljøbasert behandling eller som institusjonsbehandling. Her pekes det på at flere oversiktsartikler har vurdert kombinasjoner av individuelle og familie- og lokalbaserte tiltak som det beste valget for unge med rusmiddelproblemer. Det understrekes at betydningen av å involvere familiemedlemmer i behandling av unge med rusmiddelproblemer, er stor. Det pekes også på gode resultater av lokalbaserte team som beskrevet i avsnittet om ACT.

Terapeuten kan gi positive forsterkere, der den unge får insentiver, eller oppmuntringer i form av premier når vedkommende er «på rett spor».

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilt spørsmål

Behandlingstilbud

Evidensbaserte tiltak til behandling av ruslidelser

Referanser

Målet med disse metodene er å unngå rusmidler, søke å påvirke holdninger og atferd knyttet til rusmiddelmisbruk, bistå familien i å forbedre kommunikasjon og interaksjon og gi kunnskap og øvelse i ferdigheter som den unge kan trenge for å håndtere stressende situasjoner og miljømessige faktorer som kan utløse russug.

### Individuelle behandlingsmodeller

Alle rusintervensjoner forutsetter at unge deltar aktivt i sin egen recoveryprosess. De bør ta sikte på å forbedre evnen til å motstå rusmidler. Modellene som har lovende resultater, er intervensjoner som kjennetegnes av:

- Atferdsmessige tilnærminger som hjelper ungdommen å gjenkjenne «triggere» for rusmisbruk og utvikle ferdigheter i å motstå rusmisbruk når triggere oppstår.
- Kognitive atferdstilnærminger for å identifisere og endre forstyrrende tanker og persepsjoner (inntrykk) som leder til problematferd.

- Motiverende tilnærminger basert på motivasjonsteori for å øke ungdommens kunnskap om eget forhold til bruk av rusmidler og utvikle motivasjon for å endre atferd.
- «Contingency management» basert på læringsprinsipper der ungdommene får insentiver, eller forsterkninger, i form av premier når vedkommende er «på rett spor». (82)

### Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Kognitiv atferdsterapi<sup>4</sup> har vist gode resultater for målgruppen unge mellom 12 og 18 år med rusmiddelproblemer. Metoden er basert på teorien om at læringsprosesser spiller en avgjørende rolle i utviklingen av problematferd som rusmiddelmisbruk. Et kjerneelement i KAT er å lære unge hvordan de kan forutse problemer, og hjelpe dem til å utvikle effektive mestringsstrategier. I KAT utforsker ungdommene de positive og negative konsekvensene av å bruke rusmidler. De lærer å få sterkere bevissthet om følelsene og tankene sine, og å

4 På amerikansk: Cognitive Behavioral Therapy (CBT)



Illustrasjonsfoto ©Anne-Stine Johnsbråten

gjenkjenne tankemønstre og signaler som utløser rusmiddelmissbruk. Videre lærer de å identifisere og forutse situasjoner hvor risikoen for å bruke rusmidler er høy, og å bruke nye ferdigheter for å unngå dem. Slike ferdigheter inkluderer selvregulering og sinnemestring, praktisk problemløsning og rusmestring. KAT kan bli tilbudt poliklinisk enten individuelt, i gruppetimer eller i døgnbehandling. (83)

