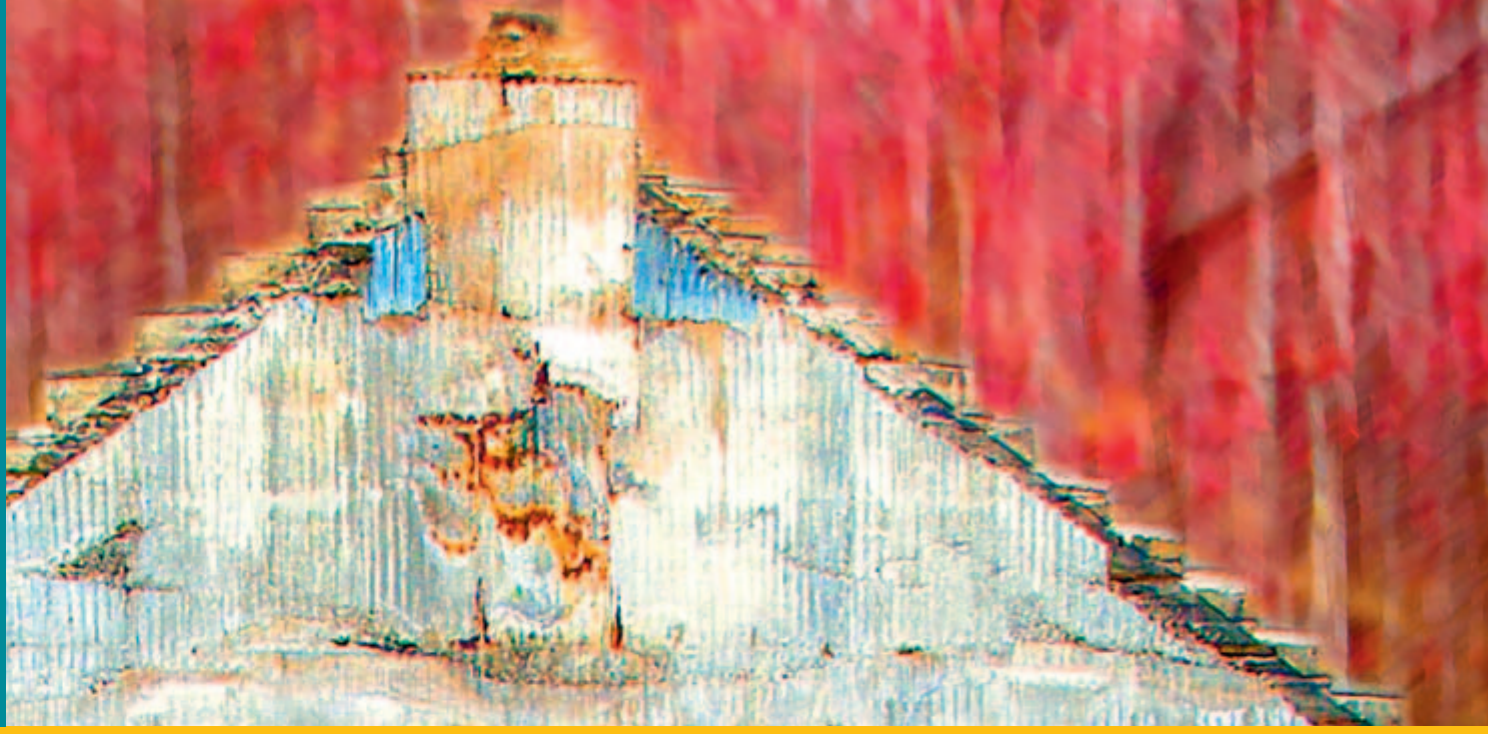
Nasjonale faglige retningslinjer

IS-1948



# Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser

*Sammensatte tjenester – samtidig behandling*

**13. juni 2022**

**Det er gjort endringer i anbefalinger om bruk av kartleggingsverktøy.**
**Aktuelle sider er markert i tekst og marg med lenke til begrunnelse for endringene.**

Helsedirektoratet

Heftets tittel: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser

Utgitt: 03/2012

Publikasjonsnummer: IS-1948

ISBN-nr. 978-82-8081-246-9

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1948

Illustrasjon: Sidsel Andersen
Trykk og design: Andvord Grafisk AS

MILJØMERKET 241 013 TRYKKSAK

# Forord

*Det er ikke nok å vite, man må også bruke kunnskapen.*
*Det er ikke nok å ville, man må også gjennomføre.*
*– Goethe*

Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Personer med ruslidelser og psykiske lidelser (ROP- lidelser) har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom man koordinerer utredningen og behandlingen av begge lidelsene.

For å fremme bedring og livskvalitet hos personer med ROP-lidelser inneholder denne retningslinjen anbefalinger til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med gruppen. Retningslinjen er et resultat av vurderinger av relevant kunnskap fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

Selv om det har vært økt oppmerksomhet på personer med en ROP-lidelse de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Det er derfor behov for en beskrivelse av hvordan utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelser bør gjøres, samt en beskrivelse av tjenestenes roller og ansvar. Det kan ofte være vanskelig å peke eksakt på den ansvarlige instansen. Det er derfor grunnleggende at tjenestenivåene samarbeider internt og mellom nivåene slik at de som trenger det, får god og forsvarlig hjelp.

En bredt sammensatt arbeidsgruppe har utarbeidet utkast til retningslinjen. Jeg retter en stor takk til arbeidsgruppens medlemmer og dens leder lege Knut Boe Kielland, Hov legesenter og Kompetansesenter rus-region øst (KoRus Øst). En takk også til Anne Landheim ved KoRus Øst for mye bistand, psykolog Amund Aakerholt, KoRus Øst for arbeidet med oppsummering og innarbeiding av høringssvarene og professor Helge Waal for gjennomlesing av retningslinjen.

Denne retningslinjen erstatter Sosial- og helsedepartementet Rundskriv I-36/2001 *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk.*



Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør
Oslo 19.12.2011

# Sentrale anbefalinger

- Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

# Innhold


**DEL 1 ..... 11**

**1 Innledning ..... 13**
1.1 Kjennetegn og behov hos personer med en ROP-lidelse ..... 13
1.2 Bakgrunn ..... 13
1.3 Innhold, tjenesteytere og pasientmålgruppe ..... 14
1.4 Hvem har utarbeidet retningslinjen? ..... 14
1.5 Habilitet ..... 15

**2 Definisjoner, metode og prosess ..... 16**
2.1 Definisjoner ..... 16
2.2 Rusmidlenes virkninger ..... 16
2.3 Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV ..... 17
2.3.1 Skadelig bruk i ICD-10 ..... 17
2.3.2 Avhengighetssyndrom i ICD-10 ..... 18
2.3.3 Misbruk/substance abuse i DSM-IV ..... 19
2.4 Metode og prosess ..... 19
2.4.1 Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter ..... 20
2.4.2 Supplerende kunnskapsinnhenting av arbeidsgruppen. ..... 21
2.4.3 GAP-undersøkelse ..... 21
2.4.4 Referansegruppe, rådslag og møter ..... 22
2.4.5 Vurderinger av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene ..... 22
2.4.6 Gradering av kunnskapsgrunnlaget ..... 23
2.4.7 Gradering av anbefalinger ..... 24

**3 Forekomst i befolkningsundersøkelser og i pasientmålgrupper ..... 25**
3.1 Forekomst ifølge befolkningsundersøkelser ..... 25
3.2 Forekomst av ruslidelser/rusmiddelproblemer i psykisk helsevern ..... 27
3.3 Forekomst av psykiske lidelser i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) ... 29
3.4 Forekomst av ROP-lidelser i primærhelsetjenesten og hos mottakere av sosialhjelp ..... 29
3.5 Forekomst av ROP-lidelser blant bostedsløse ..... 29
3.6 Forekomst av ROP- lidelser blant innsatte i fengsel ..... 30
3.7 Forekomst av ROP- lidelser når personer begår voldelige handlinger/drap ... 30
3.8 Forekomst og særtrekk i de viktigste sykdomsgruppene ..... 30
3.8.1 Bipolare lidelser og ruslidelser ..... 31
3.8.2 Schizofreni og schizofrenilignende psykoser og ruslidelser ..... 31
3.8.3 Angstlidelser og ruslidelser ..... 32
3.8.4 Depresjon og ruslidelser ..... 32

3.8.5 Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser ..... 32
3.8.6 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og ruslidelser ..... 32
3.8.7 Spiseforstyrrelser og ruslidelser ..... 33
3.8.8 En kort oppsummering ..... 33

**4 Etikk og juridiske aspekter ..... 34**
4.1 Grunnleggende etiske forhold ..... 34
4.2 Etiske dilemmaer ..... 35
4.2.1 Tilbakehold uten samtykke/ behandling uten samtykke ..... 35
4.2.2 Når samtidig ruslidelse og psykisk lidelse påvirker andre ..... 37
4.2.3 Behov for grensesetting og kontinuitet i behandling ..... 37

**DEL 2 ..... 39**

**5 Brukermedvirkning og pårørende ..... 41**
5.1 Brukermedvirkning ..... 41
5.2 Pårørende ..... 42

**6 Utredning ..... 44**
6.1 Definisjon av utredning ..... 44
6.2 Forhold som er viktige for utredning ..... 44
6.3 Utredning av personer med ROP-lidelser ..... 45
6.4 Utredning av motivasjon for endring ..... 46
6.5 Kartlegging av ruslidelse blant personer med kjent psykisk lidelse ..... 46
6.5.1 Kartlegging av alkohollidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse ..... 47
6.5.2 Kartlegging av stofflidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse ..... 47
6.5.3 Kartlegging med bruk av biologiske tester ..... 48
6.6 Kartlegging av psykisk lidelse blant personer med kjent ruslidelse ..... 48
6.6.1 Kartlegging av psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse ..... 48
6.6.2 Kartlegging av ikke-psykotiske lidelser hos personer med kjent ruslidelse ... 48
6.6.3 Kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD hos personer med kjent ruslidelse ..... 49
6.6.4 Kartlegging av angst og depresjon hos personer med kjent ruslidelse ..... 49
6.7 Kartlegging av ROP- lidelser på ulike arenaer /i ulike populasjoner ..... 49
6.8 Utredning av somatiske forhold ..... 49
6.8 1 Ernæring ..... 49
6.8.2 Skader ved langvarig bruk av alkohol ..... 50
6.8.3 Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer ..... 50
6.8.4 Tannhelse ..... 51
6.8.5 Rusrelaterte akutte overdoser ..... 51
6.9 Utredning av psykososiale forhold ..... 51
6.9.1 Oppvekstforhold/kultur ..... 52

6.9.2 Familie og nettverk ... 52
6.9.3 Utdanning/arbeidserfaring ... 52
6.9.4 Økonomi ... 52
6.9.5 Bosituasjon ... 52
6.9.6 Kriminalitet ... 53
6.10 Utredning av selvmordsrisiko ... 53
6.11 Utredning av voldsrisiko ... 53
6.12 Diagnostisering ... 55
6.13 Diagnostiske verktøy for utredning av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser ... 56
6.13.1 Diagnostisering av personlighetsforstyrrelser med ICD-10/~~SCID-II~~ ... 57

**7 Behandling og oppfølging ... 58**
7.1 Målsettingen for og innholdet i behandling og oppfølging ... 58
7.2 God terapeutisk relasjon ... 59
7.3 Mål om helhetlig bedring av livskvaliteten - «recovery» ... 59
7.4 Tiltak som handler om organiseringen av behandlingen ... 59
7.4.1 Integrert behandling ... 60
7.4.2 Individuell plan (IP) ... 60
7.4.3 ACT-team og andre oppsøkende behandlingsteam ... 61
7.4.4 Døgnbehandling ... 61
7.4.5 Kjønnsspesifikk behandling ... 62
7.5 Psykoterapeutiske behandlingstiltak ... 62
7.5.1 Bruk av motiverende samtalemetoder/intervju ... 62
7.5.2 Stadiebasert behandling ... 63
7.5.3 Læringsbaserte tiltak ... 63
7.5.4 Psykoedukative tiltak ... 63
7.6 Yrkesrettede tiltak og aktivitet ... 63
7.7 Sosialrettede oppfølgingstiltak ... 64
7.7.1 Støttetiltak i nærmiljøet ... 65
7.7.2 Fysisk aktivitet og ernæring ... 65
7.7.3 Forebygging av tilbakefall ... 65
7.7.4 Skadereduserende tiltak ... 65
7.7.5 Behov for rusfrie arenaer ... 66
7.8 Behandling for enkelte grupper av ROP-pasienter ... 66
7.8.1 Uavhengige psykoselidelser ... 66
7.8.2 Rusutløste psykoser ... 67
7.8.3 Angstlidelser og depresjon ... 68
7.8.4 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD ... 69
7.8.5 Alvorlige personlighetsforstyrrelser ... 69
7.8.6 Spiseforstyrrelser ... 69
7.9 Behandling med legemidler ... 70

SCID-5-PF

[Se begrunnelse for endringen]

7.9.1 Fare for respirasjonsstans ..... 70
7.9.2 Effektinteraksjoner ..... 70
7.9.3 Eliminasjonsinteraksjoner ..... 71

**8 Roller og ansvar ..... 74**
8.1 Overordnede anbefalinger ..... 74
8.2 Rett til nødvendig helsehjelp ..... 75
8.3 Kommunenes ansvar for rus - og psykisk helsearbeid ..... 75
8.3.1 Kommunenes ansvar for kartlegging ..... 76
8.3.2 Kommunens ansvar for behandling og oppfølging ..... 77
8.3.3 Kommunens ansvar for individuell plan og koordinering av tjenester ..... 78
8.3.4 Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging ..... 78
8.3.5 Kommunens ansvar for varig botilbud ..... 78
8.3.6 Kommunens ansvar for oppfølging i bolig ..... 79
8.3.7 Kommunens og NAVs ansvar for arbeid og aktivitet ..... 80
8.3.8 Selvhjelp ..... 81
8.3.9 Kommunens ansvar for oppfølging av somatisk helse ..... 81
8.3.10 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsen ..... 81
8.3.11 Kommunens ansvar for brukere av lavterskeltiltak og botilbud ..... 81
8.4 Helseforetakenes ansvar for tilbud til pasienter med ROP-lidelser ..... 83
8.4.1 Helseforetakenes ansvar for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og mindre alvorlig ruslidelse ..... 83
8.4.2 Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse ..... 84
8.4.3 Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse ..... 84
8.5 Helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendig kompetanse ..... 85
8.5.1 Helseforetakenes ansvar for kartlegging i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) ..... 85
8.5.2 Helseforetakenes ansvar for kartlegging i psykisk helsevern ..... 86
8.5.3 Helseforetakenes ansvar for kartlegging av ROP-lidelser når pasienten oppholder seg i somatiske avdelinger ..... 86
8.6 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging ..... 87
8.6.1 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB) ..... 87
8.6.2 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen psykisk helsevern ..... 88
8.7 Behandlingstiltak uten avtale ..... 88
8.8 Samhandling mellom ulike enheter og nivåer ..... 89
8.8.1 Samhandling innad i kommunen ..... 90
8.8.2 Samhandling mellom kommune og psykisk helsevern ..... 90
8.8.3 Samhandling mellom kommune og TSB ..... 91

8.8.4 Samhandling mellom ulike enheter og nivåer innenfor TSB og psykisk helsevern ..... 91
8.8.5 Samhandling mellom psykisk helsevern / TSB og fastlege ..... 91
8.8.6 Samhandling mellom kriminalomsorg og helsetjenester ..... 91
8.8.7 Anbefalt kompetanse om behandling (uavhengig av om behandlingen skjer på kommunalt eller spesialisthelsetjenestenivå) ..... 93

**9 Implementering av retningslinjene. Opplæring i kunnskaper og ferdigheter ..... 94**

**Vedlegg 1 Alle anbefalingene ..... 97**

**Vedlegg 2 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Screening og diagnoseverktøy ..... 105**

**Vedlegg 3 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 25, 2008 ..... 109**

**Vedlegg 4. Gjennomgang av øvrig forskning om behandling av personer med ruslidelse og psykisk lidelse ..... 113**

**Referanser ..... 119**





# Del I

Metode

Forekomst

Etikk og juridiske aspekter



# 1 Innledning

## 1.1 Kjennetegn og behov hos personer med en ROP-lidelse

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, noen har marginal økonomi og tilhører våre fattigste, og mange har dårlig livskvalitet.

Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen.

Dersom vi vet hvilke personer som mest sannsynlig vil utvikle ROP-lidelser, kan vi også bedre identifisere og behandle dem. Oppsummeringer fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA, samt annen forskning, viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser. Personer med stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse.

Godt profesjonelt arbeid for personer med ROP-lidelser krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Det viktigste er kanskje interesse og holdninger. Det handler om respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Men det er i mange sammenhenger også viktig å ha kunnskaper om de spesielle problemene personer kan slite med og som kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig og dermed lettere å akseptere. Krav til kunnskap vil avhenge av hvilken rolle den enkelte tjenesteyter har. Men alle bør ha grunnleggende kunnskaper om det som særpreger de menneskene de skal yte tjenester til.

## 1.2 Bakgrunn

De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. De psykiatriske ungdomsteamene ble opprettet i første halvdel av 1980-årene fordi man var oppmerksom på dette uheldige samspillet mellom to problemområder. Selv om behandlingsoppmerksomheten i spesialisthelsetjenesten i stor grad har vært rettet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse, legges det nå i økende grad vekt på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser.

Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* omtalte gruppen med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmisbruk spesielt. Det ble gjennomført en utredning av omfanget og behandlingsbehovet [1]. Man kom fram til at det dreide seg om rundt 4000

1 Statens helsetilsyn, 2000a

mennesker med samtidig alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelmisbruk og som hadde et utilstrekkelig behandlingstilbud. Disse personene pendlet ofte mellom behandlingssystemene og mange hadde vansker med å klare seg i egen bolig. På grunnlag av denne utredningen sendte Sosial- og helsedepartementet ut Rundskriv I-36/2001 *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk.*

Sosial og helsedirektoratet utga i 2005 IS-1289 *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmisbrukere*. Det ble som ett av tiltakene anbefalt å utarbeide retningslinjer for «Utredning og behandling av personer med komorbide lidelser (rus/psykiatri).»

Denne retningslinjen erstatter Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-36/2001.

## 1.3 Innhold, tjenesteytere og pasientmålgruppe

Retningslinjen er todelt slik at del 1 inneholder generell informasjon og del 2 inneholder den faglige delen av retningslinjen, og dermed alle kapitler med anbefalinger.

Retningslinjen er i første rekke utarbeidet for tjenesteutøvere som arbeider med pasienter/personer med både ruslidelser og psykiske lidelser, særlig

- helsepersonell i kommunehelsetjenesten
- ansatte i NAV og sosialtjenesten
- helse- og sosialpersonell i TSB
- helse- og sosialpersonell i psykisk helsevern
- helsepersonell og øvrige ansatte i fengslene/kriminalomsorgen

Retningslinjen kan også være nyttig for ansatte i frivillige organisasjoner, Husbanken mv.

Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

På grunn av få studier om behandling av samtidig rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser hos ungdom i alderen 15-18 år, er retningslinjen avgrenset til å gjelde voksne over 18 år. Det er imidlertid viktig at begynnende rusproblematikk og psykiske lidelser oppdages så tidlig som mulig. Det vises til veileder for tidlig intervensjon og til øvrige veiledere/retningslinjer innenfor psykisk helsefeltet.

## 1.4 Hvem har utarbeidet retningslinjen?

Helsedirektoratet engasjerte i februar 2007 en arbeidsgruppe for å utarbeide faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse.

Gruppen besto av:

- Knut Boe Kielland, Hov legesenter og Kompetansesenter rus -region øst (Leder)
- Kjetil Christensen, Porsgrunn kommune (nåværende arbeidssted Sandefjord ungdomssenter)
- Rolf Gråwe, SINTEF Helse (nåværende arbeidssted Rusbehandling Midt-Norge HF)
- Ellen Hoxmark, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø (nåværende arbeidssted RVTS Midt, St. Olavs hospital)
- Erling Jahn, Mental Helse Norge
- Anne Landheim, Kompetansesenter rus -region øst
- Lars Linderoth, Nordlandssykehuset, Bodø (nåværende arbeidssted: Bærum DPS, Vestre Viken HF)
- Hilde Nicolaisen, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon Tromsø

Prosjektet ble forankret i direktoratets avdeling for psykisk helse med seniorrådgiver Anne-Grete Kvanvig og seniorrådgiver Gitte Huus som koordinatorer.

Høringssvarene er oppsummert og innarbeidet av psykolog Amund Aakerholt, Kompetansesenter rus – region øst i samarbeid med Anne-Grete Kvanvig og Gitte Huus.

## 1.5 Habilitet

Ingen av deltakerne i arbeidsgruppen har rapportert mulige interessekonflikter.

# 2 Definisjoner, metode og prosess

## 2.1 Definisjoner

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet «dobbeldiagnose» ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Både komorbiditet og dobbeldiagnose er upresise begreper fordi de ikke sier noe om hvilke sykdommer som blir omtalt.

I retningslinjen brukes begrepet «ruslidelse og psykisk lidelse», eller ROP-lidelse som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Selv om det her brukes begrepet ROP-lidelse, har de fleste også somatiske lidelser i tillegg.

I retningslinjen brukes begrepene ruslidelse og rusmiddelproblemer i hovedsak om et behandlingstrengende rusmiddelproblem, uten at det nødvendigvis er diagnostisert en avhengighet.

I retningslinjen brukes begrepet pasient om situasjoner hvor man er i en behandlingssituasjon. I andre sammenhenger benyttes ulike begrep som for eksempel bruker og person, avhengig av hvilke tjenester man mottar.

Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

I retningslinjen bruker vi begrepet kartleggingsverktøy i stedet for screeningverktøy, selv om begrepet screening er brukt i oppsummeringen fra Kunnskapssenteret. Screening brukes hovedsakelig om undersøkelser på større befolkningsgrupper der sannsynligheten for å avdekke sykdom er lav.

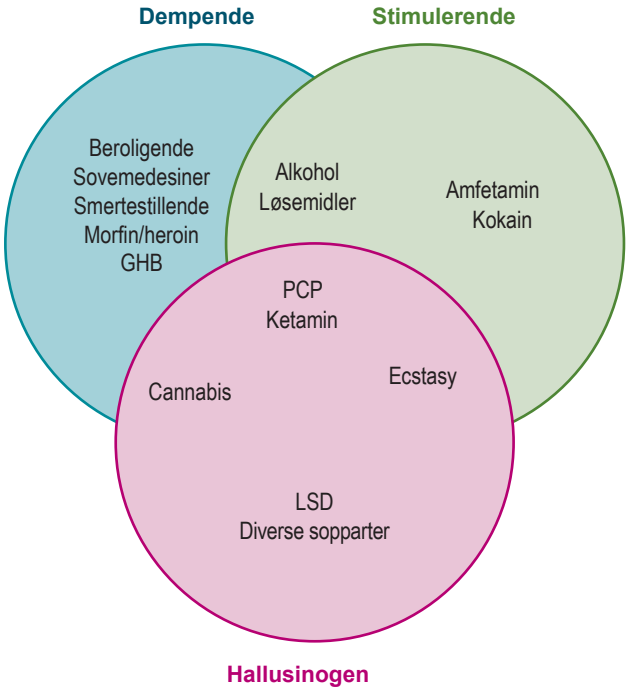
## 2.2 Rusmidlenes virkninger

Bruk av rusmidler kan gi en subjektiv følelse av spenningsreduksjon og avslapping og reduksjon av plager og symptomer. Rusmidlene kan svekke viktige nevrokognitive funksjoner som konsentrasjon, hukommelse, motorisk koordineringsevne, reaksjonshastighet og resoneringsevne og kan redusere kontroll og hemninger.

De psykiske skadevirkningene er avhengig av individuell sårbarhet. Noen personer er spesielt følsomme for rusmidlenes destabiliserende virkninger. Det gjelder ofte for personer med diagnosene schizofreni og bipolar lidelse, men også ved alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Rusmidlenes ulike typer virkninger er illustrert i figuren under (jf. Folkehelseinstituttet: Rusmidler: typer og bruksmønstre.).

**Klassifikasjon**




*Figur 1 Rusmiddelvirkninger og klassifikasjon*

## 2.3 Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV

En rusdiagnose kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte definisjoner på rusdiagnoser av substanser, i ICD-10 og DSM-IV. Rusdiagnoser knyttes i ICD-10 dels til hvilke stoffer som brukes, dels til bruksmønsteret. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet.

I dagligtale brukes gjerne «rusmiddelmisbruk» om begge begrepene. Man skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjonsnivået.

I retningslinjen brukes ruslidelse (Substance Use Disorder) som samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk.

### 2.3.1 Skadelig bruk i ICD-10

Skadelig bruk er når psykoaktive substanser brukes slik at det gir helseskade. Skaden kan være somatisk (f. eks. hepatitt som følge av egenadministrerte injeksjoner av psykoaktive stoffer) eller psykisk (f. eks. episoder med depressive lidelser etter betydelig alkoholkonsum).

Skadelig bruk er i hovedsak knyttet til fysisk og psykisk helseskade forårsaket av rusmiddelbruk og ikke knyttet til avhengighet. Skadelig bruk kan gi mye helseskade uten at det behøver å foreligge et avhengighetssyndrom.

Å sette diagnosen skadelig bruk krever derfor at den aktuelle skaden er påført brukerens psykiske eller somatiske helse. Akutt intoksikasjon eller «bakrus» er ikke i seg selv tilstrekkelig tegn på helseskade til at den kan kodes som skadelig bruk. Det er også mulig å være avhengig av opioider, for eksempel metadon/buprenorfin uten at det medfører helseskade.

### 2.3.2 Avhengighetssyndrom i ICD-10

Avhengighetsyndrom er når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinenstilstand, og stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f eks tobakk, alkohol eller diazepam), en gruppe stoffer (f eks opioider) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer.

I motsetning til skadelig bruk krever det en viss tid før et avhengighetssyndrom oppstår. Ulike psykologiske og biologiske fenomener (nevroadaptasjon) som oppstår i et sosialt miljø preget av rusmiddelbruk, øker risikoen for å utvikle og opprettholde et avhengighetssyndrom.

Å sette diagnosen «avhengighet» kan bare gjøres hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

Brukeren har
- sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
- problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- fysiologisk abstinenstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
- utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (for eksempel alkohol- eller opioidavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling)
- føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken
- opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskade etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang.

### 2.3.3 Misbruk/substance abuse i DSM-IV

»Substance abuse» i DSM-IV er en bredere kategori enn «skadelig bruk» i ICD-10 fordi det legges mer vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk, mens det i «skadelig bruk» legges mest vekt på helseskade. Dermed vil prevalens av ruslidelser samlet sett bli større ved bruk av DSM-IV sammenlignet med ICD-10.

Når det gjelder definisjon av misbruk/substance abuse ifølge DSM-IV må kriteriene både i punkt A og B, som det vises til under, være oppfylt.

A. *Pasienter med misbruk/substance abuse preges av et dysfunksjonelt mønster med bruk av psykoaktive substanser som fører til betydelig klinisk svekkelse eller uro og vansker. Dette er uttrykt ved én eller flere av følgende kriterier i løpet av de siste 12 månedene:*

   1. Gjentatt bruk av psykoaktive substanser som fører til svikt mht å mestre ansvar og plikter knyttet til arbeid, skole, hjem.
   2. Gjentatt bruk i situasjoner som kan medføre risiko for fysisk skade.
   3. Gjentatte legale problemer (politi, rettsvesen) knyttet til bruk av psykoaktive substanser.
   4. Fortsatt bruk til tross for vedvarende eller tilbakevendende sosiale og mellom-menneskelige problemer som er forårsaket eller forsterket av effektene av psyko-aktive substanser.

B. *Pasienter som preges av at symptomene ikke oppfyller kriteriene for avhengighet for denne kategorien psykoaktiv substans.*

I foreliggende utkast til DSM-V foreslås det å benytte begrepet «addiction» i stedet for avhengighet. I tillegg foreslås det at man tar inn rustrang («craving») som diagnostisk kriterium, fjerner kriteriet vedrørende kriminalitet, samt innfører en ny diagnosekode for cannabis abstinens («withdrawal»).

## 2.4 Metode og prosess

Kunnskapsgrunnlaget for utforming av retningslinjen er basert på

- to kunnskapsoppsummeringer utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- supplerende kunnskapsinnhenting
- erfaringer fra inviterte fagpersoner
- høringer med fagpersoner og representanter for brukerorganisasjoner i to rådslag
- to møter i bredt sammensatt referansegruppe

Utkast til retningslinjer er sendt ut på intern og ekstern høring og mange gode innspill er innarbeidet i retningslinjen.

### 2.4.1 Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter

To rapporter ble utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i samarbeid med inviterte fagpersoner, jf. vedlegg 2 og 3:

1) Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1. Screening og diagnose-verktøyer.[2]
2) Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2. Effekt av psykososial behandling.[3]

I rapportene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble pasienter med alvorlig psykisk lidelse inkludert i tråd med diagnosekriterier i ICD-10. I tillegg ble pasienter med alvorlige angstlidelser inkludert.

Alle studier som ble inkludert i de to kunnskapsoppsummeringene måtte oppfylle angitte inklusjonskriterer og kvalitetsvurderinger. Begge oppsummeringene brukte GRADE (2004) for å sammenstille og evaluere graden av tillit man kan ha til resultatene i de inkluderte studiene (lav, middels eller høy dokumentasjonsstyrke).

Anbefalingene for utredning bygger på litteratursøk etter systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier på personer i målgruppen over 16 år som sier noe om i hvilken grad ulike kartleggingsverktøy kunne påvise ruslidelse eller psykisk lidelse sammenlignet med referanse/gullstandardmetoder (SCID-I, CIDI, MIN, LEAD og omfattende klinisk vurdering basert på DSM- eller ICD-kriteriene).

Eksklusjonskriterier i rapporten var

- studier som ikke sammenlignet indeksmåleverktøy med referansestandard eller omfattende klinisk vurdering
- utviklingsforstyrrelser og AD/HD fordi problemstillingen knyttet til diagnostikk er forskjellig
- studier uten tilgjengelig sensitivitet eller spesifisitet
- studier som kun undersøkte intern validitet (f. eks test-retest)
- studier med lav metodisk kvalitet

Anbefalingene for behandling bygger på litteratursøk etter systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier på personer i målgruppen over 16 år som kunne si noe om effekten av ti ulike psykososiale behandlingstiltak på bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet. Til forskjell fra studien om screening og diagnoseverktøy, ble også personer med alvorlige angstlidelser inkludert i denne studien.

Eksklusjonskriterer var

- ikke-systematiske oversiktsartikler og systematiske oversikter som kun inkluderte kvasirandomiserte/ kvasieksperimentelle studier
- studier av pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (utviklingsforstyrrelser og AD/HD) fordi disse skiller seg ut mht. behandlingstiltak og bruk av sentralstimulerende legemidler.

2 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007b

3 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008

Det er i alle studiene som er gjennomført sammenlignet testbehandling mot «vanlig» behandling – ikke mot det ikke å gi behandling i det hele tatt (noe som ville vært ansett for uetisk). En rekke av studiene viste bedring av ulike funksjoner etter behandling under begge betingelser, også for dem som var i sammenligningsgruppene (vanligvis «tradisjonell eller vanlig behandling»). Det at man ikke kunne påvise at én behandlingsform var bedre enn «vanlig» behandling, betyr ofte at også den «vanlige» behandlingen er virkningsfull.

Kunnskapssenteret konkluderte med at: «Vi har lite støtte for at ett psykososialt behandlingstiltak har bedre effekt enn et annet, og det er behov for videre forskning på dette området.»

### 2.4.2 Supplerende kunnskapsinnhenting av arbeidsgruppen.

De høye kravene til studiekvalitet førte til at bare en svært liten andel av de studiene som fantes, ble gjennomgått av Kunnskapssenteret. For eksempel var det ingen studier fra Europa (utenom Storbritannia).

Flere viktige psykososiale behandlingsmetoder ble derfor ikke vurdert. Det gjelder blant annet institusjonsbehandling av ulik type, likeledes langtids poliklinisk gruppebehandling over lang tid og læringsbaserte behandlingstiltak (»contingency management» [4]). Boligtiltak, sysselsettingstiltak eller familietiltak ble heller ikke gjennomgått fordi man ikke fant studier med tilstrekkelig kvalitet på disse områdene. Kunnskapssenterets gjennomgang inkluderte heller ikke oversiktsartikler om psykososiale behandlingsmetoder.

Det ble derfor foretatt en gjennomgang av nylige oversiktsartikler hvor kravet til forskningsmessig stringens var noe lavere.

Alle oversiktsstudier som ble identifisert av Kunnskapssenteret, men som ble ekskludert fra deres kunnskapsoppsummering på grunn av at de ikke inneholdt relevante RCT-studier (randomiserte kontrollerte studier) ut over de som ble inkludert i Cleary et al., (2008)[5], ble gjennomgått av arbeidsgruppen. Det vises til vedlegg 4 for resultatene av disse gjennomgangene.

### 2.4.3 GAP-undersøkelse

Kompetansesenter rus -region øst (KoRus Øst) gjennomførte en bred undersøkelse av hvor stort gapet er mellom dagens praksis og anbefalingene i retningslinjen. Det ble gjort to delundersøkelser. En lederundersøkelse i psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker og rusinstitusjoner. I tillegg ble det gjort en behandlerundersøkelse i psykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker (DPS og utenfor). Det ble benyttet spørreskjemaer som inneholdt følgende: Målgrupper og holdninger til målgrupper, utredningspraksis, bruk av behandlingsmetoder, bruk av integrert behandling, samarbeid, kompetansebehov og holdninger til retningslinjer.

4 Begrepet «Contingency management» (CM) har ikke noen helt dekkende kort norsk oversettelse. «Læringsbasert rusbehandling» har vært brukt. Det betyr at man etter avtale systematisk gir belønning ved rusfrihet (negative urinprøver) eller oppmøte til behandling.

5 Studiene ble ekskludert fra Cleary et al. av ulike grunner, hovedsaklig fordi de inkluderer RCT-studier med for lav gradering, kvasieksperimentelle studier, eller studier med bredere målgruppe eller andre utfallsmål enn kunnskapssenteret.

