

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging
av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse – ROP- lidelser
Sammensatte lidelser – Samtidig behandling

Heftets tittel: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse

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

Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69

Forord

Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do it.

Goethe

Både ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell behandlingsoppmerksomhet. Personer med rus-og psykiske lidelser (ROP- lidelser) har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom begge lidelsene utredes og behandles på en koordinert måte.

For å fremme bedring og livskvalitet hos personer med rus ROP- lidelser inneholder disse retningslinjene anbefalinger til fagpersoner om kunnskapsbaserte eller best mulige tiltak for gruppen. Retningslinjen er et resultat av vurderinger av relevant informasjon fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune og spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig og mindre alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse.

Selv om det har vært økt oppmerksomhet på pasientgruppen 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, og en beskrivelse av tjenestenes roller og ansvar.

Et overordnet mål for retningslinjen er å bidra til at personer med ROP- lidelser får det tilbudet de trenger. Det forutsettes at utgifter til tiltak prioriteres innenfor eksisterende rammer.

For å sikre et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med en potensiell ROP – lidelse, igangsette arbeidet med individuell plan.

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

Innhold

1	Innhold	9
1.1	Bakgrunn	9
1.2	Innhold, tjenesteytere og pasientmålgruppe	9
1.3	Hvem har utarbeidet retningslinjen?	10
1.4	Habilitet	11
2	Sammendrag	12
3	Definisjoner, metode og prosess	23
3.1	Definisjoner	23
3.2	Rusmidlenes virkninger	24
3.3	Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV	24
3.3.1	Skadelig bruk i ICD-10	25
3.3.2	Avhengighetssyndrom i ICD-10	25
3.3.3	Misbruk/substance abuse i DSM-IV	26
3.4	Metode og prosess	27
3.4.1	Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter	27
3.4.2	Supplerende kunnskapsinnhenting av arbeidsgruppen.	28
3.4.3	GAP- undersøkelse	29
3.4.4	Referansegruppe, rådslag og møter	29
3.4.5	Vurderinger av kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene	30
3.4.6	Gradering av kunnskapsgrunnlaget	31
3.4.7	Gradering av anbefalinger	31
4	Brukermedvirkning og pårørende	32
4.1	Brukermedvirkning	32
4.2	Pårørende	32
5	Etiske aspekter	34
5.1	Grunnleggende etiske forhold	34
5.2	Etiske dilemmaer	35
5.2.1	Tilbakehold uten samtykke/ behandling uten samtykke	35
5.2.2	Når samtidig rus- og psykisk lidelse påvirker andre	37
5.2.3	Behov for grensesetting og kontinuitet i behandling	37

6	Forekomst i befolkningsundersøkelser og i pasientmålgrupper	38
6.1	Forekomst	38
6.1.1	Forekomst ifølge befolkningsundersøkelser	38
6.1.2	Forekomst av ruslidelser i psykisk helsevern.	39
6.1.3	Forekomst av psykiske lidelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	41
6.1.4	Forekomst av ROP-lidelser i primærhelsetjenesten og NAV	41
6.1.5	Forekomst av ROP-lidelser blant bostedsløse	41
6.1.6	Forekomst av ROP-lidelser blant innsatte i fengsel	42
6.2	Forekomst og særtrekk i de viktigste sykdomsgruppene	42
6.2.1	Bipolare lidelser og ruslidelser	42
6.2.2	Schizofreni og schizofrenilignende psykoser og ruslidelser	43
6.2.3	Angstlidelser og ruslidelser	43
6.2.4	Depresjon og ruslidelser	44
6.2.5	Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser	44
6.2.6	Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og ruslidelser	44
6.2.7	Spiseforstyrrelser og ruslidelser	44
7	Utredning	46
7.1	Definisjon av utredning	46
7.2	Kunnskapsgrunnlaget	46
7.3	Utredning når pasienten er påvirket av rusmidler	47
7.4	Andre forhold som er viktige for utredningen	48
7.5	Utredning av motivasjon for endring	48
7.6	Screening for ruslidelse blant personer med kjent psykisk lidelse	50
7.6.1	Screening for alkohollidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse	50
7.6.2	Screening for stofflidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse	50
7.6.3	Screening med bruk av biologiske tester	51
7.7	Screening av psykisk lidelse blant personer med kjent ruslidelse	51
7.7.1	Screening for psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse	51
7.7.2	Screening av ikke-psykotiske lidelser hos personer med kjent ruslidelse	52
7.7.3	Screening for ADHD hos personer med kjent ruslidelse	52
7.7.4	Screening av angst og depresjon hos personer med kjent ruslidelse	52
7.8	Screening for ROP- lidelser på ulike arenaer/i ulike populasjoner	52
7.8.1	Pasienter som behandles innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling	53
7.8.2	Personer innsatt i fengsel	53
7.9	Diagnostisering	54
7.10	Diagnostiske verktøy for utredning av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser	54
7.10.1	Diagnostisering av psykisk lidelse og ruslidelse med MINI PLUS eller SCID-I	55
7.10.2	Diagnostisering av personlighetsforstyrrelser med ICD-10/SCID-II	55

7.11	Utredning av somatiske forhold	55
7.11.1	Ernæring	56
7.11.2	Skader ved langvarig bruk av alkohol	56
7.11.3	Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer	56
7.11.4	Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer	57
7.11.5	Tannhelse	57
7.11.6	Rusrelaterte akutte overdoser	57
7.12	Utredning av psykososiale forhold	58
7.12.1	Kjønn	58
7.12.2	Oppvekstforhold/kultur	58
7.12.3	Familie og nettverk	58
7.12.4	Utdanning/arbeidserfaring	58
7.12.5	Økonomi	59
7.12.6	Bosituasjon	59
7.12.7	Kriminalitet	59
7.13	Utredning av selvmordsrisiko	59
7.14	Utredning av voldsrisko	60
8	Behandling og oppfølging	61
8.1	God terapeutisk relasjon og utarbeidelse av mål for behandling	61
8.1.1	Mål om helhetlig bedring av livskvaliteten - "recovery"	62
8.2	Kunnskapssenterets gjennomgang av psykososial behandling/kunnskapsgrunnlaget	62
8.3	Tiltak som fokuserer på organiseringen av behandlingen	63
8.3.1	Integrert behandling	64
8.3.2	Individuell plan	65
8.3.3	Oppsøkende behandlingsteam	65
8.4	Psykososiale behandlings- og oppfølgingstiltak og sosialrettede tiltak	65
8.4.1	Bruk av motiverende samtalemetoder/intervju	66
8.4.2	Læringsbaserte tiltak	66
8.4.3	Psykoedukative tiltak	66
8.4.4	Døgnbehandling	66
8.4.5	Yrkesrettede tiltak og aktivitet	67
8.4.6	Støttetiltak i nærmiljøet	68
8.4.7	Fysisk aktivitet og ernæring	68
8.5	Andre tiltak	69
8.5.1	Forebygging av tilbakefall	69
8.6	Stadiebaserte hjelpetiltak	69
8.6.1	Skadereduserende tiltak	69
8.6.2	Behov for rusfrie arenaer	70
8.7	Behandling for enkelte grupper av ROP- pasienter	70
8.7.1	Uavhengige psykoselidelser	70
8.7.1	Rusutløste psykoser	71
8.7.2	Angstlidelser og depresjon	72
8.7.3	Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD	72
8.7.4	Alvorlige personlighetsforstyrrelser	73
8.7.5	Spiseforstyrrelser	73
8.8	Behandling med legemidler	73
8.8.1	Fare for respirasjonsstans:	73
8.8.2	Andre virkninger:	74

8.8.3	Interaksjoner	74
8.9	Anbefalt behandling for ROP-pasienter	75
9	Roller og ansvar	77
9.1	Rett til nødvendig helsehjelp	78
9.2	Kommunenes ansvar for rus - og psykisk helsearbeid	78
9.2.1	Kommunenes ansvar for kartlegging	79
9.2.2	Kommunens ansvar for behandling og oppfølging	80
9.2.3	Kommunens ansvar for individuell plan og koordinering av tjenester	80
9.2.4	Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging	81
9.2.5	Kommunens ansvar for varig botilbud	81
9.2.6	Kommunens ansvar for oppfølging i bolig	82
9.2.7	Kommunens og NAVs ansvar for arbeid og aktivitet.	82
9.2.8	Selvhjelp	83
9.2.9	Kommunens ansvar for oppfølging av somatisk helse, inkludert tannhelse	83
9.2.10	Kommunens ansvar for brukere av lavterskeltiltak og botilbud	84
9.3	Helseforetakenes ansvar for tilbud til pasienter med ROP-lidelser	85
9.3.1	Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse	86
9.3.2	Helseforetakenes ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse	86
9.4	Helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendig kompetanse	86
9.4.1	Helseforetakenes ansvar for kartlegging i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)	87
9.4.2	Helseforetakenes ansvar for kartlegging i psykisk helsevern	88
9.4.3	Helseforetakenes ansvar for kartlegging av ROP- lidelser når pasienten oppholder seg i somatiske avdelinger	88
9.5	Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging	89
9.5.1	Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)	89
9.5.2	Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging innen psykisk helsevern	90
9.6	Behandlingstiltak uten avtale	90
9.7	Samhandling mellom ulike enheter og nivå	91
9.7.1	Samhandling mellom kommunale tjenester og NAV	91
9.7.2	Samhandling mellom kommune og psykisk helsevern	92
9.7.3	Samhandling mellom kommune og TSB	92
9.7.4	Samhandling mellom døgnavdelinger innenfor TSB og psykisk helsevern	92
9.7.5	Samhandling mellom psykisk helsevern/TSB og fastlege	92
9.7.6	Samhandling mellom kriminalomsorg og helsetjenester	93
9.7.7	Anbefalt kompetanse om behandling (uavhengig av om behandlingen skjer på kommunalt eller spesialisthelsetjenestnivå).	94
10	Implementering av retningslinjene. Opplæring i kunnskaper og ferdigheter	95

Vedlegg 1 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Screening og diagnoseverktøy	98
Vedlegg 2 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 25, 2008.	102
Del 2 Effekt av psykososial behandling	102
Sammendrag	102
10.1.1 Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	
105	
Vedlegg 4. Beskrivelse av de viktigste diagnosene og diagnosegruppene i ICD-10	112
Vedlegg 5. Livstidsprevalens av ruslidelser blant voksne med ulike psykiske lidelser	120
VEDLEGG 7 Rusmidler: typer og bruksmønstre	121
Referanser	125

1 Innhold

Godt profesjonelt arbeid for denne sykdomsgruppen innebærer godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Det viktigste er kanskje interesse og holdninger som er allmennmenneskelige og av betydning i all form for behandling og profesjonell kontakt med andre mennesker. 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 basale kunnskaper om det som særpreger de menneskene vi arbeider med

1.1 Bakgrunn

De siste 25 årene har det vært økende erkjennelse av at rusmisbruk 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, er det nå et økende fokus på rusmidlers samspill også med andre mindre alvorlige psykiske lidelser.