### Læringsbasert rusbehandling (CM)

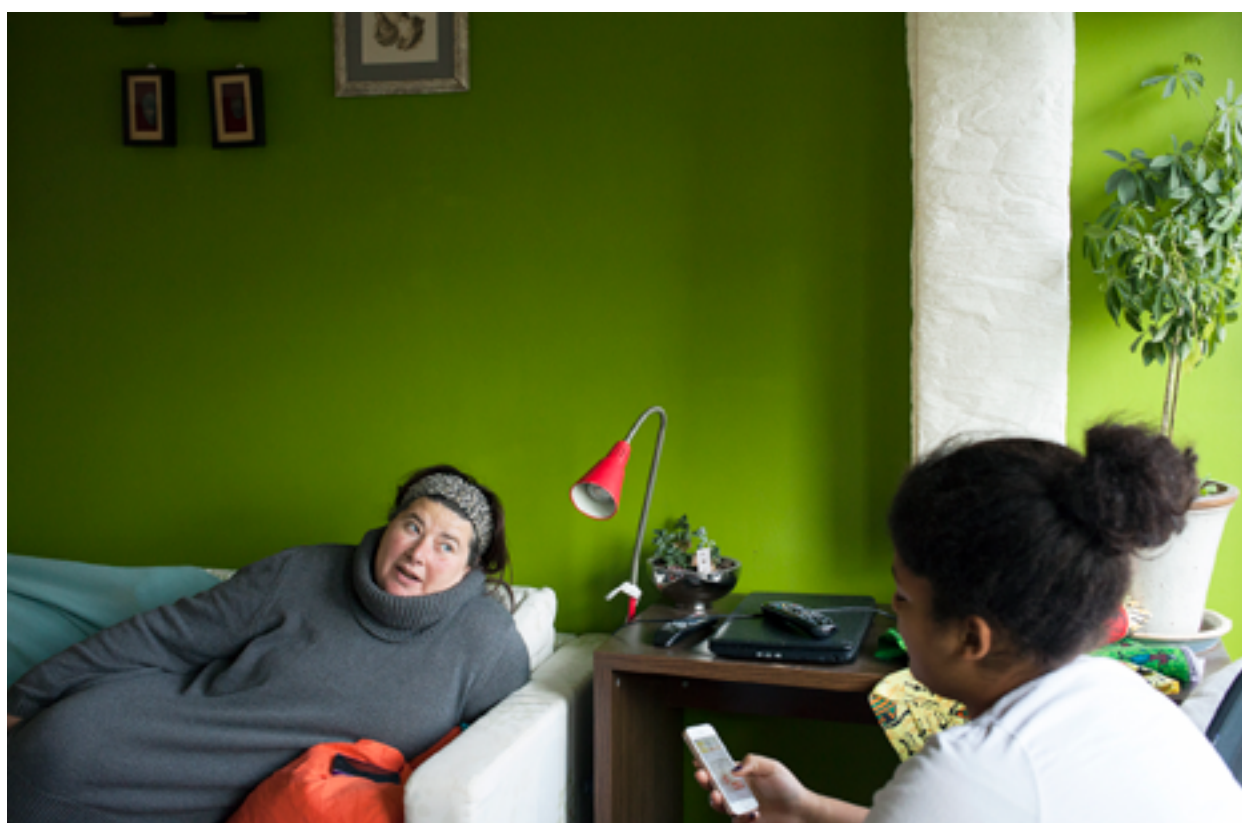
Umiddelbare og konkrete positive forsterkninger av hensiktsmessig atferd har vist seg å være effektive for å endre problematferd som eksempelvis skadelig rusmiddelbruk. En slik tilnærming er kjent som læringsbasert rusbehandling (CM)<sup>5</sup>. Ungdommene får forsterkninger, i form av premier når vedkommende for eksempel leverer rene urinprøver eller viser på andre måter at vedkommende avstår fra rusmidler, deltar i behandlingsopplegget etc. Premiene kan være kuponger, kinobilletter og liknende. Målet med CM er å

5 På amerikansk: Contingency Management

svække forsterkningen fra å bruke rusmidler, og å erstatte den med forsterkninger som sunnere aktiviteter og rusfrihet ofte gir. CM blir tilbudt i en rekke sammenhenger, og foreldre kan få opplæring i å bruke metoden hjemme. Vanligvis kombineres CM enten med en psykososial behandling eller medikamentell støtte der dette er hensiktsmessig. En amerikansk studie viste også lovende resultater med bruk av internettbasert CM for å hjelpe unge med å slutte å røyke. (84)

### Motiverende intervju (MI)

Motiverende intervju hjelper unge med å utforske ambivalens knyttet til behandling og til å bli rusfrie. Vanligvis begynner intervensjonen med en innledende vurdering av ungdommens motivasjon for å delta i behandling ved å gi ikke-konfronterende tilbakemeldinger. Terapeuten må være empatisk, men samtidig veiledende, når pasient og terapeut drøfter behovet for behandling. Målet er å forsøke å lokke fram selv-motiverende uttalelser fra ungdommen for å styrke hans eller hennes evne og vilje til endring. Hvis ungdommen



Illustrasjonsfoto ©Anne-Stine Johnsbråten

er motvillig, svarer terapeuten nøytralt snarere enn å motsi eller korrigere. Motiverende intervju blir vanligvis ikke brukt som en frittstående behandlingsform for unge med rusmiddelproblemer, men som motivering til å delta i andre typer behandling. (85)