Funnene viser at det er mangel på systematisk kartlegging av ruslidelse og psykisk lidelse, at psykiatriske poliklinikker i begrenset grad behandler personer med rusmiddelmisbruk/avhengighet og manglende samarbeid horisontalt og vertikalt.

På bakgrunn av GAP-undersøkelsen utarbeides det nå opplæringspakker tilpasset de ulike behovene som er meldt fra både kommuner, TSB og psykisk helsevern. Det vises til kapittel 9 om implementering.

GAP-undersøkelsen vil bli forsøkt publisert i et norsk tidsskrift i løpet av 2012.

### 2.4.4 Referansegruppe, rådslag og møter

En bredt sammensatt referansegruppe har hatt to samlinger og kommet med synspunkter og vurderinger, dels gjennom arbeid i grupper, dels i plenum. Referatene fra møtene har vært noe av grunnlaget for arbeidet med retningslinjen.

Det ble avholdt to rådslag med inviterte fagpersoner og representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjonene. Utkast til anbefalingene ble sendt ut på forhånd og systematisk gjennomgått under rådslagene.

Tidlige utkast til anbefalinger har vært drøftet i møter arrangert av Kompetansesenter rus – region øst (KoRus Øst) og Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og avhengighet (RKDD) ved Helse Sør-Øst med deltakelse fra fagfolk i kommuner, boliger, rusfeltet og psykisk helsevern.

### 2.4.5 Vurderinger av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene

Der det ikke finnes evidens eller noen form for empirisk støtte, er det utformet anbefalinger som er basert på etablert og akseptert klinisk praksis som har konsensus blant eksperter innen fagområdet. Innhenting av kunnskap om klinisk praksis er også basert på rapporter, beskrivelser av behandlingstilbud, behandlings- og forskningsprotokoller, akkumulert klinisk erfaring blant deltakerne og inviterte fagpersoner, rapporter og skriv utgitt av Helsedirektoratet, relevante utenlandske nasjonale retningslinjer og annen tilgjengelig informasjon.

Noen anbefalinger er av mer generell karakter og er i liten grad empirisk forankret (f. eks. om betydningen av å gi informasjon til pasientenes familie/pårørende). Slike anbefalinger er mer grunnleggende og generelle enn de øvrige anbefalingene og graderes derfor ikke.

Et utkast til anbefalinger ble vurdert av to eksterne fagpersoner i henhold til fem kriterier for implementerbarhet som beskrevet i Guideline Implementability Appraisal (2005)(GLIA). Det er likevel et overordnet prinsipp i utformingen av anbefalingene at de skal være praktiske og nyttige i det kliniske arbeidet til tjenesteytere. Dette har medført at man for eksempel har valgt å bruke ord og begreper som kunne vært mer operasjonaliserte eller spesifiserte i henhold til GLIA (for eksempel ord som voksne, kort tid, samtykke, 'bør kartlegges for ruslidelse' i stedet for å angi type kartleggingsverktøy).

Anbefalingene er utarbeidet etter AGREE[6]-verktøyet fra The AGREE Collaboration (www.agreecollaboration.com).

Graderingsmodell fra SIGN ble benyttet for å skåre anbefalingene. Det er seks definerte nivåer for å gradere styrken på det vitenskapelige grunnlaget for å omtale metoder eller tiltak, samt fire nivåer for å skalere styrken på anbefalingene i henhold til hvor solid kunnskapsgrunnlaget er. Sistnevnte tar også hensyn til støtte fra rapporter, klinisk ekspertise, økonomi, konsensus i arbeidsgruppen, etiske forhold med mer. Styrken på anbefalingene påvirkes av kvaliteten på den vitenskapelige evidensen, usikkerhet knyttet til balansen mellom ønskede og uønskede effekter, usikkerhet eller variasjon i verdier og preferanser og usikkerhet knyttet til om anbefalingene er knyttet til en fornuftig bruk av ressurser.

### 2.4.6 Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Det vitenskapelige grunnlaget for å vurdere kunnskapsgrunnlaget når det gjelder validitet av kartleggingsverktøy og effekt av psykososial behandling er vektlagt på ett av seks nivåer:

| | |
|---|---|
| Kunnskap som bygger på systematisk metaanalyse av enten av populasjonsbaserte kohortstudier, kasus-kontrollstudier eller randomiserte kontrollerte forsøk. | Nivå 1a |
| Kunnskap som bygger på minst ett randomisert kontrollert forsøk. | Nivå 1b |
| Kunnskap som bygger på minst én godt utformet studie uten randomisering. | Nivå 2a |
| Kunnskap som bygger på minst én annen type godt utformet kvasi-eksperimentell studie. | Nivå 2b |
| Kunnskap som bygger på godt utformete, ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og kasusstudier. | Nivå 3 |
| Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter. | Nivå 4 |

6 AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument

### 2.4.7 Gradering av anbefalinger

Styrken i anbefalingene er gradert i fire nivåer, avhengig av kunnskapsgrunnlaget samt etiske, politiske og økonomiske forhold. Vurderingene er foretatt av kliniske eksperter på feltet.

| | |
|---|---|
| A | Basert på meget god dokumentasjon og vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i minst én randomisert kontrollert studie, som en del av en samling litteratur/publikasjoner av overveiende god kvalitet, og konsistens med den spesifikke anbefalingen. Kunnskapsnivå 1. |
| B | Basert på minst én god studie og vurderinger av klinisk ekspertise på feltet, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen krav til at randomiserte kliniske studier skal dokumentere den spesifikke anbefalingen. Kunnskapsnivå 2 og 3. |
| C | Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og/eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer mangel på direkte appliserbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. Kunnskapsnivå 4. |
| D | Gode råd for praksis. Anbefalinger for praksis basert på de kliniske erfaringer i gruppa som har utviklet retningslinjene og annen involvert ekspertise, samt vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold. |

# 3 Forekomst i befolknings-undersøkelser og i pasient-målgrupper

## 3.1 Forekomst ifølge befolkningsundersøkelser

Det er ofte vanskelig å tolke forekomststudier av psykiske lidelser hos rusavhengige da de fleste forskere ikke skiller mellom selvstendige uavhengige og rusutløste psykiske lidelser. Vi velger likevel å presentere noen studier som sier noe om forekomst i ulike sammenhenger.

Grant et al. (2004) benyttet data fra den amerikanske studien National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) og skiller mellom selvstendige uavhengige og rusutløste psykiske lidelser:

- ca 20 prosent av den generelle befolkningen med en ruslidelse hadde også en stemningslidelse
- 18 prosent av den generelle befolkningen med en ruslidelse hadde også en angstlidelse

En annen studie fokuserte kun på primære eller rusavhengige personlighetsforstyrrelser, stemningsforstyrrelser og angstlidelser for de tre gruppene – alkohollidelse alene, narkotikalidelse alene og både alkohol- og narkotikalidelse[7].

Psykiske lidelser blant personer som brukte alkohol alene var

- personlighetsforstyrrelse 25 prosent
- stemningsforstyrrelse 16 prosent
- angstlidelse 16 prosent

Psykiske lidelser blant personer som brukte narkotika alene var

- personlighetsforstyrrelse 44 prosent
- stemningsforstyrrelse 28 prosent
- angstlidelse 24 prosent

Psykiske lidelser blant personer som brukte både alkohol og narkotika var

- personlighetsforstyrrelse 51 prosent
- stemningsforstyrrelse 35 prosent
- angstlidelse 27 prosent

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at ROP-lidelser ofte opptrer sammen. Forekomsten av ruslidelse hos psykisk syke og vice versa er likevel lavere i befolknings-

7 Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug and Alcohol Dependence, 80, 105–116.

undersøkelser enn i kliniske studier fordi det er personer med størst problemer som oftest søker behandling (Hall, 1996, Grant et al., 2004)

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange personer i befolkningen som har ROP-lidelser.

En kort oppsummering fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA og annen forskning, viser at

- jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser (Alonso et al., 2004,Kendler et al., 1995)

- personer med stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser (spesielt personlighetsforstyrrelser) enn personer med alkohollidelse, henholdsvis 53 prosent og 37 prosent (Regier et al., 1990b)

- personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelser, henholdsvis 47 prosent og 56 prosent (Regier et al., 1990c)

- det er sterk sammenheng mellom alkoholavhengighet og angst og depresjon ifølge en befolkningsstudie (ESEMeD-prosjektet[8]) fra seks europeiske land (Alonso et al., 2004),(gjelder særlig generalisert angstlidelse og agorafobi, mens for depresjon er sammenhengen noe svakere)

- det er klar sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser, sistnevnte særlig i form av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser (Compton et al., 2007, Hasin et al., 2007) ifølge Amerikanske studier basert på National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)

- blant personer med stofflidelse som hadde søkt behandling siste år, hadde 60 prosent hatt stemningslidelse siste år, hos 20 prosent dreide det seg om manisk episode (Grant et al., 2004)

8 European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project was designed to evaluate the prevalence, the impact and the treatment patterns in Europe. ESEMeD is a cross-sectional study in a representative sample of 21 425 adults, 18 or older, from the general population of Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain.

Livstidsprevalens (prosent) av ruslidelser blant voksne med ulike psykiske lidelser. Alle diagnoser DSM III (Gråwe and Hagen, 2008,Regier et al., 1990a)

| Inndeling | Alle alkohol-diagnoser | | Alle narkotika-diagnoser | | Alle rusmiddel-diagnoser | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gruppe | prosent | OR[9] | prosent | OR | prosent | OR |
| Generell befolkning | 13,5 | – | 6,1 | – | 16,7 | – |
| | | | | | | |
| Schizofrenier | 33,7 | 3,3 | 27,5 | 6,2 | 47,0 | 4,6 |
| Alle bipolare lidelser | 43,6 | 5,1 | 33,6 | 8,3 | 56,1 | 6,6 |
| | | | | | | |
| Alle stemningslidelser | 21,8 | 1,9 | 19,4 | 4,7 | 32,0 | 2,6 |
| Alvorlig depresjon | 16,5 | 1,3 | 18,0 | 3,8 | 27,2 | 1,9 |
| Dystymi | 20,9 | 1,7 | 18,9 | 3,9 | 31,4 | 2,4 |
| | | | | | | |
| Alle angstlidelser | 17,9 | 1,5 | 11,9 | 2,5 | 23,7 | 1,7 |
| Tvangslidelser | 24,0 | 2,1 | 18,4 | 3,7 | 32,8 | 2,5 |
| Fobier | 17,3 | 1,4 | 11,2 | 2,2 | 22,9 | 1,6 |
| Panikklidelse | 28,7 | 2,6 | 16,7 | 3,2 | 35,8 | 2,9 |

Figur 2

Tabellen viser forekomsten av ruslidelser ved ulike psykiske lidelser, slik dette kom fram i den amerikanske undersøkelsen Epidemiological Catchment Area Survey (ECA) på slutten av 1980-tallet. Tallene må ikke oppfattes som nøyaktig uttrykk for forholdene i Norge nå, men det er sannsynlig at den relative risikoen for ruslidelse er sammenlignbar. En hovedtendens er at risikoen for utvikling av rusmisbruk øker med hvor alvorlig den psykiske lidelsen er.

## 3.2 Forekomst av ruslidelser/rusmiddelproblemer i psykisk helsevern

Flere utenlandske studier viser en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er til behandling i psykisk helsevern, særlig hos pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene (Duke et al., 1994,Fowler et al., 1998,Mueser et al., 2000).

Blant personer med alvorlig psykisk lidelse er livstidsforekomsten av rusmisbruk på mellom 40 prosent og 60 prosent. I en oversiktsartikkel over studier hovedsakelig fra USA, konkluderes det med at opp til 50 prosent av pasienter med schizofreni som er til behandling, også har en ruslidelse (Westermeyer, 2006).

9 OR: Odds ratio. Forholdet mellom to odds (beregnet sannsynlighet) – her forholdet mellom sannsynlighet for ruslidelse i ulike diagnosegrupper sammenlignet med normalbefolkningen. Hvis odds ratio er 1, er det ingen forskjell mellom gruppene. OR>1 betyr økt sannsynlighet for ruslidelse

Det finnes noen få norske studier som har kartlagt bruk, misbruk og avhengighet av rusmidler[10]. Studiene som er gjennomført, viser en høy forekomst av rusmiddelproblemer og ruslidelser blant psykiatriske pasienter.

Størst er prevalensen av ruslidelser i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (Hagen and Ruud, 2004,Statens helsetilsyn, 2000a, Hagen 1994, Lilleeng 2007, Møller og Linaker 2004, Øydna 2006). I akuttavdelinger innlegges personer med en ROP-diagnoser, men også mange med rusutløste psykoser (Hagen and Ruud, 2004). I studier fra akuttavdelinger finner vi en forekomst av ruslidelser som varierer fra 20 prosent til 47 prosent (Hagen 1994, Vaaler et al. 2006 , Øydna 2006).

En undersøkelse ved Sykehuset Asker og Bærum, divisjon psykisk helse, Blakstad viste at 54 prosent av pasientene som ble akutt innlagt for psykose, hadde ruset seg siste måned. Hos 40 prosent var det bruk av illegale rusmidler – hyppigst cannabis[11]. En undersøkelse fra Oslo viste at 26 prosent av dem som ble innlagt i psykiatrisk akuttavdeling var ruspåvirket ved innleggelsen, de fleste av illegale midler (Mordal et al., 2008).

En tverrsnittsundersøkelse som inkluderte alle norske psykiatriske døgninstitusjoner utført i november 2003, viste at 9 prosent av innlagte pasienter hadde rus som hoved- eller bidiagnose (Hagen and Ruud, 2004,Gråwe and Ruud, 2006). Nesten halvparten av disse ROP-pasientene var under 30 år og det var 20 prosent flere menn enn kvinner som misbrukte alkohol eller narkotika. Nesten halvparten av ROP-pasientene i døgnbehandling hadde en schizofrenidiagnose.

En tverrsnittsundersøkelse av voksne i alle typer norske psykiatriske poliklinikker utført av SINTEF i 2004 viste at 11 prosent av pasientene hadde rusdiagnose enten som hoveddiagnose eller som bidiagnose. Andelen var høyere blant yngre pasienter og blant menn (Gråwe and Ruud, 2006). Praksis er forskjellig mellom ulike DPS. Noen steder behandles pasientene på vanlig psykiatrisk poliklinikk dersom de har samtidige rusproblemer. Andre henviser pasienter med rusproblemer til ruspoliklinikker også når de har samtidig psykisk lidelse. Dette kan være årsak til nokså ulik andel registrerte pasienter i poliklinikkene (Statens helsetilsyn, 2000a). Sannsynligvis tyder disse funnene på at det er en underdiagnostisering av ROP-lidelser.

10 Noen nasjonale kliniske SINTEF-studier er basert på rapporterte diagnoser (Gråwe 2006. Hagen 1997). Andre er basert på mindre kliniske utvalg med bruk av standardiserte diagnoseverktøy (Helseth et al., 2005a,Øydna, 2006,Larsen et al., 2006), Møller 2004, Vaaler 2006).

Blant pasienter med psykose varierer forekomsten av ruslidelser fra 14 prosent til 44 prosent i ulike deler av helseapparatet (Gråwe et al. 1996, Hagen et al. 1994, Larsen et al. 2006, Møller og Linaker 2004). En studie av pasienter som var innlagt ved psykiatrisk sykehus med mistanke om psykose viste at 54 prosent hadde ruset seg på alkohol, benzodiazepiner, opioidanalgetika eller illegale rusmidler i måneden før innleggelsen (Helseth 2004). I en annen studie viste urin- og blodprøver bruk av vanedannende medikamenter hos 47 prosent, alkohol hos 8 prosent og illegale rusmidler hos 36 prosent ved innleggelse i psykiatrisk sykehus i Oslo .

11 Det var i denne undersøkelsen svært godt samsvar mellom det pasientene rapporterte om rusinntak, og det man fant ved urinprøver (Helseth et al., 2005b). I en annen undersøkelse av pasienter innlagt i psykiatrisk akuttavdeling i Trondheim fant man at 82 prosent av pasientene hadde brukt rusmidler før innleggelsen. Andelen som kunne diagnostiseres med ruslidelse var 49,5 prosent hos mennene og 16,4 prosent hos kvinnene (Flovig et al., 2008). Denne undersøkelsen viste også at pasientene med ruslidelse hadde raskere tilfriskning og kortere opphold enn de andre (Vaaler et al., 2006)

## 3.3 Forekomst av psykiske lidelser i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

I TSB er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon[12].

I Norge er det gjennomført få studier innen TSB der rusbehandling på en systematisk måte har kartlagt symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser. De få studiene som finnes, viser høy forekomst og samsvarer med hva man finner i studier fra Europa og USA (Landheim et al., 2002b,Landheim et al., 2003), *Lauritzen et al. 1997, Melberg et al. 2003, Ravndal 1998)*.

ROP-undersøkelsen i Hedmark og Oppland registrerte symptomlidelser ved bruk av standardiserte diagnostiske verktøy og fant at pasienter som burde vært til behandling i russektoren har en høy livstidsforekomst, særlig av agorafobi (48 prosent), sosial fobi (47 prosent) og depresjon (44 prosent) (Landheim et al., 2002b). To tredjedeler av disse lidelsene debuterte minst ett år før en ruslidelse (Bakken et al., 2003). De fant også at 40 prosent av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern.

Et problem for forekomstforskning i TSB er at det rutinemessig ikke settes psykiatriske diagnoser.

## 3.4 Forekomst av ROP-lidelser i primærhelsetjenesten og hos mottakere av sosialhjelp

Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og at ca. 40 prosent av dem, dvs. om lag 50 000 personer, kan ha rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer (SINTEF,2004).

I en undersøkelse utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten rettet mot saksbehandlere ved sosialkontorene, fant man at 80 prosent av de spurte ved sosialkontorene mente den største utfordringen i sosialtjenesten var hvordan en skal hjelpe klienter som samtidig har rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser (Innvær et al., 2005).

## 3.5 Forekomst av ROP-lidelser blant bostedsløse

En betydelig andel bostedsløse har sannsynligvis ROP-lidelser. Kartlegging[13] viser at det i 2008 var registrert 6100 bostedsløse. Kartleggingen viste også at bostedsløshet i stor grad er et storbyfenomen. Om lag 60 prosent av de bostedsløse har rusmiddelproblemer og 32 prosent har psykisk sykdom. (Omkring 25 prosent hadde kombinasjon av rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse. Det siste er opplysninger fra 2005).

12 Studier av pasienter som mottar behandling i russektoren viser varierende tall for forekomst av psykiske lidelser. De vanligste lidelsene er angst (8 - 66 prosent, median 38 prosent), depresjon (16 - 44 prosent, median 30 prosent) og personlighetsforstyrrelser (11 - 100 prosent, median 61 prosent. Den store variasjonen skyldes sannsynligvis ulike undersøkelsesmetoder.

13 Norges byggforskningsinstitutt (Byggforsk) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har gjort studier av bostedsløse i Norge i 1996, 2003, 2005 (Hansen et al., 2006) og 2008.

## 3.6 Forekomst av ROP- lidelser blant innsatte i fengsel

Omfanget av ruslidelser er høyt blant straffedømte i vestlige land – Norge inkludert. Over halvparten av innsatte har alvorlig rusmiddelmisbruk (Friestad and Hansen, 2004). Det er også vist høy andel med psykisk lidelse og spesielt alvorlig personlighetsforstyrrelse blant innsatte i fengsel (Gamman and Linaker, 2000b,Langeveld and Melhus, 2004a). I USA og Storbritannia er det funnet at fengselsinnsatte har to til fire ganger oftere psykotiske lidelser og alvorlig depresjon enn normalbefolkningen, og ti ganger oftere antisosiale personlighetstrekk (Fazel and Danesh, 2002). En studie av Friestad og Kjelsberg, 2009 viser høy forekomst av AD/HD og personlighetsforstyrrelser. Hammerlin og Kristoffersen, 1998 viser at mange innsatte har angstproblemer. Rasmussen, Almvik og Levander, 2001 viser også til høy forekomst av AD/HD.

## 3.7 Forekomst av ROP- lidelser når personer begår voldelige handlinger/drap

Det er ofte en sammenheng mellom ruslidelser og både vold og drap. De fleste undersøkelser av vold eller drap har kommet frem til at ruslidelser er den psykiske helsefaktoren som er viktigst, ved siden av en antisosial personlighetsforstyrrelse i henhold til ICD-10. Bruk av alkohol er relatert til en større andel av alvorlige voldshendelser og drap enn andre rusmidler. Pasienter med psykotiske lidelser har en tendens til å få en lett forverring av sin tilstand av tilsynelatende beskjedne inntak av rusmidler, men om dette øker faren for utøvelse av vold, er uklart. Det kan imidlertid slås fast at svært mange drap begått av psykisk syke er rusrelaterte. I NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009 vises det til totalt 38 prosent (49 av 129 gjerningspersoner) som hadde én eller flere diagnoser innen rusområdet. Dette inkluderte ni personer med rusutløst psykose hvorav fem også hadde en alvorlig psykisk lidelse.

## 3.8 Forekomst og særtrekk i de viktigste sykdomsgruppene

I tillegg til personer med alvorlige ruslidelser, er det syv pasientmålgrupper som har stor sannsynlighet for samtidige lidelser. Det er personer med:

- bipolar lidelse
- schizofreni
- angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- depresjon
- personlighetsforstyrrelser
- hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
- spiseforstyrrelser

Eksempelvis foreligger det en rekke undersøkelser som viser at pasienter med bipolar lidelse eller schizofreni oftere misbruker rusmidler enn personer med andre psykiske lidelser. En undersøkelse fra Oslo viste at pasienter med stabil schizofreni eller bipolar lidelse hadde 44 prosent høyere andel med livstidsforekomst av illegalt rusmiddelbruk enn en kontrollgruppe. Spesielt var bruken av sentralstimulerende legemidler høy blant pasienter med schizofreni (Ringen et al., 2008).

De viktigste psykiatriske diagnosene og hvilke særtrekk som knyttes til samtidig rusbruk, er kort beskrevet i dette kapitlet.

### 3.8.1 Bipolare lidelser og ruslidelser

Bipolare lidelser innebærer stemningssvingninger, dels oppstemthet som ved mani og hypomani, dels nedstemthet som ved depresjon. Svingningene kan være store som ved bipolar lidelse type I (der de maniske episodene kan innebære psykose) eller litt mindre omfattende som ved bipolar lidelse type II (der de oppstemte periodene er noe mildere og ikke psykotiske). Det kan også være blandede episoder preget av høyt aktivitetsnivå, men samtidig nedsatt stemningsleie og andre symptomer på depresjon. Svingningene kan variere i grad, varighet og hyppighet. Hos noen er det svært raske svingninger, og det kan da være en vanskelig grenseoppgang til diagnosen emosjonelt ustabil personlighets-forstyrrelse.

Stemningssvingninger er også vanlig hos personer som ruser seg og i perioden etter et rusmiddelmisbruk. Å skille stemningssvingninger som er utløst av rusinntak fra svingninger som skyldes en bipolar lidelse, kan være svært krevende.

Bipolar lidelse type II er ofte vanskelig å avdekke fordi de maniske episodene er mindre uttalte og kan oppleves som behagelige av pasienten selv. Her kan imidlertid behandling av den psykiatriske grunnlidelsen ha stor betydning for forløpet.

### 3.8.2 Schizofreni og schizofrenilignende psykoser og ruslidelser

Innenfor ICD-10 hører disse pasientgruppene til i kapittel F20-29. Lidelsene kan ofte utløses, vedlikeholdes og forverres ved bruk av rusmidler, men symptomene blir ikke helt borte, selv uten rusmiddelinntak. Akutte og forbigående psykoser (F23) hører likevel ikke med til blant de alvorlige psykiske lidelsene fordi psykosen har kort varighet og derfor ikke fører til så stor innvirkning på funksjonsnivået over tid.

Personer som bruker rusmidler kan også få psykotiske symptomer under eller kort tid etter inntak av rusmidler (F1x.5). Dette gjelder spesielt ved bruk av sentralstimulerende midler, cannabis og hallusinogener, men også andre rusmidler. Episoder med slike symptomer er ofte preget av paranoide vrangforestillinger, og de er vanligvis kortvarige (fra noen dager til noen uker er vanligst). Gjentatte episoder med psykose som er utløst av rusmidler, kan forårsake betydelig funksjonsnedsettelse. Gjentatte psykoser kan sannsynligvis gi langvarige nevrologiske skadevirkninger.

Det kan være vanskelig å diagnostisere om det dreier seg om stoffutløst psykose (F12.5) eller schizofreni utløst av eller forverret av rusmiddelbruk. Dette gjelder spesielt blant personer med kronisk bruk av cannabis (Arendt et al., 2005b), sentralstimulerende midler eller hallusinogener og som samtidig har symptomer forenlig med schizofreni. Det er også mulig at tidlig bruk av cannabis hos enkelte disponerte personer kan føre til økt risiko for å utvikle schizofreni (Zammit et al., 2002,Andreasson et al., 1989,Hajos et al., 2008,Moore et al., 2007,Semple et al., 2005).

### 3.8.3 Angstlidelser og ruslidelser

Angstlidelser er ofte til stede hos personer som behandles for rusmisbruk (Bakken et al., 2005,Landheim et al., 2002a). Tilsvarende er forekomsten av ruslidelse høy hos personer som er under behandling for angstlidelser i psykisk helsevern. Angstlidelsene dekker et stort spekter når det gjelder alvorlighet, fra lette spesifikke fobier uten stor betydning til invalidiserende alvorlig angst som reduserer viktige funksjoner og livskvalitet.

I en norsk befolkningsstudie ble det funnet at redusert livskvalitet hadde sammenheng med sosial fobi, panikklidelse og generalisert angstlidelse, mens enkle fobier, tvangslidelse og agorafobi hadde noe mindre betydning for livskvaliteten. (Cramer et al., 2005).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hører også med blant angstlidelsene og forekommer ofte hos personer med ruslidelse (Landheim et al., 2002a, Mueser et al., 2004). PTSD hos rusmiddelmisbrukere er sannsynligvis underdiagnostisert.

### 3.8.4 Depresjon og ruslidelser

Alvorlig depresjon uten psykose er vanlig blant personer som behandles for ruslidelse (Landheim et al., 2002a). Hos mange blir depresjonen bedre i løpet av behandlingen, men det gjenstår en gruppe som fortsatt har depresjon også etter lengre tids rusfrihet. Det er viktig at disse pasientene mottar spesifikk behandling for sin depresjon (Ravndal and Vaglum, 1994).

### 3.8.5 Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser

Personlighetsforstyrrelser omhandler varige dysfunksjonelle personlighetstrekk som kan føre til alvorlige problemer både for den enkelte og for personer i omgivelsene.

Til de alvorlige personlighetsforstyrrelsene er det vanlig å regne paranoide, schizoide, antisosiale og emosjonelt ustabile. Som ved andre psykiske lidelser, er det stor variasjon når det gjelder grad av forstyrrelse og funksjonsnivå. En mindre gruppe anses å ha en alvorlig psykisk lidelse, men de fleste vil ha en noe mindre alvorlig psykisk lidelse.

Aktivt rusmiddelmisbruk kan gi handlingsmønstre som ses ved en personlighetsforstyrrelse. Samtidig kan slike primære mønstre forsterkes av bruk av rusmidler.

### 3.8.6 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og ruslidelser

Hyperkinetisk forstyrrelse dreier seg om vedvarende problemer oppstått i tidlige barneår. I ICD-10 skilles det mellom forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet, hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, andre spesifikke hyperkinetiske atferdsforstyrrelser og uspesifikk hyperkinetisk atferdsforstyrrelse.Tilstanden samsvarer stort sett med den mer kjente betegnelsen i DSM-IV: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD).

Kjernesymptomene kan deles inn i tre hovedgrupper:
1. Konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetssvikt
2. Hyperaktivitet
3. Impulsivitet

Forekomsten er klart høyere i populasjoner med kjent ruslidelse enn i normalbefolkningen. Prevalensen i fengselspopulasjoner synes å være spesielt høy (Rasmussen et al., 2001,Rosler et al., 2004a).

### 3.8.7 Spiseforstyrrelser og ruslidelser

Alvorlige spiseforstyrrelser kan være forbundet med økt risiko for rusmiddelmisbruk. Dette synes å være vanligst for personer som har episoder med oppkast, overspising eller begge deler, det vil si bulimi eller overspisingslidelse (Nøkleby and Lauritzen, 2006). Anorexia nervosa kan ved uttalt vekttap være livstruende og regnes da som en alvorlig psykisk lidelse i den forstand at det kan gi grunnlag for tvungen behandling.

På bakgrunn av internasjonal forskning anslo Statens helsetilsyn i 2000 en prevalens for anorexia nervosa blant voksne kvinner i Norge mellom 0,2 og 0,4 prosent. Forekomsten av bulimi antas å ligge på 1-2 prosent for voksne kvinner, mens patologisk overspising ser ut til å ligge på mellom 1,5 og 3,2 prosent for kvinner i alderen 15-25 år.

Ny retningslinjer om utredning og behandling av alvorlig spiseforstyrrelse er under utarbeidelse.

### 3.8.8 En kort oppsummering

Flere utenlandske og norske studier viser høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er i behandling i psykisk helsevern.

Størst er forekomsten i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (ca 40-60 prosent).

Innen TSB er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon.

Sosialtjenesten mener at deres største utfordring er å hjelpe klienter som har samtidig rus- og psykiske lidelser.

Over 50 prosent av innsatte i fengsel har et rusmiddelmisbruk. Det er høyere forekomst av personlighetsforstyrrelser, alvorlig depresjon, AD/HD og psykotiske lidelser blant innsatte i fengsel enn i normalbefolkningen.

# 4 Etikk og juridiske aspekter

## 4.1 Grunnleggende etiske forhold

Tjenesteytere på ulike nivåer har alle et selvstendig ansvar for at de gjennomfører arbeidet i tråd med lovverket og i tråd med faglige og etiske retningslinjer. Helsepersonell har en plikt til å yte faglig forsvarlig helsehjelp[14]. Denne retningslinjen er ment som et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Oppfølging og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse gir grunnlag for en rekke overveielser av etisk karakter. Respekt for brukeren og pasientens autonomi, selvbestemmelse og brukermedvirkning er vektlagt i helsetjenesten og helselovgivningen. Eksempel på dette er pasientens rett til å samtykke og rett til medvirkning og informasjon når han/hun mottar helsehjelp.

Den norske stat er forpliktet til å respektere og sikre menneskerettighetene og å styrke deres stilling i norsk rett[15].

Å vise respekt er et sentralt utgangspunkt for kontakt mellom alle mennesker – også når disse har en ROP-lidelse. Slik respekt er en forutsetning for etablering av gode relasjoner. Det er viktig å se medmennesker og ikke bare diagnoser.

Vi vet noe om hva som hjelper og hva som ikke hjelper i behandling av personer med ROP-lidelse. Det er et viktig etisk anliggende for alle tjenesteytere å holde seg godt informert om dette, og i praksis bruke metoder og tilstrebe holdninger som har vist seg virksomme. Det ligger i dette også et ansvar for forvaltning av de midlene som er tilgjengelige for behandling og tiltak. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke medfører unødvendig tidstap eller utgift[16].

Behandlere vil ofte komme i et nært forhold til sårbare mennesker. Taushetsplikten setter klare begrensninger for håndtering av de opplysningene man blir kjent med gjennom pasientkontakt[17]. Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt. Behandlerne skal derfor hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger. Det er også forbud mot urettmessig å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger. Pasientene har en rett til vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger. Unntak fra taushetsplikten gjelder når det er nødvendig å avverge alvorlig skade på person eller eiendom, jf. helsepersonelloven § 31. Når helsepersonell har foretatt en voldsrisikovurdering og finner risiko for voldelige handlinger, skal politiet varsles, for eksempel i forbindelse med utskriving, permisjon, uteblivelse eller rømming fra en døgninstitusjon.

14 Jf. lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven) § 4.

15 Internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, Grunnloven § 110 c og lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 nr. 30 (menneskerettsloven)

16 Jf. helsepersonelloven § 6

17 Helsepersonelloven Kapittel 5: Taushetsplikt og opplysningsrett, se særlig §§ 21 og 21a. Se også pasientrettighetsloven § 3-6 om pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger

## 4.2 Etiske dilemmaer

På noen områder er det motsetninger mellom ulike etiske hensyn. Det gjelder spesielt der prinsippene om brukermedvirkning og selvbestemmelse kan komme i konflikt med andre hensyn. Håndtering av noen slike dilemmaer er lovregulert, andre er det ikke. I den praktiske hverdag vil det i begge tilfelle oftest være rom for skjønnsmessige etiske overveielser.

Det er en klar hovedregel at helsehjelpen som blir gitt, skal være basert på pasientens frie og informerte samtykke, jf. blant annet Europarådskonvensjonen (EMK) om menneskerettigheter og biomedisin artikkel 5. Unntak fra dette samtykkeprinsippet må være begrunnet og lovhjemlet. EMK, artikkel 5 gir føringer om hvilke inngrep myndighetene kan gjennomføre med tvang. Å unnlate å gi helsehjelp kan i følge EMK, artikkel 3 innebære at pasienten blir utsatt for umenneskelig eller nedverdigende behandling.

### 4.2.1 Tilbakehold uten samtykke/ behandling uten samtykke

Frivillig behandling som bygger på samtykke fra pasienten er hovedregelen for all behandling[18]. Unntak fra samtykkeprinsippet må være begrunnet og lovhjemlet. Relevante lovhjemler finnes både i helse- og omsorgstjenesteloven[19], psykisk helsevernloven og barnevernloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 regulerer tvangsinntak og tilbakehold i rusinstitusjon uten samtykke. Bestemmelsen omfatter først og fremst de misbrukere som er så «nedkjørte» at de vanskelig kan ta standpunkt til et behandlingsopplegg. Utgangspunktet er frivillig behandling. Loven forutsetter derfor at adgangen til å plassere en person med rusmiddelproblemer i institusjon med tvang bare gjelder i de tilfellene vedkommende har fått tilbud om opphold i institusjon og har avslått tilbudet eller ikke er i stand til å ta stilling til det. Hvis det blir truffet et tvangsvedtak med hjemmel i denne bestemmelsen, innebærer det at personen kan føres til institusjonen, eventuelt med bistand fra politiet, og at vedkommende kan hentes tilbake hvis han eller hun forlater institusjonen.