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

Sosial og helsedirektoratet utga i 2005 IS-1289 *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmissbrukere*. 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.

1.2 Innhold, tjenesteytere og pasientmålgruppe

Retningslinjen omhandler tre hovedområder:

¹ Statens helsetilsyn, 2000a

1. Informasjon om samtidige psykiske lidelser og ruslidelser
2. Anbefalte metoder for kartlegging og diagnostisering av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser
3. Anbefalt psykososial behandling og oppfølging av personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser.

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 sosialtjeneste
- helse- og sosialpersonell i TSB
- helse- og sosialpersonell i psykisk helsevern
- helsepersonell og ansatte i fengslene

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

Målgruppene i retningslinjen er voksne personer som har samtidige ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser (ofte omtalt som 'dobbeltdiagnose'). Alvorlig psykisk lidelse avgrenses vanligvis til schizofreni og schizofrenilignende lidelser, bipolar lidelse, type I, alvorlig depresjon og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Fordi også en del andre mindre alvorlige lidelser er langvarig og assosiert med betydelig nedsatt funksjonsevne, er alvorlige angstlidelser, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, spiseforstyrrelser, samt andre alvorlige personlighetsforstyrrelser målgrupper i retningslinjen. Retningslinjen omhandler i liten grad pasienter med samtidig ruslidelse og mindre alvorlige psykiske lidelser.

På grunn av få studier om behandling av samtidig rusmisbruk 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.

1.3 Hvem har utarbeidet retningslinjen?

Helsedirektoratet engasjerte i februar 2007 en arbeidsgruppe for å utarbeide faglige retningslinjer 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
- Erling Jahn, Mental Helse Norge
- Anne Landheim, Kompetansesenter rus - region øst
- Lars Linderøth, Nordlandssykehuset, Bodø (nåværende arbeidssted: Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo)

- Hilde Nicolaisen, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon Tromsø

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

1.4 **Habilitet**

Ingen av deltakerne i arbeidsgruppen har rapportert mulige interessekonflikter.

2 Sammendrag

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

Retningslinjen omhandler tre hovedområder: 1) Informasjon om samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, 2) Anbefalte metoder for kartlegging og diagnostisering av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, og 3) Anbefalt psykososial behandling og oppfølging av personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser.

Retningslinjen gir råd til tjenesteytere og ledere i kommunene, (inkludert NAV) samt helsepersonell og ledere i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Deler av retningslinjen er også relevant for helsetjenesten i fengsel, Husbanken, frivillige organisasjoner, mfl.

Målgruppene i retningslinjen er voksne som har samtidige ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser. Alvorlig psykisk lidelse avgrenses vanligvis til schizofreni og schizofrenilignende lidelser, bipolar I lidelse, alvorlig depresjon og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ofte omtalt som 'dobbeltdiagnose'). Fordi også en del andre mindre alvorlige lidelser er langvarig og assosiert med betydelig nedsatt funksjonsevne, er også alvorlige angstlidelser, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, spiseforstyrrelser, samt andre alvorlige personlighetsforstyrrelser målgrupper i retningslinjen.

På grunn av få forskningsstudier om behandling av samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser hos ungdom i alderen 15-18 år, er retningslinjen avgrenset til å gjelde voksne over 18 år.

Brukermedvirkning og etikk

Mål for brukermedvirkning er at brukere og pårørende har reell innflytelse på utforming av tjenesten – både på individuelt nivå og på systemnivå, samt at brukeres erfaringer er en del av den faglige forståelsen.

	Grad	Anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende	Evidensnivå	
1.	D	Behandlingen bør innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg.	4	
2.	D	Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging i forståelse med pasienten.	4	

Retningslinjen inneholder også et kapittel om etiske aspekter. Tjenesteytere på ulike nivåer har alle et selvstendig ansvar for at de gjennomfører arbeidet i tråd med lovverk og i tråd med faglige og etiske retningslinjer. Oppfølging og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse gir grunnlag for en rekke overveielser av etisk karakter. Respekt for 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.

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. Retningslinjen peker på noen slike forhold.

DEL 1: Kunnskap om samtidige psykiske lidelser og ruslidelser

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer sammen. I den generelle befolkning (basert på USA, Europa og Australia) regner man med at livstidsforekomsten av alkohol eller stofflidelser er omtrent 15%, sammenlignet med 40-50% for personer med alvorlige psykiske lidelser (se for eksempel, Regier et al., 1990). Forekomsten av nåværende eller nylig ruslidelse er noe lavere. Forekomsten av ruslidelse hos psykisk syke og vice versa er som regel lavere i befolkningsundersøkelser enn i kliniske studier fordi det er de med størst problemer som oftest søker behandling (Hall, 1996, Grant et al., 2004)

Befolkningsstudier fra Norge viser at forekomst i Oslo er omtrent som i USA, mens den er vesentlig lavere i områder som for eksempel Sogn og Fjordane (Kringlen et al. 2001, Kringlen et al., 2006).

En kort oppsummering fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA viser at:

- Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser (Alonso et al., 2004, Kendler et al., 1995).
- Personer med stoffmisbruk har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse, henholdsvis 53 % og 37 % (Regier et al., 1990b).
- Personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelser, henholdsvis 47 % og 56 % (Regier et al., 1990c).
- Det er klar sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser, sistnevnte særlig i form av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser (Compton et al. 2007; Grant et al., 2004; Hasin et al. 2007).

I tillegg til personer med alvorlige ruslidelser, er det syv pasientmålgrupper som har stor sannsynlighet for ROP- lidelser. 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 % høyere andel med livstidsforekomst av illegalt rusbruk enn en kontrollgruppe. Spesielt var bruken av sentralstimulerende legemidler høy i denne pasientgruppen (Ringgen et al., 2008).

- Bipolar lidelse
- Schizofreni
- Angst
- Depresjon
- Personlighetsforstyrrelser
- Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
- Spiseforstyrrelser

De viktigste psykiatriske diagnosene og hvilke særtrekk som knyttet til samtidig rusbruk, beskrives kort i kapittel 6. Her beskrives også de arenaene hvor det er stor sannsynlighet for å møte en ROP- pasient.

1. Psykisk helsevern
2. Tverrfaglig spesialisert behandling
3. Kommunene, sosialkontor/NAV, fastleger og øvrig kommunehelsetjeneste
4. Bostedsløse²
5. Innsatte i fengsel

Oppsummert viser undersøkelsene at omfanget av ROP- lidelser er stort innenfor TSB og psykisk helsevern – spesielt i akuttavdelinger, rehabiliteringsavdelinger og sterkavdelinger. Det gjelder også blant innsatte i fengsel og blant personer uten fast bopæl. Vi vet mindre om omfang av personer med ROP- lidelser som er klienter ved NAV, samt innen allmenntidmedisin.

DEL 2: 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 screening, kartlegging og diagnostisering.

Å kartlegge er å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk

² Bostedsløse, definisjon

måte. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som sikrer innhenting av relevant informasjon.

	Grad	Anbefalinger om kartlegging og utredning	Evi- dens- nivå	
3.	C	Ved langvarig og hyppig rusmiddelbruk og mistanke om psykoselidelse, bør endelig diagnostisering gjøres etter noen måneders observasjonstid uten bruk av rusmiddel. Psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under ruspåvirkning eller kort tid etter rusbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet.	3	
4.	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 vurderes for bedre å sikre rusfrihet	4	
5.	C	Utredning skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten etter kort tid. Utredningsresultater som har konsekvenser for behandlingen, skal følges opp.	4	
6.	C	Utredningsresultatet skal, dersom pasienten samtykker, følge pasienten i ulike behandlingssenheter for å unngå unødvendige gjentakelser.	4	
7.	C	Det anbefales kartlegging av ulike sider av pasientens motivasjon for endring med verktøyene SATS, DUDIT-E eller Alkohol-E.	4	

Screening

Screening er å finne potensiell sykdom i en gruppe som selv ikke spør om hjelp. Screeningverktøy har som hovedmål å identifisere personer med mulig lidelse for å kunne undersøke disse nærmere.

Det er stor sannsynlighet for at personer med alvorlige psykiske lidelser også har en ruslidelse, og at personer med alvorlige ruslidelser også har en psykisk lidelse. Det anbefales derfor at når tjenesteytere avdekker at en person har et problematisk rusbruk, må de spørre personene om de har psykiske symptomer eller sørge for at dette blir undersøkt. Likeledes, når det avdekkes psykiske problemer ved kontakt med hjelpeapparatet, må rusbruk kartlegges.

Det anbefales at screening for ruslidelser gjøres separat for alkohol og stofflidelser. Dette fordi det ikke eksisterer enkle og gode screeningverktøyer både for alkohol- og stofflidelser.