### Familie- og lokalbaserte tilnærminger

I lokalbaserte tilnærminger trekkes familien, inkludert foreldre og søsken (etter eget ønske) og nærmiljø (skole, venner, kommunale tjenester), inn som ressurser i rusbehandling. Å involvere familien kan være spesielt viktig, ettersom ungdommen ofte vil bo med minst én av foreldrene, og være underlagt foreldrenes omsorg, kontroll og støtte. Familie- og lokalbaserte tilnærminger fokuserer på konteksten hvor unges rusproblemer blir utviklet og opprettholdt. Dette kan inkludere kommunikasjon og konflikt i familien, andre samtidige atferdsvansker, mentale helseproblemer og læringsvansker, fravær fra skole eller arbeid, og sosialt nettverk. Noen studier tyder på at familiebaserte tilnærminger er bedre enn andre individuelle og gruppebaserte behandlingstilnærminger. (86) Vanligvis tilbys familiebasert behandling poliklinisk, i form av programmer som Parental Management Treatment (PMT). Tilnærmingen viser også lovende resultater i behandlingsformer med høyere intensitet, som døgnbehandling og mer intensive polikliniske programmer. Nedenfor beskrives visse typer familiebaserte tiltak som har vist seg å ha effekt i behandling av unge med ruslidelser<sup>6</sup>.

### Funksjonell familieterapi (FFT)

FFT<sup>7</sup> er basert på at mindre hensiktsmessig familiesamhandling ligger til grunn for problematferd. Tilnærmingen kombinerer et helhetlig syn på familiens fungering med opplæring og trening i

6 Hvilke av disse tiltakene som tilbys i Norge går fram i en oversikt på [Barne- ungdoms og familiedirektorats nettside](#).

7 På amerikansk: Functional Family Therapy

atferdsteknikker for å forbedre kommunikasjon, problemløsning, konflikthåndtering, og foreldreferdigheter. De primære behandlingsstrategiene inkluderer:

- å engasjere familien i behandlingsprosessen, og styrke motivasjonen deres for endring og
- å endre familiemedlemmers atferd ved hjelp av CM-teknikker, kommunikasjon og problemløsning, atferdskontrakter, og andre metoder. (87)

### Multisystemisk terapi (MST)

MST<sup>8</sup> (88) er en omfattende og intensiv familie- og nærmiljøbasert behandling som har vist seg å være effektiv selv med unge som har alvorlige rusmiddelproblemer og som deltar i kriminelle og/eller voldelige handlinger. I MST blir ungdommens rusmiddelmissbruk sett i sammenheng med trekk hos ungdommen selv (for eksempel positive holdninger til rusmiddelbruk), hos familien (for eksempel dårlig disiplin, konflikt, foreldrenes rusmiddelmissbruk), jevnaldrende (for eksempel positive holdninger til rusmisbruk), skole (for eksempel fravær, dårlige prestasjoner) og nærmiljøet (for eksempel kriminelle miljøer). Terapeuten kan arbeide med familien som helhet, men vil også gjennomføre økter med bare omsorgspersoner eller ungdommen alene. (89)

### Behandling i døgninstitusjoner og kollektiver

I praksis er behandlingsformene innenfor institusjonsbehandling ofte «eklektiske» med elementer av motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi mm. inkludert i miljøterapien. Miljøterapi er ofte en planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en institusjon, noe som omfatter avdelingens helhetlige fysiske, sosiale og kulturelle miljø. (90)

De fleste institusjonsundersøkelser som er gjennomført, viser at enkelte unge klarer seg bra eller

8 På amerikansk: Multisystemic therapy



bedre enn før plassering på institusjon, forutsatt at den benytter metoder som forskning viser gir best effekt. (91) En del av behandlingen bør skje i tilknytning til det miljøet den unge skal fungere i etter behandlingsperioden. Uansett vil det være et klart behov for oppfølging av unge etter utskrivning og det advares mot å tro at unge kan ferdigbehandles i et institusjonsmiljø. (92) Kjennetegnet ved effektive institusjoner har også vist seg å være trening i sosiale ferdigheter, involvering av familien i behandlingen, fokus på skole/arbeid, nær tilknytning til normalsamfunnet, hjelp til kontakt med jevnaldrende og tilbud om adekvat oppfølging etter behandlingen. (93)

Institusjonsoppholdets varighet bør alltid avveies opp mot å forebygge overføring av «sosial smitte»: negativ innflytelse ungdommene imellom under oppholdet. Flere undersøkelser peker også på at personalet bør ha god kunnskap om og være enig i de aktuelle metodene som benyttes.