Helse- og omsorgstjenestelovens tvangsregler gir ikke hjemmel for særlige tvangsbehandlingstiltak, for eksempel tvangsmedisinering. Tvangen består i at personen med rusmiddelproblemer kan holdes tilbake i institusjonen mot sin vilje i opptil tre måneder. Følgende vilkår må være oppfylt for at en person skal kunne tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling:

- Rusmiddelmisbrukeren må ved sitt misbruk «utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare»
- Misbruket må være «omfattende og vedvarende»
- Hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

Samtlige av de vilkårene som framgår av § 10-2 må være oppfylt, og bestemmelsen gir bare en mulighet til å bruke tvang. Spørsmålet om bestemmelsen bør brukes, vil avhenge av de konkrete omstendighetene. I tillegg må saksbehandlingsreglene være oppfylt for at et vedtak om bruk av tvang skal være gyldig. Vedtak etter denne bestemmelsen, kan bare

18 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

19 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft 1.1.2012. Loven erstatter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven

settes i verk dersom institusjonen «faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen».

Særlig om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere: Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kan det vedtas at en gravid rusmiddelmisbruker kan holdes tilbake i institusjon. Dette kan gjelde i hele svangerskapet. Følgende vilkår må være oppfylt:

- misbruket må være av en slik art at det er «overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade»
- hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig

I § 10-3 andre ledd er det presisert at inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, og at det under oppholdet skal legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. I tillegg er det i tredje ledd bestemt at kommunen, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned skal vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Når det gjelder behandling av psykisk lidelse, reguleres *tvungen* behandling i psykisk helsevernlovens kapittel 3. Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr 3 inneholder det såkalte hovedvilkåret for tvungent psykisk helsevern, nemlig at det må foreligge en «alvorlig sinnslidelse». Begrepet er et rettslig uttrykk som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. I utgangspunktet har hovedvilkåret nær tilknytning til psykosene, men også enkelte andre tilstander vil kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Man vil da måtte foreta en helhetsvurdering, hvor ikke bare sykdomstilstanden, men også de utslagene den får må tillegges stor vekt[20].

Misbruk av rusmidler kan medføre bevissthetsmessig endring. For noen vil denne endringen være så vesentlig at tilstanden vil kunne falle inn under betegnelsen «alvorlig sinnslidelse». Når rusmiddelmisbruket utløser psykotiske symptomer, vil dette kunne medføre at lovens krav om «alvorlig sinnslidelse» er oppfylt.

Det kan være vanskelig å vurdere om det kan sies å foreligge psykotiske symptomer hos en ruspåvirket person. Resultatet vil kunne være avgjørende i forhold til om det kan etableres tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern. Er det tvil om hovedvilkåret er oppfylt, kan det være aktuelt med «tvungen observasjon» (psykisk helsevernloven § 3-2) dersom det er «overveiende sannsynlig» (sannsynlighetsovervekt) for at bl.a. hovedvilkåret er oppfylt. Dersom hovedvilkåret ikke er oppfylt (og det ikke er sannsynlighetsovervekt for det), kan det ikke anvendes tvang overfor ruspåvirkede personer etter bestemmelsene i psykisk helsevernloven. Pasienter kan da tas imot på frivillig grunnlag dersom pasienten ønsker det, og det er nødvendig med avrusning i egnet institusjon.

Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker. Dette gjelder enten institusjonen kjenner den psykiatriske historien til vedkommende, eller ikke.

20 Dette følger av forarbeidene til psykisk helsevernloven Ot. prp. nr. 11(1998-99) s. 154

Tvungent psykisk helsevern forutsetter altså at vilkåret «alvorlig sinnslidelse» er oppfylt. Videre oppstilles følgende tilleggsvilkår i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd:

Etablering av tvungent psykisk helsevern må være nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten får sin «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert», eller «i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret», eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. For det andre må frivillig psykisk helsevern enten være forsøkt eller det må anses som åpenbart formålsløst å forsøke dette. For det tredje må det foretas en rimelighets- og hensiktsmessighetsvurdering av hva som anses som beste løsning for pasienten.

### 4.2.2 Når samtidig ruslidelse og psykisk lidelse påvirker andre

Behandlere kan komme i lojalitetskonflikt mellom pasientens ønsker på den ene siden og hensynet til pasientens helse, hensynet til fare for andre, eller hensynet til barn på den andre siden. Psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernsloven regulerer slike forhold. Barnevernloven er tydelig på at barnets behov skal gå foran den voksnes behov når ulike behov veies mot hverandre. Når det gjelder behandling tar man alltid utgangspunkt i pasientens egen behandlingsmotivasjon og opplevelse av en situasjon. I noen tilfeller vil imidlertid dette prinsippet måtte vike, for eksempel av hensyn til barnets beste.

### 4.2.3 Behov for grensesetting og kontinuitet i behandling

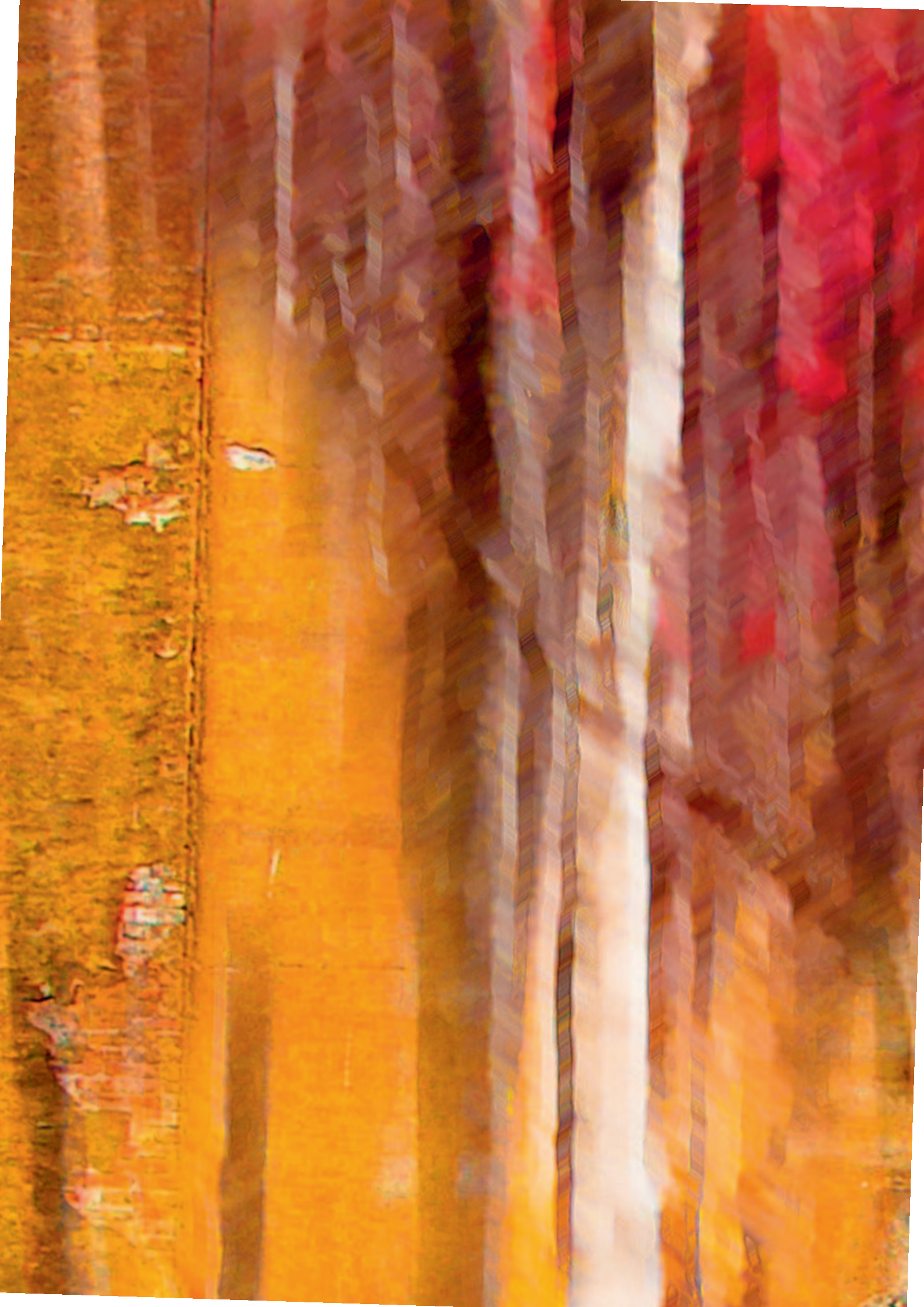
I behandlingssituasjoner kan det være behov for grensesetting mot uønsket atferd i behandlingsinstitusjoner i forbindelse med rusmiddelbruk og andre typer handlinger med negativ innvirkning for andre. For å styrke grensesettingen har man tradisjonelt brukt utskriving, noe som i praksis innebærer et brått brudd på et behandlingsopphold. Slike behandlingsavbrudd kan være svært uheldige fordi kontinuitet er viktig. Behandlingsmessig er det problematisk å skrive ut pasienter fordi de viser symptomer på egen lidelse. Det er derfor nødvendig å planlegge alternative tiltak for unngå brudd i behandlingen. Slike tiltak bør ta utgangspunkt i dialog med pasienten, forankres i ansvarsgruppen og tydeliggjøres i kriseplan og individuell plan. Dersom en utskrivning fra institusjon likevel iverksettes bør denne være tidsbegrenset, og det må sørges for god oppfølging også i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen, jf. anbefaling 44.





# Del 2

## Anbefalinger om brukermedvirkning, utredning, behandling og oppfølging, roller og ansvar og implementering



# 5 Brukermedvirkning og pårørende

## 5.1 Brukermedvirkning

Overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå). Brukermedvirkning er viktig ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. Behandlingen bør derfor innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg (anbefaling 1).

Brukeren har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin situasjon og innholdet i den tjenesten som skal ytes. Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde (anbefaling 2).

Brukermedvirkning kan bidra til bedre planlegging, utforming og drift av tjenestetilbud. Sosial- og helsedirektoratet ga i 2006 ut veilederen «Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet», IS-1315 [21]. Brukermedvirkning reguleres ulike steder i lovgivningen,[22] særlig i pasient- og brukerrettighetsloven og i lover som gjelder tjenesteutøveres plikter. Spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten og primærhelsetjenesten har alle en selvstendig plikt til å informere om og igangsette individuell plan, som er personens egen plan for behandlingen.

I den psykososiale behandlingsmetoden «motiverende samtale» eller «endringsfokusert rådgivning» fremheves viktigheten av å etablere en arbeidsallianse på brukers egne premisser. Det er viktig at tjenesteytere dyktiggjør brukeren til å ta beslutninger gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av de ulike alternativene og slik bidra til at de ulike alternativene kan veies opp mot hverandre. Bruk av individuell plan fremmer slik praksis[23].

For personer med ROP-lidelser bør man utvikle individuell plan som et middel til å styrke brukermedvirkning (anbefaling 3). I tillegg vil det være et stort behov for å utarbeide en behandlingsplan med målsettinger i samarbeid med personen den gjelder (anbefaling 4)

21 Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf

22 Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasient-og brukerrettighetsloven) kap. 3, jf. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 (psykisk helsevernloven) § 1-5. Se også forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 nr. 1731 § 4 bokstav e.

23 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen av 23.12.2004 nr. 1837 (Forskrift om individuell plan).. Tipshefte om individuell plan IS-1544 og veileder til forskrift om individuell plan IS-1253NY, finner du på www.helsedirektoratet.no

## 5.2 Pårørende

Pårørende[24] kan være en viktig ressurs i utredning og behandling. Mange er sentrale omsorgspersoner med betydelig kjennskap til og kunnskap om personen som er syk. Undersøkelser viser at involvering av pårørende kan medvirke til å redusere faren for tilbakefall (Baucom, et al. 1998; Dixon & Lehman, 1995; Pitschel-Walz, et al. 2001), og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende; Lehman, et al. 2004. Pårørende er gitt rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven[25].

Når forholdet mellom bruker og pårørende er vanskelig, kan tjenesteytere vurdere om de kan bidra til å bedre situasjonen for å sørge for så god kommunikasjon og så godt samarbeid som mulig. Det er som hovedregel ikke god praksis å utelate pårørende fra behandlingen selv om brukeren ønsker det, men det er viktig å følge pasientens ønske. Pårørende kan ha ulike roller, som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som del av brukerens nærmiljø, som brukerens representant. I tillegg er de personer med egne helsebehov. De vil ofte ha flere roller samtidig. Rollen til den enkelte pårørende har betydning for hvordan de kan involveres.

Dersom en pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pårørende blant annet rett til å medvirke sammen med pasienten og til å få tilfredsstillende informasjon[26]. Pårørende kan spille en viktig rolle både i utviklingen, oppfølgingen og revideringen av individuelle plan. De kan supplere beskrivelser, synliggjøre ressurser, bistå med å sette mål, finne egne tiltak, og medvirke til at planen og metodene korrigeres. Pårørende fanger ofte opp endringer hos brukeren som er viktige for å korrigere tilbudet slik at det tilpasses den enkeltes behov. Hvis pårørende har klare oppgaver overfor bruker, bør det komme fram i den individuelle planen. Pårørende bør i så fall få kopi av planen når brukeren samtykker til dette. For noen kan det være hensiktsmessig å inkludere pårørende i ansvarsgruppe.

Det vises til veilederen «Pårørende – en ressurs», IS-1512, en veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester som ble utgitt av Helsedirektoratet i oktober 2008.

Rundskriv IS-5/2010 «Barn som pårørende»[27] beskriver rettighetene til barn av foreldre som er syke eller ruser seg. Ansatte som oppdager at en person i behandling har ansvar for barn, har plikt til å gi informasjon til barnet og sørge for at barnet får den hjelpen det har behov for.

Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det (anbefaling 5). Mulighet for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig i behandlingsforløpet (anbefaling 6). Dette gjelder når komparentopplysninger skal innhentes i utredningen/behandlingen. Nære pårørende (voksne og barn) bør dessuten kartlegges med tanke på egne hjelpebehov og få tilbud om nødvendige støttetilbud uavhengig av behovene til den enkelte brukeren (anbefaling 7).

24 Nærmeste pårørende er i utgangspunktet den som pasienten selv oppgir som pårørende, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, bokstav b.

25 Se pasient- og brukerrettighetsloven: Pårørendes rett til å medvirke, jf. § 3-1 tredje ledd Pårørendes rett til informasjon, jf. § 3-3

26 Jf. pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3

27 Barns rettigheter er også ivaretatt gjennom helsepersonelloven §10 og § 25, tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.

Tjenesteyter skal gi informasjon om tjenestetilbudet til pasienter og pårørende (for eksempel serviceerklæringer) (anbefaling 8)).

| | Grad | Anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende | Evidensnivå |
|---|---|---|---|
| 1 | | Behandlingen bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg | |
| 2 | | Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde | |
| 3 | | Individuell plan bør utvikles for den enkelte som et middel til brukermedvirkning | |
| 4 | | Behandlingsplan og målsetting om behandling skal utarbeides i samarbeid med brukeren | |
| 5 | | Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det | |
| 6 | | Mulighet for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig i behandlingsforløpet | |
| 7 | | Nære pårørende (voksne og barn) bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov og få tilbud om nødvendige støttetilbud uavhengig av behovene til den enkelte bruker | |
| 8 | | Tjenesteyter skal gi informasjon om tjenestetilbud til bruker og pårørende (for eksempel serviceerklæringer) | |

# 6 Utredning

## 6.1 Definisjon av utredning

Utredning er å belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte. Utredning kan innebære et bredt spekter av metoder som bruk av vanlige samtaler og observasjon av atferd på den ene siden og systematiske diagnostiske intervjuer og nevropsykologisk utredning på den andre siden. Utredning inneholder både kartlegging og diagnostisering.

Å kartlegge er å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som er hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon.

Diagnoseverktøy har som formål både å identifisere og utelukke diagnoser. De vanligste diagnoseverktøyene i bruk for å identifisere psykiske lidelser eller ruslidelser er basert på oppfyllelse av bestemte sett av kriterier som er spesifikke for den enkelte diagnosen. Det gjelder både i sykdomsklassifiseringen til Verdens helseorganisasjon (WHO) International Classification of Diseases (ICD) og i det amerikanske psykiatriske diagnosesystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

I klinisk praksis er ICD-systemet pålagt brukt i Norge, mens DSM ofte brukes i forbindelse med forskning. Disse diagnosesystemene er i hovedsak nokså like. Det er viktig at helsepersonell også har noe kjennskap til DSM-systemet for å forstå internasjonal forsknings- og behandlingslitteratur.

Anbefalingene om kartlegging er basert både på ekspertkunnskap og kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om kartleggingsverktøy for screening og diagnostisk utredning av personer som kan ha ROP-lidelser (vedlegg 2).

I retningslinjene bruker vi begrepet kartleggingsverktøy i stedet for screeningverktøy. Screening brukes hovedsakelig om undersøkelser i større befolkningsgrupper.

## 6.2 Forhold som er viktige for utredning

Spesialisthelsetjeneste, kommune og NAV må om nødvendig aktivt bruke personenes arena for å gjennomføre utredning (anbefaling 9). En slik arena kan være der personen bor, oppholder seg én dag eller flere dager i uken osv.

Det må være et godt forhold preget av gjensidig tillit mellom den som utreder og den som blir utredet. Det vises også til kapittel 7.2 «God terapeutisk relasjon». Det må gis god informasjon om hensiktene med kartlegging og utredning, nytteverdi og resultater[28].

28 Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven kap 3, om rett til medvirkning og informasjon

Kartlegging skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten (anbefaling 10).

Resultatet skal etter samtykke, følge personen for å unngå unødvendige gjentakelser (anbefaling 11). Det vil bidra til å redusere belastningen for pasienten ved å måtte svare på de samme spørsmålene mange ganger. Spesielt er belastningen stor når dette skjer i forbindelse med kriser.

## 6.3 Utredning av personer med ROP-lidelser

Rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser er et samspill mellom biologiske disposisjoner og psykososiale erfaringer. For eksempel kan en psykose være et direkte resultat av rusmiddelbruk, men oppfattes som en ikke-rusutløst psykose. På den annen side kan personer som åpenbart er påvirket av rusmidler, også ha en underliggende psykotisk tilstand som ikke oppdages fordi den kamufleres av rusatferden.

Eksempler på sammenhenger er
- primær ruslidelse og sekundære psykiske problemer
- primær psykisk lidelse og sekundære rusmiddelproblemer
- felles utløsende faktorer
- andre sammenhenger og ulike kombinasjoner

Selv om mange personer med alvorlig ROP-lidelse rapporterer at de psykiske symptomer debuterte før rusmisbruket (Kessler, 2004,Bakken et al., 2003), er det også mange som gir uttrykk for det motsatte. Mange tolker sine symptomer som et resultat av rusmiddelinntak eller abstinens, uten at dette nødvendigvis er tilfelle. I abstinensfasen vil mange ha symptomer på psykiske lidelser, og det blir viktig å skille ut hva som skyldes abstinens og hva som er symptomer på en underliggende psykisk lidelse.

God diagnostisk utredning lettes betydelig ved rusfrihet av en viss varighet, nettopp fordi rusmiddelvirkninger kan forveksles med symptomer på psykisk lidelse.

For eksempel kan
- det være problematisk å skille mellom negative symptomer ved schizofreni versus virkninger av cannabis
- det være vanskelig å skille mellom konsekvenser av rusmiddelbruk og symptom på bipolare lidelser, depresjon og angst
- depresjonsfølelsen bli borte under påvirkning av opioider
- angstsymptomer kamufleres ved bruk av forskjellige rusmidler

I følge en nederlandsk undersøkelse av personer under behandling for alkoholavhengighet synker nivået av angst og depresjon først 4 uker etter avsluttet drikking, for deretter å forbli relativt stabilt. En mindre gruppe på omkring 10 prosent utvikler symptomer på depresjon i løpet av månedene som følger (Driessen et al., 2001).

Ofte er en diagnose foreløpig (tentativ). Resultatet av kartlegging og utredning må tolkes i lys av om pasienten under utredningen brukte rusmidler, hadde abstinensreaksjon eller opplevde uttalt rustrang, jf. anbefaling 80.

Tidligere sykdomshistorie knyttet til psykiatriske symptomer og rusmiddelbruk, samt lengre fravær av rusmiddelbruk, er viktig før man kan konkludere med at det dreier seg om en uavhengig alvorlig psykisk lidelse eller at det er sekundære virkninger av rusmiddelbruken.

## 6.4 Utredning av motivasjon for endring

Mange personer som har rusmiddelproblemer, er ambivalente til å slutte med eller redusere bruken av rusmidler. Dette gjelder også for personer med ROP-lidelser. De kan være i et behandlingsopplegg for sine psykiske vansker, men har lite ønske om å få hjelp for sitt rusmiddelbruk. Det er derfor nødvendig å utrede både ønske om endring og eventuelle motforestillinger. Like viktig er det å kartlegge hvilke endringsforsøk personen har gjort. Motivasjon er imidlertid ikke statisk, men sier noe om hvor en person er i sin egen endringsprosess. Et mål på motivasjon vil kunne endres raskt avhengig av tjenesteyters utforskning av personens ambivalens. Selv om en person ikke er motivert i utgangspunktet, kan behandling føre til økt motivasjon underveis.

For å utrede personers motivasjon og tro på å greie å slutte med rusmidler kan man benytte den norske versjonen av DUDIT-E[29] (for stofflidelser og legemidler) og Alkohol-E[30] (for alkohollidelser).

Utvidet versjon av Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT-E) har 17 spørsmål knyttet til positive aspekter og 17 spørsmål om negative aspekter ved å bruke stoff. De positive spørsmålene graderes i «slett ikke, litt, noe, mye, svært mye». De negative graderes i «aldri, sjeldnere enn en gang i måneden, hver måned, hver uke, daglig eller nesten daglig». I tillegg er det 10 spørsmål om hva personen tenker om det å bruke stoff (skåres 'slett ikke, delvis, ja helt'). Det samme gjelder for Alchol-E.

Det anbefales at man kartlegger ulike sider av en persons motivasjon for endring med verktøyene DUDIT-E eller Alkohol-E (anbefaling 12).

## 6.5 Kartlegging av ruslidelse blant personer med kjent psykisk lidelse

For noen vil relativt små mengder av rusmidler forverre symptomer på alvorlig psykisk lidelse og redusere evnen til å mestre symptomene. Når hjelpeapparatet avdekker psykiske problemer ved kontakt med hjelpeapparatet, må rusmiddelbruk kartlegges (anbefaling 13).

I tillegg til bruk av kartleggingsverktøy kan man spørre pasienten direkte. I de fleste utredninger er klinisk intervju og observasjon den hyppigst anvendte metode. Det er dokumentert

29 Berman, A..H.,Palmstierna, T., Kallmen,H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test—Extended (DUDIT-E): reliability, and motivational index. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 357-369. Berman, A.H., Bergman, H., & Palmstierna, T. (2003) DUDIT-E, the Drug Use Disorder Identification Test-E. Version 1.1. Manual. Stockholm: Karolinskal Institutet.

30 Alkohol-E er overfsatt til norsk.

at pasienter svarer ærlig på spørsmål om bruk av rusmidler dersom de føler seg trygge på at svarene ikke fører til negative reaksjoner (Helseth et al., 2005c).

Kartlegging av ruslidelser gjøres todelt med bruk av egne verktøy for alkohollidelser og for stofflidelser siden det ikke er funnet gode kartleggingsverktøy både for alkohol- og stofflidelser.

| Ruslidelse | Kartleggingsverktøy |
|---|---|
| Alkoholidelse | AUDIT, CAGE |
| Stofflidelse | DUDIT |

Figur 3

CAGE[31] (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) er en kort test med 4 spørsmål. AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) består av 10 spørsmål og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) har 11 spørsmål som er basert på kriteriene i DSM-IV og ICD-10 for risikofylt bruk, misbruk/skadelig bruk eller avhengighet.

### 6.5.1 Kartlegging av alkohollidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse

Kunnskapsoppsummeringen gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har vist gode resultat ved bruk av to tester; CAGE og AUDIT. Begge testene har tilfredsstillende sensitivitet og spesifisitet når det gjelder alkohollidelse hos personer med psykisk lidelse, og begge er egnet til bruk. Begge er korte tester. AUDIT har vist seg å ha noe bedre egenskaper for kartlegging og vil i mange sammenhenger være best egnet. Likevel kan begge testene anbefales til kartlegging av alkohollidelse blant personer med kjent alvorlig psykisk lidelse. Det er også sannsynlig at de egner seg godt til kartlegging av mindre alvorlig psykisk lidelse. Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT (anbefaling 14).

### 6.5.2 Kartlegging av stofflidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse

Gjennomgangen viste at eksisterende kartleggingsverktøy for stofflidelser ikke er tilstrekkelig validert i populasjoner av personer med psykisk lidelse. Det er ikke funnet noen kartleggingsverktøy som har gode testresultater i denne populasjonen. Noen tester er for tiden under utprøving i Norge (DUDIT og DTES[32]). På det nåværende tidspunktet anbefales DUDIT som kartleggingsverktøy for stofflidelse blant personer med kjent psykisk lidelse. Fordi DUDIT er bygget opp på samme måte som AUDIT, antas det at den er enklere å implementere enn andre verktøy. Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT (anbefaling 15).

31 CAGE består for eksempel av følgende 4 spørsmål:
- Har du noen gang tenkt at du burde drikke mindre?
- Har du noen gang ergret deg over at andre kritiserer alkoholbruken din?
- Har du noen gang hatt skyldfølelse på grunn av alkoholbruk?
- Drikker du av og til neste morgen (etter å ha drukket alkohol om kvelden)?

32 DTES: Drug Taking Evaluation Scale gir en rask gradering av pasientens rusmisbruk og funksjon og bygger på vanlige kliniske intervjuer under forutsetning av at disse omfatter rusanamnese

### 6.5.3 Kartlegging med bruk av biologiske tester

En vanlig medisinsk undersøkelse vil i noen tilfeller gi mistanke om rusmiddelmisbruk. Det gjelder spesielt ved bruk av sprøyter eller langvarig bruk av store mengder alkohol. Kartlegging av ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprøve bør vurderes som supplement til annen type screening, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger (anbefaling 16).

Testing av biologisk materiale vil kunne dreie seg om

- testing av alkohol i utåndingsluft, blod eller urin
- testing av andre rusmidler i urin, spytt eller blod. Hår og svette kan også brukes for analyse av rusmidler, men er foreløpig mindre aktuelt.
- andre analyser i blod som kan gi indikasjon på bruk av rusmidler[33]

## 6.6 Kartlegging av psykisk lidelse blant personer med kjent ruslidelse

Personer med kjent ruslidelse er gjerne i kontakt med kommunens sosialtjeneste, NAV og/eller fastlege, samt ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges (anbefaling 17).

### 6.6.1 Kartlegging av psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse

Kartlegging av symptomer på psykose hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med verktøyet ~~MINI~~ **(**Mini International Neuropsychiatric Interview) (anbefaling 18). ~~MINI~~ har screeningspørsmål for hvert diagnoseområde. Dersom spørsmål for en lidelse eller en gruppe lidelser slår ut positivt, må denne eller disse utredes videre. Det er viktig å være klar over at positive svar ikke nødvendigvis innebærer at en diagnose kan settes. ~~Verktøyet MINI Plus har 9 ekstra diagnostiske kriterier sammenlignet med MINI (16+9) og mer detaljerte intervjuspørsmål.~~

MINI 7.0.2 eller ROP-screen [Se begrunnelse for endringene]

### 6.6.2 Kartlegging av ikke-psykotiske lidelser hos personer med kjent ruslidelse

Kartlegging av andre psykiske lidelser enn psykose anbefales gjort med ~~MINI SCREEN~~ (anbefaling 19). ~~MINI SCREEN~~ er nært knyttet til MINI og er et enkelt verktøy beregnet til hjelp i utredningen av psykiske lidelser. Selv om den finnes på norsk og benyttes mye i norsk klinisk praksis, kjenner vi ikke til publiserte valideringsstudier. Når dette verktøyet anbefales, er det derfor med lav styrke i anbefalingen. ~~MINI SCREEN~~ inneholder ikke spørsmål om psykoselidelser.

MINI screen 7.0.2 eller ROP-screen [Se begrunnelse for endringene}

33 - Gamma GT (sensitivitet for alkohollidelse omkring 50 prosent, lavere hos kvinner. Spesifisitet er lav.CDT (= carbohydrat-deficient transferrin), sensitivitet for alkohollidelse omkring 20-60 prosent (lavere hos kvinner). Spesifisitet relativt høy.
- Patologi i følgende prøver kan ses ved redusert leverfunksjon: MCV, bilirubin, INR, TPK. Utslag på slike prøver forutsetter betydelig redusert leverfunksjon, og forandringer er lite spesifikke.
- ALAT kan være forhøyet ved leverbetennelse (hepatitt). Kronisk hepatitt kan blant annet skyldes langvarig alkoholbruk eller infeksjon med hepatitt C virus (HCV) eller hepatitt B virus (HBV), men det kan også skyldes en rekke andre forhold - blant dem overvekt.
- Anti-HCV antistoff (antistoff mot HCV) påvises ved gjennomgått infeksjon. I Skandinavia er injeksjoner i forbindelse med stoffmisbruk nå den dominerende årsak til HCV-infeksjon. Også anti-HBs antistoff (antistoff mot hepatitt B virus) og anti-HAV antistoff (antistoff mot hepatitt A virus) kan skyldes smitte gjennom sprøytebruk, men de kan også skyldes vaksinering eller smitte på andre måter.

### 6.6.3 Kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD hos personer med kjent ruslidelse

Forenklet kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD anbefales gjort med spørsmål fra ~~MINI Plus~~ eller ASRS 6 (anbefaling 20). ASRS 6 (AD/HD Adult Self-Report Scale) har 6 spørsmål. ASRS finnes også i en versjon med 18 spørsmål, men de 6 spørsmålene er funnet tilstrekkelig. ASRS er godkjent av WHO i norsk versjon [34]. ASRS 6 er validert i ulike populasjoner, inkludert ruspopulasjoner. Verktøy for kartlegging og diagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse eller AD/HD ble ikke undersøkt i Kunnskapssenterets undersøkelse.

ROP-screen
[Se begrunnelse for endringen]

### 6.6.4 Kartlegging av angst og depresjon hos personer med kjent ruslidelse

Bruk av SCL (Symptom Check List) vil kunne egne seg til kartlegging av angst og depresjon, og det antas at den korteste versjonen SCL-10 er mest praktisk. Kartlegging av angst og depresjon anbefales gjort ved bruk av ~~SCL-10~~ (anbefaling 21). Den har omtrent like høy validitet når det gjelder angst og depresjon som de lengre utgavene. Verktøyene SCL-10, ~~SCL-25~~ og ~~SCL-90~~ kan brukes for avklaring av opplevd psykisk stress på ulike områder. Verktøyene gir ikke holdepunkter for spesielle psykiatriske diagnoser, men de har vært benyttet som kartleggingsverktøy slik at personer som skårer høyt, bør utredes videre. ~~Validiteten når verktøyet brukes på personer med ruslidelse, er usikker.~~

SCL-10 eller ROP-screen
[Se begrunnelse for endringene]

SCL-90-R
[Se begrunnelse for endringen]

- Validiteten til SCL-10 for kartlegging av personer med ruslidelser usikker, mens ROP-screen er prøvd i ruspopulasjon med gode resultater. [Se begrunnelse for endringen]

## 6.7 Kartlegging av ROP- lidelser på ulike arenaer /i ulike populasjoner

Oppsummert viser undersøkelsene at omfanget av ROP-lidelser er stort innenfor TSB og psykisk helsevern – spesielt i akuttavdelinger, rehabiliteringsavdelinger og sikkerhetsavdelinger. Det gjelder også blant innsatte i fengsel og blant personer uten fast bopel. Vi vet noe mindre om personer med ROP-lidelser som er klienter ved NAV, samt innen allmennmedisin. Grupper av personer som det er særlig aktuelt å kartlegge med hensyn til psykisk lidelse (utenfor psykisk helsevern) er personer med kjente rusmiddelproblemer, personer som behandles innenfor TSB, samt personer som er innsatt i fengsel (jf. Kapittel 3.6 «Forekomst av ruslidelse blant innsatte i fengsel»).

## 6.8 Utredning av somatiske forhold

Rusmiddelmisbruk er ofte forbundet med dårlig somatiske helse. God somatisk helse kan være en av faktorene som kan bidra til bedring. Selv om somatisk utredning er en selvfølge, er det likevel viktig å ha særlig oppmerksomhet rettet mot de sykdommene eller tilstandene personer med ulike typer rusmisbruk er mest utsatt for å få. Somatisk utredning inklusiv utredning av tannhelse skal derfor gjøres (anbefaling 22). Under oppsummeres noen hovedområder som kan ha direkte betydning for psykisk helse.

### 6.8 1 Ernæring

Dårlig ernæring er et undervurdert problem hos personer med alvorlig rusmiddelmisbruk. En undersøkelse av misbrukere i Oslo viste at både misbrukende menn og kvinner spiser mye mindre grønnsaker, brød og frukt, og spiser mer kaker og brus enn normalbefolkningen (Sæland et al., 2002). Samme undersøkelse viste svært lavt inntak av en rekke vitaminer,

34 Se www.hcp.med.harvard.edu.ncs

fiber og protein. Enkelte undersøkelser peker i retning av at kosthold med høyt sukkerinntak og lavt vitamininnhold kan bidra til konsentrasjonsvansker, uro og redusert impulskontroll (Lien et al., 2006 og Gesch et al., 2002). Dårlig tannstatus vil også kunne virke negativt inn på kostholdet.