	Grad	Anbefalinger om screening	Evi- dens- nivå	
8.	C	Når det avdekkes psykiske problemer i kontakt med hjelpeapparatet bør rusbruk utredes. Tilsvarende bør psykiske lidelser utredes når det avdekkes rusproblemer.	4	
9.	A	Screening for alkohollidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT	1b	
10.	B	Screening for stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT	3	
11.	C	Screening for ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som supplement til annen type screening spesielt i psykiatriske akuttavdelinger	4	
12.	B	Screening for psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med i verktøyet MINI	2a	
13.	B	Screening for ikke-psykotiske psykiske lidelser anbefales gjort med MINI SCREEN.	3	
14.	B	Screening for hyperkinetisk forstyrrelse anbefales gjort med spørsmål fra MINI PLUS eller ASRS 6.	3	
15.	B	Bruk av SCL vil kunne egne seg til screening av angst og depresjon, da antas den korteste versjonen SCL-10 å være mest praktisk.	3	
16.	D	, Innsatte i fengsel bør få tilbud om screening for ruslidelse og psykisk lidelse.	4	

Diagnostisk utredning

En psykiatrisk diagnose settes etter ICD-10- kriterier (International Classification of Diseases, WHO) for den enkelte lidelsen. I tillegg finnes det diagnostiske verktøy som er utarbeidet som ekstra hjelpemidler for leger og psykologer.

Når det etter screening eller på annen måte er mistanke om samtidige psykiske lidelser og ruslidelser som fører til betydelig redusert funksjonsevne, eller som gir betydelige plager, bør det gjøres en nærmere utredning av dette i form av en diagnostisk utredning.

Bruk av diagnoseverktøy må kombineres med en grundig klinisk vurdering. Som en del av utredningen og diagnostiseringen, kan det være aktuelt å supplere med analyser av blod og urin, bildediagnostikk eller EEG. Nevrokognitiv utredning kan

også være aktuelt.

Kunnskapsgrunnlaget for diagnostiske verktøy for å utrede ROP- lidelser er begrenset, og anbefalingene under er derfor basert på faglig konsensus.

I tillegg til de anbefalte verktøyene under, finnes det et nytt og lovende verktøy for å avdekke uavhengige (primære) psykiske lidelser fra rusutløste lidelser. Verktøyet 'Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders' (PRISM) er et lovende og nytt verktøy, men det er ennå ikke tilstrekkelig validert. Fordi verktøyet er omfattende er det behov for implementeringstiltak i form av opplæring før verktøyet kan tas i bruk i større omfang. PRISM er videreutviklet fra verktøyet SCID, men 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. PRISM er oversatt til norsk.

	Grad	Anbefalinger om diagnostisk utredning	Evi- dens- nivå	
17.	D	Nevrokognitiv utredning kan være aktuelt som ledd i utredning av flere tilstander	4	
18.	C	Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene MINI PLUS eller SCID-I	3	
19.	C	For utredning av personlighetsforstyrrelse hos pasienter med ruslidelse anbefales enten å benytte kriteriene for personlighetsforstyrrelse i ICD-10, eller å benytte SCID-II som korrigeres med kriteriene i ICD-10	3	

Annen type kartlegging

I tillegg til den diagnostiske utredningen bør det utføres kartlegging av somatiske forhold som for eksempel skader som er vanlige ved langvarig bruk av alkohol, kroniske eller residiverende infeksjonsykdommer som hepatitt C, HIV, tannhelsestatus, under-/feilernæring mv. I tillegg bør det gjennomføres en bred kartlegging av sosiale forhold, selvmordsrisiko og voldsrisiko.

	Grad	Anbefalinger om annen type kartlegging	Evi- dens- nivå	
20.	B	Somatisk utredning bør gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusbruk er mest utsatt for å få	3	
21.	B	Det bør gjennomføres en bred kartlegging av sosiale forhold, utdanning, arbeid og økonomi, familie og nettverk mv. Dette kan for eksempel gjøres med	3	

		kartleggingsverktøyet EuropASI		
22.	B	Vurdering av risiko for selvmord skal gjøres basert på anerkjente prinsipper for slik vurdering	4	
23.	B	Atferdsmønstre som inkluderer vold, annen kriminalitet eller fare for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlingstiltak	3	

DEL 3: Behandling og oppfølging

Målsettingen for behandlingen og oppfølging er ulik fra person til person og ofte vil målsettingen endre seg i behandlingsforløpet. Best mulig opplevd livskvalitet bør være en viktig målsetting for alle.

En god relasjon og kontinuitet i behandlingen har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt.

Det er mangelfull dokumentasjon på behandlingseffekt av enkeltgrupper av ROP-pasienter. Men det er forsket på en rekke ulike psykososiale behandlingsmetoder. Det er metoder som fokuserer på organiseringen av behandlingen (integreert behandling, ACT-team), psykoterapeutiske tiltak (motiverende samtalemetoder, kognitive atferdsbaserte metoder) og sosialrettede oppfølgingstiltak (polikliniske gruppebaserte tiltak, institusjonsbehandling).

Samtidige lidelser forutsetter samtidig behandling. Det er rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP- lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte.

	Grad	Anbefaling behandling for ROP- pasienter	Evi- dens- nivå	
24.	B	Pasientens ønske, vilje og evne til å redusere eller slutte med rusmidler bør støttes under hele behandlingsforløpet	3	
25.	B	Samtidige lidelser forutsetter samtidig behandling og behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert etter en samlet plan	2a	
26.	A	Behandling i ACT-team bør gis til pasienter med ROP-lidelser som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling	1a	
27.	B	Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen bør tilbys.	2b	
28.	B	Opplagg for læringsbasert behandling (contingency	2a	

		management) kan vurderes utviklet innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging		
29.	C	Det bør gis opplæring i psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende.	4	
30.	B	Døgnbasert institusjonsbehandling for pasienter med aktiv og ustabil alvorlig psykisk lidelse og med samtidige rusproblemer bør gis til pasienter som ikke nås eller som ikke responderer på polikliniske behandlingstiltak	2b	
31.	D	Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under et institusjonsopphold for å oppnå kontinuitet i behandlingen	4	
32.	D	Dersom det er nødvendig å skrive ut fra institusjon mot pasientens ønske, bør tidsbegrenset utskrivelse vurderes og det må sørges for god oppfølging også i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen.	4	
33.		Tilbakefall må ikke være til hinder for målsetting om full rehabilitering		
34.		Unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner.		
35.	C	Behandling av den enkelte psykiske lidelse bør følge direktoratets nasjonale retningslinjer for slik behandling selv om pasienten også har en ruslidelse.	3	
36.	C	Behandling av ruslidelsen bør følge anerkjente metoder for rusbehandling selv om pasienten også har en psykisk lidelse.	3	
37.	B	Det bør tilbys lang tids (>6 måneder) poliklinisk gruppebehandling med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte	2b	
38.	A	Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelser eller depresjon ved oppnådd rusfrihet, må disse lidelsene fortsatt behandles.	4	
39.	C	Ved hyperkinetiske forstyrrelser anbefales psykososial behandling av ruslidelsen selv om pasienten ikke får medikamentell behandling av den hyperkinetiske forstyrrelsen	3	

Roller og ansvar

ROP-pasienter er sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. God behandling er sammenhengende og langvarig. Samarbeid mellom nivåene og innenfor nivåene bør komme frem gjennom samarbeidsavtaler mellom enhetene. For den enkelte pasient bør individuell plan presisere samarbeidet.

Kommunen er en viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av ROP-pasienter.

	Grad	Anbefalinger for behandling og oppfølging i kommunene (inkludert primærhelsetjeneste og NAV)	Evidensnivå	
40.	D	I alle kommuner skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre screening for ruslidelse og psykisk lidelse ved hjelp av anbefalte screeningsverktøy	4	
41.	D	I alle kommuner skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en bred kartlegging av personer med ROP - lidelser	4	
42.	D	Bedring bør ikke føre til at noen må flytte fra sin bolig dersom dette ikke er et ønske.	4	
43.	D	Tilbud om bofellesskap med bemanning skal være tilgjengelig for alle som trenger det – eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid	4	
44.	D	Det skal tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med pasientens behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede.	4	

Helseforetakenes ansvar for 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.

	Grad	Anbefalinger for behandling i spesialisthelsetjenesten	Evidensnivå	
45.	D	Helseforetaket har ansvar for å sørge for at alle pasienter med en ROP- lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud.	4	

46.	D	Det bør skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og TSB for å sikre et helhetlig behandlingstilbud. Ansvaret for organisere av samordning, ligger hos RHFene i tråd med deres "sørge-for-ansvar"	4	
47.	D	Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser bør ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse	4	
48.	D	Psykisk helsevern bør ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser og, samt de med mindre alvorlige psykiske lidelser når ruslidelsen er mindre alvorlig	4	
49.	D	Veiledning bør gis til ulike deler av kommunale tjenester som arbeider med ROP-pasienter og den bør inkludere akutt veiledning ved behov.	4	
50.	D	TSB bør kunne gi tilbud om behandling til personer som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, eventuelt gjennom samarbeid med psykisk helsevern	4	
51.	D	Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør derfor få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB	4	

Samhandling

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

	Grad	Anbefaling om samhandling	Evi- dens- nivå	
52.	D	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.	4	
53.	D	Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler. For den enkelte pasient bør IP presisere samarbeidet. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter.	4	
54.	D	Personer med ROP- lidelser bør ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Dette bør nedfelles i avtaler	4	

55.	D	Ved behov bør det etableres et samarbeid ved bruk av IP mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling ved fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingsinstitusjon.	4	
-----	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--

Retningslinjen inneholder også råd om hvilke kompetanse som bør være tilgjengelig i kommuner, TSB og psykisk helsevern for å utrede/behandle ROP-lidelser. Dette omtales i kapittel 9.

Implementering

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 i forhold til å gi den aktuelle pasientgruppen et best mulig behandlingstilbud.