## 5.2. Selvhjelp

For å styrke resultater som er oppnådd i behandling og for å forbedre livskvaliteten mer generelt, kan unge ha nytte av støttetjenester i recovery-prosessen. Eksempler på slike tjenester inkluderer oppfølging, selvhjelpsgrupper (for eksempel 12-trinns program) og støttegrupper. Slike

### Digitale løsninger i psykisk helsevern

Digitale helseløsninger er bruk av digitale hjelpemidler (for eksempel telefon og internett) for å tilby nye helsetjenester, eller forbedre eksisterende helsetjenester. Erfaringer er at digitale tjenester kan supplere andre helsetjenester og være nyttige for å komme i kontakt med og tilby rådgivning til grupper som det ellers er vanskelig å møte, grunnet avstand, spesielle behov eller skam. Mange slike tjenester er gratis, en kan være anonym i Norge finnes:

#### [Rustelefonen.no](#)

Telefon-, chat- og spørretjeneste som driftes av Velferdsetaten i Oslo kommune. Offentlig, nasjonal opplysningstjeneste om rusmiddelproblematikk, som er ment å være et supplement til det øvrige hjelpeapparatet.

Telefon: 08588

#### [Ung.no](#)

Offentlig portal eid av Barne- og ungdomsdirektoratet med spørsmål-svartjenester til og fra ungdom.

#### [Kirkens-sos.no](#)

Døgnåpen krisetelefon og chat- og mailtjeneste som henvender seg til barn og voksne.

Telefon: 22 4000 40

og ingen journal opprettes. Tjenestene kan ha form av chat, telefonsamtaler eller spørsmål-svar-tjenester. En utfordring ved bruk av digitale tjenester er å få personer som er i krise eller med behandlingsbehov over i ordinære helsetjenester. Blant annet derfor er digitalitet et nytt kompetanseområde som det er viktig at fremtidige behandlere av barn og unge behersker som et supplement til allerede eksisterende tilbud.

#### [Korspåhalsen.no](#)

Chat-, mail- og telefontilbud der barn og unge kan prate med eller skrive til voksne som er frivillige i Røde Kors.

Telefon: 800 333 21

#### [Dopingtelefonen.no](#)

Gratis og anonym informasjonstjeneste for spørsmål om doping. Driftes av Antidoping Norge.

Telefon: 800 50 200

#### [Snakketøyet.no](#)

Tjeneste eid av organisasjonen Barns beste med formål å trygge barn og voksne når foreldre er syke. «Snakketøyet» er et digitalt verktøy for personer som ønsker å støtte og ivareta barn som er pårørende.

### Tiltak i barnevernet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har en oversikt over [statlige behandlingssteder for ungdom](#).

Se hva metodene går ut på, på [Barne- ungdoms og familiedirektoratets nettside](#).

### Henvisning til behandling

Spesielt for TSB er at både sosialtjenestene i kommunene og leger kan henvise pasienter til behandling. I tillegg kan andre deler av spesialisthelsetjenesten henvise pasienter. Spørsmålet om hvorvidt henvisningen gir rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og når den senest skal igangsettes, vurderes deretter i vurderingsenheter som arbeider i eller på oppdrag fra spesialisthelsetjenesten. Pasienten har rett til å velge hvilken offentlig eller privat vurderingsenhet som vedkommende ønsker at henvisningen skal vurderes av. [Se lenke](#).

### Rettighetsvurdering

Pasienten skal få beskjed om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen maksimalt 10 virkedager, oppmøtedato til behandling eller utredning hvis svaret er ja. De pasienter som har alvorligst rusavhengighet, skal få behandling raskest.

Ved behov for akutt- eller øyeblikkelig hjelp skal dette tilbys uten unødig opphold.