### 6.8.2 Skader ved langvarig bruk av alkohol

Alkohol er det rusmiddelet som gir flest somatiske skadevirkninger ved langvarig høyt forbruk (Mørland 2003). Blant de viktigste skadevirkninger er

- polynevropati, det vil si skade på nerver i armer og bein som kan føre til dårlig kontroll med gange, nummenhet og prikking og smerter
- skade på nervevev i hjernen som kan føre til Wernickes encephalopati/Korsakoffs psykose, som i hovedsak skyldes mangel på vitamin B1 (thiamin)
- betennelse i spiserøret og kreft i spiserøret, blødning fra spiserøret
- betennelse i magesekken
- leverskade; fettlever, eventuelt utvikling av alkoholisk hepatitt og skrumplever (cirrhose) (omkring 200 dødsfall i Norge årlig som følge av dette)
- betennelse og kreft i bukspyttkjertelen
- muskelskade, inkludert i hjertemuskelen (kardiomyopati)
- høyt blodtrykk - overforbruk av alkohol er en av de viktigste kjente risikofaktorene for høyt blodtrykk
- hjerneslag - høyt alkoholforbruk fører til økt risiko for hjerneslag
- skader i forbindelse med ulykker og voldsutøvelse

### 6.8.3 Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer

Den viktigste kroniske infeksjonen hos norske rusmiddelmisbrukere er hepatitt C virus-infeksjon (HCV-infeksjon). Blant voksne i Oslo med kronisk hepatitt C oppgir 80prosent at de har injisert stoff ved minst én anledning (Dalgard O, Jeansson S, Skaug K et al. Hepatitis C in the general adult population of Oslo: prevalence and clinical spectrum. Scandinavian Journal of Gastroenterology (2003). Alvorlig leversykdom i form av cirrhose (skrumplever) kan utvikles over tid hos mange (større risiko ved stort forbruk av alkohol).

Funn i mange undersøkelser tyder på at rusmiddelmisbrukere som har hepatitt C føler seg litt slappere og er mer nedtrykte enn andre rusmiddelmisbrukere. Enkelte andre undersø-kelser – blant annet en som er gjort i Norge tyder imidlertid på at det avgjørende ikke er om pasienten har hepatitt C, men om vedkommende tror han eller hun har det (Dalgard et al., 2004). Det er derfor en viss usikkerhet knyttet til hvorvidt HCV-infeksjon i seg selv fører til nedsatt livskvalitet, i alle fall de første årene med sykdommen. Det betyr mye for livskvaliteten å vite at man har en kronisk sykdom, selv om langt de fleste ikke vil få noen plager av den.

Personer med pågående eller tidligere sprøytemisbruk utgjør den største gruppen med HCV-infeksjon i Norge, og hos disse må det settes særlig søkelys på sykdommen. Tilgang til rene sprøyter og andre smittevernstiltak har gjort at antallet nye hiv-diagnoser i denne gruppen har vært relativt lavt og stabilt de senere årene.

Hepatitt B finnes også i en kronisk form, men dette utgjør samlet et noe mindre problem for stoffmisbrukere, spesielt fordi det rammer langt færre enn kronisk HCV-infeksjon.

### 6.8.4 Tannhelse

Dårlig tannhelse kan skyldes kombinasjon av dårlig ernæring og munnhygiene, dessuten skadelige virkninger av rusmidler, hvorav noen kan gi munntørrhet.

Personer med rusmiddelproblemer har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen. Erfaringer fra Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester (FUTT) viste at rusmiddelmisbrukere har stort behov for tannbehandling. Det ble gitt tilbakemelding om at rusmiddelmisbrukere som inngikk i prøveordningen opplevde tannbehandling som viktig, ikke bare for å bli kvitt smerter, men også for å få mulighet til å ha sosial omgang (jf. evalueringsrapport fra SIRUS). Det vises til anbefaling 22.

### 6.8.5 Rusrelaterte akutte overdoser

For opioidmisbrukere i Norge er overdose den vanligste dødsårsaken oftest knyttet til bruk av flere rusmidler samtidig. Overdosedødeligheten i Norge er blant de høyeste i Europa, noe som antakelig henger sammen med at så mange heroinbrukere tar stoffet med sprøyte. Faren for overdose øker med alderen til brukeren. Bruk av alkohol og/eller benzodiazepiner bidrar i mer eller mindre grad til de fleste overdosedødsfallene, selv om de i seg selv sjelden fører til dødsfall når de brukes alene. Sjansen for overdoser er for eksempel ti til fjorten ganger høyere enn vanlig etter utskrivning fra institusjon eller fengsel. Studier viser at substitusjonsbehandling med metadon eller buprenofin (LAR) beskytter mot overdosedødelighet.

Mange overlever én eller flere alvorlige overdoser. Enhver overdose innebærer redusert blodsirkulasjon til hjernen. Det er sannsynlig at kognitiv funksjon i noen tilfelle kan bli svekket etter heroinoverdoser (Drake et al., 2000).

Også høye doser av sentralstimulerende stoffer, alkohol, og GHB[35] kan føre til dødsfall.

Økt dødelighet er dessuten knyttet til ulykker der fører av båt eller bil er rusmiddelpåvirket, samt til alkoholrelatert vold.

## 6.9 Utredning av psykososiale forhold

Det bør gjennomføres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, arbeid og utdanning, ernæring og helse og eventuelt kriminalitet, for eksempel ved bruk av EuropASI. Addiction Severity Indeks (ASI) ble utviklet i USA. Det finnes også en europeisk versjon EuropASI[36] som er i bruk i Norge. Dette verktøyet kan brukes ved enkel utredning av somatisk og psykisk helse for å fremskaffe bred oversikt over viktige bakgrunnsforhold for personer med ROP-lidelser (anbefaling 23). Verktøyet krever noe opplæring[37].

35 Gammahydroksybutyrat GHB, er et naturlig forekommende stoff som er lett å framstille. Stoffet er tidligere brukt som narkosemiddel, er dempende og kan føre til koma og hjertestans

36 Europ ASI kartlegger følgende: sosiale forhold, somatisk helse, utdanning, arbeid og økonomi, bruk av alkohol og stoff, kriminalitet, familie og nettverk, psykisk helse

37 Opplæring I bruk av EuropASI organiseres av ~~Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)~~

### 6.9.1 Oppvekstforhold/kultur

Personer med ROP-lidelser både med norsk og annen etnisk bakgrunn er forskjellige også når det gjelder kultur, interesser og verdier. Å finne frem til en felles forståelse av problemer, utfordringer og ressurser og hva som skal til for å sette i gang behandling, er sentralt (Berg and Audestad, 2006).

### 6.9.2 Familie og nettverk

Noen personer med ROP- lidelse har lite kontakt med rusfrie miljøer, enkelte også med familien. Andre har gode relasjoner til mennesker som ikke ruser seg. Graden av kontakt med andre som kan være positive støttepersoner i rehabiliteringen, er svært forskjellig. Å tegne nettverkskart og ha nettverksmøter med familie og ulike støttepersoner kan bidra til å fremme mulighet for mestring og bevisstgjøre pasienten både på egne ressurser og det som finnes i nærmiljøet.

### 6.9.3 Utdanning/arbeidserfaring

Mangelfull utdanning og lite arbeidserfaring preger ofte personer med ROP-lidelser, selv om det også finnes mange eksempler på det motsatte. Utredning av ressurser, erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid er derfor viktig. Det bør gjøres en kartlegging av personens erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid i tillegg til funksjonsevne og mestring innenfor ulike områder (anbefaling 24). Det vises til NAV, samt kapittel 7.6 «Yrkesrettede tiltak og aktivitet» og kap 8.3.7 «Kommunens og NAVs ansvar for arbeid og aktivitet».

### 6.9.4 Økonomi

Det er store variasjoner i inntektsforhold og gjeld blant personer med ROP- lidelser. Noen har en betydelig gjeld. Problemet med gjeld kan være undervurdert. Mange har dårlig økonomi helt uavhengig av eventuelle gjeldsproblemer og hører til samfunnets fattigste. Det er derfor viktig å utrede muligheter for bedret økonomi og rettigheter innenfor trygdelovgivningen, Lov om sosiale tjenester i NAV[38] og helse- og omsorgstjenesteloven. Det vises til kapittel 8.3.4 «Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging».

### 6.9.5 Bosituasjon

Personer med ROP-lidelser har ulike boforhold. Omfanget av bostedsløshet er stort innenfor denne målgruppen. Det er likevel mange som klarer å opprettholde en stabil bosituasjon. En stabil bosituasjon med nødvendige hjelpetiltak og etablering av et stabilt og trygt sosialt nettverk vil være like viktig som andre behandlingstiltak. Stabile boforhold vil ofte være en forutsetning for å iverksette og lykkes med hjelpetiltak. Det vises til kapittel 8.3.5 «Kommunens ansvar for varig botilbud».

38 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009 nr. 131 (Lov om sosiale tjenester i NAV)

### 6.9.6 Kriminalitet

Noen personer med ROP-lidelser har begått ulike typer kriminelle handlinger som i større eller mindre grad relateres til deres problemer med rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse.

En person med en alvorlig psykisk lidelse og som utøver alvorlig vold, vil kunne dømmes til tvunget psykisk helsevern. En person med psykiske problemer, mindre alvorlige psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelse som begår kriminelle handlinger, vil som regel få fengselsstraff. Utredning og behandling vil skje i regi av både av primærhelsetjenesten, psykisk helsevern og TSB inne i fengslene. I flere fengsler er det etablert rusmestringsenheter som kan være aktuelle for personer som innsettes i fengsel, både for utredning og behandling.

## 6.10 Utredning av selvmordsrisiko

Livstidsprevalens for selvmord ved schizofreni er i nyere studier anslått til omkring 5 prosent (Sortland and Egeland, 2008). Også ruslidelser gir betydelig økt risiko for selvmord. I en nyere norsk oppfølgingsstudie over 20 år av unge stoffmisbrukere (fulgt etter innleggelse i behandlingsinstitusjon) var omkring 38 prosent døde. Av disse dødsfallene skyldtes 11 prosent selvmord (Odegard et al., 2007).

Høyest risiko for selvmord har personer med bipolar lidelse der omkring 1 prosent årlig tar sitt liv. Det er omkring 60 ganger høyere enn i normalbefolkningen (Fountoulakis et al., 2008). Det bør vurderes å gjøre en risikovurdering når det gjelder selvmord hos ROP-pasienter (anbefaling 25). Risiko er størst ved alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse dersom det har vært gjort tidligere selvmordsforsøk og ved brudd i relasjoner og dårlig nettverk.

Vurdering av risiko for selvmord må følge anerkjente prinsipper for slik vurdering Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)[39] gir anbefalinger både for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling og oppfølging etter utskriving fra psykisk helsevern.

## 6.11 Utredning av voldsrisiko

Alvorlige psykiske lidelser kan innebære risiko for vold. Samtidig rusmisbruk øker risikoen for vold betydelig (Pulay et al., 2007,Wallace et al., 2004, Brennan et al., 2000, Elbogen and Johnson, 2009).

Atferdsmønstre som inkluderer fare for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlingstiltak (anbefaling 26), jf Rundskriv om vurdering av risiko for voldelig atferd (Helsedirektoratet, 2007). Det er viktig å ha rutiner for vurdering av voldsrisiko hvor verktøy som for eksempel VRS-10 og HCR-20 kan være aktuelle å ta i bruk. På nettsidene til de tre Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri finnes beskrivelse av forskjellige verktøy og hvilke kvalifikasjoner som trengs for å bruke dem, www.sifer.no. Kompetansesenteret for Helseregion Sør-Øst arrangerer opplæring i bruk av HCR-20.

39 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511 (Helsedirektoratet, 2008a)

Personer med gjentatte innleggelser for psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rusmidler bør vurderes utredet både med sikte på alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold[40] (anbefaling 27). Det bør videre gis et langvarig, forpliktende og tett behandlingstilbud gjennom aktivt oppsøkende virksomhet, eventuelt vurdere å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Personer med ROP-lidelse med påvist alvorlig voldsrisiko krever samarbeid mellom forskjellige instanser (kommunal helse- og sosialtjeneste, NAV, kriminalomsorg, politi og spesialisthelsetjeneste).

| | Grad | Anbefalinger om kartlegging | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 9 | | Spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV må om nødvendig aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre kartlegging | |
| 10 | C | Kartlegging skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten | 4 |
| 11 | C | Kartleggingsresultatet skal etter samtykke, følge personen for å unngå unødvendige gjentakelser | 4 |
| 12 | C | Kartlegging av rusmiddelets funksjon og motivasjon for endring anbefales gjort med verktøyene DUDIT-E eller Alcohol-E | 4 |
| 13 | C | Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges | 4 |
| 14 | A | Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT | 1b |
| 15 | B | Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT | 3 |
| 16 | B | Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprøve bør vurderes som supplement til annen type kartlegging, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger | 3 |
| 17 | C | Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges | 4 |
| 18 | B | Kartlegging av symptomer på psykose hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med verktøyet ~~MINI~~ | 2a |
| 19 | B | Kartlegging av andre psykiske lidelser enn psykose anbefales gjort med ~~MINI SCREEN~~ | 3 |

MINI 7.0.2 eller ROP-screen [Se begrunnelse]

MINI screen 7.0.2 eler ROP-screen [Se begrunnelse]

40 (NOU, 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20 | B | Forenklet kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD anbefales gjort med spørsmål fra ~~MINI PLUS~~ eller ASRS 6 | 3 |
| 21 | D | Kartlegging av angst og depresjon anbefales gjort ved bruk av ~~SCL-10~~ | 3 |
| 22 | B | Somatisk utredning, inklusiv utredning av tannhelse skal gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få | 3 |
| 23 | B | Det bør gjøres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminalitet, for eksempel ved bruk av EuropASI | 3 |
| 24 | B | Det bør gjøres en kartlegging av personens erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid i tillegg til funksjonsevne og mestring | 3 |
| 25 | | Det bør vurderes å gjøre en risikovurdering når det gjelder selvmord hos ROP- pasienter | |
| 26 | B | Atferdsmønstre som utgjør en risiko for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlings- og oppfølgings-tiltak. Eksempler på verktøy er VRS-10, HCR-20 | 3 |
| 27 | B | Personer med gjentatte innleggelser for psykotiske gjennom-brudd under påvirkning av rusmidler, bør vurderes utredet for risiko for voldelige handlinger | 3 |

ROP-screen
[Se begrunnelse for endringen]
SCL-10 eller ROP-screen
[Se begrunnelse for endringene]

## 6.12 Diagnostisering

Når det er mistanke om at en person har en ROP-lidelse, må det foretas en diagnostisk utredning av både ruslidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem (anbefaling 28).

Bruk av diagnoseverktøy må i slike situasjoner kombineres med en grundig klinisk vurdering (anbefaling 29). Å stille en psykiatrisk diagnose forutsetter utdanning som lege eller psykolog, samt tilstrekkelig klinisk kompetanse innenfor psykiatri[41].

Basert på praksis ved mange norske institusjoner og råd fra erfarent helsepersonell anbefales det at psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under ruspåvirkning eller kort tid etter rusmiddelbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet (anbefaling 30).

Når rusfrihet er viktig for å diagnostisere alvorlig psykisk lidelse, og pasienten ikke er i stand til å oppnå dette via polikliniske tiltak, bør opphold i institusjon innen psykisk helsevern vurderes for bedre å sikre rusfrihet (anbefaling 31). Opphold i institusjon skal bestå av en kombinasjon av tilbud om utredning, behandling og planlegging av videre tiltak (anbefaling 32).

41 ~~SCID-I, CIDI og PRISM er svært omfattende diagnostiske intervjuer. SCID-I må utføres av psykolog eller lege med opplæring i bruken av disse, mens CIDI og PRISM også kan utføres av andre profesjoner, forutsatt god opplæring.~~

[Se begrunnelse for endringen]

Utredning av kompliserte tilstander, særlig psykoseproblematikk, kan kreve opphold med rusfrihet i flere måneder. Ved mistanke om schizofreni kan innleggelse i institusjon, også med sikte på å oppnå langvarig rusfrihet vurderes for å avklare dette. For mange brukere kan innleggelse i institusjon og måneder med rusfrihet være et urealistisk mål og kanskje gjøre situasjonen verre. Det er da viktig at spesialisthelsetjenesten aktivt bruker personens arenaer for å gjennomføre diagnostiseringen (anbefaling 33).

Som en del av utredningen og diagnostiseringen kan det være aktuelt å supplere med for eksempel analyser av blod og urin (jf. anbefaling 16), bildediagnostikk (røntgen, CT, MR) eller EEG. Utredning av nevrokognitive funksjoner skal alltid vurderes (anbefaling 34). Det benyttes ulike tester for å utrede hjernens funksjon på forskjellige områder, eventuelt for å bidra til å avdekke funksjonsutfall.

## 6.13 Diagnostiske verktøy for utredning av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser

En psykiatrisk diagnose settes etter ICD-kriteriene for den enkelte lidelsen. I tillegg finnes diagnostiske verktøy som er utarbeidet som ekstra hjelpemidler for leger og psykologer. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalinger om diagnostiske verktøy er begrenset[42]. De fleste anbefalingene er derfor basert på faglig konsensus av eksperter.

I korte trekk anbefales følgende:

MINI 7.0.2
SCID-5-KV
SCID-5-PF
[Se begrunnelse for endringene]

- Enkel diagnostisering: ~~MINI PLUS~~
- Mer omfattende diagnostisering: ~~SCID I~~
- Personlighetsforstyrrelser: ICD-10, ~~SCID II~~ og korrigere med kriteriene i ICD-10
- ~~Verktøyet 'Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders' (PRISM) er et lovende og nytt verktøy. Fordi verktøyet er omfattende, er det behov for opplæring før verktøyet kan tas i bruk.~~ PRISM er videreutviklet fra verktøyet SCID[43], men er spesielt beregnet på å kartlegge nærmere forholdet mellom psykisk lidelse og rusmisbruk og avdekke hva som er uavhengige (primære) psykiske lidelser og hvilke tilstander som er rusutløst.

Grundig differensialdiagnostikk: PRISM-5
[Se begrunnelse for endringen]

Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene ~~MINI PLUS, SCID I eller PRISM~~[44] (anbefaling 35).

MINI 7.0.2, SCID-5-KV eller PRISM-5
[Se begrunnelse for endringene]

42 Fem diagnostiske instrumenter ble av Kunnskapssenteret ansett som referanseinstrumenter: SCID-I, CIDI, MINI, LEAD og omfattende klinisk vurdering basert på DSM- eller ICD-kriteriene. Kunnskapssenteret fant bare tre diagnostiske instrumenter for psykiske lidelser som ble testet mot disse referansetestene. Det gjelder følgende:
- C-DIS (en computerbasert versjon av Diagnostic Interview Schedule). En forløper for CIDI er sammenlignet med SCID-II når det gjelder antisosial personlighetsforstyrrelse og alvorlig depresjon.
- MMPI er sammenlignet med SCID-I når det gjelder alvorlig depresjon
- PRISM er sammenlignet med LEAD (longitudinal Expert All Data) når det gjelder stemningslidelser, schizofreni, borderline personlighetsforstyrrelse og antisosial personlighetsforstyrrelse, foruten avhengighet av flere stoffer
En av de undersøkte testene – MMPI har sitt anvendelsesområde knyttet til diagnostisering av personlighetsforstyrrelser og brukes vanligvis ikke som diagnostisk instrument for depresjon, slik det er gjort i en av disse undersøkelsene. Ett av referanseinstrumentene - MINI PLUS er relativt kortfattet. Det er usikkert om dette er tilstrekkelig validert som diagnostisk instrument for pasienter med samtidig ruslidelse.

43 SCID: Structured Clinical Interview for DSM

44 Se ~~Regionalt senter for dobbeldiagnose/Nasjonal kompetansetjeneste for kombinerte ruslidelser og psykiske lidelser (dobbeltdiagnoser), sykehuset Innlandet.~~

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
[Se begrunnelse for endringen]

### 6.13.1 Diagnostisering av personlighetsforstyrrelser med ICD-10/~~SCID II~~

De best validerte og mest brukte verktøyene for å diagnostiere personlighetsforstyrrelse er ~~SCID II~~ og MMPI[45]. Det er en svakhet at de ikke er grundig validert hos pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Funnene kan dessuten være påvirket av at pasienten samtidig har en symptomlidelse (angst, depresjon, psykose eller annet), abstinenssymptomer eller rustrang. Det vil også ha betydning om pasienten nylig har sluttet å ruse seg og hvilke forhold vedkommende lever under. For utredning av personlighetsforstyrrelse anbefales å bruke kriteriene i ICD-10, eller ~~SCID II~~ og korrigere med kriteriene i ICD-10 (anbefaling 36).

SCID-5-PF
[Se begrunnelse for endringen]

| | Grad | Anbefalinger om diagnostisering | Evidensnivå |
|---|---|---|---|
| 28 | | Når det er mistanke om at en person har en ROP-lidelse, må det foretas en diagnostisk utredning av både ruslidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem | |
| 29 | | Bruk av diagnoseverktøy må alltid kombineres med en grundig klinisk vurdering | |
| 30 | C | Psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under ruspåvirkning eller kort tid etter rusmiddelbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet | 4 |
| 31 | C | Når rusfrihet er viktig for å diagnostisere alvorlig psykisk lidelse, og pasienten ikke er i stand til å oppnå dette via polikliniske tiltak, bør opphold i institusjon innen psykisk helsevern vurderes for bedre å sikre rusfrihet | 3 |
| 32 | | Opphold i institusjon skal bestå av en kombinasjon av tilbud om utredning, behandling og planlegging av videre tiltak | |
| 33 | | Når det er vanskelig å oppnå rusfrihet eller innleggelse, må spesialisthelsetjenesten aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre diagnostiseringen | |
| 34 | D | Utredning av nevrokognitive funksjoner skal alltid vurderes som ledd i utredningen | 4 |
| 35 | C | Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene ~~MINI PLUS, SCID I eller PRISM~~ | 3 |
| 36 | C | For utredning av personlighetsforstyrrelse anbefales å bruke kriteriene i ICD-10 eller ~~SCID II~~ som korrigeres med kriteriene i ICD-10 | 3 |

MINI 7.0.2, SCID-5-KV eller PRISM-5
[Se begrunnelse for endringene]

SCID-5-PF
[Se begrunnelse for endringen]

45 Minnesota Multiphacic Personality Inventory

# 7 Behandling og oppfølging

## 7.1 Målsettingen for og innholdet i behandling og oppfølging

Målsettingen for behandlingen kan være svært ulik fra person til person. Det kan være skadereduksjon og bedret livskvalitet på den ene siden og full symptomfrihet, rusfrihet, god funksjonsevne og integrering i samfunnet på den andre. Ofte vil målsettingen endre seg i behandlingsforløpet. For å stimulere personer til utvikling, men skjerme fra nederlag er det viktig å finne balansen mellom å utfordre til endring og ikke å stille for store krav eller forventninger.

En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt.

Det er rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP-lidelser har effekt av en integrert behandlingsmodell. I tillegg er det dokumentert at noen psykososiale behandlingsmetoder, for eksempel motiverende intervju, har effekt.

Det er mangelfull dokumentasjon på behandling av enkeltgrupper av personer med ROP-lidelser. I hovedsak anbefales det at behandling følger retningslinjer for de spesifikke psykiske lidelsene eller ruslidelsene. Likevel finnes det kunnskap om sammenhengen mellom enkelte psykiske lidelser og ruslidelser som det bør tas hensyn til. Det vises også til kapittel 3 for mer informasjon om dette.

Forskjellige oppfølgingstiltak er viktige i behandlingsforløpet, for eksempel opplæring og utdanning, aktivitetstiltak, hjelp til å klare økonomi, arbeid, bolig, fritid og å arbeide systematisk med personenes nettverk og ressurser.

I anbefalingene har vi delt psykososiale behandlingstiltak i 3 kategorier:
- Tiltak som fokuserer på organiseringen av behandlingen
- Psykoterapeutiske behandlingstiltak
- Sosialrettede oppfølgingstiltak

Det er forsket på en rekke ulike psykososiale behandlingsmetoder for personer med ROP-lidelser. Helsedirektoratet bestilte en gjennomgang av effekt av psykososial behandling av «dobbeldiagnose» fra Nasjonalt kunnskapssenter[46]. Med psykososial behandlingsmetode forstås tiltak i form av systematisk kontakt mellom en person som har en sykdom og en behandler (eller grupper av pasienter og én eller flere behandlere) med sikte på å få til bedring av symptomer, livskvalitet og funksjon.

Anbefalingene om behandlingsformer bygger både på Kunnskapssenterets gjennomgang og funn, samt annen kunnskap. Det vises til vedleggene 3 og 4.

46 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten «Effekt av psykososial behandling», 2008

Alternative behandlingsformer blir ikke omtalt, men det er viktig å understreke at mange brukere ønsker ulike former for behandling inn i det tradisjonelle behandlingstilbudet. Det gis kun en kortfattet beskrivelse av medikamentell behandling.

## 7.2 God terapeutisk relasjon

En god relasjon mellom bruker og hjelper er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging. En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandling, både poliklinisk og i institusjon (Horvath, 2006). Dersom kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er god, blir pasienter/klienter lengre i rusbehandling (Meier, 2005). Overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser blir betydningen av langvarige relasjoner fremhevet som spesielt viktig (Mueser et al., 2003).

Visse behandleregenskaper har betydning for et godt behandlingsresultat. Disse blir ofte beskrevet som viktigere enn hvilken metode som blir brukt (Miller and Rollnick, 2002). Klassiske utslagsgivende behandleregenskaper er beskrevet som ekthet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati (Rogers, 1959).

I terapeutisk arbeid med ruslidelse og psykisk lidelse kan det være nødvendig å balansere relasjonsfaktorer som aksept og empatisk lytting med relasjonsfaktorer som tydelighet og utfordring. Dette er et utfordrende arbeid som krever mye oppmerksomhet fra den enkelte behandler. I tillegg vil behandleren trenge en mulighet for å diskutere relasjoner i et kollegafellesskap eller gjennom veiledning.

Det kan ofte ta tid å oppnå en god relasjon som gjør det mulig å benytte terapeutiske metoder.

## 7.3 Mål om helhetlig bedring av livskvaliteten - «recovery»

Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse (Prochaska et al 1992). Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (anbefaling 37).

## 7.4 Tiltak som handler om organiseringen av behandlingen

Kunnskapsoppsummeringen slår fast at det finnes en del randomiserte kontrollerte studier som viser at integrerte behandlingstiltak (dvs at begge lidelser behandles samtidig og integrert av samme behandlingspersonell) gir bedre resultater enn ikke-integrerte tiltak. Denne forskningen er imidlertid ikke av så høy kvalitet at man kan konkludere endelig. Det er likevel rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP-lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte[47]. Eksempler på integrert behandling kan være intensiv case management og bruk av oppsøkende behandlingsteam / ACT-team.

47 I tillegg til Nasjonalt kunnskapssenters oppsummering gjennomførte Helsedirektoratet en vurdering av nylige oversiktsartikler hvor kravet til forskningsmessig metode har vært noe lavere, jfr metodekapittelet og eventuelt vedlegg 4.

### 7.4.1 Integrert behandling

Integrert behandling viser til en behandlingstradisjon som favner alle tiltak og prosesser hvor behandlingsintervensjoner for personer med ROP-lidelser kombineres innen samme behandlingsrelasjon eller -sted. Slike metoder er hovedsakelig utviklet i USA og beskrevet blant annet i en amerikansk nasjonal veileder (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005) og i en bok som også er utgitt på norsk ([48]Mueser et al., 2006). Integrerte behandlingstiltak for personer med både ruslidelse og psykiske lidelser ble først omtalt av Minkoff (Minkoff, 1989) og har senere blitt videreutviklet i flere ulike modeller (Drake & Mueser, 1996b; Lehman & Dixon, 1995; Minkoff & Drake, 1991; Solomon et al., 1993).

Behandlingstradisjonen knyttet til integrert behandling hevder derfor at behandling av begge lidelser skal skje samtidig og av samme helsepersonell. Klinisk erfaring tyder på at dette er for kategorisk da noen psykiske lidelser reduseres over tid parallelt med oppnådd rusfrihet og uten spesiell psykiatrisk behandlingsoppmerksomhet. Dette gjelder i liten grad for langvarige psykoselidelser, i større grad for mindre alvorlig og mer kortvarige lidelser, for eksempel for noen angst- og depresjonslidelser.

En studie fra 1998 (Drake et al., 1998) konkluderte med at omfattende og helhetlig integrert behandling gitt over 18 måneder eller mer, førte til signifikante reduksjoner i rusmiddelbruk og sykehusopphold. For mange var dette assosiert med klar bedring av den psykiske lidelsen.

Flere randomiserte kontrollerte studier i rusbehandlingstiltak har demonstrert at integrerte tiltak mot ulike ROP-lidelser har bedre effekt hvis behandlingstiltakene administreres på samme sted enn av ulike behandlere på ulike steder (Charney et al., 2001; McLellan et al., 1993; Saxon & Calsyn, 1995; Weisner et al., 2001).

Integrert behandling kan derfor være at ulike og selvstendige enheter samordner sine tjenester overfor pasientene på en oversiktlig måte, slik at man tar hensyn til at pasienten har samtidige lidelser. Det viktigste er at pasienten opplever behandlingen som helhetlig, enten den er utført av et enkelt team eller av ulike enheter. Felles beslutningstaking mellom alle berørte parter er helt sentralt i den integrerte behandlingen.

Behandling av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan (anbefaling 38).

### 7.4.2 Individuell plan (IP)

Individuell plan er et lovpålagt verktøy for å sikre felles beslutningstaking. Individuell plan skal alltid utarbeides sammen med brukeren. Den skal tydelig vise hvem som gjør hva, på hvilken måte og i hvilken rekkefølge. Planen kan for eksempel omhandle rehabiliterings- og attføringshjelp via NAV, oppfølging av ruskonsulent, tiltak gitt av psykisk helsevern (DPS, sykehus, ACT-team/oppsøkende behandlingsteam) og Tverrfaglig spesialisert behandling, behandling hos fastlege og støttetiltak gjennom frivillige organisasjoner. Det vises til forskrift om individuell plan etter helselovgivningen fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 og helse- og omsorgstjenesteloven.

48 «Integrert behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser», Mueser et al., 2006.

### 7.4.3 ACT-team og andre oppsøkende behandlingsteam

Bruk av ulike former for oppsøkende behandlingsteam, som for eksempel ACT-team er godt dokumentert som en behandlingsform for pasienter med alvorlig psykisk lidelse for å motvirke at pasientene faller ut av behandlingen og hindrer gjeninnleggelser i sykehus. Det er også noe dokumentasjon på at denne behandlingsformen kan bidra til redusert rusmiddelbruk. Behandling i oppsøkende samhandlingsteam bør gis til personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling (anbefaling 39).

I oppsøkende arbeid er det viktig å arbeide langsiktig og ha et mestrings- og rehabiliterende perspektiv. Tilnærmingen er tverrfaglig og innholdet i tjenesten baseres på dokumentert kunnskap.

De elementene som er evaluert, og som beskrives som nødvendige forutsetninger for god behandling og rehabilitering er

- medikamentell behandling og oppfølging
- arbeid med støtte (supported employment)
- psykoedukasjon for å styrke brukerens mestringsstrategier
- samarbeid med brukerens nærmeste som støttespillere om det å forstå brukerens sykdom
- kunnskapsbasert psykoterapi
- god tilgjengelighet (bruk av sms), krisehåndtering og fleksibilitet i tjenesten
- trygg bolig

Oppfølging fra et oppsøkende behandlingsteam må starte opp selv om personen på henvisningstidspunkt mangler bolig (anbefaling 40).

Mobiltelefon/sms bør tas i bruk for å opprettholde kontakten (anbefaling 41).

### 7.4.4 Døgnbehandling

Mange personer med ROP-lidelser responderer ikke på poliklinisk behandling. Det kan være lettere å oppnå bedring under et institusjonsopphold. I en institusjon vil det være tettere kontakt og høyere intensitet i behandlingen. Bedre formell og uformell kontroll med rusing og skjerming for mange av dagliglivets påkjenninger og fristelser kan gi et godt utgangspunkt for ulike terapeutiske intervensjoner.

Døgnbasert institusjonsbehandling bør vurderes som supplement til oppsøkende tiltak eller som alternativ når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige (anbefaling 42).

Mange faller også ut av denne typen behandling, og noen ruser seg under oppholdet. Bruk av rusmidler under døgnbehandling bør vanligvis ikke føre til utskrivelse (anbefaling 43).

Ved alle utskrivelser fra døgnbehandling må personen sikres tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og unngå brudd i behandlingen (anbefaling 44).

Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under institusjonsoppholdet (anbefaling 45).

Dersom en person har bolig ved innleggelse i institusjon, bør denne så langt som mulig beholdes (anbefaling 46). Dersom personen er bostedsløs ved innleggelse, må institusjon og kommune sammen begynne arbeidet med å finne bolig umiddelbart (anbefaling 47).

Ved institusjonsbehandling kan overgangen til et selvstendig og rusfritt liv utenfor institusjonen være en kritisk fase. Selv med gradvise tilvenningsprogrammer, er det mange som ikke klarer denne overgangen.

Innleggelse med bruk av tvang etter psykisk helsevernloven må vurderes individuelt i tråd med lovens forutsetninger i situasjoner der pasientene ikke kan hjelpes med frivillig behandling[49] Det vises til kapittel 4.2.1 «Tilbakehold uten samtykke/behandling uten samtykke».

### 7.4.5 Kjønnsspesifikk behandling

Noen studier viser at kvinner og menn med ROP- lidelse har ulike behandlingsbehov og reagerer ulikt på behandlingsopplegg. Et eksempel på dette er at kvinner som har opplevd overgrep, oftere har posttraumatisk stresslidelse (PTSD) enn menn som har opplevd overgrep. En litteraturgjennomgang fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gir noen holdepunkter for at noen grupper av kvinner (gravide og småbarnsmødre) har større bedring av psykisk helse og mindre frafall fra behandling når de behandles kjønnssegregert (Dalsbø et al., 2009). Selv om det finnes lite evidensbasert kunnskap om dette, bør kjønnsspesifikk behandling vurderes (anbefaling 48).

## 7.5 Psykoterapeutiske behandlingstiltak

Resultatene fra Kunnskapssenterets gjennomgang ga lite støtte for at integrerte psykososiale tiltak har bedre eller dårligere effekt enn vanlig behandling. Det er behov for mer forskning på dette området. På bakgrunn av kunnskapsoppsummeringene, kombinert med rådslag og øvrig kunnskapsgjennomgang, anbefales her noen metoder/tiltak.