Når retningslinjene skal implementeres planlegges tiltak både på individ- og systemnivå. 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 et ansvar for at retningslinjer og veiledere tas i bruk og omsettes til praksis. Forslag til implementeringstiltak er elektronisk retningslinje, tiltak med pasienter, brukere og pårørende som mellomledd og nasjonalt opplæringsprogram.

Det er imidlertid viktig å understreke betydningen av økonomiske og organisatoriske tiltak. Egnede botilbud, tilbud om meningsfylt aktivitet, sosiale tilbud og godt organiserte tjenester er en forutsetning for at tjenestene totalt sett skal bli gode nok, sammen med hvordan tjenesten utføres.

3 Definisjoner, metode og prosess

3.1 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. Selve begrepet dobbeldiagnose er upresist fordi det ikke sier noe om hvilke sykdommer som blir omtalt.

I retningslinjen brukes begrepet "rus 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 begrepet pasient om situasjoner hvor man er i en behandlingssituasjon. I andre sammenhenger benyttes ulike begrep som for eksempel bruker, klient, person, avhengig av hvilke tjenester man mottar. I retningslinjen brukes begrepet personer med ROP- lidelser når de ikke er i en behandlingssituasjon.

Definisjonen ROP- lidelse i denne retningslinjen omfatter personer med alvorlige psykiske lidelser kombinert med ruslidelser (den gamle dobbeldiagnosegruppen). Alvorlig psykisk lidelse avgrenses vanligvis til schizofreni og schizofrenilignende lidelser, bipolar lidelse I, alvorlig depresjon og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

I tillegg inkluderes pasienter med mindre alvorlig psykiske lidelser med samtidig rusmiddelmissbruk. Dette innebærer at retningslinjen også omhandler pasientmålgrupper med lidelser som bipolar II, moderat depresjon, alvorlig angstlidelse, alvorlig spiseforstyrrelse, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, andre alvorlige personlighetsforstyrrelser, fordi mange av disse pasientene har langvarige lidelser og fungerer dårlig i hverdagen.

På grunn av få forskningsstudier om behandling av samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser hos ungdom i alderen 15-18 år, er retningslinjene 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.

For en beskrivelse av de viktigste psykiatriske diagnosene og diagnosegruppene i ICD-10 vises det til vedlegg 4. I kapittel seks blir de viktigste sykdomsgruppene

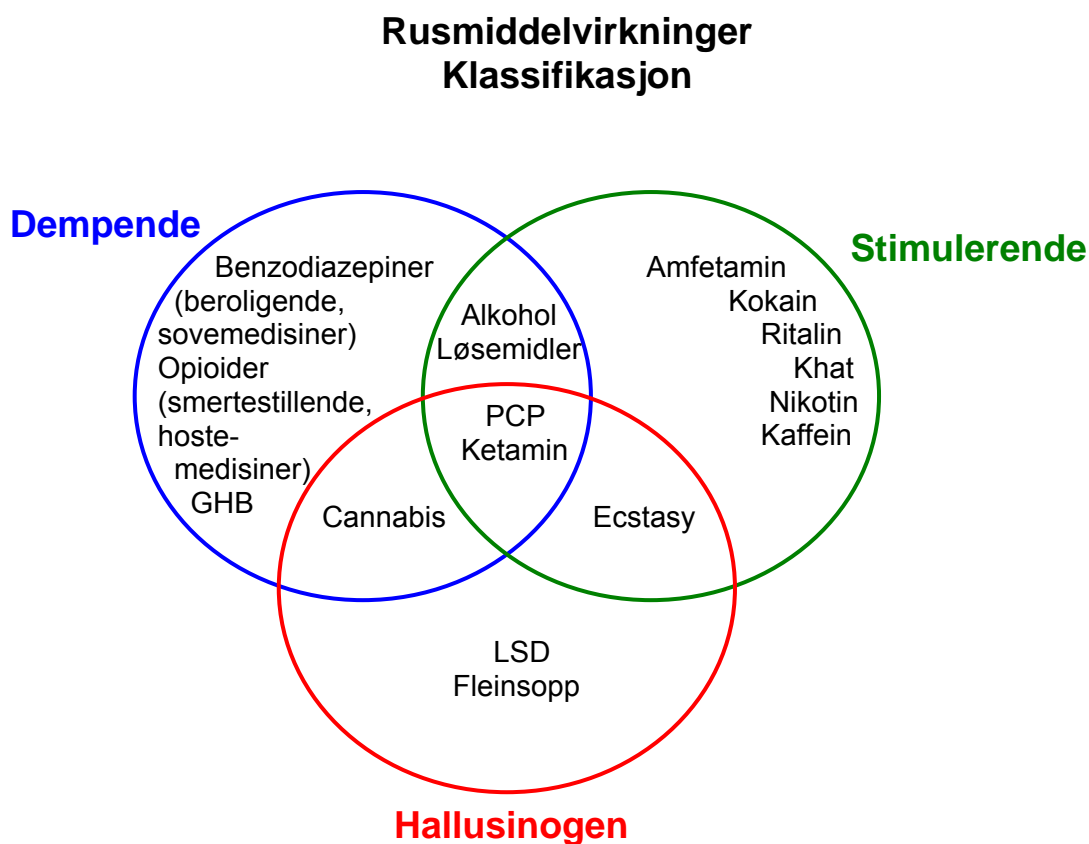
gjennomgått mht forekomst og særtrekk og i kapittel åtte omtales behandling for ulike typer ROP- lidelser. Under følger en gjennomgang av definisjoner av ruslidelser.

3.2 Rusmidlenes virkninger

Felles for bruk av rusmidler er at de gir subjektive opplevelser som spenningsreduksjon og avslapping, reduksjon av plager og symptomer (som for eksempel angst og nedtrykthet). Bruk av rusmidler kan svekke viktige nevrokognitive funksjoner som konsentrasjon, hukommelse, motorisk koordineringsevne, reaksjonshastighet og resoneringssevne, og kan redusere kontroll og hemninger. Noen personer har et svært sammensatt rusmiddelmissbruk (blandingsmissbruk), mens andre holder seg til ett rusmiddel.

De psykiske skadevirkningene kan være 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 (jfr. Folkehelseinstituttet og vedlegg 7: Rusmidler: typer og bruksmønstre.).



Figur 1 Rusmiddelvirksomheter og klassifikasjon

3.3 Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV

En rusdiagnose kan settes når følgende av et rusmiddelbruk påvirker en persons

livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte definisjoner på avhengighet 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 dagligtale brukes "rusmisbruk" 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 og skadelig bruk

3.3.1 **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 noe 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.

3.3.2 **Avhengighetssyndrom i ICD-10**

Avhengighetssyndrom er når et spekter av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener ved bruken av en substans eller en substansklasse får en mye høyere prioritet for en person enn tidligere atferd.

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 rusbruk, øker risiko for å utvikle og opprettholde et avhengighetssyndrom.

Et kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer som kan være medisinsk forskrevet eller ikke. Det kan synes som om gjenopptak av substansbruken etter en avholdsperiode fører til raskere utvikling av andre symptomer ved syndromet enn tilfellet er for ikke-avhengige personer.

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

- a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
- b) problemer med å kontrollere substansinntaket, med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- c) fysiologisk abstinensstilstand 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
- d) toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga. Klare eksempler på dette finner vi hos alkohol- eller opiatavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling,
- e) økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller til å komme seg etter bruken
- f) substansbruken opprettholdes 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. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang

3.3.3 *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 rusbruk, 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 i både punkt A og punkt 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 til 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) Fortsetter å bruke til tross for vedvarende eller tilbakevendende sosiale og mellommenneskelige problemer som er forårsaket eller forsterket av effektene av psykoaktive 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').

3.4 Metode og prosess

Kunnskapsgrunnet for utforming av retningslinjen er basert på følgende:

- 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 viktige momenter er innarbeidet i retningslinjen.

3.4.1 *Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter*

To rapporter ble utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten i samarbeid med inviterte fagpersoner, jf vedlegg 1 og 2:

- 1) Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1. Screening og diagnoseverktøyer ³.
- 2) Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2. Effekt av psykososial behandling ⁴.

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 indeks måleverktøy med referansestandard eller

³ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007b

⁴ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008

- 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 15 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 ADHD (fordi disse skiller seg ut mht. behandlingstiltak og bruk av sentralstimulerende legemidler).

Det er i alle studiene gjennomført sammenlignet testbehandling mot "vanlig" behandling – ikke mot det å ikke gi behandling i det hele tatt (noe som ville vært ansett for uetisk). En rekke av studiene viste bedring av ulike funksjoner etter behandling i begge betingelser, også for de 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 virkningsfullt.

Kunnskapscenteret 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."

3.4.2 **Supplerende kunnskapsinnhenting av arbeidsgruppen.**

De høye kravene til studiekvalitet har ført til at bare en svært liten andel av den forskning som gjøres, har vært gjennomgått av Kunnskapscenteret, blant annet var det ingen studier fra Europa (utenom Storbritannia).

Flere viktige psykososiale behandlingsmetoder har derfor ikke blitt vurdert. Det gjelder blant annet institusjonsbehandling av ulik type, likeledes langtids poliklinisk gruppebehandling, og læringsbaserte behandlingstiltak ("contingency management"⁵). Boligtiltak, sysselsettingstiltak eller familietiltak ble heller ikke gjennomgått fordi man ikke fant studier med tilstrekkelig kvalitet på disse områdene. Kunnskapscenterets gjennomgang inkluderte heller ikke oversiktsartikler om

⁵ 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.

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 ut over de som ble inkludert i Cleary et al. (2008)⁶, ble gjennomgått av arbeidsgruppen. Det vises til vedlegg 3 for resultatene av disse gjennomgangene.

3.4.3 **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 spørreskjema som inneholdt følgende: Målgrupper og holdninger til målgrupper, utredningspraksis, bruk av behandlingsmetoder, bruk av integrert behandling, samarbeid, kompetansebehov og holdninger til retningslinjer.