### Fritt behandlingsvalg

Denne ordningen gjelder for pasienter i TSB og innebærer at pasienten har rett til å velge fritt mellom de offentlige og private tiltakene som er listet opp under «velg behandlingssted» på [www.helsenorge.no](#). Der kan pasienter også orientere seg om kvalitetsindikatorer, pasienterfaringer og ventetider. Ønsker pasienten at behandlingen eller utredningen skal utføres ved en annen enhet enn der vedkommende står på venteliste, kan pasienten selv eller legen be om at denne enheten sender henvisningen til behandlingseenheten som pasienten har valgt. Dersom den valgte enheten ikke har kapasitet til å motta pasienten, blir vedkommende stående på venteliste ved opprinnelig behandlingssted.

### Finne behandlingssted

Spesialisthelsetjenesten har en oversikt på [«Velg behandlingssted»](#).

Velg alternativet Psykisk helse 0-18 for rusbehandling dersom du er under 18 år, eller Rus og avhengighet hvis du er over 18 år.

De ulike behandlingseenhetene tilbyr polikliniske tilbud, døgntilbud og andre tilbud.

programmer gir en fellesskapssetting der andre personer som går gjennom en liknende recovery-prosess kan dele sine erfaringer, støtte hverandre gjennom rusmiddelproblemer, og på andre måter støtte en rusfri livsstil. Merk at slike støttetjenester ikke er en erstatning for behandling.

Selvhjelpsgrupper som 12-trinnsprogrammene Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA) tilbyr hverandre kontinuerlig støtte for personer som lider av avhengighet av henholdsvis alkohol eller narkotika, gratis og i en fellesskapssetting. Deltakerne møtes i en gruppe med andre som gjennomgår

en recoveryprosess, en gang i uken eller mer. I gruppen deler de erfaringer og gir hverandre gjensidig oppmuntring. 12-trinnsgrupper bygger på et sett med grunnleggende prinsipper som deltakerne oppfordres til å følge – deltakerne bør erkjenne at utvikling av personligheten med vekt på sosialt ansvar og samvittighet skal erstatte en selvsentrert livsstil der rusmidlene er i sentrum, og at langsiktig recovery innebærer en prosess med åndelig fornyelse. (94)

Mange brukerdrevne organisasjoner på rusfeltet tilbyr deltakelse i støttegrupper. For mer informasjon, se heftet [Selvorganisert selvhjelp](#). (95)

## 6. REFERANSER

- 1 NOVA. Ungdata. Nasjonale resultater 2014. Oslo: NOVA; 2015. 7/15.
- 2 Sussman S, Skara S, Ames SL. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse*. 2008; 43(12-13):1802-1828.
- 3 Bäcklund S, Enstad F, Frøyland K, Gimse AØ, Hoel I, Ingerslev H. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
- 4 Robertson EB, David SL, Rao SA. Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, 2nd ed. NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2003. Available at: <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>
- 5 Andersen SL, Teicher MH. Desperately driven and no brakes: Developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2009; 33(4): 516-524.
- 6 Andersen SL, Teicher MH. Desperately driven and no brakes: Developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neuroscience & Biobehavioral Review*. 2009; 33(4): 516-524.
- 7 Robertson EB, David SL, Rao SA. Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, 2nd ed. NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2003. Available at: <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>
- 8 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- 9 McCabe SE, West BT, Morales M, Cranford JA, Boyd CJ. Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction*. 2007; 102(12):1920-1930.
- 10 Indergård PJ, Solbakken T, Urfjell B. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Oslo: Norsk Pasientregister, 2015.
- 11 Norström T, Pape H. Associations between adolescent heavy drinking and problem drinking in early adulthood: implications for prevention. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2012;73(4):542-8.
- 12 Melberg HO, Jones AM, Bretteville-Jensen AL. Is cannabis a gateway to hard drugs? *Empirical Economics*. 2010; 38(3):583-603.
- 13 Dennis ML, White M, Ives MI. Individual characteristics and needs associated with substance misuse of adolescents and young adults in addiction treatment. In Carl Leukefeld, Tom Gullotta, and Michele Staton Tindall (eds.), *Handbook on Adolescent Substance Abuse Prevention and Treatment: Evidence-Based Practice*. New London, CT: Child and Family Agency Press, 2009.
- 14 Chan YF, Godley MD, Godley SH, Dennis ML. Utilization of mental health services among adolescents in community-based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, Special Issue*. 2009; 35(1):35-51.
- 15 Håland ME, Lie T, Nesvåg S, Stevenson B. Rusmiddebruk i Norge. BrukerPlan - statistikk 2013. Helse Stavanger, 2014.
- 16 Helsetilsynet. Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Oslo: Statens helsetilsyn; 2015. 3.
- 17 Breda C, Heflinger, CA. Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004; 30(2):251-267.
- 18 National Institute on Drug Abuse. *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. NIH Pub. No. 10-5605, Revised August 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>
- 19 Selvhjelp Norge. Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
- 20 Bäcklund S, Enstad F, Frøyland K, Gimse AØ, Hoel