### 7.5.1 Bruk av motiverende samtalemetoder/intervju

Å arbeide med motivasjon er en sentral del av behandling av ROP-pasienter. Mange fagpersoner har gode erfaringer med behandlingsholdninger som formidles via motiverende samtalemetoder, dette omtales ofte som motiverende intervju eller endringsfokusert rådgivning. Det er noe forskningsmessig støtte for at motiverende samtalemetoder reduserer rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse(Cleary et al 2008).
Motiverende intervju bygger på forskning som viser at en konfronterende stil fører til høyere frafall i behandlingen og dårlig behandlingsresultat (Miller et al., 1993). I endringsfokusert rådgiving skal behandleren ikke foreslå løsninger eller presentere forslag eller vurderinger som pasienten ikke er enig i.

49 Psykisk helsevernloven kapittel 3, se særlig § 3-2 og § 3-3.

Det er også noe støtte for at motiverende intervju kombinert med kognitiv atferdsterapi har en effekt, spesielt kan det redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt funksjonsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med schizofreni og ruslidelse. Kognitiv atferdsbaserte programmer for pasienter med samtidig PTSD og ruslidelse synes å ha positiv virkning både på psykiske symptomer og rusmiddelbruk.

Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju til personer som har behov for det (anbefaling 49).

### 7.5.2 Stadiebasert behandling

En nyttig arbeidsmetode i behandlingen av personer med ROP-lidelser kan være stadie-baserte behandlings- og hjelpetiltak. Å tilpasse behandlingen til personens motivasjon og deltakelse, er basert på ideen om stadiebasert behandling -'stages of treatment' (Osher & Kofoed, 1989). Slik stadiebasert behandling er igjen basert på endringsstadiene - «stages of change» (Miller og Rollnick 2002).

Behandlings- og hjelpetiltakene. som må være i tråd med brukerens helsetilstand, kan oppsummeres slik:

- Kontaktetablering, relasjonsutvikling og tillitsskaping, gjerne ved hjelp av motiverende intervju
- Stabilisering av kontakten og etablering av allianse med pasienten
- Integrerte og individuelt tilpassede behandlingsmetode
- Tilbakefallsforebygging, identifisering og planlegging med tanke på risikosituasjoner

### 7.5.3 Læringsbaserte tiltak

Det foreligger dokumentasjon på at godt tilrettelagte læringsbaserte opplegg («contingency management») stimulerer til redusert rusmiddelbruk. Dette handler om å knytte positive og belønnende konsekvenser til rusfrihet på konkrete måter. Læringsbasert behandling er lite brukt i Norge. Det bør vurderes å ta i bruk læringsbasert behandling (contingency manage-ment) for å stimulere til redusert rusmiddelbruk (anbefaling 50).

### 7.5.4 Psykoedukative tiltak

Det er gjort få forskningsmessige evalueringer av psykoedukative tiltak, men det anbefales likevel at det bør gis opplæring som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til personer med ROP-lidelser og deres pårørende (anbefaling 51).

## 7.6 Yrkesrettede tiltak og aktivitet

Arbeid og/eller aktivitet bidrar til å skape struktur i hverdagen. Det er her viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker og forutsetninger.

Lønnet arbeid kan ha vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og bidra til innflytelse og uavhengighet. Arbeid gir mulighet for sosial deltakelse og opplevelse av mestring, samt av å være til nytte. Å være utestengt fra arbeid kan svekke en persons selvrespekt og slik

øke forekomsten av uro og rastløshet, nedtrykthet og depressive symptomer. Forekomsten av slike symptomer er om lag tre ganger så høy blant ikke-yrkesaktive personer som blant yrkesaktive (Waddel&Burton 2006)[50].

Ulike former for «Supported Employment» (SE), hvor arbeid inngår som en integrert del av rehabiliteringen, har vist seg effektivt for å få personer med nedsatt arbeidsevne/ alvorlig funksjonshemming tilbake til arbeidslivet. Innen en slik modell er programmet «Individuell jobbstøtte» (Individual Placement and Support, IPS) en godt studert og beskrevet tilnærming for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Målet med IPS er å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer med å finne arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet når de selv er motiverte for dette, med tilbud om tidsubegrenset oppfølging. Studier viser at SE og IPS har bedre effekt enn tradisjonell arbeidstrening[51]. Det vises også til kapittel 6.9.3 «Utdanning/arbeidserfaring». IPS viser, foruten høyere jobbdeltakelse enn ved attføring, positiv effekt på helsesituasjonen til deltakerne, med færre og kortere sykehusinnleggelser under oppfølgingen.

Å komme i en form for aktivitet eller å gjenoppta tidligere aktiviteter er viktig for å skape struktur i hverdagen. De aktivitetene som det legges opp til må være noe deltageren kan mestre.

Kulturelt betingede forskjeller kan være viktige for hva som oppfattes som behandling, slik det er dokumentert i ny norsk forskning (Berg og Audestad, 2006). Det kommer fram at personer med innvandrerbakgrunn oppfatter aktivitet og sysselsetting som meningsfylt og god behandling, i motsetning til samtaleterapi. Mange personer med ROP-lidelser, spesielt menn, har vansker med å klare samtaler under stillesitting, men får det lettere til under aktivitet.

Mange pasienter med ROP-lidelser har hatt problemer fra tidlig ungdom og har mangelfull skolegang og utdanning. Mange har også hatt spesifikke lærevansker og problemer med kognitive funksjoner. Å få hjelp til å fullføre opplæring og utdanning kan derfor være viktig.

Det anbefales å gjennomføre en funksjonskartlegging[52] som inkluderer kognitive funksjoner både når det gjelder utdanning og andre yrkesrettede tiltak (anbefaling 52).

For mange med ROP-lidelser vil veien tilbake til utdanning og rehabilitering med arbeid som mål synes lang. Det er viktig å motivere til og støtte opp under mål om arbeidsdeltakelse selv om måloppnåelse synes langt fram i tid.

## 7.7 Sosialrettede oppfølgingstiltak

Sosialrettede oppfølgingstiltak er tiltak med vekt på trening i sosial ferdigheter som kan bedre personers funksjonsnivå og livskvalitet.

50 Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)

51 Corrigan P., Mueser K., Bond G., Drake R., Solomond P. (2008) Principle and Practice of Psychiatric Rehabilitation. The Guilford press, NY
Rinaldi, M.et al (2008) Individual placement and support, from research to practice. Advances in Psychiatry Treatment, vol. 13,50-60

52 Se Helsebiblioteket oversikt over aktuelle skåringsverktøy under psykisk helse, for eksempel Ferdigheter i dagliglivet – RDRS-2. www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/sk%C3%A5ringsverkt%C3%8y.

### 7.7.1 Støttetiltak i nærmiljøet

Frivillige støttetiltak i nærmiljøet er viktige fordi slike tiltak kan være langvarige (i motsetning til lønnet behandlings- eller hjelpepersonell). Støttetiltak kan være brukerdrevne tiltak i regi av ideelle hjelpeorganisasjoner og nettverk som familie og venner.

### 7.7.2 Fysisk aktivitet og ernæring

Ved misbruk og avhengighet av rusmidler er den vitenskapelige dokumentasjonen av fysisk aktivitet som behandlingsmetode begrenset. Noen studier tyder på at strukturert fysisk aktivitet kan anbefales for å dempe subjektivt ubehag i abstinensfasen. Flere studier viser også at tilbakefallsfrekvensen er lavere hos pasienter som deltar i regelmessig fysisk trening. Mennesker med ruslidelser har en betydelig overhyppighet av angst og depresjonslidelser. Fysisk aktivitet og trening kan ha en beroligende og angstdempende effekt, samt redusere depresjon. Aktiviteter kan bidra til å erstatte noe av tomrommet etter bruken av rusmidler. Deltakelse i organisert fysisk aktivitet, trening og idrett kan være med på å etablere sosiale nettverk utenfor de etablerte rusmiljøene.

Personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold (anbefaling 53). Rusmiddelavhengige er utsatt for dårlig tannhelse og kan ha behov for konsistenstilpasset mat. Veiledning om matvaner og matvarer, innkjøp og tillaging er viktig hvis det avdekkes forhold som kan være til hinder for et godt kosthold. Det vises til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS -1580.

### 7.7.3 Forebygging av tilbakefall

Kortvarige tilbakefall er vanlig i aktiv behandling og er ikke til hinder for målsetting om full rehabilitering. Tilbakefall kan være en mulighet til å lære hvordan behandlingsforløpet kan forbedres. I forebygging av tilbakefall bør man så langt som mulig prøve og unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner (anbefaling 54).

### 7.7.4 Skadereduserende tiltak

Hvis en person ikke klarer å slutte med rusmidler, bør han/hun hjelpes til å redusere rusmiddelbruken eller å bruke rusmidler på en måte som medfører mindre alvorlige negative konsekvenser (dvs et mindre skadelig bruksmønster). En viktig målsetting er best mulig opplevd livskvalitet for pasienten. Skadereduserende tiltak kan for eksempel bidra til å minske alvorlig helserisiko, som vold, overdose, selvmordsforsøk, hiv-infeksjon, hepatitt og polynevropati.

Selv om det optimale målet i rusbehandling er totalavhold fra rusmidler (Vaillant, 2003), bør tjenesteyteren hjelpe brukeren til å forstå rusens rolle og betydning i eget liv slik at målsettingen for behandlingen kan forankres hos brukeren (anbefaling 55). Slik sett blir et svart/hvitt skille mellom skadereduksjon og totalavhold kunstig og unyansert. Mange vil komme til en erkjennelse om at et såkalt normalt bruksmønster er vanskelig å etterleve.

### 7.7.5 Behov for rusfrie arenaer

Det er behov for rusfrie arenaer både når det gjelder diagnostisk utredning og behandling. Hos personer som reagerer med psykose ved bruk av rusmidler, vil én av forutsetningene for bedring være langvarig rusfrihet for å oppnå best mulig symptomkontroll og funksjon. Det samme gjelder andre psykiske lidelser, for eksempel angstlidelser.

Rusfrihet forutsetter god oppfølging og kontroll i institusjoner, boliger eller behandlingsavdelinger som har personer både med og uten rusmiddelproblemer. Personens motivasjon for rusfrihet kan være skjør og variabel over tid.

## 7.8 Behandling for enkelte grupper av ROP-pasienter

Det er vesentlig bedre dokumentasjon på virksom psykososial behandling av psykiske lidelser enn av samtidige ruslidelse og psykiske lidelser.

Det anbefales at behandlingen av den enkelte psykiske lidelse følger direktoratets nasjonale retningslinje for den aktuelle psykiske lidelsen, selv om pasienten har en ruslidelse, forutsatt at nye forskningsresultater ikke viser at annen behandling er bedre (Tiet and Mausbach, 2007b) (anbefaling 56).

Likeledes anbefales at behandling av ruslidelsen følger anerkjente metoder for rusbehandling selv om personen også har en psykisk lidelse (anbefaling 57).

Det er viktig å identifisere spesielle undergrupper med særskilte behov. Eksempler på dette er personer som er bostedsløse over lang tid, somatisk syke, samt personer med hyppige tilbakefall og personer som sterkt motsetter seg behandling.

### 7.8.1 Uavhengige psykoselidelser

Personer med schizofreni og schizofrenilignende lidelser, samt bipolar lidelse med psykosesymptomer som misbruker alkohol, cannabis og stimulerende stoffer, har ofte psykotiske tilbakefall, flere sykehusinnleggelser, dårlig sosial fungering, økt selvmordsfare og frafall fra behandlingstiltak. De har som regel lidelser med langvarig og svingende forløp, og de har varierende sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon.

Det er viktig at denne gruppen blir oppdaget og behandlet tidlig av for eksempel tidligintervensjonsteam, psykoseteam, eller av andre fagpersoner med spesialkompetanse på feltet.

På grunn av faren for tilbakevendende psykotiske episoder, er det viktig at spesialisthelsetjenesten følger opp denne gruppen pasienter ekstra tett. Det er også viktig at det etableres et forpliktende samarbeid med relevante aktører i kommunen, for eksempel gjennom individuell plan (IP). For mange anbefales oppsøkende behandlingsteam (for eksempel ACT[53]–team, jf. anbefaling 39), hvor den psykiske grunnlidelsen og rusmiddelproblemene behandles samtidig av samme team. Det innebærer helhetlige målsettinger og tette multiple psykososiale hjelpetiltak (individuelt, gruppe, familie) i lang tid med et «no drop-out» perspektiv.

53 ACT-team modellen er ennå lite utprøvd i Europa, men det finnes enkelte gode studier som viser at det fører til bedre funksjonsnivå enn vanlig oppfølging (Petersen et al., 2005). Se vedlegg 3 for mer dokumentasjon.

Noen vil i perioder ha behov for langvarige sykehusopphold, i mer enn 6 måneder. Det må derfor finnes slike enheter i hver helseregion som har helsepersonell med behandlingskompetanse både for den psykotiske lidelsen og ruslidelsen, jf. tidligere rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet I-36-2001.

For psykosepasienter i stabil fase bør det tilbys gruppebehandling over lang tid (over 6 måneder) med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte (anbefaling 58).

Pasienter med schizofreni, bipolar lidelser eller alvorlig depresjon med psykotiske symptomer krever først og fremst akutt stabilisering med vekt på avrusning, kontroll over tilgang på rusmidler, sikkerhet, medisinering og støtteterapi. Etter hvert som psykosen avtar, vil det i neste fase være mer aktuelt å involvere pasienten i mer aktive psykososiale behandlingstiltak og ikke for krevende aktiviteter.

Det kan da være viktig å
- knytte pasienten til en felles opplevelse av gruppeidentitet med de andre pasientene
- gi psykoedukative tiltak knyttet til både psykose og rus
- informere og samarbeide med familien eller pårørende
- etablere motivasjon til å fungere på en vedlikeholdsdose medisin
- opprettholde rusfrihet ved hjelp av deltakelse i grupper, rådgivning, motiverende tiltak, sosial ferdighetstrening, sunne fritidsaktiviteter og venner
- etablere kontakt med selvhjelpstiltak eller tiltak gitt av brukerorganisasjoner
- bedre sosialisering og evne til å mestre et mer selvstendig liv i egen bolig etter utskriving
- gi behandling med legemidler for schizofreni og bipolar lidelse etter gjeldende kriterier

### 7.8.2 Rusutløste psykoser

Psykoser kan opptre når personen ruser seg eller under abstinens. I abstinensfasen er det i hovedsak alkohol som fører til psykoser, men det har også blitt rapportert en mulig assosiasjon mellom opioidabstinens og benzodiazepinabstinens og psykoser.

Årsaken til at noen utvikler psykose i forbindelse med bruk av rusmidler og andre ikke, er ikke godt nok dokumentert, heller ikke hva som er forløpet for ulike gruppers rusutløste psykoser (Mathias et al., 2008). En dansk undersøkelse konkluderte med at pasienter som i utgangspunktet var diagnostisert med cannabisutløst psykose, hadde stor risiko for senere å utvikle schizofreni (Arendt et al., 2005a). Det bør derfor utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose (anbefaling 59).

Ut fra dagens organisering er det mest vanlig at hovedansvaret for behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse.

Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan pasienten imidlertid behandles innen TSB under forutsetning av et nært samarbeid med psykisk helsevern, og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av alvorlig psykisk lidelse.

Behandling i døgninstitusjon kan i enkelte tilfeller gis innenfor TSB ved alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse, men i samarbeid med psykisk helsevern. Institusjonen må da ha tilstrekkelig kompetanse og veiledning, og det bør inngås forpliktende avtale på individnivå som pasienten er delaktig i og godt informert om.

Psykisk helsevern må være i stand til raskt å overta ansvaret for behandlingen fra TSB ved behov. I disse tilfellene kan det inngås en konkret avtale om ansvarsfordelingen for hver enkelt pasient før behandlingsstart i TSB. Pasienten bør selv delta i utformingen av avtalen, jf. anbefaling 4.

Alle personer med akutte psykoser har samme rett til behandling, uavhengig av om det er en rusutløst psykose eller ikke (anbefaling 60). Det er ikke mulig ut fra lovtekst, lovforarbeider, høyesterettspraksis eller annen praksis å sette personer med sterke psykiatriske symptomer i en annen stilling overfor den alminnelige helselovgivningen selv om disse eventuelt er utløst av rus. Det kan også være vanskelig å diagnostisere hvorvidt det dreier seg om stoffutløst psykose eller for eksempel schizofreni utløst av eller forverret av rusmiddelbruk. Bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp tilsier at sykehusene er pliktige til å ta imot disse personene.

Pasienter med ulike psykoselidelser og samtidig ruslidelse representerer ofte en stor utfordring for det kommunale hjelpeapparatet. Det er derfor viktig at kommunene får god veiledning av spesialisthelsetjenesten[54].

Behandling av ROP-pasienter med alvorlige former for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, spesielt ved selvskading eller spiseforstyrrelse, bør i stor grad behandles i psykisk helsevern.

### 7.8.3 Angstlidelser og depresjon

Mindre alvorlige psykiske lidelser, for eksempel milde til moderate depresjoner, angstlidelser og mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser er svært vanlig blant personer med alvorlige ruslidelser. Her vil rusmisbruket som regel være det dominerende problemet og de psykiske problemene vil reduseres parallelt med reduksjon av rusmisbruket, og uten at de krever spesiell behandling (Verheul et al., 2000b).

Dysfori ses svært ofte hos pasienter som er i aktiv rusbehandling, og det er vanskelig å skille ut en uavhengig angstlidelse for personer som ruser seg eller er i en abstinensfase. Det er dokumentert at personer med angst og depresjon som av og til misbruker alkohol, oftere blir bedre ved rusfrihet enn dersom misbruket vedvarer (Verheul et al., 2000a). Der-

54 Lov om spesialisthelsetjeneste mm. § 6-3 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse - og omsorgstjenesten

som det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelsen eller depresjonen ved rusfrihet, må begge lidelsene fortsatt behandles (anbefaling 61) (Ravndal and Vaglum, 1994).

Noen depresjoner kan medføre psykotiske symptomer som endrer virkelighetsoppfatningen. Disse utgjør en liten andel av depresjonene, men regnes med til de alvorlige psykiske lidelsene.

### 7.8.4 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD

Kombinasjonen ruslidelse/hyperkinetisk forstyrrelse / AD/HD innebærer spesielle utfordringer. Behandling med sentralstimulerende midler alene er ikke effektiv behandling verken for den hyperkinetiske lidelsen eller ruslidelsen hos voksne som har begge diagnoser (Wilens and Fusillo, 2007,Levin et al., 2007,Levin et al., 2006). Selve AD/HD tilstanden kan derimot behandles selv om det foreligger en komorbid rusmiddelavhengighet. Dette krever at man stabiliserer og behandler rusmiddelavhengigheten i forkant.

Psykososial behandling kan bidra til å gjøre medikamentell behandling mulig. Forskning tyder på at behandling av ruslidelse hos voksne med hyperkinetisk forstyrrelse har virkning også uten medikamentell behandling (Schubiner et al., 2002).

Det kan være aktuelt å prøve behandling med legemidler. Det finnes få studier på effekt av kombinasjonsbehandling med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og sentralstimulerende legemidler. Slik behandling forutsetter imidlertid forankring og tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Det vises til veileder i diagnostikk og behandling for ADHD, IS-1244. Veilederen er under revidering og vil finnes på direktoratets nettsider etter ferdigstillelse. Det vises også til Helsebibliotekets nettsider www.helsebiblioteket.no.

Ved hyperkinetisk forstyrrelse / AD/HD anbefales psykososial behandling av ruslidelsen også når personen ikke får medikamentell behandling av sin AD/HD (anbefaling 62).

### 7.8.5 Alvorlige personlighetsforstyrrelser

Studier, i hovedsak på personer uten samtidig rusmisbruk, men med emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser, viser noe bedre behandlingsresultater enn tidligere (Stone, 2006). Det er derfor mulig å behandle emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse etter samme prinsipper med og uten samtidig ruslidelse (van den Bosch et al., 2002). Mest lovende synes bruk av metoden «dialektisk atferdsterapi (DBT)» og behandling basert på mentalisering å være. Resultatene er imidlertid usikre.

### 7.8.6 Spiseforstyrrelser

Det finnes ikke dokumentasjon på gode behandlingstiltak for ruslidelser hos personer med spiseforstyrrelser. Behandling av spiseforstyrrelser må derfor følge anerkjente behandlingsmetoder for slik behandling. Det vises til Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten, Statens helsetilsyn, 7-2000, IK-2714. Arbeidet med ny retningslinje er påbegynt.

## 7.9 Behandling med legemidler

Det er behov for mer kunnskap om behandling med legemidler av personer med ROP-lidelser. Derfor omtales dette kort og inneholder ingen anbefalinger. Det vises til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, IS-1701.

For å gi god og forsvarlig behandling med legemidler er det viktig med en nøyaktig rus-anamnese. Spesielt er det viktig å kartlegge hvilke rusmidler som brukes. Dette er viktig for å

- redusere faren for respirasjonsstans
- bli klar over risikoen for bivirkninger av legemidlene
- få vite om interaksjonsmulighetene mellom rusmidler og legemidler

Generelt skal en være svært tilbakeholdende med å forskrive legemidler som har et avhengighetspotensial til mennesker som er avhengige av rusmidler.

Personer med ruslidelse kan være sensitive for bivirkninger. Det er derfor viktig å velge legemidler med få bivirkninger, starte med lave doser og trappe langsomt opp. En tett dialog med pasienten under oppstart og doseendring er helt avgjørende for å styre behandlingen slik at den ikke blir umuliggjort på grunn av bivirkninger. Så enkel dosering som mulig øker sannsynligheten for at legemidlene tas som forskrevet. Daglig utlevering, undervisning og annen form for oppfølging er nødvendig. Dersom pasienten lar være å ta medisiner regelmessig, vil det beste være ikke å behandle med legemidler før det er sannsynlig at behandlingen er gjennomførbar.

Ulike psykososiale intervensjoner vil være helt avgjørende for å få gode resultater av behandlingen. Behandling med legemidler alene vil som regel ikke føre til målet.

### 7.9.1 Fare for respirasjonsstans

Bruk av både rusmidler og legemidler kan dempe respirasjonssenteret i hjernen. Høye doser eller kombinasjon av stoffer og legemidler med denne egenskapen kan føre til respirasjonsstans. Dette er en dødelig tilstand hvis den ikke blir behandlet umiddelbart. Oppkast og aspirering er også vanlige komplikasjoner i en slik situasjon. Alkohol, benzodiazepiner, opioider og GHB kan alle virke respirasjonsdempende alene, men spesielt i kombinasjon. En må derfor være ytterst varsom med å kombinere legemidler og nøye informere pasientene om faren for respirasjonsstans.

### 7.9.2 Effektinteraksjoner

Både rusmidler og legemidler kan ha samme effekt. Sammen vil de kunne gi en så sterk effekt at det kan utgjøre et problem. Dersom pasienten bruker rusmidler eller legemidler som virker søvndyssende, bør en være forsiktig med å forskrive slike legemidler. Mange pasienter ønsker nettopp denne søvndyssende effekten. Det er en utfordring i seg selv. En annen virkning er vektøkning. Dersom en person slutter med sentralstimulerende stoffer, vil vekten ofte gå opp. Hvis det skjer samtidig med innleggelse i institusjon og en mer passiv livsstil, må man være oppmerksom på faren for vektøkning og unngå å forskrive medikamenter som øker faren for vektøkning ytterligere. Vektøkning kan innebære økt helserisiko, men kan også bidra til tilbakefall til bruk av sentralstimulerende stoffer. Samtidig bruk

av sentralstimulerende stoffer og sentralt virkende medikamenter, som SSRI[55], litium, MAO-(monoaminoksidase) hemmere og tricycliske antidepressiva, kan utgjøre en fare for pasienten. I ytterste konsekvens kan pasienter utvikle «serotonergt syndrom» som viser seg som forvirring, agitasjon, muskelkramper, temperaturstigning, nevrologiske symptomer, hypotensjon, nyresvikt og disseminert intravasculær koagulasjon. Dette er en potensielt dødelig tilstand som krever øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Bivirkninger av tricycliske antidepressiva kan forsterkes av kokain og gi fare for kardiovaskulære reaksjoner, kramper og serotonergt syndrom som beskrevet over.

### 7.9.3 Eliminasjonsinteraksjoner

Dersom rusmidler og legemidler brytes ned på samme sted i leveren, vil dette kunne føre til at rusmidlene eller legemidlene brytes saktere eller raskere ned, og dermed få økt eller redusert effekt. Dette kan i ytterste konsekvens resultere i overdose og død. I mindre alvorlige tilfeller kan det føre til at behandlingen ikke har effekt, at bivirkningene øker eller at rusmidlene virker sterkere eller svakere. Kunnskap om interaksjoner er derfor viktig for leger som forskriver legemidler til ROP-pasienter.

Noen eksempler på interaksjoner er gjennom enzymsystemet cytokrom P450, CYP3A4, der flere antidepressiva, antipsykotika, stemningsstabiliserende medikamenter, opioider, benzodiazepiner, antibiotika, antivirale midler, urter og grapefrukt brytes ned. Dette kan føre til at hormoner, antibiotika eller antivirale midler ikke virker når andre stoffer som brytes ned samme sted, tilføres kroppen.

Videre kan flere psykofarmaka redusere metadonkonsentrasjonen i blodet, mens benzodiazepiner, noen antidepressiva, antibiotika og grapefrukt kan øke den. Seponering av et medikament som reduserer metadonkonsentrasjonen i blodet, vil føre til en rask økning i metadonkonsentrasjonen, og dette vil igjen kunne føre til fare for overdose.

Det finnes flere nettsteder som er tilgjengelig gjennom www.helsebiblioteket.no, for eksempel DRUID (www.interaksjoner.no) der man kan lese om interaksjoner mellom ulike legemidler og rusmidler. En annen viktig ressurs for helsepersonell er RELIS (www.relis.no) hvor man kan stille spørsmål om interaksjoner i konkrete tilfeller.

55 SSRI: Selektiv serotonin reopptakshemmere. Betegnelse på den viktigste gruppen av såkalt annen generasjons antidepressive medikamenter.

| | Grad | Anbefaling behandling for ROP-pasienter | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 37 | B | Personens egne ressurser må støttes under hele behandlings-forløpet på en slik måte at livskvalitet bedres | 3 |
| 38 | B | Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og sam-tidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan | 2a |
| 39 | A | Behandling i oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, bør gis til personer som ikke responderer på tra-disjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling | 1a |
| 40 | | Oppfølging fra et oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, må starte opp selv om personen på henvis-ningstidspunktet mangler bolig | |
| 41 | | Mobiltelefon/sms bør tas i bruk for å opprettholde kontakten | |
| 42 | B | Døgnbasert institusjonsbehandling bør vurderes som supplement til oppsøkende tiltak eller som alternativ når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige | 2b |
| 43 | D | Bruk av rusmidler under døgnbehandling bør vanligvis ikke føre til utskrivelse | 4 |
| 44 | | Det må sikres at personer får tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og unngå brudd i behandlingen. Dette gjelder også ved alle utskrivelser fra døgnbehandling | |
| 45 | D | Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under institusjonsopphold for å oppnå kontinuitet i behand-lingen | 4 |
| 46 | | Dersom en person har bolig ved innleggelse i institusjon, bør denne beholdes under innleggelsen | |
| 47 | | Dersom en person er bostedsløs ved innleggelse, må institu-sjon og kommune sammen begynne arbeidet med å finne bolig | |
| 48 | | Kjønnsspesifikk behandling bør vurderes | |
| 49 | B | Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferds-terapi med motiverende intervju til personer som har behov for det | 2b |
| 50 | B | Det bør vurderes å ta i bruk læringsbasert behandling (contingency management) for å stimulere til redusert rus-middelmisbruk | 2a |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 51 | C | Det bør gis opplæring i psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsing til pasienter og pårørende. | 4 |
| 52 | | Det anbefales å gjennomføre en funksjonskartlegging som inkluderer kognitive funksjoner både når det gjelder utdanning og yrkesrettede tiltak | |
| 53 | | Personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold | |
| 54 | | I forebygging av tilbakefall bør man så langt som mulig unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner | |
| 55 | | Tjenesteytere bør hjelpe brukeren til å forstå rusen rolle og betydning slik at målsettingen for behandlingen kan forankres hos brukeren | |
| 56 | C | Behandling av den enkelte psykiske lidelse bør følge direktoratets nasjonale retningslinje for den aktuelle psykiske lidelsen selv om pasienten også har en ruslidelse | 3 |
| 57 | C | Behandling av ruslidelsen bør følge anerkjente metoder for rusbehandling selv om personen også har en psykisk lidelse | 3 |
| 58 | B | For psykosepasienter i stabil fase bør det tilbys gruppebehandling over lengre tid (over 6 måneder) med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte | 2b |
| 59 | | På grunn av stor risiko for senere å utvikle schizofreni, bør det utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose | |
| 60 | | Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke | |
| 61 | | Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelsen eller depresjonen ved rusfrihet, må begge lidelsene fortsatt behandles | |
| 62 | C | Ved hyperkinetiske forstyrrelser / AD/HD anbefales psykososial behandling av ruslidelsen, også når personen ikke får medikamentell behandling | 3 |

# 8 Roller og ansvar

## 8.1 Sentrale anbefalinger

- *Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.*

- *For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelse sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan.*

- *Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.*

- *Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.*

| Ansvar | Psykisk helsevern | Psykisk helevern/ Tverrfaglig Spesialisert behandling | Tverrfaglig spesialisert behandling |
|---|---|---|---|
| Psykisk lidelse | Alvorlig psykisk lidelse | Mindre alvorlig psykisk lidelse | Mindre alvorlig psykisk lidelse |
| Ruslidelse | Alvorlig ruslidelse og mindre alvorlig ruslidelse | Mindre alvorlig ruslidelse | Alvorlig ruslidelse |

Figur 4

Kommunehelsetjenesten kan ikke avvise en konkret henvendelse fra en pasient uten at det foretas en vurdering. Hvis kommunen ikke kan gi forsvarlig helsehjelp, skal pasienten henvises videre.

Det må være kompetanse for å kunne utrede og behandle pasienter med ROP-lidelser både i kommunene, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det vises til kapittel 6 og 7 for mer informasjon om anbefalte utrednings- og behandlingsmetoder.

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har ofte sin første kontakt med kommunenes tjenesteapparat i forbindelse med helseproblemer eller behov for økonomisk bistand.

Når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP-lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, psykiske helsevern eller TSB (anbefaling 63). Alvorligheten av den psykiske lidelsen og ruslidelsen, samt funksjonsnivå, vil avgjøre rett utrednings- og behandlingsnivå.

Vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten er ulikt organisert mellom enheter-organisert som psykisk helsevern og som TSB. Hvis pasienter med en ROP–lidelse skal få et integrert og helhetlig behandlingstilbud, må det skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og TSB. Ansvaret for hvordan man vil organisere en slik samordning ligger hos RHFene i tråd med deres «sørge-for-ansvar».

Personer med ROP-lidelser er sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Det er dokumentert at behandling gir effekt når den er sammenhengende og skjer over lang tid. For den enkelte pasient er det individuell plan som presiserer samarbeidet, jf. kapittel 8.3.3 7.4.2 «Kommunenes ansvar for individuell plan og koordinering av tjenester». Når en person henvender seg til kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket, har tjenesteyterne en selvstendig plikt til å igangsette arbeidet med individuell plan. Ved behov for tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjeneste har kommunen ansvaret for å utarbeide planen og koordinere planarbeidet. Innen psykisk helsevern er oppgaven pålagt den enkelte institusjon. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter.

## 8.2 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse har samme rett til vurdering av nødvendig helse- og omsorgstjenester i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som alle andre pasienter. Dette er fastsatt i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten dersom han/hun kan ha forventet nytte av denne og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir for øvrig pasientene og brukerne en rekke andre rettigheter. Det dreier seg om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, samtykkeprinsippet i kapittel 4, rett til journalinnsyn i kapittel 5, særlige rettigheter for barn i kapittel 6 og rett til å klage i kapittel 7. Disse rettighetene blir ikke nærmere omtalt i denne retningslinjen, utover tekst om pasient- brukemedvirkning og pårørende i kapittel 5. For å lese mer om dette henvises til Pasientrettighetsrundskrivet[56].

## 8.3 Kommunenes ansvar for rus - og psykisk helsearbeid

Kommunen er en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser[57].

Kommunenes ansvar omfatter blant annet

- kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer
- ruskartlegging og psykososial oppfølging
- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig

56 Rundskriv IS 12/2004 Om pasientrettigheter

57 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS-1332

- sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- arbeid med individuell plan
- generell oppfølging og veiledning
- henvisning til behandling

Relevante aktører og samarbeidspartnere er
- legevakt
- fastleger, hjemmetjenester, øvrig primærhelsetjeneste
- psykisk helsearbeid og rusenheter i kommunen
- ansatte i bolig
- NAV
- politi
- kriminalomsorgen/helsetjenesten i fengsel

### 8.3.1 Kommunenes ansvar for kartlegging

Personer med ROP-lidelser har problemer på ulike områder som det i kommunens helse- og sosialtjeneste må finnes tilstrekkelig kompetanse til å kartlegge.

I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner (anbefaling 64).

I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddel-problemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy (anbefaling 65).

Dessuten skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjons-nivå og ressurser (anbefaling 66).

Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte (anbefaling 67).