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

På bakgrunn av GAP-undersøkelsen utarbeides det opplæringspakker tilpasset de ulike behovene som er meldt fra både kommuner, TSB og psykisk helsevern. Det vises til kapittel 10 om implementering.

Gap-undersøkelsen publiseres i Tidsskrift for den norske legeförening.

3.4.4 **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 med 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

⁶ Studien ble ekskludert fra Cleary et al. av ulike grunner, hovedsaklig fordi de inkluderer RCT-studier med for lav gradering, kvasiseksperimentelle studier⁶, eller studier med bredere målgruppe eller andre utfallsmål enn kunnskapssenteret.

og avhengighet (KSDD) ved Helse Sørøst med deltakelse fra fagfolk i kommuner, boliger, rusfeltet og psykisk helsevern.

3.4.5 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, behandlingforskningsprotokoller, 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 generelle karakter og er i liten grad empirisk forankret (eks. om betydningen av å gi informasjon til pasientenes familie/pårørende). Slike anbefalinger er mer grunnleggende og generelle enn de øvrige anbefalingene.

Et utkast til anbefalinger ble vurdert av to eksterne fagpersoner i henhold til fem kriterier for implementeringsbarhet 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 helsepersonell. Dette har medført at man for eksempel har valgt å bruke ord og begreper som kunne vært mer operasjonaliserte eller spesifiserte iht GLIA (for eksempel ord som voksne, kort tid, samtykke, 'bør screenes for ruslidelse' i stedet for å angi type screeningsverktøy).

Anbefalingene er utarbeidet etter AGREE⁷-verktøyet fra The AGREE Collaboration (www.agreecollaboration.com).

Det internasjonale evalueringssystemet GRADE ble benyttet for å skåre anbefalingene. Det er seks definerte nivåer for å gradere styrken på det vitenskapelige grunnlaget for 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.

⁷ AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument

3.4.6 **Gradering av kunnskapsgrunnlaget**

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

Kunnskap som bygger på systematisk metaanalyse av enten 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 en godt utformet studie uten randomisering.	Nivå 2a
Kunnskap som bygger på minst en annen type godt utformet kvasiekperimentell 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

3.4.7 **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 enighet i arbeidsgruppen, samt vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold. Kunnskapsgrunnlag på nivå 1.
B	Basert på minst en god studie og enighet i arbeidsgruppen, samt vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold. Trenger støtte i godt utformete kliniske studier, men ikke randomiserte kliniske studier i forhold til den spesifikke anbefalingen. Kunnskapsgrunnlag på nivå 2 og 3.
C	Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative ekspertkomiteer og/eller annen klinisk ekspertise, samt vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte appliserbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. Kunnskapsgrunnlag på nivå 4.
D	Anbefalinger basert på konsensus i arbeidsgruppen uten at det foreligger autoritative retningslinjer eller relevante studier av tilfredsstillende kvalitet, samt vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold.

4 Brukermedvirkning og pårørende

4.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan bidra til bedre planlegging, utforming og drift av tjenestetilbud. Sosial- og helsedirektoratet ga i 2006 ut veilederen "Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet" IS-1315 som omhandler dette.⁸ Brukermedvirkning reguleres ulike steder i lovgivningen.⁹

Overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå), samt at brukeres erfaringer er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/behandlingsveiledere. Brukermedvirkning er viktig ut ifra et humanistisk perspektiv og et behandlingmessig perspektiv.

Behandlingen bør innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg (anbefaling 1). I den psykososiale behandlingsmetoden "motiverende samtale" eller "endringsfokuset rådgivning" fremheves viktigheten av å etablere en arbeidsallianse på pasientens egne premisser. Behandleren bør dyktiggjøre pasienten til å ta beslutninger gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av de ulike alternativene og slik bidra til at pasienten kan veie de ulike alternativene opp mot hverandre. Bruk av individuell plan fremmer slik praksis.¹⁰

Pasienten har rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten.

4.2 Pårørende

Pårørende¹¹ 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 gjeldende helselover.¹²

⁸ Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf

⁹ Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven) 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.

¹⁰ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23.12.2004 nr. 1837 (Forskrift om individuell plan).. Tipshäfte om individuell plan IS-1544 og veileder til forskrift om individuell plan IS-1253NY, finner du på www.helsedirektoratet.no

¹¹ Nærmeste pårørende er den som pasienten selv oppgir som pårørende, jf pasientrettighetsloven § 1-3, bokstav b.

¹² Se pasientrettighetsloven: Pårørendes rett til å medvirke, jf. § 3-1 andre ledd (retten foreligger når pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter pga. psykisk forstyrrelse el.). Pårørendes rett til informasjon, jf. § 3-3 (rett til informasjon for å kunne ivareta pasientens rettigheter med hensyn til samtykke av helsehjelp) og pårørendes rolle ved pasients manglende samtykke kompetanse (§§ 4-3, 4-4, 4-5 og 4-6, 4A-5 og 4A-7).

Når forholdet mellom pasient og pårørende er vanskelig, bør fagpersonene vurdere om de kan bidra til å bedre situasjonen. Det er viktig å sørge for så god kommunikasjon og samarbeid som mulig med de pårørende. Det er som hovedregel ikke god praksis å utelate pårørende fra behandlingen hvis pasienten ønsker det. Pårørende kan ha ulike roller: som kunnskapskilde, som omsorgsgiver, som del av pasientens nærmiljø, som pasientens 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 bør involveres.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pårørende blant annet rett til å medvirke sammen med pasienten og til å få tilfredsstillende informasjon.¹³ Pårørende kan spille en viktig rolle både i utviklingen, oppfølgingen og revideringen av pasientens individuelle plan. De kan supplere pasientens beskrivelser, synliggjøre ressurser, bistå pasienten til å sette mål, finne egne tiltak, og medvirke til at planen og metodene korrigeres. Pårørende fanger ofte opp endringer hos pasienten som er viktige for å korrigere tilbudet slik at det tilpasses pasientens behov. Hvis pårørende har klare oppgaver overfor pasienten, bør det komme fram i pasientens individuelle plan. Pårørende bør i så fall få kopi av planen der pasienten samtykker til dette. Det kan for noen 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 og Rundskriv IS-5/2010 "Barn som pårørende".¹⁴

Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølgingen i forståelse med pasienten (anbefaling 2). Dette gjelder både med hensyn til å innhente komparentopplysninger i utredningen/behandlingen, og at pårørende bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov og få tilbud om nødvendige støttetilbud uavhengig av behovene til den enkelte pasient.

	Grad	Anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende	Evidensnivå	
1	D	Behandlingen bør innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg.	4	
2	D	Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging i forståelse med pasienten.	4	

¹³ Jf. pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3

¹⁴ ¹⁴ Dokumentene finnes på www.helsedirektoratet.no. Rundskriv IS-5/2010 handler om helsepersonells plikt til å se til at mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom får nødvendig oppfølging.

5 Etske aspekter

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.¹⁵ Denne nasjonale 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 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.¹⁶

5.1 Grunnleggende etiske forhold

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

Vi vet noe om hva som hjelper og hva som ikke hjelper i behandling av mennesker med ROP- lidelse. Det er et viktig etisk anliggende for helsepersonell 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. Den mest kostnadseffektive metode bør benyttes fordi dette vil åpne for at flere får hjelp. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke medfører unødvendig tidstap eller utgift.¹⁷

Behandlere vil ofte komme i et nært forhold til sårbare mennesker. Taushetsplikten setter klare begrensninger for håndtering av de opplysninger man gjennom pasientkontakt blir kjent med¹⁸. Hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt. Behandlerne skal derfor hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger. Det er også et forbud mot urettmessig å tilegne seg taushetsbelagte opplysninger. Pasientene har også en rett mot vern av spredning av disse taushetsbelagte opplysningene.

¹⁵ Jf. lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64(helsepersonelloven) § 4.

¹⁶ Internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, Grunnloven § 110 c og lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 nr. 30 (menneskerettsloven)

¹⁷ Jf. helsepersonelloven § 6

¹⁸ 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

5.2 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. Vi peker her på noen slike forhold.

5.2.1 *Tilbakehold uten samtykke/ behandling uten samtykke*

Frivillig behandling som bygger på samtykke fra pasienten er hovedregelen for all behandling¹⁹. Unntak fra dette samtykkeprinsippet må være begrunnet og lovhjemlet. Relevante lovhjemler finnes både i sosialtjenesteloven, psykisk helsevernloven, og barnevernloven.

Sosialtjenesteloven § 6-2 regulerer tvangsinnlegg og tilbakehold i rusinstitusjon uten samtykke. Av forarbeidene til loven (Ot.prp. nr. 29, 1990-91) framgår det at denne bestemmelsen først og fremst omfatter de misbrukere som – på det tidspunktet det er aktuelt med et behandlingsopplegg – 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 rusmiddelmissbruker 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, betyr det at rusmiddelmissbrukeren kan føres til institusjonen, eventuelt med bistand fra politiet, og at vedkommende kan hentes tilbake hvis han eller hun forlater institusjonen.

Sosialtjenesteloven § 6-2 gir ikke hjemmel for særlige tvangsbehandlingstiltak, for eksempel tvangsmedisinering. Tvangen består i at rusmiddelmissbrukeren kan holdes tilbake i institusjonen mot sin vilje i opptil tre måneder. Følgende vilkår må være oppfylt:

- rusmiddelmissbrukeren må ved sitt misbruk ”utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare”
- misbruket må være ”omfattende og vedvarende”
- hjelpetiltak etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig
- den rusmiddelavhengige må tas inn i institusjon for ”undersøkelse og tilrettelegging av behandling”

Samtlige av de vilkårene som framgår av § 6-2 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. Det er også presisert i § 6-2 at et vedtak etter denne bestemmelsen bare kan 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 rusmiddelmissbrukere:

¹⁹ Pasientrettighetsloven § 4-1

Etter sosialtjenesteloven § 6-2a kan det vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker 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 etter § 6-1 er ikke tilstrekkelig

I § 6-2a 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 rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. I tillegg er det i tredje ledd bestemt at sosialtjenesten, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned skal vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom sosialtjenesten 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 gir seg må tillegges stor vekt.²⁰

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

Det kan være vanskelig å vurdere hvorvidt 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” (phvl. § 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 rusmiddelmissbruk eller andre årsaker. Dette gjelder enten institusjonen kjenner den psykiatriske historien til vedkommende, eller ikke.