- I, Ingerslev H. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
- 21 American Society of Addiction Medicine. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance Related Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 2001.
  - 22 Norström T, Pape H. Associations between adolescent heavy drinking and problem drinking in early adulthood: implications for prevention. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2012;73(4):542-8.
  - 23 Nasjonal kompetansetjeneste samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP). Snakk om rus [Internett]. 2012-2015. [hentet november 2015] Tilgjengelig fra: <http://www.snakkomrus.no>
  - 24 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol screening and brief intervention for youth: A practitioner's guide. NIH Pub. No. 11-7805, 2011. Tilgjengelig fra: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuide.pdf>
  - 25 Committee on Substance Abuse, American Academy of Pediatrics. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics* 128;e1330, 2011. Tilgjengelig fra: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/26/peds.2011-1754.full.pdf>
  - 26 Miller NS, Flaherty JA. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 18(1):9-16.
  - 27 Barnevernloven. 2015. Lov om barneverntjenester av 2015-12-18 nr. 126.
  - 28 Helse- og omsorgstjenesteloven. 2015. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2015-06-19 nr. 65.
  - 29 Chan, YF; Dennis, M.L.; og Funk, RR. Prevalence and comorbidity co-occurrence of major internalizing and externalizing disorders among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008; 34:14-24.
  - 30 Simpson, T.L.; and Miller, W.R. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22(1):27-77.
  - 31 Barnevernloven. 2015. Lov om barneverntjenester av 2015-12-18 nr. 126.
  - 32 Helse- og omsorgstjenesteloven. 2015. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2015-06-19 nr. 65.
  - 33 Hser Y, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh SC, Fletcher BW, Brown BS, et al. An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58(7):689-695.
  - 34 Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*. 2006; 102(1).
  - 35 Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*. 2007; 102(1):81-93.
  - 36 Lambert EY, Normand JL, Volkow ND. Prevention and treatment of HIV/AIDS among drug-using populations: A global perspective. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2010; 55(Suppl 1):S1-S4.
  - 37 Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases*: 2011; 204(1):74-83.
  - 37 Storra CL, Westergaard R, Anthony JC. Early onset inhalant use and risk for opiate initiation by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005; 78(3): 253-261.
  - 39 Shane P, Diamond GS, Mensinger JL, Shera D, Wintersteen MB. Impact of victimization on substance abuse treatment outcomes for adolescents in outpatient and residential substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions*. 2010: 15, Issue Supplement 1: 34-42.
  - 40 Nash SG, McQueen A, Bray JH. Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*. 2005; 37(1):19-28.
  - 41 Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009; 374:1383-1391.
  - 42 Ilieva I, Boland J, Farah MJ. Objective and subjective cognitive enhancing effects of mixed amphetamine salts in healthy people. *Neuropharmacology*. 2013; 64:496-505.
  - 43 Kanayama G, Brower KJ, Wood RI, Hudson JI, Pope HG Jr. Treatment of anabolic-androgenic steroid dependence: Emerging evidence and its implications. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 109(1-3): 6-13.
  - 44 Skarberg K, Nyberg F, Engstrom I. Multisubstance use as a feature of addiction to anabolic-androgenic steroids. *European Addiction Research*. 2009; 15(2):99-106.
  - 45 Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Håndbok Anabole androgene steroider. Kunnskap og veiledning i diagnostikk og behandling. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2015
  - 46 Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013; 1: 1-9.
  - 47 Nasjonal kompetansetjeneste samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP). Snakk om rus [Internett]. 2012-2015. [hentet november 2015] Tilgjengelig fra: <http://www.snakkomrus.no>
  - 48 Rosen IM, Maurer DM. Reducing tobacco use in adolescents. *American Family Physician*. 2008; 77(4):483-490.
  - 49 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.