Kommunene må sørge for at det finnes tilgjengelig kompetanse for kartlegging.
Små kommuner kan ved behov inngå samarbeid med andre kommuner for slik å sørge for at nødvendig kompetanse finnes (anbefaling 68).

| | | |
|---|---|---|
| Basis-kompetanse | ▪ Kartlegging med:<br>  ▪ CAGE eller AUDIT for alkohollidelse<br>  ▪ DUDIT for stofflidelse<br>  ▪ ~~SATS~~, DUDIT-E og Alkohol-E for motivasjon<br>▪ Kartlegging med ~~MINI SCREEN~~ for ikke-psykotiske lidelser<br>▪ ~~SCL-10~~ for kartlegging av angst og depresjon<br>▪ Klinisk psykiatrisk vurdering hos fastlege<br>▪ Somatisk utredning hos fastlege<br>▪ Vurdere risiko for selvmord<br>▪ Psykososial utredning<br>▪ Kartlegging i Kvalifiseringsprogrammet<br>▪ Motiverende intervju | [Se begrunnelse for endringen]<br>ROP-screen [Se begrunnelse for endring]<br>SCL-10 eller ROP-screen [Se begrunnelse for endringene] |
| Tilleggs-kompetanse | ▪ Kartlegging av psykisk lidelse med ~~MINI, MINI PLUS eller~~ ASRS 6 og bruk av Europ ASI for kartlegging av psykososiale forhold<br>▪ Vurdering av fare for voldelig atferd | [Se begrunnelse for endring] |

### 8.3.2 Kommunens ansvar for behandling og oppfølging

Kommunene har samme ansvar for personer med ROP-lidelser som for alle andre innbyggere med hjelpebehov. For noen kan målsettingen være full rehabilitering, mens andre ønsker/trenger skadereduserende tiltak. Dette må avgjøres i dialog med den enkelte.

Kommunene har ansvar for utredning og behandling av både psykiske og somatiske lidelser. Primærhelsetjenesten har ansvar for å delta i oppfølging både av ruslidelsen og den psykiske lidelsen i samarbeid med øvrige kommunale tjenester. Personer med ROP- lidelse bør alltid få allmennmedisinsk oppfølging av fastlege (anbefaling 69).

Personer med ROP- lidelser trenger oppfølging over lang tid og helst av personer/team med stor stabilitet og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Å løse sammensatte problemer krever gjensidig kunnskapsutveksling og gjensidig veiledning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Overfor personer med ROP-lidelser vil noen ganger en oppsøkende arbeidsform være nødvendig, for eksempel ACT- team[58]. Kommunene har ansvar for at ambulante metoder tas i bruk i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser (jf. anbefaling 39).

Det anbefales at kommunene tar i bruk mobiltelefon/sms for å etablere og opprettholde kontakten med personer med ROP-lidelser (jf. anbefaling 41).

58 Assertive Community Treatment-team eller Oppsøkende behandlingsteam.

### 8.3.3 Kommunens ansvar for individuell plan og koordinering av tjenester

Individuell plan er et sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukerforankring. Personer med ROP-lidelser vil ofte ha rett til Individuell plan (IP)[59] Kommunehelsetjenesten og NAV /psykisk helse i kommunen har ansvar for å få utarbeidet en slik plan i samarbeid med andre enheter, spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten. Individuell plan vil for mange være et viktig redskap for brukermedvirkning, men også for å gjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom behandlings- og oppfølgingstiltak koordinerte og mer oversiktlige. Dersom enkelte pasienter ikke ønsker IP, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester (anbefaling 70). Det vises også til tipshefte om individuell plan – «Gjør det så enkelt som mulig».

### 8.3.4 Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging

Mange personer med ROP-lidelser har dårlig økonomi på grunn av lave inntekter og dårlig styring av utgifter. Rusmiddelmisbruk, spesielt illegalt, kan være svært kostbart. Både legal og illegal gjeld innebærer en stor belastning.

Å rydde opp i økonomiske problemer sammen med brukeren vil innebære å

- skaffe oversikt over økonomien
- etablere nedbetalings- og gjeldssaneringsordninger
- hindre ny opphopning av gjeld
- oppdage manglende betaling av husleie, hindre at gjelden blir uoverkommelig[60] og at pasienten trues med utkastelse
- sørge for soning av bøter i medhold av straffegjennomføringsloven § 12
- inngå avtale om frivillig inntektsforvaltning, eventuelt kreve tvungen forvaltning

Det er opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål, slik at kommunene/NAV-kontorene kan ta i bruk informasjonsmateriell om økonomisk rådgiving (www.nav.no). Retningslinjene for behandling av skatte- og avgiftskrav ved gjeldsordning og retningslinjene for ettergivelse av skattekrav er endret, slik at det nå er lettere å oppnå gjeldsordning eller ettergivelse. Etter de nye retningslinjene skal det i større grad enn tidligere legges vekt på om skattyteren har vært i en vanskelig livssituasjon.

### 8.3.5 Kommunens ansvar for varig botilbud

Kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov (anbefaling 71).

Med varig bolig forstås et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensing. Dette innebærer tilbud om et bredt spekter av botiltak, fra egen eid eller leid bolig til godt bemannede og samlokaliserte boliger eller bofellesskap, som

- spredte leiligheter i ordinær boligmasse/integrert
- samlokalisert bolig
- gruppebolig eller bofellesskap

59 Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253

60 Dette krever tett samarbeid med, og samtykke fra bruker, eventuelt frivillig eller tvungen forvaltning. Kommunen har ingen plikt til å dekke gjeld/husleierestanser.

Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (jf.helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7, sosiale tjenester i NAV § 15 og IS- 1554). Bolig skaper trygge rammer og forutsigbarhet og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon (anbefaling 72).

Husbanken har en sentral rolle i å veilede og stimulere kommunene til å framskaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet. Det vises til Husbankens låne- og tilskuddsordninger.

En bruker med ordinær husleiekontrakt kan ikke kastes ut av boligen fordi vedkommende bruker rusmidler. Enkelte kommunale botiltak har imidlertid innført tilleggsregler for å kunne regulere atferd. Andre botiltak har ikke slike regler fordi det er mange som ikke vil kunne følge dem, men forsøker å løse konflikter som handler om utagering og bruk av rusmidler gjennom tett oppfølging og eventuelt innleggelse ved behov (brukerstyrte plasser). Større kommuner løser slike dilemmaer ved å etablere boliger med ulike terskler for rus og annen atferd. Mindre kommuner samarbeider for å kunne gi slike tilbud.

Det er uheldig hvis bedring fører til at noen må skifte bolig, dersom det ikke er etter eget ønske. Bedring av funksjon er ofte avhengig av de rammene bedringen skjer under. Det er da ikke fornuftig å endre disse rammene vesentlig, slik bytte av bolig ville innebære. I følge husleieloven kan heller ingen bli oppsagt på grunn av bedring.

Noen personer med alvorlig psykisk lidelse vil ha dårlig kontaktevne, slik at selvstendig bolig vil kunne forsterke ensomhet. Da vil samlokaliserte boliger, eventuelt med fellesarealer og personalbase, kunne være et godt tilbud.

Utformingen av boligen, både antall boenheter og planlegging av fellesarealer hvilken funksjon de skal ha er viktig for å skape gode bomiljøer. Det er større behov for individuelt baserte botilbud enn store botiltak.

Det er en fordel at utagerende personer bor i separate boenheter. Samlokalisering med fellesarealer kan øke konfliktnivået, og det er viktig å ta med beboerne på råd. Engstelige og forsiktige personer kan imidlertid fungere godt i litt større grupper. Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av personer med ROP-lidelser med store hjelpebehov, er det nødvendig at kommune og helseforetak samarbeider om behandlingen, organisering av det samlede tilbudet og gjerne også om økonomiske løsninger. Det vises her til veilederen Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS -1332.

Lavterskel botilbud / bruk av midlertidige boliger kan være nødvendig, men i begrenset omfang.

### 8.3.6 Kommunens ansvar for oppfølging i bolig

Selv om en bolig i utgangspunktet ikke er definert som en behandlingsarena, vil bolig med oppfølging kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet. For oppsøkende team vil imidlertid boligen være en viktig arena for kontaktetablering og ulike behandlingsintervensjoner.

Boligsosialt arbeid omfatter alt fra kommunenes innsats for å framskaffe og tildele boliger til tjenester og enkelttiltak som kan bedre den enkeltes forutsetning for å mestre sin

bo- og livssituasjon. Herunder arbeid for å redusere utkastelser og begrense bruken av midlertidige botilbud. Husbanken og Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter tilskudd til boligsosialt arbeid for å forebygge bostedsløshet.

Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap (anbefaling 73). Enkelte grupper av ROP-pasienter vil ha behov for bofellesskap med dagbemanning eller døgnbemanning. Dette kan eventuelt etableres gjennom interkommunalt samarbeid[61].

### 8.3.7 Kommunens og NAVs ansvar for arbeid og aktivitet

Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede (anbefaling 74), jf. kapittel 6.9.3 «Utdanning/ arbeidserfaring» og kapittel 7.6 «Yrkesrettede tiltak og aktivitet».

Både kommunale og statlige enheter i NAV har ansvar for å hjelpe dem som trenger det til å komme i arbeid og aktivitet. Personer med ROP-lidelser vil som regel ha behov for oppfølging fra både NAV, sosialtjenesten og helsetjenesten over lang tid. Sosial støtte, rus- og psykisk helsehjelp må derfor koordineres med bistand fra NAV og omvendt. Helsetjenesten må være en aktiv samarbeidspart for NAV ved funksjonsvurdering av brukere. Samarbeid og integrasjon mellom behandlingstjenestene og arbeids- og velferdstjenestene er særlig viktig for at individuell oppfølging av personer med psykiske lidelser skal resultere i arbeidstilknytning.

NAV har mange ulike tiltak og former for støtteordninger, med spesielle tilpasninger dersom det er nødvendig. I tillegg til det ordinære tiltaksapparatet prøver NAV også ut en rekke tiltak gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) i samarbeid med helsesektoren.

Strategiplanen viderefører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Formålet er å hindre utstøting fra arbeidslivet og lette inkludering i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser/problemer, også de som i tillegg har rusmiddelproblemer eller andre utfordringer.

I forbindelse med strategiplanen har NAV bl.a. tilsatt veilednings- og oppfølgingsloser i noen av de største fylkene. Losen er en fagperson ansatt i NAV som med utgangspunkt i brukerens behov kan gi tett oppfølging, støtte og veiledning for å komme i arbeid eller annen aktivitet. Noen fylker tilbyr «Mestringsveier til arbeid» tiltak som videreutvikler arbeidsrettede tilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. «Jobbmestrende oppfølging» er et forskningsprosjekt i 6 fylker rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser med eller uten rusmiddelproblemer. Grønt arbeid er et arbeidstreningstilbud på gård i regi av NAV og finnes i mange fylker. «Studier med støtte» er etablert på enkelte universiteter og høgskoler.

61 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7.

### 8.3.8 Selvhjelp

Selvhjelpsgrupper kan spille en betydelig rolle for mange personer med ROP- lidelser. Selvhjelpsgrupper kan være nyttige spesielt for pasienter i aktiv behandling - eller som er på ulike stadier i tilbakefallsforbygging. Å informere om og motivere pasientene til deltakelse i selvhjelpsgrupper, kan være en mulighet til å hjelpe flere inn i, og vedlikeholde et positivt forløp. Behandlere kan foreslå deltakelse i selvhjelpsgrupper som en mulighet, men de bør unngå å presse motvillige brukere til å delta. For mer informasjon og egen opplæringsmodul i selvhjelp vises det til: www.norskselvhjelpsforum.no

### 8.3.9 Kommunens ansvar for oppfølging av somatisk helse

Primærhelsetjenesten har ansvar for oppfølging og behandling av somatisk helse. Den somatiske helsetilstanden påvirker den psykiske helsen, for eksempel ernæring, hiv, hepatitt *A*, B og C, hudinfeksjoner og tannhelse. Hiv, hepatitt *A*, B og C- status bør derfor kartlegges hos alle som har brukt sprøyter til rusmiddelmisbruk,og behandlingsbehovet knyttet til hiv *og* hepatitt må avklares i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det vises til anbefaling om at alle sykdommer som ROP-pasienter er mest utsatt for å få, utredes, jf. anbefaling 22. Det må vurderes å vaksinere denne gruppen pasienter mot hepatitt A og hepatitt B i så stor utstrekning som mulig. Tiltak for bedret ernæring kan også ha betydning for psykisk helse. Det vises til kapittel 7.7.2 «Fysisk aktivitet og ernæring».

### 8.3.10 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsen

Offentlig tannhelsetjeneste er en fylkeskommunal oppgave og reguleres av tannhelsetjenesteloven (nå under revisjon) og forskrift om vederlag for tannhelsetjeneser (www.lovdata.no). Personer med ROP-lidelser kan kvalifisere til fri tannbehandling. Rundskriv I-4/2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet beskriver rusmiddelavhengiges rettigheter til offentlige tannhelsetjenester.

### 8.3.11 Kommunens ansvar for brukere av lavterskeltiltak og botilbud

Det er viktig å kartlegge om det foreligger problemer med rus eller psykisk lidelse hos beboere i kommunenes lavterskel botilbud, og brukere av lavterskel helsetilbud. Med lavterskel helsetiltak menes her tiltak for mennesker med svært omfattende rusmiddelbruk og sammensatte problemer, og som liten grad selv oppsøker eller oppsøkes av hjelpeapparatet. Ofte har disse personene tidligere vært i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, men de har verken fått den behandlingen eller oppfølgingen de trenger. Det kan benyttes flere metoder for å etablere og opprettholde kontakten med disse personene, blant annet ved bruk av mobiltelefon/sms, jf. anbefaling 41.

| | Grad | Anbefalinger for behandling og oppfølging i kommunene (inkludert primærhelsetjeneste og NAV) | Evidensnivå |
|---|---|---|---|
| 63 | | Når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP-lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, psykiske helsevern eller TSB | |
| 64 | | I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner | |
| 65 | | I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy | |
| 66 | | Det skal finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser | |
| 67 | B | Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte (jf. Anbefaling 49) | 2b |
| 68 | | Små kommuner kan ved behov inngå samarbeid med andre kommuner for slik å sørge for at nødvendig kompetanse finnes | |
| 69 | | Personer med ROP-lidelse bør alltid få allmennmedisinsk oppfølging av fastlege | |
| 70 | | Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester | |
| 71 | | Kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov | |
| 72 | | Bolig skaper trygge rammer og forutsigbarhet og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon | |
| 73 | | Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap | |
| 74 | | Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede | |

## 8.4 Helseforetakenes ansvar for tilbud til pasienter med ROP-lidelser

Selv om tilbudet til ROP-pasienter er organisert ulikt i ulike delene av landet, har helseforetakene ansvar for å sørge for at pasienter med ROP-lidelser får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har ansvaret vært delt mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Noen pasienter vil kunne havne mellom ansvarsområdene for ulike tjenester.

Uenighet om ansvarsforholdene må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og at pasienten blir skadelidende.

Vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten er ulikt organisert mellom enheter organisert som psykisk helsevern og som TSB. Hvis pasienter med en ROP–lidelse skal få et integrert og helhetlig behandlingstilbud, må det skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og TSB. Ansvaret for hvordan man vil organisere en slik samordning, ligger hos RHFene i tråd med deres «sørge-for-ansvar». Det er derfor nødvendig at helseforetakene samordner vurderinger og inntak slik at pasienter med en ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud (anbefaling 75).

Den instans som først kommer i kontakt med en person med en antatt ROP–lidelse, skal vurdere å igangsette arbeidet med individuell plan for å sikre at personen får tilbud om utredning, behandling og oppfølging ved behov.

For pasienter med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse som ikke nås tilfredsstillende på annen måte anbefales oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team. Helseforetakene har ansvar for at ambulante metoder tas i bruk i behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser, jf. anbefaling 39.

Helseforetakene bør bruke mobiltelfon/sms for å etablere og opprettholde kontakten med personer med ROP- lidelser, jf. anbefaling 41.

I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer med ROP- lidelser (anbefaling 76).

### 8.4.1 Helseforetakenes ansvar for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig og mindre alvorlig ruslidelse

Ut fra dagens organisering er det mest vanlig at hovedansvaret for behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse.

Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan imidlertid pasienten behandles innen TSB. Det forutsettes da et nært samarbeid med psykisk helsevern, og at psykisk helsevern har vurdert dette som forsvarlig behandling av alvorlig psykisk lidelse.

Behandling i døgninstitusjon kan i enkelte tilfelle gis innenfor TSB ved alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse, men i samarbeid med psykisk helsevern. Institusjonen må da

ha tilstrekkelig kompetanse og veiledning, og det bør inngås forpliktende avtale på individnivå som pasienten er delaktig i og godt informert om, jf. anbefaling 4.

Psykisk helsevern må være i stand til raskt å overta ansvaret for behandlingen fra TSB ved behov. I disse tilfellene kan det inngås en konkret avtale om ansvarsfordelingen for hver enkelt pasient før behandlingsstart i TSB. Personen bør også her delta i utformingen av avtalen.

Det er ikke mulig ut fra lovtekst, lovforarbeider, høyesterettspraksis eller annen praksis å sette personer med sterke psykiatriske symptomer i en annen stilling overfor den alminnelige helselovgivningen selv om disse er utløst av rus. Akutte psykotiske tilstander skal derfor ikke behandles forskjellig selv om det er mistanke om at tilstanden er rusutløst, jf. anbefaling 60. Det kan også være vanskelig å diagnostisere hvorvidt det dreier seg om stoffutløst psykose eller for eksempel schizofreni utløst eller forverret av rusmiddelbruk. Bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp tilsier at sykehuset er pliktig til å ta imot disse personene.

Pasienter med ulike psykoselidelser og samtidig en ruslidelse representerer ofte en stor utfordring for det kommunale hjelpeapparatet (kapittel 8.3 «Kommunens ansvar for rus- og psykisk helsearbeid»). Det er derfor viktig at kommunene får god veiledning av spesialisthelsetjenesten[62].

Behandling av ROP-pasienter med alvorlige former for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, spesielt ved selvskading eller spiseforstyrrelse, behandles vanligvis i psykisk helsevern.

### 8.4.2 Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse

Som regel ligger ansvaret for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse hos TSB, avhengig av i hvilken grad den psykiske lidelsen hemmer funksjonsevnen. Det gjelder også ved mindre alvorlige former for emosjonelt ustabile, samt ved andre alvorlige personlighetsforstyrrelser. Dette må imidlertid vurderes individuelt og etter behov, og den psykiske lidelsen må alltid behandles samtidig, jf. anbefaling 38.

### 8.4.3 Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse

For pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlige ruslidelser kan ansvaret ligge enten i TSB eller i psykisk helsevern. Dersom ruslidelsen dominerer, ligger hovedansvaret vanligvis i TSB, i motsatt fall i psykisk helsevern. Pasientens ønske har også betydning i denne sammenheng.

Pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse blir ofte «kasteballer» mellom systemene. Det er særlig viktig at ansvaret for disse pasientene avklares gjennom IP og samarbeidsavtaler.

62 Lov om spesialisthelsetjeneste m.m § 6-3 Veiledningspklikt overfor den kommunale helse- og omsorstjenesten

## 8.5 Helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendig kompetanse

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse (anbefaling 77).

Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser (anbefaling 78).

### 8.5.1 Helseforetakenes ansvar for kartlegging i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

TSB inkluderer ruspoliklinikker og institusjoner som er eid av helseforetakene, som har avtale, eller som helseforetakene kjøper behandlingsplass i.

Alle enheter innenfor TSB bør ha mulighet til å utføre diagnostisk utredning av psykisk lidelse og kognitive ferdigheter. Det finnes imidlertid ikke godt validerte kartleggingsverktøy for psykisk lidelse hos pasienter med kjent ruslidelse. Dersom diagnostisk utredning er gjort under ruspåvirkning eller abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet (anbefaling 79). Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør kartlegging gjennomføres, men resultatet må da tolkes i lys av rusmiddelpåvirkningen (anbefaling 80).

På bakgrunn av kunnskapsoversikten må ulike enheter innen spesialisthelsetjenesten bruke anbefalte verktøy for kartlegging, diagnostikk og behandlingsmetoder.

Helseforetakene bør sørge for at det finnes kompetanse i TSB om følgende kartleggingsverktøy, jf. kapittel 6:

| | | |
|---|---|---|
| Basis-kompetanse | ▪ Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse med ~~MINI PLUS, SCID-I eller PRISM~~<br>▪ ~~SCL-10~~ for kartlegging av angst og depresjon<br>▪ Utredning av personlighetsforstyrrelser med ICD-10 eller ~~SCID-II~~ sammen med ICD-10.<br>▪ Kartlegging av AD/HD med ~~MINI PLUS~~ eller ASRS 6<br>▪ Kartlegging av psykososiale forhold<br>▪ Utredning av somatisk sykdom<br>Generell kunnskap om psykiske lidelser og samtidige ruslidelser<br>▪ Kartlegging av ruslidelse med AUDIT, DUDIT, CAGE<br>▪ Kartlegging av motivasjon med ~~SATS~~, DUDIT-E og Alkohol-E | MINI 7.0.2, SCID-5-V eller PRISM-5 [Les begrunnelse]<br>SCL-10 eller ROP-screen [Les begrunnelse]<br>SCID-5-PF[Les begrunnelse]<br>ROP-screen [Les begrunnelse]<br><br>[Les begrunnelse] |
| Tilleggs-kompetanse | ▪ Kartlegging av psykososiale forhold med Europ ASI | |

### 8.5.2 Helseforetakenes ansvar for kartlegging i psykisk helsevern

Pasienter som henvises til psykisk helsevern, blir naturligvis utredet med tanke på psykisk lidelse. Ved slik utredning må det vurderes hvorvidt det foreligger en ruslidelse som har betydning for utviklingen av den psykiske lidelsen og for behandlingen av denne. Avklaring av rusmiddelmisbruk har mange aspekter. Pasienten kan bagatellisere fordi det ikke var rusmiddelproblemer som var henvisningsgrunn. Komparentopplysninger kan være viktige. Urin- og blodprøver er aktuelle hjelpemidler i utredningssammenheng. Se kapittel 6 for mer informasjon.

Det anbefales at AUDIT og DUDIT (jf. anbefaling 14 og 15) brukes rutinemessig både ved innleggelser og poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern. Dersom behandling for en psykisk lidelse ikke fører fram som antatt, bør det spesielt undersøkes om rusmisbruk kan være en årsak til dette.

Helseforetakene bør sørge for at det finnes kompetanse i Psykisk helsevern om følgende kartleggingsverktøy, jf. kapittel 6:

| | |
|---|---|
| Basis-kompetanse<br><br>SCL-10 eller ROP-screen [LENKE] | ▪ Kartlegging av alkohollidelse med AUDIT og stofflidelse med DUDIT<br>▪ Kartlegging av motivasjon med ~~SATS~~, DUDIT-E og Alkohol-E<br><br>▪ Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse med ~~MINI PLUS, SCID-I eller PRISM~~<br>▪ ~~SCL-10~~ for kartlegging av angst og depresjon<br>▪ Utredning av personlighetsforstyrrelser med ICD-10 eller ~~SCID-II~~ sammen med ICD-10<br>▪ Kartlegging av AD/HD med ~~MINI PLUS~~ eller ASRS 6<br>▪ Kartlegging av psykososiale forhold<br>▪ Utredning av somatisk sykdom<br>▪ Generell kunnskap om psykiske lidelser og samtidige ruslidelser |
| Tilleggs-kompetanse | Bruk av CAGE<br>Kartlegging av psykososiale forhold ved hjelp av Europ ASI |

[Les begrunnelse]

MINI 7.0.2, SCID-5-KV eller PRISM-5 [Les begrunnelse]

SCID-5-PF [Begrunnelse]

ROP-screen [Begrunnelse]

### 8.5.3 Helseforetakenes ansvar for kartlegging av ROP-lidelser når pasienten oppholder seg i somatiske avdelinger

Medisinske avdelinger kan komme i kontakt med ROP-pasienter ved forskjellige somatiske sykdommer, selvmordsforsøk eller ved overdoser og andre forgiftninger[63]. Både ved selvmordsforsøk og overdoser er det naturlig å vurdere om det dreier seg om personer med en

63 Helse Stavanger har utviklet prosedyrer for avdekking av rusmiddelproblematikk i ulike somatiske sykehusavdelinger.

ROP-lidelse. Det vises til Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern[64]. Det foreligger ikke nasjonal retningslinje for kartlegging og oppfølging av pasienter med overdose.

## 8.6 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging

Helseforetakene skal ha tjenester som dekker behandlingsbehovene for personer med ROP-lidelser. Tjenestene skal kunne gi behandling både når pasienter bor hjemme, i ulike typer boliger, eller når de er innlagt i institusjon, også når personer er innsatt i fengsel. Tjenestene må være helhetlige og integrerte. For de pasientene som ikke nås på annen måte, må den være aktiv oppsøkende. Det må lages gode strategier for å nå pasienter som ikke følger opp vanlige timeavtaler, jf. anbefaling 41.

Den konkrete organiseringen av behandlingen er det opp til helseforetakene å avgjøre. Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Forholdet til kommunene skal preges av gjensidig dialog og veiledning. Veiledning skal være tilgjengelig, jamfør spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 (veiledningsplikten).

Individuell plan skal tilbys ROP-pasienter med omfattende behov. Spesialisthelsetjenesten skal sammen med kommunen bistå pasienten i arbeidet med dette. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 skal helseforetaket utarbeide IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Psykisk helsevern har ansvar for personer med rusutløste psykoser som trenger akuttbehandling. Det er viktig å utrede disse pasientene grundig og følge dem opp, jf. anbefaling 60.

Veiledning skal gis til ulike deler av kommunale tjenester og den bør inkludere akutt veiledning ved behov (anbefaling 81).

### 8.6.1 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)

I tillegg til gode metoder for behandling av ruslidelser må alle enheter innenfor TSB ha kunnskap om og ferdigheter i behandling av de psykiske lidelsene som er vanlige blant personer med ruslidelser.

Når en person blir behandlet for en ruslidelse, må utviklingen av den psykiske helsen følges opp for å fange opp personer som ikke blir bedre av sine psykiske problemer når rusmisbruket er kommet under kontroll, jf. anbefaling 28.

Fordi behandlingen av ROP-lidelser skal skje koordinert/integrert må personer i TSB, som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, også kunne gis et tilbud om behandling for sin psykiske lidelse, eventuelt gjennom samarbeid med psykisk helsevern (anbefaling 82). Dette kan også inneholde psykososial og medikamentell behandling av en psykisk lidelse, enten ved den enkelte TSB-enhet eller i samarbeid med andre.

64 Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf

### 8.6.2 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen psykisk helsevern

Psykisk helsevern har ansvaret for behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser kombinert med alvorlige og mindre alvorlige ruslidelser. Dette gjelder også når pasienten ruser seg eller er i LAR.

Psykisk helsevern skal også ha kompetanse til å behandle personer med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlig ruslidelse (anbefaling 83).

Det må finnes gode behandlingsmuligheter for problemer med rusmiddelmisbruk som oppdages i løpet av behandling for psykiske lidelser. Behandling for rusmiddelmisbruk må skje uten at eksisterende behandlingsrelasjoner i psykisk helsevern brytes, jf. anbefaling 54.

Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlige ruslidelse bør få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB (anbefaling 84).

Psykisk helsevern skal kunne gi tilbud om behandling av pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser (anbefaling 85).

## 8.7 Behandlingstiltak uten avtale

En del institusjoner som ikke har avtale med helseforetakene, behandler personer med rusmiddelmisbruk. Disse er da ikke en del av spesialisthelsetjenesten. Det gjelder evangeliesentre, «Minnesota»-klinikker, P22 med flere. Når de behandler mennesker med ROP-lidelser, gjelder denne nasjonale faglige retningslinjen som om institusjonen var en del av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten bør benytte flere metoder for å etablere og opprettholde behandlingskontakt med ROP-pasienter – blant annet ved bruk av nyere informasjons- og kommunikasjonsteknologi, jf. anbefaling 41.

| | Grad | Anbefalinger for behandling i spesialisthelsetjenesten | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 75 | D | Helseforetaket bør samordne vurderinger og inntak for at pasienter med en ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud | 4 |
| 76 | | I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer med ROP-lidelser | |
| 77 | | TSB skal ha kompetanse til å behandle personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse | |
| 78 | | Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser | |
| 79 | | Dersom diagnostisk utredning er gjort under ruspåvirkning eller abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet | |
| 80 | | Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør kartlegging gjennomføres, men resultatet må da tolkes i lys av rusmiddelpåvirkningen | |
| 81 | | Veiledning skal gis til ulike deler av kommunale tjenester og den bør inkludere akutt veiledning ved behov | |
| 82 | | TSB skal kunne gi tilbud om behandling til personer som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i samarbeid med psykisk helsevern | |
| 83 | | Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlig ruslidelse | |
| 84 | | Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB | |
| 85 | | Psykisk helsevern skal kunne gi tilbud om behandling av pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser | |

## 8.8 Samhandling mellom ulike enheter og nivåer

Personer med en ROP-lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenestene. I et helhetlig pasientforløp er de ulike deler av tjenestene som pasienten trenger satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte.

Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for institusjoner uten driftsavtale med helseforetakene (anbefaling 86).

Samhandling mellom ulike deler av helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å få til en helhetlig oppfølging, jf. anbefaling 38. Samarbeidspunkter/avtaler skal framgå av pasientens individuelle plan (IP). Dersom det er foretatt kartlegginger av pasienten må dette fremkomme i IP, slik at det ikke er nødvendig å gjenta disse kartleggingene. Ifølge forskrift om individuell plan § 6 skal det kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

Når arbeidet med IP er startet opp i spesialisthelsetjenesten, bør det så raskt som mulig, og i samsvar med tjenestemottakers samtykke, tas kontakt med riktig instans i kommunen for å etablere samarbeid om planprosessen videre (anbefaling 87). Det kan være naturlig at dette kontaktpunktet legges til den enheten som har systemansvaret. I samarbeid med tjenestemottaker må det utpekes en koordinator blant tjenesteyterne som har ansvar for å lede og koordinere arbeidet. Kommunen og NAV bør i samarbeid sørge for at alle personer med ROP- lidelser får et samordnet og integrert oppfølgingstilbud i kommunen (anbefaling 88).

Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det IP som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpersoner (anbefaling 89). Rutiner for arbeidet med IP er en naturlig del av interne kvalitetssystemer både i kommuner, helseforetak og institusjoner. Se veileder til forskrift om individuell plan 2010, IS-1253.

### 8.8.1 Samhandling innad i kommunen

Kommunenes rus - og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling (anbefaling 90). De bør for eksempel beskrive arbeidsoppgavene til ulike enheter i kommunen og hvordan man etablerer et samarbeid mellom de ulike enhetene når det gjelder både oppgavefordeling og tiltak. Hvordan slik samhandling skal skje skal framkomme i pasientens IP.

### 8.8.2 Samhandling mellom kommune og psykisk helsevern

Når hovedansvaret for pasienter med ROP-lidelser ligger i kommunen, skal pasientene ved behov primært følges opp fra DPS. Ved psykosegjennombrudd eller krise skal det være mulighet for innleggelse i DPS eller i akuttavdeling, helst i en avdeling som pasienten kjenner og som er en del av samarbeidet. Samarbeidsavtaler bør omfatte rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid, samt samarbeid rundt personer i krise/akutte tilstander (anbefaling 91). Å utarbeide en kriseplan som er inkludert i pasientens individuelle plan, vil være et viktig redskap i slike akutte situasjoner. Samhandlingsteam, for eksempel et ACT-team, med ansatte fra både spesialisthelsetjeneste og kommune bør vurderes for personer med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå (anbefaling 92). Det skal være en gjensidig kunnskapsformidling og veiledning mellom kommune og psykisk helsevern, primært DPS.

### 8.8.3 Samhandling mellom kommune og TSB

Personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse bør ha mulighet for jevnlig oppfølging fra TSB etter pasientens behov og hvis rett til nødvendig helsehjelp er til stede, jf. anbefaling 79. Ved tilbakefall til rusing etter planlagt utskrivelse fra langvarig behandlingsopphold i institusjon bør akutt innleggelse i samme behandlingsenhet kunne gjennomføres. Det bør som hovedregel gjøres skriftlig avtale om dette, og avtalen må være omtalt i pasientens individuelle plan.

Ved ikke planlagte utskrivninger skal kommunen informeres. Prosedyrer ved ikke planlagte utskrivninger bør tas inn i pasientens behandlingsplan ved innleggelse. Det må samarbeides om videre behandling av disse personene, jf. anbefaling 91.

### 8.8.4 Samhandling mellom ulike enheter og nivåer innenfor TSB og psykisk helsevern

Pasienter med alvorlige ROP-lidelser skal i hovedsak ha sin behandling innenfor psykisk helsevern. Imidlertid vil noen pasienter som er behandlet i psykisk helsevern, være godt stabilisert for sin psykiske lidelse, men de kan likevel ha et alvorlig rusmiddelmisbruk. Da blir rusmiddelmisbruket hovedproblemet og videre behandling kan skje innenfor TSB. Dette bør veies opp mot hensynet til kontinuitet i behandlingen, jf. anbefaling 44 og 75. Ved eventuell overføring bør det opprettes en samarbeidsavtale mellom pasienten, rusbehandlingsinstitusjon og den avdelingen innen psykisk helsevern som vil ha ansvaret for behandlingen. En slik avtale bør sikre at en gjeninnleggelse i psykisk helsevern kan skje raskt når det er behov for det. En gjeninnleggelse bør vanligvis være kortvarig og etterfølges av fortsatt behandling ved rusinstitusjonen.

### 8.8.5 Samhandling mellom psykisk helsevern / TSB og fastlege

Pasientens fastlege vil ofte være en viktig og langvarig behandlingsrelasjon. Det bør derfor være et nært samarbeid med fastlegen om psykososial oppfølging og eventuelt medisinering, jf anbefaling 69. Noe av dette samarbeidet kan gjøres gjennom deltakelse i ansvarsgrupper eller grupper omkring individuell plan. Det vises også til veiledningsplikten spesialisthelsetjenesten har, jf. spesialisthelsetjenesten § 6-3.

Personer med ROP-lidelser må ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Helseforetakene har ansvar for at det utvikles samarbeidsmodeller som sikrer rask intervensjon fra spesialisthelsetjenesten ved kriser, for eksempel brukerstyrte plasser. Det bør utarbeides kriseplaner for den enkelte person, jf. anbefaling 91.