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

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

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.

5.2.2 *Når samtidig rus- 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, sosialtjenesteloven og barnevernsloven regulerer slike forhold. Barnevernloven sier for eksempel at barnets behov skal gå foran den voksnes behov i slike tilfeller. Til tross for slike konflikter skal man, så langt det lar seg gjøre, alltid ta hensyn til pasientens egen behandlingsmotivasjon og opplevelse av situasjonen.

5.2.3 *Behov for grensesetting og kontinuitet i behandling*

Det kan være behov for grensesetting mot uønsket atferd i behandlingsinstitusjoner i forhold til rusbruk og andre typer handlinger med negativ innvirkning for andre. For å styrke grensesetting har man tradisjonelt brukt utskrivning – noe som i praksis innebærer et brått brudd på et behandlingsopphold. Slike relasjonsbrudd kan være svært uheldige fordi kontinuitet er viktig. Det er nødvendig å innarbeide sanksjoner som ikke innebærer brudd i behandlingen. Dersom det likevel er nødvendig å skrive ut fra institusjon som sanksjon mot uønsket handling, bør utskrivelsen være tidsbegrenset, og det må sørges for god oppfølging også i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen, jf anbefaling 32.

6 Forekomst i befolkningsundersøkelser og i pasientmålgrupper

Mennesker med samtidig rus – og psykiske lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet vårt, 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 øvrig oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmisbruket bak den psykiske lidelsen.

Dersom vi vet hvilke klienter som mest sannsynlig vil utvikle ROP-lidelser, kan vi også bedre identifisere og behandle dem. Se også kapittel åtte for informasjon om behandling av de mest vanlige sykdomsgruppene.

6.1 Forekomst

6.1.1 *Forekomst ifølge befolkningsundersøkelser*

Det er ofte vanskelig å tolke forekomststudier av psykiske lidelser hos rusavhengige da de fleste forskere ikke skiller mellom uavhengige (primære) og rusutløste psykiske lidelser. Grant et al. (2004) benyttet data fra den amerikanske studien National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) og her gjøres dette skillet. De fant at omtrent 20% av den generelle befolkning med en ruslidelse også hadde en stemningsforstyrrelse og at 18% hadde en angstlidelse.

En annen studie som benyttet samme datasett, fokuserte kun på primære eller rusavhengige personlighetsforstyrrelser, stemningsforstyrrelser og angstlidelser for de tre gruppene – alkohollidelse alene, narkotikalidelse alene, og både alkohol og narkotikalidelse (Stinson et al., 2005). De fant at forekomsten av personlighetsforstyrrelse var 44%, stemningsforstyrrelse 28% og angstlidelse 24% blant personer som brukte stoff, mens forekomsten av personlighetsforstyrrelse var 51%, stemningsforstyrrelse 35% og angstlidelse 27% blant personer som misbrukket alkohol og narkotika. For alkoholgruppen alene var forekomsten av personlighetsforstyrrelse 25%, stemningsforstyrrelse 16% og angstlidelse 16%²¹.

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 befolkningsundersøkelser enn i kliniske studier fordi det er de med størst problemer

²¹ 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.

som oftest søker behandling (Hall, 1996, Grant et al., 2004)

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange som har ROP-lidelser i befolkningen. Studier fra Norge viser at forekomst i Oslo er omtrent som i USA, mens den er vesentlig lavere i områder som for eksempel Sogn og Fjordane²² (Kringlen et al., 2001; Kringlen et al., 2006).

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

- 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 % og 37 % (Regier et al., 1990b).
- Personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelser, henholdsvis 47 % og 56 % (Regier et al., 1990c).
- Det er sterk sammenheng mellom alkoholavhengighet og angst og depresjon ifølge en befolkningsstudie (ESEMeD-prosjektet²³) fra seks europeiske land (Alonso et al. 2004). Dette 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 % hatt stemningslidelse siste år, hos 20 % dreide det seg om manisk episode (Grant et al., 2004).

Se vedlegg 6 for mer informasjon om livstidsprevalensen av ruslidelser blant voksne med ulike psykiske lidelser.

6.1.2 Forekomst av ruslidelser 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).

²² Vi må regne med at omtrent det samme gjelder for kombinerte lidelser. Det er ikke publisert separate data fra disse undersøkelsene om ROP – pasienter.

²³ 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.

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

Det finnes noen få norske studier som har kartlagt bruk, misbruk og avhengighet av rusmidler²⁴. Studiene som er gjennomført viser en høy forekomst av rusproblemer 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-diagnose, men også mange med rusutløste psykoser (Hagen and Ruud, 2004). I studier fra akuttpsykiatrien finner vi en forekomst av ruslidelser som varierer fra 20 % til 47 % (Hagen 1994, Vaaler et al. 2006, Øydna 2006).

En undersøkelse ved Sykehuset Asker og Bærum, divisjon psykisk helse, Blakstad viste at 54 % av pasientene som ble akutt innlagt for psykose, hadde ruset seg siste måned. Hos 40 % var det bruk av illegale rusmidler – hyppigst cannabis²⁵. En undersøkelse fra Oslo viste at 26 % 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 døgnpsykiatriske institusjoner utført i november 2003, viste at 9% 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 % flere menn enn kvinner som misbrakte 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 % 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 samtidige psykiatrisk 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.

²⁴ 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 % til 44 % 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 % 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 %, alkohol hos 8 % og illegale rusmidler hos 36 % ved innleggelse i psykiatrisk sykehus i Oslo .

²⁵ 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 % av pasientene hadde brukt rusmidler før innleggelsen. Andelen som kunne diagnostiseres med ruslidelse var 49,5 % hos mennene og 16,4 % 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)

6.1.3 *Forekomst av psykiske lidelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

I TSB er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon²⁶.

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 høye forekomsttall og står i samsvar med hva en 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 er til behandling i russektoren har en høy livstidsforekomst av særlig agorafobi (48 %), sosial fobi (47 %) og depresjon (44 %) (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 % av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern.

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

6.1.4 *Forekomst av ROP-lidelser i primærhelsetjenesten og NAV*

Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og at ca. 40 % 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 % 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).

6.1.5 *Forekomst av ROP-lidelser blant bostedsløse*

En betydelig andel bostedsløse har sannsynligvis ROP-lidelser. Kartlegging²⁷ viser at det i 2008 var registrert 6100 bostedsløse. Kartleggingen viste også at bostedsløshet i stor grad er et storbyfenomen. Om lag 60 % av de bostedsløse har rusmiddelproblemer og 32 % har psykisk sykdom. (Omkring 25 % hadde kombinasjon av rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse – sistnevnte er opplysninger fra 2005).

²⁶ Studier av pasienter som mottar behandling i russektoren viser varierende tall for forekomst av psykiske lidelser. De vanligste lidelsene er angst (8 - 66 %, median 38 %), depresjon (16 - 44 %, median 30 %) og personlighetsforstyrrelser (11 - 100 %, median 61 %). Den store variasjonen skyldes sannsynligvis ulike undersøkelsesmetoder.

²⁷ 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.

6.1.6 *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 rusmiddelmissbruk (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 ADHD.

6.2 Forekomst og særtrekk i de viktigste sykdomsgruppene

I tillegg til personer med alvorlige ruslidelser, er det syv pasientmålgrupper som har stor sannsynlighet for ROP- lidelser. 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 % høyere andel med livstidsforekomst av illegalt rusbruk enn en kontrollgruppe. Spesielt var bruken av sentralstimulerende legemidler høy i denne pasientgruppen (Ringén et al., 2008).

- Bipolar lidelse
- Schizofreni
- Angst
- Depresjon
- Personlighetsforstyrrelser
- Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
- Spiseforstyrrelser

De viktigste psykiatriske diagnosene og hvilke særtrekk som knyttes til samtidig rusbruk, er kort beskrevet i dette kapitlet. For en mer systematisk gjennomgang av de psykiske lidelsene som ofte er forbundet med rusmisbruk, vises det til vedlegg 4.

6.2.1 *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 bli en vanskelig grenseoppgang til diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Stemningssvingninger er også vanlig hos personer som ruser seg og i perioden etter et rusmisbruk. 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, også når det gjelder samtidig rusmisbruk.

6.2.2 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 rusinntak. Personer med akutte og forbigående psykoser (F23) hører likevel ikke 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. Gjentatt psykoser kan sannsynligvis gi langsiktige nevrologiske skadevirkninger.

Det kan være vanskelig å diagnostisere hvorvidt det dreier seg om stoffutløst psykose (F12.5) eller schizofreni utløst av eller forverret av rusbruk. Dette gjelder spesielt blant dem 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).

6.2.3 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 befolkningsbasert undersøkelse ble det funnet at redusert livskvalitet hadde sammenheng med sosial fobi, panikk lidelse og generalisert angstlidelse, mens enkle fobier, tvangslidelser 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 rusmisbrukere er sannsynligvis underdiagnostisert.

6.2.4 Depresjon og ruslidelser

Alvorlig depresjon uten psykose er vanlig blant pasienter som behandles for ruslidelse (Landheim et al., 2002a). Hos mange blir depresjon 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).

6.2.5 Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser

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

Til de alvorlige personlighetsforstyrrelsene er det vanlig å regne paranoide, schizoide, dyssosiale 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 slik det er definert i kapittel 3.1, men de fleste vil ha en noe mindre alvorlig psykisk lidelse.