- 50 NOVA. Ungdata. Nasjonale resultater 2014. Oslo: NOVA; 2015. 7/15.
- 51 Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhandbok. Midlervedproblematiskbrukavalkohol[internett].2015. [hentet november 2015]. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/54598?expand=1>
- 52 Niederhofer H, Staffen W. Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents. *Drug and Alcohol Review*. 2003; 22(3):295–297.
- 53 Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhandbok. Midler ved problematisk bruk av alkohol [internett]. 2015. [hentet november 2015]. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/54598?expand=1>
- 54 Direktoratet for e-helse. Legemidler ved røykeslutt [internett]. 2014. [hentet november 2015] Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/royk-og-snus/snus-og-roykeslutt/hjelpemidler-ved-roykeslutt>
- 55 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics*. 2005; 115(4):407–414.
- 56 Gray KM, Carpenter MJ, Lewis AL, Klintworth EM, Upadhyaya HP. Varenicline versus bupropion XL for smoking cessation in older adolescents: A randomized, double-blind pilot trial. *Nicotine and Tobacco Research*. 2012; 14(2):234–239.
- 57 Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL, Hartwell KJ, Lewis AL, Hiott DW et al. Bupropion SR and contingency management for adolescent smoking cessation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011; 40(1):77–86.
- 58 Helse- og omsorgsdepartementet: LAR-forskriften. 2013. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering 2013-01-17 nr. 61. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- 60 Direktoratet for e-helse. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) [internett]. 2014. [hentet november 2015] Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar>
- 61 Woody GE, Poole SA, Subramaniam G, Dugosh K, Bogenschutz M, Abbott P, et al. Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*. 2008; 300(17):2003–2011. Erratum in *Journal of the American Medical Association*. 2009; 301(8):830.
- 62 Subramaniam GA, Warden D, Minhajuddin A, Fishman MJ, Stitzer ML, Adinoff B, et al. Predictors of abstinence: National Institute on Drug Abuse multisite buprenorphine/naloxone treatment trial in opioid-dependent youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(11):1120–1128.
- 63 Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ, Stothart ME, Quesnel KJ, Stanger C, et al. Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(10):1157–1164.
- 64 Fishman MJ, Winstanley EL, Curran E, Garrett S, Subramaniam G. Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone: Preliminary case-series and feasibility. *Addiction*. 2010; 105(9):1669–1676.
- 65 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Norsk naltreksonforskning [Internett]. 2015 [cited 2015 november]. Tilgjengelig fra: <http://naltrekson.no/2012/08/24/naltrekson-eller-buprenorfin-nalokson-mot-tilbakefall-etter-utskrivning/>
- 59 Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
- 66 Krogh F. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2014. Oslo: Norsk pasientregister, 2015.
- 67 Ogden T, Amlund-Hagen K. What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following multisystemic therapy. *Journal of adolescence*. 2009;32(6):1425–35.
- 68 Berg, E. Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2003.
- 69 Narkotikaprogram med domstolkontroll [Internett] Kriminalitetsomsorgen, 2015 [Hentet november 2015] Tilgjengelig fra <http://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolkontroll.237893.no.html>
- 70 Det kriminalitetsforebyggende råd. Reaksjoner på barne- og ungdomskriminalitet - en oversikt 2015 [cited 2015 november]. Available from: <http://www.krad.no/forebygging/barnogungdom/reaksjoner-og-tiltak>.
- 71 Helsedirektoratet: Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2016. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- 72 Endringslov til pasientrettighetsloven. 2007. Lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen) 2007-12-21 nr 123
- 74 Forskrift om habilitering og rehabilitering. 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011-12-16 nr 1256.
- 75 Helse- og omsorgstjenesteloven. 2015. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2015-06-19 nr. 65.
- 76 Balsa AI, Homer JF, French MT, Weisner CM. Substance use, education, employment, and criminal activity outcomes of adolescents in outpatient chemical dependency programs. *Journal of Behavioral Health Services and Research* Jan;36(1):75–95, 2009.
- 77 Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013; 44(2):145–158.
- 78 Liddle HA, Rowe CL, Gonzalez A, Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE. Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. *American Journal on Addictions*. 2006; 15: Suppl 1:102–112.