### 8.8.6 Samhandling mellom kriminalomsorg og helsetjenester

Når personer med ROP-lidelser begår kriminelle handlinger, bør det etableres et samarbeid ved bruk av IP mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling under fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingsinstitusjon (anbefaling 93).

| | Grad | Anbefaling om samhandling | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 86 | | Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for institusjoner uten driftsavtale med helseforetakene | |
| 87 | | Når arbeidet med individuell plan er startet opp i spesialisthelsetjenesten, bør det så raskt som mulig, og i samsvar med tjenestemottakers samtykke, tas kontakt med riktig instans i kommunen for å etablere samarbeid om planprosessen videre | |
| 88 | | Kommunen og NAV bør i samarbeid sørge for at alle personer med ROP-lidelser får et samordnet og integrert oppfølgingstilbud i kommunen | |
| 89 | | Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det individuell plan som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpersoner | |
| 90 | | Kommunenes rus - og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling | |
| 91 | | Personer med ROP- lidelser må ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Samarbeidsavtaler bør derfor omfatte rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid, samt samarbeid rundt personer i krise/akutte tilstander | |
| 92 | | Oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team med ansatte fra både spesialisthelsetjeneste og kommune bør vurderes for personer med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå | |
| 93 | | Når personer med ROP-lidelser begår kriminelle handlinger, bør det etableres et samarbeid ved bruk av individuell plan mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling under fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingsinstitusjon | |

### 8.8.7 Anbefalt kompetanse om behandling (uavhengig av om behandlingen skjer på kommunalt eller spesialisthelsetjenestenivå)

| | |
|---|---|
| Basis-kompetanse | Kompetanse i relasjonsbygging<br><br>Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen<br><br>Psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsing til pasienter og pårørende<br><br>Tilbakefallsforebygging<br><br>Anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene |
| Tilleggs-kompetanse | Opplegg for læringsbasert behandling (contingency management) bør utvikles innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging |

# 9 Implementering av retningslinjene. Opplæring i kunnskaper og ferdigheter

Kompetansesenter Rus Region Øst (KoRus -Øst) har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide en plan for implementering av Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Planen for implementering av retningslinjen bygger på tre kunnskapskilder: 1) Forskningsbasert kunnskap om implementering (Grol et al. 2005, Fixen et al. 2005), 2) Undersøkelse i spesialisthelsetjenesten om gapet mellom dagens praksis og anbefalingene i retningslinjen, 3) Undersøkelse i utvalgte kommuner om hvor skoen trykker, for å kunne gi den aktuelle pasientgruppen et best mulig behandlingstilbud.

Formålet med retningslinjen er å gi kunnskapsbaserte anbefalinger som skal bidra til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for personer med både psykiske lidelser og ruslidelser. Den skal si noe om hvordan tjenestene skal utformes og utføres. Retningslinjen skal være rådgivende for hvordan ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunene utøver praksis, og den skal være rådgivende for hvordan tjenestene bør/skal organiseres og hvilke tilbud som bør være tilgjengelig for denne pasientgruppen.

Når retningslinjene skal implementeres er det derfor naturlig å planlegge tiltak både på individ- og systemnivå. Implementering på individnivå er å tilrettelegge for og sørge for at fagpersoner både i spesialisthelsetjenesten og kommunene følger anbefalingene som gis. Det vil si at de omsettes til praksis. Implementering på systemnivå vil være å sørge for at beslutningstakere (politikere og administratorer) på ulike nivåer prioriterer økonomiske tiltak for denne pasientgruppen og på andre måter sikrer rammebetingelser for nødvendige tjenester.

I denne planen for implementering av retningslinjen vil vi hovedsakelig foreslå tiltak som retter seg mot fagpersoners praksis i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er imidlertid viktig å understreke betydningen av økonomiske og organisatoriske tiltak. Egnede botilbud, tilbud om meningsfylte aktiviteter, sosiale tilbud, om ønskelig utdanning og arbeid og godt organiserte tjenester er en forutsetning for at tjenestene totalt sett skal bli gode nok, sammen med hvordan tjenesten utføres. Det er viktig at også NAV inkluderes i implementeringsarbeidet.

Retningslinjen gjelder for mange aktører i tjenesteapparatet, ettersom pasientgruppen består av mennesker med sammensatte problemer, som trenger mange typer tjenester i både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Ansatte i kommunens helse- og sosialtjenester inkludert NAV, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen er alle målgruppe for retningslinjen.

Implementeringstiltakene vi foreslår har som formål å tilrettelegge for at anbefalingene i retningslinjen omsettes til praksis, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Dette

gjøres ved å øke tilgjengeligheten til innholdet i retningslinjen (elektronisk retningslinje), avklare ansvar mellom ulike instanser og mellom forvaltningsnivåene (behandlingslinje), gi informasjon om retningslinjen til brukere og pårørende (informasjon og opplæring til brukere og pårørende) og sørge for opplæring etter behov (opplæringsprogram).

Ved å gjennomføre disse implementeringstiltakene vil Helsedirektoratet legge til rette for at ledelsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten på ulike måter sørger for at retningslinjen tas i bruk. De Regionale helseforetakene, Helseforetakene og kommunene har ansvar for at retningslinjer og veiledere tas i bruk og omsettes til praksis. Lokale behandlingslinjer og fagprosedyrer er en måte å gjøre dette på. I sluttrapporten for Nasjonalt strategiarbeid innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk understrekes det at de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å ta i bruk veiledere og nasjonale retningslinjer.

## Implementeringstiltak:

### 1. Elektronisk retningslinje

I tillegg til papirutgaven av retningslinjen vil det bli utarbeidet en elektronisk retningslinje. Den elektronisk retningslinjen vil inneholde følgende punkter:

- Konkretisering og operasjonalisering av retningslinjen som et elektronisk oppslagsverk
- Styrking av oppslagsverket styrkes med direkte lenker til skåringsverktøy, henvisningsskjemaer, pasientinformasjon og andre nettressurser, der dette er naturlig.
- Lenker fra oppslagsverket til kunnskapsressurser som er egnet for fordypning

### 2. Tiltak med pasienter, brukere og pårørende som mellomledd

Av en rekke forskjellige implementeringstiltak er det mye som tyder på at tiltak via pasienter/brukere/pårørende (såkalte: pasientmedierte tiltak) er det enkeltstående tiltaket som er mest effektivt med henblikk på å endre helsearbeideres atferd. Dette innebærer at når pasienter og pårørende vet hvilke tilbud hjelpeapparatet skal ha og hvilken type oppfølging og behandling de skal gi eller tilby, øker dette sannsynligheten for at systemer, tilbud og atferd lettere endres i tråd med føringer i en retningslinje.

Innenfor ulike implementeringsmiljøer verden over blir derfor såkalte: Public and Patient Involvement Programs (PPIP) viet stadig mer oppmerksomhet. Å synliggjøre og involvere den spesialistkompetanse pasienter, brukere og pårørende sitter inne med gjennom sine egne personlige erfaringer, blir ansett som svært viktig i prosesser med å utarbeide og implementere retningslinjer og veiledere.

*Pasientmedierte tiltak som planlegges:*

- Etablere prioriterings- og innspillsgruppe med representanter fra ulike bruker- og pårørende organisasjoner som skal gi innspill til implementering av retningslinjen
- Utarbeide kortversjoner/pasientversjoner av retningslinjen(nettbasert og papirutgaver
- Informasjonsplakater/postere
- Brosjyrer
- Veiledende serviceerklæringer
- Undervisning/opplæringsmaterialet for brukere, pårørende, selvhjelpsgrupper osv

Intensjonen med tiltaket er å gjøre innholdet i retningslinjen mest mulig tilgjengelig for pasienter, brukere og pårørende, og gjennom dette påvirke fagpersoners atferd og hjelpesystemenes tjenestetilbud.

## 3. Nasjonalt opplæringsprogram

For å omsette deler av retningslinjen til praksis er opplæring ett av flere implementeringstiltak. Det er behov for opplæring i blant annet utredningsmetodikk, metoder for integrert behandling og enkeltstående metoder som kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju. Selv om vi har kunnskap om at opplæring som eneste tiltak i liten grad gir endringer i praksis, er opplæring helt nødvendig som ett av flere tiltak for å få til endring i praksis.

Det vil i tilknytning til retningslinjen derfor bli gjennomført et nasjonalt opplæringsprogram. Opplæringen vil bli organisert via regionale og lokale opplærere, samtidig som deler av opplæringen også vil bli gjennomført som e-læring. De regionale kompetansesentrene innenfor rusfeltet kan være en av flere sentrale samarbeidspartnere i dette arbeidet. ~~Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (RKDD), Helse Sør-Øst vil ha hovedansvaret for opplæringsprogrammet.~~

[Les om begrunnelse for endringene]

~~Det vil lanseres et E-læringsprogram med elektroniske versjoner av et utvalg anbefalte kartleggignsverktøy (Audit, Dudit, Alcohol-E og Dudit-E).~~

# Vedlegg 1 Alle anbefalingene

| | Grad | Anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 1 | | Behandlingen bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg | |
| 2 | | Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også bruker-styrte tiltak i sitt nærområde | |
| 3 | | Individuell plan bør utvikles for den enkelte som et middel til brukermedvirkning | |
| 4 | | Behandlingsplan og målsetting om behandling skal utarbei-des i samarbeid med brukeren | |
| 5 | | Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det | |
| 6 | | Mulighet for å involvere pårørende bør revurderes kontinuer-lig i behandlingsforløpet | |
| 7 | | Nære pårørende (voksne og barn) bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov og få tilbud om nødvendige støttetilbud uavhengig av behovene til den enkelte bruker | |
| 8 | | Tjenesteyter skal gi informasjon om tjenestetilbud til bruker og pårørende (for eksempel serviceerklæringer) | |

| | Grad | Anbefalinger om kartlegging | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 9 | | Spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV må om nødvendig aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre kartlegging | |
| 10 | C | Kartlegging skal ikke skje isolert, men være del av et eksiste-rende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten | 4 |
| 11 | C | Kartleggingsresultatet skal etter samtykke, følge personen for å unngå unødvendige gjentakelser | 4 |
| 12 | C | Kartlegging av rusmiddelets funksjon og motivasjon for end-ring anbefales gjort med verktøyene DUDIT-E eller Alcohol-E | 4 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | C | Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges | 4 |
| 14 | A | Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT | 1b |
| 15 | B | Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT | 3 |
| 16 | B | Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprøve bør vurderes som supplement til annen type kartlegging, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger | 3 |
| 17 | C | Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges | 4 |
| 18 | B | Kartlegging av symptomer på psykose hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med verktøyet ~~MINI~~ | 2a |
| 19 | B | Kartlegging av andre psykiske lidelser enn psykose anbefales gjort med ~~MINI SCREEN~~ | 3 |
| 20 | B | Forenklet kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD anbefales gjort med spørsmål fra ~~MINI PLUS~~ eller ASRS 6 | 3 |
| 21 | D | Kartlegging av angst og depresjon anbefales gjort ved bruk av ~~SCL-10~~ | 3 |
| 22 | B | Somatisk utredning, inklusiv utredning av tannhelse skal gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få | 3 |
| 23 | B | Det bør gjøres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminalitet, for eksempel ved bruk av EuropASI | 3 |
| 24 | B | Det bør gjøres en kartlegging av personens erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid i tillegg til funksjonsevne og mestring | 3 |
| 25 | | Det bør vurderes å gjøre en risikovurdering når det gjelder selvmord hos ROP-pasienter | |
| 26 | B | Atferdsmønstre som utgjør en risiko for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlings- og oppfølgings-tiltak. Eksempler på verktøy er VRS-10, HCR-20 | 3 |
| 27 | B | Personer med gjentatte innleggelser for psykotiske gjennom-brudd under påvirkning av rusmidler, bør vurderes utredet for risiko for voldelige handlinger | 3 |

MINI 7,0.2 eller ROP-screen [Les begrunnelse]

MINI screen 7.0.2 eller ROP-screen [Les begrunnelse]

SCL-10 eller ROP-screen [Les begrunnelse]

| | Grad | Anbefalinger om diagnostisering | Evidens-nivå | |
|---|---|---|---|---|
| 28 | | Når det er mistanke om at en person har en ROP-lidelse, må det foretas en diagnostisk utredning av både ruslidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem | | |
| 29 | | Bruk av diagnoseverktøy må alltid kombineres med en grundig klinisk vurdering | | |
| 30 | C | Psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under rus-påvirkning eller kort tid etter rusmiddelbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet | 4 | |
| 31 | C | Når rusfrihet er viktig for å diagnostisere alvorlig psykisk lidelse, og pasienten ikke er i stand til å oppnå dette via polikliniske tiltak, bør opphold i institusjon innen psykisk helsevern vurderes for bedre å sikre rusfrihet | 3 | |
| 32 | | Opphold i institusjon skal bestå av en kombinasjon av tilbud om utredning, behandling og planlegging av videre tiltak | | |
| 33 | | Når det er vanskelig å oppnå rusfrihet eller innleggelse, må spesialisthelsetjenesten aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre diagnostiseringen | | |
| 34 | D | Utredning av nevrokognitive funksjoner skal alltid vurderes som ledd i utredningen | 4 | |
| 35 | C | Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene ~~MINI PLUS, SCID I eller PRISM~~ | 3 | MINI 7.0.2, SCID-5-KV, eller PRISM-5 [Les begrunnelse] |
| 36 | C | For utredning av personlighetsforstyrrelse anbefales å bruke kriteriene i ICD-10 eller ~~SCID II~~ som korrigeres med kriteriene i ICD-10 | 3 | SCID-5-PF [Les begrunnelse] |

| | Grad | Anbefaling behandling for ROP-pasienter | Evidens-nivå |
|---|---|---|---|
| 37 | B | Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres | 3 |
| 38 | B | Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan | 2a |
| 39 | A | Behandling i oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, bør gis til personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling | 1a |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 | | Oppfølging fra et oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team må starte opp selv om personen på henvisnings-tidspunktet mangler bolig | |
| 41 | | Mobiltelefon/sms bør tas i bruk for å opprettholde kontakten | |
| 42 | B | Døgnbasert institusjonsbehandling bør vurderes som supplement til oppsøkende tiltak eller som alternativ når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige | 2b |
| 43 | D | Bruk av rusmidler under døgnbehandling bør vanligvis ikke føre til utskrivelse | 4 |
| 44 | | Det må sikres at personer får tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og unngå brudd i behandlingen. Dette gjelder også ved alle utskrivelser fra døgnbehandling | |
| 45 | D | Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under institusjonsopphold for å oppnå kontinuitet i behand-lingen | 4 |
| 46 | | Dersom en person har bolig ved innleggelse i institusjon, bør denne beholdes under innleggelsen | |
| 47 | | Dersom en person er bostedsløs ved innleggelse, må institu-sjon og kommune sammen begynne arbeidet med å finne bolig | |
| 48 | | Kjønnsspesifikk behandling bør vurderes | |
| 49 | B | Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferdste-rapi med motiverende intervju til personer som har behov for det | 2b |
| 50 | B | Det bør vurderes å ta i bruk læringsbasert behandling (con-tingency management) for å stimulere til redusert rusmid-delmisbruk | 2a |
| 51 | C | Det bør gis opplæring i psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsing til pasienter og pårørende. | 4 |
| 52 | | Det anbefales å gjennomføre en funksjonskartlegging som inkluderer kognitive funksjoner både når det gjelder utdan-ning og yrkesrettede tiltak | |
| 53 | | Personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold | |
| 54 | | I forebygging av tilbakefall bør man så langt som mulig unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 55 | | Tjenesteytere bør hjelpe brukeren til å forstå rusen rolle og betydning slik at målsettingen for behandlingen kan forankres hos brukeren | |
| 56 | C | Behandling av den enkelte psykiske lidelse bør følge direktoratets nasjonale retningslinje for den aktuelle psykiske lidelsen selv om pasienten også har en ruslidelse | 3 |
| 57 | C | Behandling av ruslidelsen bør følge anerkjente metoder for rusbehandling selv om personen også har en psykisk lidelse | 3 |
| 58 | B | For psykosepasienter i stabil fase bør det tilbys gruppebehandling over lengre tid (over 6 måneder) med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte | 2b |
| 59 | | På grunn av stor risiko for senere å utvikle schizofreni, bør det utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose | |
| 60 | | Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke | |
| 61 | | Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelsen eller depresjonen ved rusfrihet, må begge lidelsene fortsatt behandles | |
| 62 | C | Ved hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD anbefales psykososial behandling av ruslidelsen også når personen ikke får medikamentell behandling | 3 |

| | **Grad** | **Anbefalinger for behandling og oppfølging i kommunene (inkludert primærhelsetjeneste og NAV)** | **Evidensnivå** |
|---|---|---|---|
| 63 | | Når kommunens tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP-lidelse, skal personen ved behov henvises til rett utrednings- og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, i psykiske helsevern eller i TSB. | |
| 64 | | I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner | |
| 65 | | I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy | |
| 66 | | Det skal finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 67 | B | Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte (jf. anbefaling 49) | 2b |
| 68 | | Små kommuner kan ved behov inngå samarbeid med andre kommuner for slik å sørge for at nødvendig kompetanse finnes | |
| 69 | | Personer med ROP-lidelse bør alltid få allmennmedisinsk oppfølging av fastlege | |
| 70 | | Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester | |
| 71 | | Kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov | |
| 72 | | Bolig skaper trygge og forutsigbarhet rammer og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon | |
| 73 | | Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap | |
| 74 | | Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede | |

| | **Grad** | **Anbefalinger for behandling i spesialisthelsetjenesten** | **Evidensnivå** |
|---|---|---|---|
| 75 | D | Helseforetaket bør samordne vurderinger og inntak for at pasienter med en ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud | 4 |
| 76 | | I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer ROP-lidelser | |
| 77 | | TSB skal ha kompetanse til å behandle personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse | |
| 78 | | Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelser og alle typer ruslidelser | |
| 79 | | Dersom diagnostisk utredning er gjort under ruspåvirkning eller abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet | |
| 80 | | Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør kartlegging gjennomføres, men resultatet må da tolkes i lys av rusmiddelpåvirkningen | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 81 | | Veiledning skal gis til ulike deler av kommunale tjenester og den bør inkludere akutt veiledning ved behov | |
| 82 | | TSB skal kunne gi tilbud om behandling til personer som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i samarbeid med psykisk helsevern | |
| 83 | | Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlig ruslidelse | |
| 84 | | Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB | |
| 85 | | Psykisk helsevern skal kunne gi tilbud om behandling av pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser | |

| | **Grad** | **Anbefaling om samhandling** | **Evidens-nivå** |
|---|---|---|---|
| 86 | | Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for institusjoner uten driftsavtale med helseforetakene | |
| 87 | | Når arbeidet med individuell plan er startet opp i spesialisthelsetjenesten, bør det så raskt som mulig og i samsvar med tjenestemottakers samtykke, tas kontakt med riktig instans i kommunen for å etablere samarbeid om planprosessen videre | |
| 88 | | Kommunen og NAV har i fellesskap ansvar for å sørge for at alle personer med ROP-lidelser får et samordnet og integrert oppfølgingstilbud i kommunen | |
| 89 | | Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det individuell plan som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter | |
| 90 | | Kommunenes rus - og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling | |
| 91 | | Personer med ROP-lidelser må ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Samarbeidsavtaler bør omfatte rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid, samt samarbeid rundt person i kriser/akutte tilstander. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 92 | | Oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, med ansatte fra både spesialisthelsetjeneste og kommune bør vurderes for personer med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå | |
| 93 | | Når personer med ROP-lidelser begår kriminelle handlinger, bør det etableres et samarbeid ved bruk av individuell plan mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling under fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingsinstitusjon | |

# Vedlegg 2 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Screening og diagnoseverktøy

**Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse**

**Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter**

Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 21–2007

Kunnskapsoppsummering


Sammendrag

BAKGRUNN
I denne rapporten oppsummerer vi forskning om nøyaktighet av screening- og diagnoseverktøy for ruslidelser og psykiske lidelser. Vi ønsker å besvare følgende spørsmål:

Hvilke kartleggingsverktøy vil best kunne avdekke stoff-, medikament- og/eller alkoholavhengighet / skadelig bruk (ruslidelser) hos personer med alvorlig psykisk lidelse? Hvilke kartleggingsverktøy vil best kunne avdekke alvorlige psykiske lidelser hos personer med ruslidelser?

Mange kartleggingsverktøy blir tatt i bruk uten at de først har vært testet tilstrekkelig. De ulike studiene rapporterer resultatene sine forskjellig, noe som vanskeliggjør sammenlikning mellom studiene. I tillegg til utprøving av testegenskaper er det vesentlig å være oppmerksom på at verktøyene kan være best egnet i ulike populasjoner. Brukervennligheten av testen for pasient og utfører kan være avgjørende for vurderingen. Det må dessuten være avklart om en ønsker å kartlegge livstidsforekomst eller aktuell tilstedeværelse av ruslidelse og psykisk lidelse.


## Pasientgruppen

Personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser har tradisjonelt fått behandling i parallelle tiltak. Imidlertid har personer som er til behandling ved tverrfaglige spesialiserte rustjenester, ofte psykiske lidelser, og personer som er til behandling i psykisk helsevern, har ofte en ruslidelse (komorbiditet).

## Forekomst

*Befolkningsstudier* fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer sammen (komorbiditet). Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser.

Undersøkelser fra *behandlingspopulasjoner* er for det meste gjennomført blant pasienter i avhengighetsbehandling (tiltak for tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser) eller blant pasienter i psykisk helsevern. Studier om tiltak for avhengighetsbehandling viser varierende tall. De mest vanlige lidelsene i rusbehandlingspopulasjoner er angst (8–66 prosent, median 38 prosent), depresjon (16–44 prosent, median 30 prosent) og personlighetsforstyrrelser (11–100 prosent, median 61 prosent).

En rekke studier fra psykisk helsevern har kartlagt bruk, skadelig bruk, misbruk eller avhengighet av stoff, medikamenter og alkohol. Mange studier viste en høy forekomst av ruslidelser hos psykiatripasienter, særlig hos dem med de mest alvorlige psykiske lidelsene.

# RESULTAT

121 studier er vurdert i fulltekst og 19 inkludert som dokumentasjonsgrunnlag.

## Screeningverktøy for ruslidelser hos personer med psykiske lidelser

*Alkohollidelser*
Åtte studier, med 1208 personer, vurderte tester for alkohollidelse. De fem verktøyene som ble brukt, var

- ASI (Addiction Severity Index)
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye Opener)
- CUAD (Chemical Use, Abuse and Dependence Scale)
- DALI (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument)

Ifølge den forskningsbaserte dokumentasjonen vi har i dag, har CAGE best evne til å plukke ut personer med alkohollidelser (SaR+ 13), både på aktuell diagnose og livsløpsdiagnose. De andre testene hadde enten lav sannsynlighetsratio eller var ikke oppgitt. AUDIT hadde oppgitt området under ROC-kurven på 0,95. Det betyr at evnen til å finne dem som har alkohollidelse og skille ut dem som ikke har det, er høy. Resultatene fra studiene som vurderte ASI, CUAD og DALI oppga ikke tall som kan avgjøre om målegenskapene var gode.

*Stofflidelser*
Fem studier, med 1062 personer, vurderte tester for stofflidelse. De fem verktøyene som ble brukt var

- ASI (Addiction Severity Index)
- CUAD (Chemical Use, Abuse and Dependence Scale)
- DALI (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument)
- DAST (Drug Abuse Screening Test)
- SDS (Severity of Dependence Scale)

Det varierte hvilken stofflidelse verktøyene ønsket å avdekke. Ifølge den forskningsbaserte dokumentasjonen viste ingen av verktøyene gode testegenskaper.

*Generelle ruslidelser*
To studier, med 235 personer, vurderte tester for generelle ruslidelser. De to verktøyene som ble brukt var

- CAAPE (Comprehensive Addictions and Psychological Evaluation)
- RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble)

Ifølge den forskningsbaserte dokumentasjonen viste RAFFT ikke gode testegenskaper (SaR+ var 2,5). Det ble ikke oppgitt sannsynlighetsratio for CAAPE.

## Screeningverktøy for psykiske lidelser hos personer med ruslidelser

*Stemningslidelser*
Tre studier, med 882 personer, vurderte tester for stemningslidelser. De fire verktøyene som ble brukt var

- ASI (Addiction Severity Index)
- BDI (Beck's Depression Inventory)
- PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire)
- SCL-90-R (Revised Symptom Checklist 90)

Ifølge den forskningsbaserte dokumentasjonen var PDSQs evne til å avdekke mani god (SaR+ 21). De andre verktøyene hadde enten lav sannsynlighetsratio eller var ikke oppgitt. Resultatene fra studiene som vurderte ASI og BDI, viste at det var liten evne til å finne de som har stemningslidelse. SCL-90-R oppga et område under ROC-kurven på 0,85 noe som vanligvis ikke regnes som høyt.

*Psykotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser*
To studier, med 447 personer, vurderte tester for psykotiske lidelser og personlighets-forstyrrelser. De to verktøyene som ble brukt var:

- ASI (Addiction Severity Index)
- PDSQ (Psychiatric Diagnostic, Screening Questionnaire)

Ifølge den forskningsbaserte dokumentasjonen viste ingen av disse gode testegenskaper.

## Diagnoseverktøy

Referansestandardene var definert som CIDI, LEAD, MINI, SCID og omfattende klinisk vurdering basert på DSM-kriteriene. Referansestandardene er vurdert som gode diagnose-verktøy. Tre studier, med 336 personer, vurderte diagnosestudier. De tre diagnoseverktøyene som ble brukt var:

- C-DIS (Computerized Diagnostic Interview Schedule)
- MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
- PRISM (Psychiatric research Interview for Substance and Mental Disorders)

C-DIS-studien rapporterte diagnostisering av antisosial personlighetsforstyrrelse og alvor-lig depresjon, MMPI-studien rapporterte depresjon som måldiagnose. Ingen av testene viste høy diagnostisk nøyaktighet (SaR+ under 10). PRISM viste godt diagnostisk samsvar

med referansestandard, med en kappa på mellom 0,63 og 0,90 (som regnes som god) for borderline personlighetsforstyrrelse, alkoholavhengighet, heroinavhengighet og alvorlig depresjon.

## DISKUSJON

Forekomststudiene som kartlegger komorbiditet ved ruslidelse/alvorlig psykiske lidelser, viser stor variasjon i sine funn, avhengig blant annet av valg av metode og det utvalget som undersøkes. Dette viser at systematisk kartlegging av personer med ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse er komplisert. Ulike tester passer i ulike populasjoner.

I denne rapporten oppsummerer vi forskning om nøyaktighet av screening- og diagnose-verktøy for ruslidelser og psykiske lidelser. Rapporten inkluderer studier som tilfredsstiller kravene om bruk av referansestandard og forskningsmetoder som tillater presis beregning av verktøyets egenskaper. Dette gir høy sikkerhet i funnene, men vi mangler imidlertid informasjon om konfidensintervallene for estimatene av testegenskapene. Det kan også finnes verktøy som er klinisk relevante, men som det mangler metodisk god forskning på.

# Vedlegg 3 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 25, 2008

## Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse

## Del 2 Effekt av psykososial behandling

### Sammendrag

### Bakgrunn

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å utføre en kunnskapsoppsummering om psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose.

### Problemstilling

Rapporten oppsummerer effekten av ti psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeldiagnose (samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse). De ti behandlingstiltakene er integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi (CBT), motiverende intervju (MI), familieterapi, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, boligtiltak og sysselsettingstiltak. Rapporten oppsummerer hvordan behandlingstiltakene virker sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig og rapporterer følgende utfallsmål: 1) bruk av stoff, medikamenter og alkohol, 2) psykisk symptombelastning, 3) funksjonsnivå og 4) livskvalitet.

### Metode

Det ble utarbeidet litteratursøk i Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CRD databases og SveMed+ og brukte søkefilter som identifiserte systematiske oversikter. Søketreffene ble gjennomgått og vurderte artikler for inklusjon ble vurdert i henhold til følgende inklusjonskriterier: Studiedesign: Systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier. Populasjon: Personer over 15 år med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (inkludert personer med enkelte alvorlige angstlidelser). Tiltak: Ti psykososiale behandlingstiltak (beskrevet i problemstillingen). Kontrolltiltak: Andre psykososiale tiltak, behandling som vanlig eller ingen behandling. Utfall: Bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå. Det ble valgte ut systematiske oversikter som oppfylte våre inklusjonskriteriene, kvaliteten ble vurdert og oppsummerte. GRADE ble brukt for å vurdere dokumentasjonsstyrken for de rapporterte resultatene.

### Resultat

Litteratursøket inkluderte 495 titler. 13 av disse var systematiske oversikter som oppfylte våre inklusjonskriterier. De 13 systematiske oversiktene ble kvalitetsvurdert og kontrollerte

for overlapping mht. til inkluderte enkeltstudier. To nyere systematiske oversikter av høy og mindre alvorlig kvalitet ble inkludert og utgjorde kunnskapsgrunnlaget i rapporten. Oversiktene rapporterte resultater fra studier på syv av de ti tiltakene man ønsket å se på: integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper.

Studiene på case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening og selvhjelpsgrupper viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom tiltaks- og kontrollgruppen. Studier på integrert behandling og motiverende intervju alene og i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi viste statistisk signifikante forskjeller for enkelte utfallsmål:

- En studie undersøkte effekten av integrert CBT. Tiltaksgruppen fikk CBT for både alkoholllidelsen og sosial fobi og kontrollgruppen fikk CBT kun for alkoholllidelsen. Etter tre måneder viste tiltaksgruppen noe høyere alkoholkonsum enn kontrollgruppen. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som meget lav. Studier på andre typer av integrert behandling viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
- En studie undersøkte effekten av motiverende intervju sammenlignet med psykoedukasjon. Etter seks måneder viste studien statistisk signifikant forskjell i favør av motiverende intervju. Andelen som *ikke* hadde avstått fra alkohol var lavere hos gruppen som fikk denne behandlingen (42 prosent) enn hos gruppen som fikk psykoedukasjon (92 prosent). Relativ risiko var 0,36. Dokumentasjonsstyrken ble vurdert som lav.
- To studier som sammenlignet effekten av CBT + motiverende intervju med behandling som vanlig viste signifikante forskjeller på henholdsvis funksjonsnivå og livskvalitet. Den ene studien fant at CBT + motiverende intervju ga høyere skåre for sosialt funksjonsnivå enn behandling som vanlig (etter tolv måneder). Gjennomsnittlig skår på Social Functioning Scale var da 108.41 i tiltaksgruppen og 101.14 i kontrollgruppen (WMD var 7.27). Innholdet i kontrollbehandlingen ble ikke nærmere beskrevet i den systematiske oversikten. Den andre studien viste en signifikant forskjell mht. livstilfredshet (etter seks måneder). Gjennomsnittlig skår på Brief Quality of Life Scale var noe bedre i gruppen som fikk CBT + motiverende intervju (4,79) enn i kontrollgruppen (4.21). (WMD var 0.58.) Kontrollgruppen fikk behandling som vanlig bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler. Dokumentasjonsstyrken for disse utfallene ble vurdert som middels.

Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter som rapporterte fra relevante studier på boligtiltak, sysselsettingstiltak og familietiltak.

## Diskusjon

Det ble funnet noe støtte for motiverende intervju alene og i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi. Imidlertid hadde flere av de beskrevne enkeltstudiene metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering. Studiene varierte mht. populasjon, behandlingstiltak, utfallsmål og behandlingens intensitet og lengde. Resultatene for hvert utfallsmål var, med få unntak, basert på enkeltstående studier, ofte med få deltakere. Dette gjorde det vanskelig for forfatterne av de systematiske oversiktene å gjøre meta-analyser. Effektestimatene hadde ofte vide konfidensintervaller og flere av utfallene var ikke analysert i de systematiske oversiktene på grunn av asymmetriske data. Samlet sett har dette svekket dokumentasjonstyrken og gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om effekten av de ti tiltakene.

Resultatene var basert på studier utført i USA, Storbritannia og Australia, noe som kan gi begrensninger mht. representativitet og overførbarhet til norske forhold. Resultater fra kvasieksperimentelle studier og observasjonsstudier ble ikke inkudert fordi forklaringene av resultatene fra slike studier kan være forbundet med større usikkerhet enn ved randomiserte kontrollerte studier.

## Konklusjon

De systematiske oversiktene ga lite støtte for at de inkluderte psykososiale tiltakene har bedre eller dårligere effekt enn andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig. En oversikt indikerte at motiverende intervju muligens gir flere pasienter som avstår fra alkohol enn psykoedukasjon. Det er også mulig at motiverende intervju kombinert med kognitiv atferdsterapi har bedre effekt på sosialt funksjonsnivå og livstilfredshet sammenlignet med behandling som vanlig (bestående av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler). Man vet ikke om integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi alene, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, sysselsettingstiltak, boligtiltak eller familieterapi har bedre eller dårligere effekt enn andre tiltak. Mange av studiene viste metodiske svakheter knyttet til utførelse og rapportering og det er behov for mer og bedre forskning på dette området.

## Arbeidsgruppens oppsummering av Kunnskapssenterets rapport

Det er forsket på en rekke ulike psykososiale behandlingsmetoder for personer med ROP-lidelser. Helsedirektoratet bestilte en gjennomgang av effekt av psykososial behandling av «dobbeldiagnose» fra Nasjonalt kunnskapssenter[65]. Med psykososial behandlingsmetode forstås tiltak i form av systematisk kontakt mellom en person som har en sykdom og en behandler (eller grupper av pasienter og en eller flere behandlere), med sikte på å få til bedring av symptomer, livskvalitet og funksjon). Følgende fire utfallsmål ble valgt: Bruk av rusmidler, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå.

Kunnskapssenteret foretok en undersøkelse av ti ulike psykososiale behandlingstiltak ved en gjennomgang av oversiktsartikler om randomiserte kontrollerte studier.

De ti tiltakene kan inndeles i tre kategorier og her presenteres Kunnskapssenterets vurdering av effekt ved bruk av de ulike metodene[66].

1. *Tiltak som handler om organiseringen av behandlingen*

- Selv om det finnes en del randomiserte kontrollerte studier som viser at integrerte behandlingstiltak (dvs at begge lidelser behandles samtidig og integrert av samme behandlingspersonell) fører til bedre utfall enn ikke-integrerte tiltak, er ikke denne forskningen av så høy kvalitet at man kan konkludere endelig. Det er imidlertid rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP-lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte [67].

65 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten «Effekt av psykososial behandling», 2008

66 Det presiseres imidlertid at anbefalingene også bygger på andre kunnskapskilder

67 I tillegg til Nasjonalt kunnskapssenterets oppsummering gjennomførte Helsedirektoratet en vurdering av nylige oversiktsartikler hvor kravet til forskningsmessig metode har vært noe lavere, jfr metodekapittelet og eventuelt vedlegg 8.