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

6.2.6 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og ruslidelser

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

Kjernesymptomene kan deles inn i tre hovedgrupper: 1) konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetssvikt, 2) hyperaktivitet, og 3) impulsivitet

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

6.2.7 Spiseforstyrrelser og ruslidelser

Alvorlige spiseforstyrrelser kan være forbundet med økt risiko for rusmisbruk. Dette synes å være vanligst for personer som har episoder med oppkast, overspising eller begge deler, det vil si bulimi eller overspisingsslidelse (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 %. Forekomsten av bulimi antas å ligge på 1-2 % for voksne kvinner, mens patologisk overspising ser ut til å ligge på mellom 1,5 og 3,2 % for kvinner i alderen 15-25 år.

7 Utredning

7.1 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 screening, kartlegging og diagnostisering.

Begrepet screening anvendes om det å finne potensiell sykdom i en gruppe som selv ikke søker hjelp for dette. Screeningsverktøy har som hovedmål å identifisere personer med mulig lidelse for å kunne undersøke disse nærmere. Man har ikke et eget norsk ord for screening.

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 fra pasientene.

Diagnoseverktøy har som formål både å identifisere og utelukke diagnoser. De vanligste diagnoseverktøyene i bruk innen psykisk helse og rusavhengighet er basert på oppfyllelse av bestemte sett av kriterier som er spesifikke for den enkelte diagnose. 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.

7.2 Kunnskapsgrunnlaget

Anbefalingene om kartlegging er basert både på ekspertkunnskap og kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten om kartleggingsverktøy for screening og diagnostisk utredning av personer som kan ha ROP- lidelser:

- a. Screeningverktøy for ruslidelser hos personer med psykiske lidelser
- b. Screeningverktøy for psykiske lidelser hos personer med ruslidelser
- c. Diagnoseverktøy

Metoden for kunnskapsoppsummeringen er beskrevet i rapporten. Alle typer verktøy er sammenlignet med 5 typer diagnostiske verktøy som blir oppfattet som referansestandard (vedlegg 1).

7.3 Utredning når pasienten er påvirket av rusmidler

Rusmisbruk 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 en person som åpenbart er påvirket av rusmidler også ha en underliggende psykotisk tilstand som ikke oppdages fordi den kamoufleres av rusatferden.

Eksempler på sammenhenger:

- Primær ruslidelse og sekundære psykiske problemer
- Primær psykisk lidelse og sekundære rusproblemer
- 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 rusmiddelvirksomheter kan forveksles med symptomer på psykisk lidelse.

For eksempel:

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

I følge en nederlandsk undersøkelse av personer under behandling for alkoholavhengighet, synker nivåene av angst og depresjon først 4 uker etter avsluttet drikking, for deretter å forbli relativt stabile. En mindre gruppe på omkring 10 % utvikler symptomer på depresjon i løpet av de 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 rustring.

Tidligere sykdomshistorie knyttet til psykiatriske symptomer og rusmiddelbruk, samt lengre fravær av rusmiddelbruk, er viktig før man kan konkludere om det dreier seg

om en uavhengig alvorlig psykisk lidelse eller om det er sekundære virkninger av rusmiddelbruken.

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 rusbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet (anbefaling 3).

Når rusfrihet er viktig for å få svar på spørsmål om sammenhenger mellom rusbruk og alvorlig psykiske lidelser, og/eller når en pasient er vanskelig å engasjere i et kontinuerlig poliklinisk forløp, bør opphold i institusjon vurderes. Slike opphold bør bestå av en kombinasjon av tilbud om utredning, behandling og planlegging av videre tiltak.

Utredning av kompliserte tilstander, særlig psykoseproblematikk, kan kreve opphold med rusfrihet i flere måneder (anbefaling 4).

7.4 Andre forhold som er viktige for utredningen

Det må være et godt forhold preget av gjensidig tillit mellom den som utreder og den som blir utredet. Dette er omtalt i kapittel 8.1. Det må gis god informasjon om hensiktene med kartlegging og utredning, nytteverdi og resultater.²⁸

Utredning skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten etter kort tid. Utredningsresultater som har konsekvenser for behandlingen, skal følges opp (anbefaling 5).

Hvis pasienten samtykker, skal resultater av utredninger formidles til andre hjelpere. 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 (anbefaling 6).

Nære pårørende kan etter samtykke fra pasienten inkluderes i utredningen for å supplere pasientens egne beskrivelser og synliggjøre ressurser.

7.5 Utredning av motivasjon for endring

Mange personer som har rusproblemer er ambivalente til å slutte med eller redusere bruken av rusmidler. Dette gjelder også for personer med ROP-lidelser. Disse personene kan være i et behandlingsopplegg for sine psykiske vansker, men har lite ønske om å få hjelp for sitt rusmiddelbruk. Fordi pasientens motivasjon og ønske om behandling er viktig for igangsetting av behandling, er det viktig å utrede dette på en god måte.

For å utrede pasientenes motivasjon og tro på å greie å slutte med rusmidler, kan man benytte den norske versjonen av DUDIT-E²⁹ (for stoff lidelser) og Alkohol-E³⁰.

²⁸ Jf pasientrettighetsloven kap 3, om rett til medvirkning og informasjon

²⁹ Berman, A..H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test—Extended (DUDIT-E):

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').

Den norske versjonen av "Substance Abuse Treatment Scale –revised versjon" (SATS-R), måler forholdet mellom behandlingsinvolvering og rusreduksjon på en åttedelt skala. Denne skalaen angir 8 faser eller stadier med ulik grad av behandlingskontakt, behandlingsmålsetning, og rusmiddelbruk. Den er altså et mål på mer enn motivasjon.

Det anbefales derfor at man kartlegger ulike sider av pasientens motivasjon for endring med verktøyene SATS, DUDIT-E eller Alkohol-E (anbefaling 7)

	Grad	Anbefalinger om kartlegging og utredning	Evidensnivå	
3	C	Ved langvarig og hyppig rusmiddelbruk og mistanke om psykoselidelse, bør endelig diagnostisering gjøres etter noen måneders observasjonstid uten bruk av rusmiddel. Psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under ruspåvirkning eller kort tid etter rusbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet.	3	
4	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 vurderes for bedre å sikre rusfrihet	4	
5	C	Utredning skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten etter kort tid. Utredningsresultater som har konsekvenser for behandlingen, skal følges opp.	4	
6	C	Utredningsresultatet skal, dersom pasienten samtykker, følge pasienten i ulike behandlingssenheter for å unngå unødvendige gjentakelser.	4	
7	C	Det anbefales kartlegging av ulike sider av pasientens motivasjon for endring med verktøyene SATS, DUDIT-E eller Alkohol-E.	4	

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: Karolinska Institutet.

³⁰ Alkohol-E overfettes til norsk.

7.6 Screening for 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 det avdekkes psykiske problemer ved kontakt med hjelpeapparatet, må rusmiddelbruk kartlegges (anbefaling 8).

I tillegg til bruk av screeningverktøy kan man spørre pasienten direkte. Det er dokumentert 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).

Det anbefales at screening for ruslidelser gjøres todelt med bruk av egne verktøy for alkohollidelser og for stofflidelser siden det ikke er funnet gode screeningverktøyer både for alkohol- og stofflidelser.

Ruslidelse	Screeningstest
Alkohollidelse	AUDIT, CAGE
Stofflidelse	DUDIT

CAGE³¹ (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) er en kort test med 4 spørsmål. AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test består av 11 spørsmål og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) har 11 spørsmål knyttet til positive og negative sider ved å bruke stoff.

7.6.1 Screening for 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 (Alcohol use disorder test). Begge testene har tilfredsstillende sensitivitet og spesifisitet når det gjelder alkohollidelse hos personer med psykisk lidelse, og begge er egnet til bruk for slik screening. Begge er korte tester. AUDIT har vist seg å ha noe bedre screeningsegenskaper og vil i mange sammenhenger være best egnet. Likevel kan begge testene anbefales til screening for alkohollidelse blant personer med kjent alvorlig psykisk lidelse. Det er også sannsynlig at de har gode screeningsegenskaper blant personer med mindre alvorlig psykisk lidelse (anbefaling 9).

7.6.2 Screening for stofflidelser hos pasienter med kjent psykisk lidelse

Gjennomgangen viste at eksisterende screeningstester for stofflidelser ikke er tilstrekkelig validert i populasjoner av personer med psykisk lidelse. Det er ikke funnet noen screeningstester som har gode testresultater i denne populasjonen. Noen tester er for tiden under utprøving i Norge (DUDIT og DTES³²).

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

Valg av screeningtest for stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse må derfor i første omgang baseres på praktisk anvendelighet og validering i andre populasjoner. På det nåværende tidspunkt anbefales DUDIT som screeningverktøy for stofflidelse blant personer med kjent psykisk lidelse. Fordi DUDIT ligner på AUDIT antas det at den er enklere å implementere enn andre verktøy (anbefaling 10).

7.6.3 Screening med bruk av biologiske tester

En vanlig medisinsk undersøkelse vil i noen tilfeller gi mistanke om rusmisbruk. Det gjelder spesielt ved bruk av sprøyter eller langvarig bruk av store mengder alkohol. Screening for ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe kan vurderes som supplement til annen type screening, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger (anbefaling 11).

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 kan gi indikasjon på bruk av rusmidler³³

7.7 Screening 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 det avdekkes problematisk rusbruk i kontakten med hjelpeapparatet, må psykiske symptomer utredes ved hjelp av godkjente screeningverktøy (anbefaling 8)

7.7.1 Screening for psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse

Screening for psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med verktøyet MINI (anbefaling 12). MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). MINI har screening- spørsmål for hvert diagnoseområde. MINI kan brukes som alternativ til MINI-SCREEN fordi den er mer omfattende. Dersom screening spørsmål for en lidelse eller en gruppe av 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.

forutsetning av at disse omfatter rusanamnese
33

-Gamma GT (sensitivitet for alkohollidelse omkring 50 %, lavere hos kvinner. Spesifisitet er lav,
- CDT (= carbohydratdeficient transferrin), sensitivitet for alkohollidelse omkring 20-60 % (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 vaksinerings eller smitte på andre måter.