- 79 Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Utpøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF; 2014.
- 80 Aakerholt A. ACT-håndboka. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013
- 81 Kristoffersen CH, Holth P, Ogden T. Modeller for rusbehandling. En kunnskapsoversikt. Oslo: Atferdssenteret, 2011.
- 82 Kristoffersen CH, Holth P, Ogden T. Modeller for rusbehandling. En kunnskapsoversikt. Oslo: Atferdssenteret, 2011.
- 83 Kaminer Y, Waldron HB. Evidence-based cognitive behavioral therapies for adolescent substance use disorders: Applications and challenges. In C. Rowe & H. Liddle (eds.), Adolescent substance abuse: Research and clinical advances. New York: Cambridge University Press, pp. 396–419, 2006.
- 84 Stanger C, Budney AJ. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 19(3):547–562, 2010.
- 85 Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. Addictive Behaviors. 2012; 37(12):1325–1334.
- 86 Hogue A, Liddle HA. Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. Journal of Family Therapy. 2009; 31(2):126–154.
- 87 Waldron HB, Turner CW, Ozechowski TJ. Profiles of drug use behavior change for adolescents in treatment. Addictive Behaviors. 2005; 30(9):1775–1796.
- 88 Liddle HA, Dakof GA, Henderson C, Rowe C. Implementation outcomes of multidimensional family therapy-detention to community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2011; 55(4):587–604.
- 89 Sheidow AJ, Henggeler SW. Multisystemic therapy with substance using adolescents: A synthesis of the research. In N. Jainchill (Ed.), Understanding and Treating Adolescent Substance use Disorders: Assessment, Treatment, Juvenile Justice Responses. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp. 9–1–9–22, 2012.
- 90 Kristoffersen CH, Holth P, Ogden T. Modeller for rusbehandling. En kunnskapsoversikt. Oslo: Atferdssenteret, 2011.
- 91 Andreassen T. Behandling av ungdom i institusjon. Hva sier forskingen? Oslo: Kommuneforlaget, 2003
- 92 Rønningen GE, Øygard L. Ungdom på Skjerfheimkollektivet. En brukerundersøkelse. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2003.
- 93 Andreassen T. Behandling av ungdom i institusjon. Hva sier forskingen? Oslo: Kommuneforlaget, 2003
- 94 Kelly JF, Dow SJ, Yeterian JD, Kahler CW. Can 12-step group participation strengthen and extend the benefits of adolescent addiction treatment? A prospective analysis. Drug and Alcohol Dependence. 2010; 110(1-2):117–125.
- 95 Selvhjelp Norge. Informasjon om mulighetene for selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.

## Takk

NIDA ønsker å takke følgende personer for hjelp in utarbeidelsen av publikasjonen:

Tina Burrell, M.A., Washington State Department of Social and Health Services

Connie Cahalan, Missouri Department of Mental Health

Barbara Cimaglio, Vermont Department of Health

Michael L. Dennis, Ph.D., Chestnut Health Systems

Rochelle Head-Dunham, M.D., Louisiana Department of Health and Hospitals

Scott W. Henggeler, Ph.D., Medical University of South Carolina

Sharon Levy, M.D., M.P.H., Children's Hospital Boston

Kenneth J. Martz, Psy.D., CAS, Pennsylvania Department of Drug and Alcohol Programs

Kathy Paxton, M.S., West Virginia Bureau for Behavioral Health and Health Facilities

Paula D. Riggs, M.D., University of Colorado School of Medicine

---

## Referanser til foto og figurer:

Tabell side 5: NOVA. Ungdata. Nasjonale resultater 2014. Oslo: NOVA; 2015. 7/15.

Figur side 6: Tamnes CK, Walhovd KB, Dale AM, Østby Y, Grydeland H, Richardson G, et al.

Brain development and aging: Overlapping and unique patterns of change. NeuroImage. 2013; 68: 63–74.

Foto side 7, 15, 18, 29 og 30: ©Anne-Stine Johnsbråten. Illustrasjonsfoto. Gjengitt med tillatelse fra de fotograferte.

OUS side 1, 10, 25.

Shutterstock side 4, 11, 12, 13, 16.

Dreamstime side 1, 28, 34.

AdobeStock side 1, 8.

Innhold

Introduksjon

Prinsipper for behandling av ruslidelser

Ofte stilte spørsmål

Behandlingstilbud

Evidensbaserte tilnærminger til behandling av ruslidelser

Referanser