- Eksempler på integrert behandling kan være Intensive Case Management[68] og bruk av oppsøkende behandlingsteam / ACT-team.

*2. Psykoterapeutiske behandlingstiltak*

- Det er noe støtte for at motiverende samtalemetoder reduserer rusmiddelbruk. Kognitiv atferdsbasert samtalebehandling kombinert med motiverende intervju kan redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt funksjonsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med schizofreni og ruslidelse
- Kognitiv atferdsbaserte programmer for pasienter med samtidig PTSD og ruslidelse synes å ha positiv virkning både på psykiske symptomer og rusmiddelbruk.
- Effekten av å gi systematiske familietiltak, med sikte på å gi kunnskap, støtte og økt mestringsevne, er lite forskningsmessig evaluert. Forskning kan tyde på at slike tiltak har effekt på rusmiddelbruk så lenge tiltakene gis, men at de opphører når tiltaket opphører.
- Effekten av individuelle rådgivende samtaler på rusmiddelbruk og psykiatriske symptomer er foreløpig uklare og inkonklusive.

*3. Sosialrettede oppfølgingstiltak*

- Polikliniske gruppebaserte tiltak av mer enn seks måneders varighet med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte er assosiert med reduksjon i sykehusinnleggelser og rusmiddelbruk, foruten bedring i ADL[69] funksjoner og livskvalitet.
- Institusjonsbehandling[70] i mer enn 12 måneder for pasienter som ikke kan hjelpes med andre tiltak. Slik behandling medførte bedring med hensyn til bruk av rusmiddel, livskvalitet, boforhold, sysselsetting og arrestasjoner.
- Læringsbaserte tiltak («contingency management») i 4-6 måneder var assosiert med redusert rusmiddelbruk, bedrede ADL-funksjoner, økt sysselsetting og bedret økonomi.

68 Intensive Case Management er en koordinering av tilpassede tiltak over tid for å styrke pasientens evne til forandring og heving av livskvaliteten

69 ADL: Activities of Daily Life (dagliglivets aktiviteter)

70 Det amerikanske uttrykket er her «Residential Treatment». Det innebærer behandling i institusjoner hvor det ofte legges spesiell vekt på botrening og overgang til bolig i samfunnet

# Vedlegg 4. Gjennomgang av øvrig forskning om behandling av personer med ruslidelse og psykisk lidelse

Innenfor medisinsk praksis legges det hovedvekt på kontrollerte eksperimentelle studier basert på tilfeldig utvelgelse (randomisering) av hvem som får behandling som skal testes, og hvem som får «vanlig» behandling – såkalte randomiserte kontrollerte studier (RCT)[71]. Historisk er det mange eksempler på at slike studier enten har kunnet bekrefte virkning av behandling eller avkrefte virkning av noe man tidligere trodde var effektivt[72].

Denne typen forskning har imidlertid begrensninger når det gjelder sammensatte lidelser, både somatisk og psykiatrisk (McHugo et al., 2006). Dette gjelder også personer med ROP-lidelser som er forskjellige når det gjelder svært mange forhold, og hvor behandling og oppfølging må være langvarig. Mange ROP-pasienter kan miste motivasjonen og evnen til å følge opp behandlingen over tid. Det er vanskelig å få til avgrensede grupper som får en klart definert type behandling over år, og sammenligne med andre som får annen type behandling. RCT er også best egnet til å studere avgrensede og ofte kortvarige intervensjoner på pasientgrupper som er klart definerte med hensyn til uavhengige og avhengige variabler.

Kunnskapssenterets gjennomgang av inkluderte oversiktsartikler om psykososiale behandlingsmetoder fant få gode nok studier og gir derfor et svakt grunnlag for å lage en retningslinje.

Som grunnlag for anbefalinger om behandling og oppfølging av ROP-pasienter har arbeidsgruppen basert seg dels på en gjennomgang av studier etter RCT-design og dels på supplerende kunnskap.

Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Følgende fire utfallsmål ble valgt: Bruk av rusmidler, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå.
Oversiktene avdekket følgende funn:

- Kombinasjonen MI og CBT har muligens, etter 12 måneder, bedre effekt på sosialt funksjonsnivå enn behandling som vanlig.

71 På engelsk: Randomised controlled trials – forkortet: RCT. Denne forkortelsen brukes også ofte på norsk

72 Et nokså nylig eksempel på dette var anbefalinger som tidligere ble gitt om at kvinner i overgangsalderen burde bruke østrogener for å redusere risiko for hjerteinfarkt. Disse anbefalingene var basert på epidemiologiske studier som viste at kvinner som brukte slike hormoner hadde mindre forekomst av hjerteinfarkt enn kvinner som ikke brukte dem. En RCT viste imidlertid at dette ikke var tilfelle,, snarere tvert om, de som ble randomisert tilå bruke østrogener fikk hyppigere hjerteinfarkt enn dem som var randomisert til placebo. De tidligere funnene skyldtes sannsynligvis seleksjonen, de kvinnene som brukte østrogenmedikasjon var samtidig kvinner som også levde sunnere/røykte mindre og forekomsten av hjerteinfarkt ble derfor lavere.

- Det er også mulig at MI og CBT etter 6 måneder har noe bedre effekt på generell livskvalitet enn behandling som vanlig (som i dette tilfelle besto av bl.a. psykoedukasjon og gruppesamtaler).

Disse funnene er noe usikre og har lav dokumentasjonsstyrke, noe som medfører at det ikke er usannsynlig at senere forskning kan gi andre resultater.

Kunnskapssenteret konkluderer:
«Vi har lite støtte for at ett psykososialt behandlingstiltak har bedre effekt enn et annet, og det er behov for videre forskning på dette området.»

Det er flere problemer med Kunnskapssenterets gjennomgang i tillegg til dem som er nevnt ovenfor

- De høye kravene til studiekvalitet har ført til at bare en svært liten andel av den forskningen som gjøres, har vært evaluert, blant annet ingen studier fra Europa (utenom Storbritannia), og altså heller ingen fra Skandinavia
- Flere viktige psykososiale behandlingsmetoder har ikke vært vurdert. Det gjelder blant annet institusjonsbehandling av ulik type, likeledes poliklinisk gruppebehandling over lang tid og læringsbaserte behandlingstiltak («contingency management» [73]). Boligtiltak, sysselsettingstiltak eller familietiltak ble heller ikke evaluert fordi man ikke fant studier med tilstrekkelig kvalitet på disse områdene.
- Det er i alle studiene gjennomført sammenlignet testbehandling med «vanlig» behandling – ikke sammenlignet med det ikke å gi behandling i det hele tatt (noe som ville vært ansett for uetisk). En rekke av studiene viste bedring av ulike funksjoner etter behandling under begge betingelser, også for dem som var i sammenligningsgruppene (vanligvis 'tradisjonell eller vanlig behandling'). Det at man ikke kunne påvise at én behandlingsform var bedre enn «vanlig» behandling, betyr ofte at også den «vanlige» behandlingen er virkningsfull.

Det ble derfor foretatt en gjennomgang av nylige oversiktsartikler hvor kravet til forskningsmessig stringens var noe lavere. Alle oversiktsstudier som ble identifisert av Kunnskapssenteret, men som ble ekskludert fra deres kunnskapsoppsummering på grunn av at de ikke inneholdt relevante RCT- studier ut over de som ble inkludert i Cleary et al. (2008), ble inkludert. Studiene ble ekskludert fra Cleary et al. av ulike grunner, hovedsaklig fordi de inkluderer RCT- studier med for lav gradering, kvasieksperimentelle studier[74] eller studier med bredere målgruppe eller andre utfallsmål enn Kunnskapssenteret.

Oversiktsartiklene som ble gjennomgått:

- Bechdolf A, Pohlmann B, Geyer C, Ferber C, Klosterkotter J, Gouzoulis-Mayfrank E. Motivationsbehandlung bei Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht [Motivational interviewing for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders: a review]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2005;73(12):728-35.

73 Begrepet «Contingency management» (CM) har ikke noen helt dekkende kort norsk oversettelse. «Læringsbasert rusbehandling» har vært brukt. Det betyr at man etter avtale systematisk gir belønning ved rusfrihet (negative urinprøver) eller oppmøte til behandling.

74 Ved kvasieksperimentelle studier blir en forsøksgruppe sammenlignet med en kontrollgruppe som får annen behandling. Kontrollgruppen skal i så stor grad som mulig ligne forsøksgruppen, men de er ikke utvalgt tilfeldig noe som gir fare for at gruppene likevel ikke er helt like. Dermed blir funnene ikke like sikre som ved undersøkelse med RCT-design.

- Bender K, Springer DW, Kim JS. Treatment Effectiveness With Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review. [References]. Brief Treatment and Crisis Intervention 2006;6(3):177-205.
- Bogenschutz MP, Geppert CM, George J. The role of twelve-step approaches in dual diagnosis treatment and recovery. Am J Addict 2006;15(1):50-60.
- Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Social Science and Medicine 2005;60(6):1371-83.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin 1998;24(4):589-608.
- Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. Psychiatr Rehabil J 2004;27(4):360-74.
- Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occuring severe mental and substance use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment 2007.
- Dumaine ML. Meta-analysis of interventions with co-occuring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. [References]. Research on Social Work Practice 2003;13(2):142-65.
- Moore BC. Empirically Supported Family and Peer Interventions for Dual Disorders. [References]. Research on Social Work Practice 2005;15(4):231-45.
- Osborn LD. A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in a dual-diagnosis population.
- Schade A, Marquenie LA, Van B, De B, Van D, van d. Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? Alcohol & Alcoholism 2003;38(3):255-62.


Det ble også gjennomført et separat datasøk etter evidens fra nordiske behandlingsstudier som har benyttet sammenlignende kohort design eller eksperimentell design (randomiserte, kvasieksperimentelle, enkel pre-post design, tidsserie design, andre ikke-RCT-design).

Det ble benyttet en søkesyntax som var tilnærmet lik den som ble benyttet av Kunnskapssenteret.

Det ble søkt kun i Medline og Psykinfo etter alle studier som hadde ulike typer rusmidler (samt generelle uttrykk for ruslidelser) i sammenheng med ulike typer psykiske lidelser (samt generelle uttrykk for psykiske lidelser) i kombinasjon med ulike ord for psykososiale tiltak.

## Skandinaviske behandlingsstudier

Av skandinaviske behandlingsstudier som spesielt studerte pasienter med dobbeltdiagnose, er det ved systematisk søk funnet én norsk studie som evaluerte et behandlingsprogram (Et bedre liv) og en studie om oppsøkende behandling.

- «Et bedre liv» er basert på langvarig kognitiv atferdsterapi i grupper for pasienter med dobbeltdiagnose (Gråwe et al., 2007). Studien viste at de fleste gjennomførte det ganske omfattende programmet, og at de ble bedre på ulikt vis, spesielt med redusert rusmiddelbruk. En begrensning med studien var imidlertid at det ikke var noen kontrollgruppe.

- Integrert behandling med hovedvekt på oppsøkende tverrfaglige team (ACT[75]-team) ble undersøkt i en større randomisert kontrollert studie av personer med førstegangs psykose i Danmark. Den viste bedring på flere utfallsmål, blant dem rusmiddelbruk, sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk vanlig oppfølging i distriktspsykiatrien (Petersen et al., 2005). Av pasientene i begge gruppene hadde 27 prosent ruslidelse før behandling. Denne andelen sank til 16 prosent etter integrert behandling og til 22 prosent i kontrollgruppen. Forskjellen holdt seg stabil etter to års oppfølging og var statistisk signifikant.

### Gjennomgang av 59 studier av psykososiale/medikamentelle tiltak

- En gjennomgang av 59 studier på effekten av psykososiale og medikamentelle tiltak overfor personer med alvorlig ROP-lidelse (hvorav 36 var randomiserte studier) (Tiet and Mausbach, 2007c), konkluderte generelt med at ingen psykososial behandling var mer effektiv enn vanlig behandling for både den psykiske lidelsen og ruslidelsen. Selv om det i flere studier ble funnet signifikante bedringer i rusmiddelbruk og psykiske lidelser både som følge av vanlig behandling og de eksperimentelle sammenlignings-behandlingene, var det generelt liten effektforskjell mellom behandlingsformene.

### Øvrige studier, kognitiv atferdsterapi (CBT) og motiverende intervju, integrert behandling, individuell vs. gruppebehandling

De fleste studiene har vurdert effekten av ulike motiverende samtalemetoder på rusmiddelbruk og kognitiv atferdsterapi på psykiatriske symptomer. Det er utført lite forskning på effekten av motiverende intervju på psykiatriske symptomer. Effektene av slike tiltak er foreløpig uklare, slik at de ikke gir tilstrekkelig grunnlag for konklusjoner.

Det er funnet noe støtte for at motiverende intervju reduserer rusmiddelbruk i den Cochranerapporten som også Kunnskapssenteret legger mest vekt på (Cleary et al., 2008). Dette gjelder også når motiverende intervju gis sammen med kognitiv atferdsterapi. Motiverende intervju gitt samtidig med kognitiv atferdsterapi, synes derimot ikke å ha noen effekt på psykiatriske symptomer. I Clearys rapport vises det til at det er en del støtte for at motiverende intervju er en kritisk komponent for at kognitiv atferdsterapi skal ha noen som helst effekt.

- En kvasieksperimentell studie viste at et program basert på kognitiv atferdsterapi for kvinner med samtidig posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og ruslidelse («Seeking safety»), hadde positiv virkning både på psykiske symptomer og rusmiddelbruk, omtrent på samme nivå som et program for tilbakefallsforebygging som også var basert på kognitiv atferdsterapi (Hien et al., 2004,Cohen and Hien, 2006). Begge behandlings-gruppene kom klart bedre ut enn en kontrollgruppe, som imidlertid ikke var randomisert.
- En annen studie viste at kombinasjonen kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju førte til bedret funksjon og reduserte negative symptomer hos pasienter med schizofreni og ruslidelse (Haddock et al., 2003).

75 ACT: Assertive community team: Tverrfaglige team, utviklet I amerikansk psykiatri for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som ikke kunne nås ved vanlig psykiatrisk behandling. Arbeidsformen innebærer høy tilgjengelighet, ofte en oppsøkende stil, vekt på motivering og langsiktighet

- I en randomisert studie av pasienter med sosial angst og alkohollidelse ble CBT både for alkohollidelse og sosial fobi sammenlignet med CBT kun for alkohollidelsen. Begge gruppene oppnådde reduksjon i alkoholbruk og bedring av sosial angst, men reduksjonen av alkoholbruk var signifikant større i gruppen som fikk CBT bare mot alkohollidelsen (Randall et al., 2001). Sistnevnte funn kan kanskje henge sammen med at den integrerte behandlingen kan ha utfordret pasientene i deres frykt for sosiale situasjoner, noe som igjen kan ha skapt et ekstra rusbehov.
- En oversiktsartikkel over behandling rettet mot angstlidelse hos pasienter med samtidig alkohollidelse fant ikke sikre holdepunkter for at psykososial behandling rettet både mot angstlidelsen og ruslidelsen ga bedre resultater når det gjaldt alkoholbruk enn behandling bare rettet mot alkoholmisbruket (Schade et al., 2003).
- En annen oversiktartikkel om behandling av samtidig ruslidelse og angst og depresjon konkluderer med at samtidig integrert behandling av depresjon og ruslidelse kan gi bedre resultater enn behandling av ruslidelsen alene, mens det motsatte ser ut til å gjelde ved kombinasjonen angstlidelse og ruslidelse (Hesse, 2009). Dette er imidlertid svært usikre og overraskende resultater som krever replikasjon av andre undersøkelser.
- En oversiktsstudie av Drake og medarbeidere (Drake et al., 2008) inkluderte andre psykososiale tiltak i analysene og fant at følgende tre behandlinger kunne medføre redusert rusmiddelbruk hos personer med dobbeltdiagnose.
  - Poliklinisk gruppebehandling 1-2 ganger ukentlig i mer enn seks måneder, i hovedsak med kognitiv atferdsterapi. Slik behandling var også forbundet med redusert antall sykehusinnleggelser, bedring i ADL-funksjoner[76] og livskvalitet
  - Institusjonsbehandling[77] i mer enn 12 måneder for pasienter som ikke kunne hjelpes med andre tiltak. Denne behandlingen medførte også bedring med hensyn til livskvalitet, boforhold, sysselsetting og arrestasjoner.
  - Læringsbaserte tiltak («contingency management») i 4-6 måneder, et tiltak som også var relatert til bedrede ADL-funksjoner, økt sysselsetting og bedret økonomi.
- Individuelle vs. gruppe: Det er utført mest forskning på effekten av individuelle tiltak. Drake et al. viste i sin oversiktsstudie fra 2008 at gruppebaserte tiltak (ofte kombinasjoner av psykoedukasjon, motiverende tiltak, stadietilpassede tiltak, brukerdrevne støttetiltak, belønningsbaserte tiltak, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening) gjennomgående har bedre effekt på rusmiddelbruk enn ulike former for individuelle tiltak eller terapiformer. De fant ikke noen studier som viste at enkelte psykososiale behandlingstiltak var bedre enn andre med hensyn til reduksjon av psykiatriske symptomer.
- Rådgivende individuelle samtaler syntes ikke å ha samme virkning som gruppesamtaler, men i studiene som viste dette, dreide det seg for det meste om relativt få samtaler.
- En oversikt over ulike typer familieintervensjon for pasienter med samtidig psykoselidelse og ruslidelse ga indikasjon på at slik intervensjon kunne bidra til å redusere alkohol- og stoffbruk, samt bedre livskvalitet både hos pasienten og familien (Moore, 2005).
- Familietiltak er som regel rettet mot å gi kunnskap og bedre familiens mestringsevne. En studie inkluderte familie psykoedukasjon på en konsistent måte (Barrowclough et al., 2001). De sammenlignet individuell kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju med familietiltak og standard behandling. De fant positive resultater for rusmiddelbruk også på sekundære utfallsmål, men gruppeforskjellene forsvant da intervensjonen opphørte.

76 ADL: Activities of Daily Life (dagliglivets aktiviteter)

77 Det amerikanske uttrykket er her: residential treatment. Det innebærer behandling i institusjoner hvor det ofte legges spesiell vekt på botrening og overgang til bolig i samfunnet

Man kan derfor si at familietiltak for personer med dobbeltdiagnose er ufullstendig undersøkt, dette både som enkeltstående tiltak og gitt i kombinasjon med andre tiltak.

- Læringsbaserte behandlingstiltak: Det foreligger klar dokumentasjon på at godt tilrettelagte læringsbaserte opplegg ('contingency management') stimulerer til redusert rusmiddelbruk. Dette handler om å knytte positive og belønnende konsekvenser til rusfrihet på konkrete måter (Holth, 2008). Eksempler på dette er at brukere blir premiert for sin innsats og sine fremskritt ved at de får konkret belønning,for eksempel for en periode med rusfrihet (negativ urinprøve) eller oppmøte til behandling, treningssenter med mer. Det kan også brukes slike prinsipper når det gjelder permisjoner, bedre soningsforhold og lignende.
- Case management til personer med ROP-lidelser administreres som regel som intensive behandlingstiltak gitt av tverrfaglig organiserte oppsøkende team som koordinerer servicetilbudene. Disse er ofte vanskelige å skille fra ACT-team (Stein and Test, 1980). I Norge finnes slike team både innen første- og andrelinjetjenesten. I førstelinjetjenesten er det mest vanlig at slike tilbud gir et bredt tilbud rettet mot rusmiddelbruket, og innen andrelinjetjenesten er slike tilbud ofte gitt av psykoseteam, rehabiliteringsteam eller tidligintervensjonsteam.
- ACT-team modellen er ennå lite utprøvd i Europa, men det finnes enkelte gode studier som viser at det fører til bedre funksjonsnivå enn vanlig oppfølging (Petersen et al., 2005). Mange studier fra USA og Canada viser at denne typen tiltak gitt til personer med ustabil og alvorlig psykisk lidelse (mange også med rusmiddelproblemer) er assosiert med reduserte antall sykehusinnleggelser og mer stabil bosituasjon. Drake gjennomgikk 11 komparative studier som evaluerte effekten av ulike former for integrerte og sammensatte case management-tiltak til personer med dobbeltdiagnose (Drake et al., 2008,Drake et al., 2007). Selv om en del studier rapporterte reduksjon i rusmiddelbruk og reduksjon i de negative konsekvensene av slik bruk, eller reduksjon av psykiatriske symptomer, konkluderte de med at resultatene i disse studiene er usikre. Intensiv case management er derimot ofte forbundet med bedring i sekundære utfallsmål som redusert sykehusbruk, økt bruk av servicetilbud, økt samfunnsdeltakelse og bedret livskvalitet.
- Integrerte behandlingstiltak for personer med dobbeltdiagnose ble først omtalt av Minkoff (Minkoff, 1989) og har senere blitt videreutviklet i flere ulike modeller (Drake & Mueser, 1996b; Lehman & Dixon, 1995; Minkoff & Drake, 1991; Solomon et al., 1993). Det tolkes som at integrert behandling favner om alle tiltak og prosesser hvorved behandlingsintervensjoner for personer med ROP-Idelse kombineres innen samme behandlingsrelasjon eller -sted. En studie fra 1998 (Drake et al., 1998) konkluderte med at omfattende og helhetlig integrert behandling gitt over 18 måneder eller mer fører til signifikante reduksjoner i rusmiddelbruk og sykehusopphold. For mange var dette assosiert med klar remisjon av den psykiske lidelsen. Flere randomiserte kontrollerte studier i rusbehandlingstiltak har demonstrert at integrerte tiltak mot ulike ROP-lidelser har bedre effekt hvis behandlingstiltakene administreres på samme sted enn av ulike behandlere på ulike steder (Charney et al., 2001; McLellan et al., 1993; Saxon & Calsyn, 1995; Weisner et al., 2001).

# Referanser


Alonso J, Angermeyer M C, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T S, Bryson H, de G G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro J M, Katz S J, Kessler R C, Kovess V, Lepine J P, Ormel J, Polidori G, Russo L J, Vilagut G, Almansa J, rbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman M A, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo S S, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh W A. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 143. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;28-37.

Andreasson S, Allebeck P, Rydberg U. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County. Acta Psychiatr Scand 1989; (79): 505-510.

Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. Br J Psychiatry 2005a; (187): 510-515.

Bakken K, Landheim A S, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? 19. Alcohol Alcohol 2003; (38): 54-59.

Bakken K, Landheim A S, Vaglum P. Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: occurrence and clinical differences. A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway
9. Drug Alcohol Depend 2005; (80): 321-328.

Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S W, Moring J, O'Brien R, Schofield N, McGovern J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. Am J Psychiatry 2001; (158): 1706-1713.

Berg E, Audestad R. Rusmiddelbehandling og skam. En undersøkelse om rusmiddelbrukere med etnisk minoritetsbakgrunn og deres møte med behandlingssystemet. 2006. Rusmiddel-etatens kompetansesenter, Oslo kommune.
Ref Type: Report

Brennan P A, Mednick S A, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 2000; (57): 494-500.

Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD001088.

Cohen L R, Hien D A. Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. Psychiatr Serv 2006; (57): 100-106.

Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study 8. J Nerv Ment Dis 2005; (193): 196-202.

Dalsbø TK, Steiro A, Høie B. Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? 2009. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ref Type: Report

Drake R E, Mercer-McFadden C, Mueser K T, McHugo G J, Bond G R. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 1998; (24): 589-608.

Drake R E, O'neal E L, Wallach M A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. J Subst Abuse Treat 2008;123-138.

Drake R E, O'neal E L, Wallach M A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders
4. J Subst Abuse Treat 2007.

Duke P J, Pantelis C, Barnes T R. South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. Br J Psychiatry 1994; (164): 630-636.

Elbogen E B, Johnson S C. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009; (66): 152-161.

Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys
65. Lancet 2002; (359): 545-550.

Flovig J C, Vaaler A E, Morken G. Substance use at admission to an acute psychiatric department. Nord J Psychiatry 2008;1-7.

Fountoulakis K N, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: A review of the evidence
1. J Affect Disord 2008.

Fowler I L, Carr V J, Carter N T, Lewin T J. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. Schizophr Bull 1998; (24): 443-455.

Friestad C, Hansen ILS. Levekår blant innsatte. FAFO. 2004. Oslo.
Ref Type: Report

Gamman T, Linaker O M. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. Tidsskr Nor Laegeforen 2000b; (120): 2151-2153.

Gesch, C.B., S.M. Hammond,S.E. Hampson, A. Eves and M.J.Crowder. Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on antisocial behaviour of young adult prisoners. Randomised, placebo-controlled trial, Br.J psychiatry, 181,22-28,2002

Grant B F, Stinson F S, Dawson D A, Chou S P, Dufour M C, Compton W, Pickering R P, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
66. Arch Gen Psychiatry 2004; (61): 807-816.

Gråwe R, Ruud T. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Rapport. 2006. SINTEF.
Ref Type: Report

Gråwe RW, Hagen R. Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser. I Torkil Berge og Arne Repål (red.) Håndbok i kognitiv terapi. 513-531. 2008. Oslo, Gyldendal akademiske forlag.
Ref Type: Report

Gråwe R W, Hagen R, Espeland B, Mueser K T. The Better Life Program: Effects of group skills training for persons with severe mental illness and substance use disorders. Journal of Mental Health 2007; (16(5)): 625-634.

Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, Quinn J, Palmer S, Davies L, Lowens I, McGovern J, Lewis S. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003; (183): 418-426.

Hagen H, Ruud T. Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003.
Helse rapport 3/04. 2004. SINTEF.
Ref Type: Report

Hajos M, Hoffmann W E, Kocsis B. Activation of Cannabinoid-1 Receptors Disrupts Sensory Gating and Neuronal Oscillation: Relevance to Schizophrenia. Biol Psychiatry 2008.

Hall W. What have population surveys revealed about substance use disorders and their co-morbidity with other mental disorders?
663. Drug Alcohol Rev 1996; (15): 157-170.

Hansen T, Dyb E, Østerby S. Bostedsløse i Norge 2005 - en kartlegging. Byggforsk and NIBR. 403. 2006. Oslo.
Ref Type: Report

Helsedirektoratet. Vurdering av risiko for voldelig atferd - bruk av strukturerte kliniske verktøy. IS-9/2007. 2007. Oslo, Helsedirektoratet.
Ref Type: Report

Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Helsedirektoratet. IS-1511. 2008a.
Ref Type: Report

Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo T O, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17 - 40 år innlagt med psykose. Tidsskr Nor Laegeforen 2005; (125): 1178-1180.

Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. BMC Psychiatry 2009; (9): 6.

Hien D A, Cohen L R, Miele G M, Litt L C, Capstick C. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. Am J Psychiatry 2004; (161): 1426-1432.

Holth P. Læringsbasert rusbehandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; (45): 1276-1284.

Horvath. The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions. Psychotherapy: theory, research and practice 2006; (43): 258-263.

Innvær S, Steiro A, Rus MG, Smedslund G, Johme T. Bruk av, holdning til og behov for kunnskap i sosialkontortjenestene (BAKST). 2005. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ref Type: Report

Kendler K S, Walters E E, Neale M C, Kessler R C, Heath A C, Eaves L J. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism
5. Arch Gen Psychiatry 1995; (52): 374-383.

Kessler R C. The epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry 2004; (56): 730-737.

Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. Norsk Epidemiologi 2002; ( 12): 309-318.

Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway
18. Eur Addict Res 2003; (9): 8-17.

Langeveld H, Melhus H. Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten?
3. Tidsskr Nor Laegeforen 2004a; (124): 2094-2097.

Larsen T K, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen J O, Opjordsmoen S, Rund B R, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T H. Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. Schizophr Res 2006; (88): 55-62.

Levin F R, Evans S M, Brooks D J, Garawi F. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend 2007; (87): 20-29.

Levin F R, Evans S M, Brooks D J, Kalbag A S, Garawi F, Nunes E V. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo
1. Drug Alcohol Depend 2006; (81): 137-148.

Lien,L., N.Lien, S.Heyerdahl, M.Thoresen and E.Bjertness. Consumption of soft drinks and hyperactivity, mental distress, and conduct problems among adolescents in Oslo, Norway, *AM.J Public Health,* 96(10), 1815-1820, 2006.

Mathias S, Lubman D I, Hides L. Substance-Induced Psychosis: A Diagnostic Conundrum. J Clin Psychiatry 2008;e1-e10.

McHugo G J, Drake R E, Brunette M F, Xie H, Essock S M, Green A I. Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research. Schizophr Bull 2006; (32): 655-665.

Meier. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. Addiction 2005; (100): 304-316.

Miller W R, Benefield R G, Tonigan J S. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol 1993; (61): 455-461.

Miller W R, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. Guilford Press, New York 2002.

Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. Hosp Community Psychiatry 1989; (40): 1031-1036.

Moore B. Empirically Supported Family and Peer Interventions for Dual Disorders. Social Work Practice 2005; (15): 231-245.

Moore T H, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes T R, Jones P B, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Lancet 2007; (370): 319-328.

Mordal J, Bramness J G, Holm B, Morland J. Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. Gen Hosp Psychiatry 2008; (30): 55-60.

Mueser K T, Noordsy D L, Drake R E, Fox L. Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective practice. The Guildford Press, 2003.

Mueser K T, Noordsy D L, Drake R E, Fox L. Integrert behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Universitetsforlaget, Oslo 2006.

Mueser K T, Salyers M P, Rosenberg S D, Goodman L A, Essock S M, Osher F C, Swartz M S, Butterfield M I. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical, and health correlates 46. Schizophr Bull 2004; (30): 45-57.

Mueser K T, Yarnold P R, Rosenberg S D, Swett C, Jr., Miles K M, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. Schizophr Bull 2000; (26): 179-192.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter. Rapport fra Kunnskapssenteret. nr 21-2007. 2007b. Oslo.
Ref Type: Report

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 -2008. 2008. Oslo.
Ref Type: Report

Nøkleby H, Lauritzen G. Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie. Rapport nr. 3/2006. 2006. Oslo, Statens institutt for rusforskning.
Ref Type: Report

Odegard E, Amundsen E J, Kielland K B. Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers--a competing risk approach. Drug Alcohol Depend 2007; (89): 176-182.

Øydna A T. Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006; (43): 234-239.

Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M B, Ohlenschlaeger J, Christensen T O, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005; (331): 602.

Pulay A J, Dawson D A, Hasin D S, Goldstein R B, Ruan W J, Pickering R P, Huang B, Chou S P, Grant B F. Violent Behavior and DSM-IV Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2007;e1-e11.

Randall C L, Thomas S, Thevos A K. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. Alcohol Clin Exp Res 2001; (25): 210-220.

Rasmussen K, Almvik R, Levander S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. J Am Acad Psychiatry Law 2001; (29): 186-193.

Ravndal E, Vaglum P. Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community
5. J Subst Abuse Treat 1994; (11): 471-479.

Regier D A, Farmer M E, Rae D S, Locke B Z, Keith S J, Judd L L, Goodwin F K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study
4. JAMA 1990c; (264): 2511-2518.

Ringen P A, Melle I, Birkenaes A B, Engh J A, Faerden A, Jonsdottir H, Nesvag R, Vaskinn A, Friis S, Larsen F, Opjordsmoen S, Sundet K, Andreassen O A. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scand 2008; (117): 133-138.

Rogers C R. The Essence of Psychotherapy: A Client-Centered View. Annals of Psychotherapy 1959; (1): 51-57.

Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender P, Thome J. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004a; (254): 365-371.

Schade A, Marquenie L A, van Balkom A J L M, de Beurs E, van Dyck E, van den Brink W. Do comorbid anxiety disorders in Alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? Alcohol & Alcoholisme 2003; (38): 255-262.

Schubiner H, Saules K K, Arfken C L, Johanson C E, Schuster C R, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. Exp Clin Psychopharmacol 2002; (10): 286-294.

Semple D M, McIntosh A M, Lawrie S M. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. J Psychopharmacol 2005; (19): 187-194.

Sortland W, Egeland J. Selvmord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008;4-13.

Sosial- og helsedepartementet. St meld nr 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. 1997. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
Ref Type: Report

Sosial- og helsedirektoratet. Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratet. 2006.
Ref Type: Report

Sosial- og helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Helsedirektoratet. IS-1332. 2005a. Oslo.
Ref Type: Report

Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/ attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. IS-1244. 2005b. Oslo.
Ref Type: Report

Statens helsetilsyn. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. 2000a. Oslo.
Ref Type: Report

Stein L I, Test M A. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; (37): 392-397.

Stone M H. Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. World Psychiatry 2006; (5): 15-20.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse Treatment For Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. 2005. U.S. Departement of Health and Human Services.
Ref Type: Report

Tiet Q Q, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcohol Clin Exp Res 2007a; (31): 513-536.

Vaaler A E, Morken G, Flovig J C, Iversen V C, Linaker O M. Substance abuse and recovery in a Psychiatric Intensive Care Unit. Gen Hosp Psychiatry 2006; (28): 65-70.

Vaillant G E. A 60-year follow-up of alcoholic men. Addiction 2003; (98): 1043-1051.

van den Bosch L M, Verheul R, Schippers G M, van den B W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. Addict Behav 2002; (27): 911-923.

Verheul R, Kranzler H R, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville B J. Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? J Stud Alcohol 2000b; (61): 101-110.

Verheul R, Kranzler H R, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville B J. Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? J Stud Alcohol 2000a; (61): 101-110.

Wallace C, Mullen P E, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry 2004; (161): 716-727.

Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. Am J Addict 2006; (15): 345-355.

Wilens T E, Fusillo S. When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications. Curr Psychiatry Rep 2007; (9): 408-414.

Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. BMJ 2002; (325): 1199.

# Egne notater

Faglige retningslinjer utarbeides innenfor områder der Helsedirektoratet mener at en retningslinje er egnet til å forbedre kvaliteten på tjenesten. Det kan være behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling. Faglige retningslinjer utarbeides etter en fast metode der det legges vekt på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukermedvirkning. Begrepet retningslinjer brukes også om retningslinjer utgitt med hjemmel i forskrift, disse retningslinjene kategoriseres ikke som nasjonale faglige retningslinjer.



Helsedirektoratet
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon omslag: Sidsel Andersen Trykk og design: Andvord Grafisk Mnd/år: 3/2012