Verktøyet MINI Plus har 9 ekstra diagnostiske kriterier i forhold til MINI (16+9) og mer detaljerte intervju spørsmål.

7.7.2 Screening av ikke-psykotiske lidelser hos personer med kjent ruslidelse

Screening av ikke-psykotiske lidelser anbefales gjort med MINI-SCREEN, (anbefaling 13). MINI-SCREEN er nært knyttet til MINI og er et enkelt verktøy beregnet til hjelp ved diagnostisering av psykiske lidelser. MINI-SCREEN er et alternativ til MINI. 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 psykose- lidelser.

7.7.3 Screening for ADHD hos personer med kjent ruslidelse

Screening for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD anbefales gjort med spørsmål fra MINI Plus eller ASRS 6, (anbefaling 14). ASRS 6 (ADHD 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 screening og diagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse eller ADHD ble ikke undersøkt i Kunnskapssenterets undersøkelse.

7.7.4 Screening av angst og depresjon hos personer med kjent ruslidelse

Bruk av SCL (Symptom Check List) vil kunne egne seg til screening av angst og depresjon, da antas den korteste versjonen SCL-10 å være mest praktisk, (anbefaling 15). 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 screeningverktøy ved at personer som skårer høyt bør utredes videre. Validiteten når verktøyet brukes på personer med ruslidelse, er usikker. Verktøyet SCL vil kunne være egnet som screening for angst og depresjon, og da antas den korteste versjonen SCL-10 å være mest praktisk. Den har omtrent like høy validitet når det gjelder angst og depresjon som de lengre utgavene

7.8 Screening for 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 bopæl. Vi vet noe mindre om omfang av ROP- pasienter som er klienter ved NAV, samt innen allmennmedisin. Grupper av personer som det er særlig aktuelt å screene for psykisk lidelse (utenfor psykisk helsevern) er personer med kjente rusproblemer, pasienter som behandles innenfor TSB, samt personer som er innsatt i fengsel.

³⁴ Se www.hcp.med.harvard.edu/ncs

7.8.1 *Pasienter som behandles innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) bør både screenes og deretter eventuelt utredes diagnostisk med tanke på psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse. Det bør også vurderes gjort en utredning av nevrokognitive funksjoner.

7.8.2 *Personer innsatt i fengsel*

Det er en høyere forekomst av både rus - og psykiske problemer blant innsatte (jf kap 6.1.6). Det er et stort behov for utredning og behandling av rus- og psykiske lidelser og somatisk sykdom. Primærhelsetjenesten i fengslene bør derfor vurdere å screene aktivt etter personer med psykisk lidelse og ruslidelse blant innsatte med sikte på igangsettelse av behandling og annen oppfølging, med bistand fra spesialisthelsetjenesten når det er behov for det (anbefaling 16).

	Grad	Anbefalinger om screening	Evidensnivå	
8	C	Når det avdekkes psykiske problemer i kontakt med hjelpeapparatet bør rusbruk utredes. Tilsvarende bør psykiske lidelser utredes når det avdekkes rusproblemer.	4	
9	A	Screening for alkohollidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT	1b	
10	B	Screening for stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT	3	
11	C	Screening for ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som supplement til annen type screening spesielt i psykiatriske akuttavdelinger	4	
12	B	Screening for psykotisk lidelse hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med i verktøyet MINI	2a	
13	B	Screening for ikke-psykotiske psykiske lidelser anbefales gjort med MINI SCREEN.	3	
14	B	Screening for hyperkinetisk forstyrrelse anbefales gjort med spørsmål fra MINI PLUS eller ASRS 6.	3	
15	D	Bruk av SCL vil kunne egne seg til screening av angst og depresjon, da antas den korteste versjonen SCL-10 å være mest praktisk.	3	
16	D	Innsatte i fengsel bør få tilbud om screening for ruslidelse og psykisk lidelse.	4	

7.9 Diagnostisering

Når det er mistanke om en ROP – lidelse, må det foretas en utredning av dette.

Bruk av diagnoseverktøy må kombineres med en grundig klinisk vurdering. Å stille en psykiatrisk diagnose forutsetter utdanning som lege eller psykolog, samt tilstrekkelig klinisk kompetanse innenfor psykiatri³⁵.

Som en del av utredningen og diagnostiseringen, kan det være aktuelt å supplere med for eksempel analyser av blod og urin (jf 7.5.4), bildediagnostikk (røntgen, CT,MR) eller EEG. Nevrokognitiv utredning kan også være aktuelt som ledd i utredning av flere tilstander (anbefaling 17). Det benyttes her ulike tester for å utrede hjernens funksjon på forskjellige områder, eventuelt for å bidra til å avdekke funksjonsutfall.

7.10 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 begrenset³⁶. De fleste anbefalingene er derfor basert på faglig konsensus av eksperter.

I korte trekk anbefales følgende:

- Enkel diagnostisering: MINI PLUS
- Mer omfattende diagnostisering: SCID I
- Personlighetsforstyrrelser: ICD-10, SCID-II og korrigere med kriteriene i IDC-10.
- Verktøyet 'Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders' (PRISM) er et lovende og nytt verktøy, men det er ennå ikke tilstrekkelig validert. Fordi verktøyet er omfattende er det behov for implementeringstiltak i form av opplæring før verktøyet kan tas i bruk i større omfang. PRISM er

³⁵ 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.

³⁶ 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.

videreutviklet fra verktøyet SCID, men 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. PRISM er oversatt til norsk.

7.10.1 *Diagnostisering av psykisk lidelse og ruslidelse med MINI PLUS eller SCID-I*

For enkel diagnostisk utredning av psykisk symptomidelse anbefales MINI PLUS. Dersom det skal gjøres en mer omfattende diagnostisk utredning av symptomidelsene, kan man bruke både SCID I³⁷ og CIDI³⁸. I psykisk helsevern dominerer bruk av SCID-I, mens CIDI brukes lite. Det er ikke grunnlag for å anbefale endring av dette. Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales derfor gjort med verktøyene MINI PLUS eller SCID-I (anbefaling 18)

7.10.2 *Diagnostisering av personlighetsforstyrrelser med ICD-10/SCID-II*

De best validerte og mest brukte verktøyene for slik diagnostisering er SCID-II og MMPI³⁹. 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 symptomidelse (angst, depresjon, psykose eller annet), abstinenssymptomer eller rustrang, om pasienten nylig har sluttet å ruse seg og av hvilke forhold vedkommende lever under. Det anbefales enten å benytte kriteriene for personlighetsforstyrrelse i ICD-10 direkte eller å benytte SCID-II og deretter korrigere med kriteriene i ICD-10 (anbefaling 19).

	Grad	Anbefalinger om diagnostisk utredning	Evi- dens- nivå	
17	D	Nevrokognitiv utredning kan være aktuelt som ledd i utredning av flere tilstander.	4	
18	C	Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene MINI PLUS eller SCID-I	3	
19	C	For utredning av personlighetsforstyrrelse hos pasienter med ruslidelse anbefales enten å benytte kriteriene for personlighetsforstyrrelse i ICD-10, eller å benytte SCID-II som korrigeres med kriteriene i ICD-10.	3	

7.11 Utredning av somatiske forhold

Rusmisbruk er ofte forbundet med dårlig somatiske helse. God somatisk helse kan

³⁷ SCID: Structured Clinical Interview for DSM

³⁸ CIDI: Composite Interational Diagnostic Interview

³⁹ Minnesota Multiphacic Personality Inventory

være en av faktorene som kan bidra til bedring. Somatisk utredning er derfor viktig med tanke på de sykdommene personer med ulike typer rusbruk er mest utsatt for å få. Under oppsummeres kortfattet noen hovedområder som kan ha direkte betydning for psykisk helse. Somatisk utredning bør gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusbruk er mest utsatt for å få (anbefaling 20)

7.11.1 Ernæring

Dårlig ernæring er et undervurdert problem hos personer med alvorlig rusmisbruk. En undersøkelse av stoffmisbrukere i Oslo viste at både stoffmisbrukende menn og kvinner spiser mye mindre grønnsaker, brød og frukt og spiser mer kaker og brus enn normalbefolkningen (Sæland mfl. 2002). Samme undersøkelse viste svært lavt inntak av en rekke vitaminer, foruten fiber og protein. Dette kan bidra til konsentrasjonsvansker, uro og redusert impulskontroll. Dårlig tannstatus vil også kunne virke negativt inn på kostholdet.

Det vises til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS -1580. I disse retningslinjene er det anbefalt at risikogrupper skal få vurdert ernæringsstatus regelmessig. Det vises også til Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte – karsykdommer, IS-1550.

7.11.2 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. Det kan føre til dårlig kontroll med gange, nummenhet og prikking, samt smerter.
- Skade på nervevev i hjernen 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). Det er 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.

7.11.3 Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer

Den viktigste kroniske infeksjonen hos norske rusmisbrukere er hepatitt C virus-infeksjon (HCV- infeksjon). Blant voksne i Oslo med kronisk hepatitt C oppgir 80% at de har injisert stoff ved minst én anledning (ref: 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; 38:864-70.) 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 stoffmisbrukere som har hepatitt C føler seg litt slappere og er mer nedtrykte enn andre stoffmisbrukere. Enkelte andre undersøkelser – 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 mfl. 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. Men 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.

7.11.4 *Kroniske eller residiverende infeksjonssykdommer*

Humant immunsviktvirus (hiv) ble oppdaget hos mange stoffmisbrukere på midten av 1980-tallet og denne gruppen utgjør 13 % av det totale antallet hiv-diagnoser registrert i Norge frem til og med 2009 (MSIS-rapport 2010). 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 år.

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

7.11.5 *Tannhelse*

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

Personer med rusmiddelproblemer har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen.

7.11.6 *Rusrelaterte akutte overdoser*

For opioidmisbrukere i Norge er overdose vanligste dødsårsak. Sjansen for overdoser er for eksempel ti til fjorten ganger høyere enn vanlig etter utskrivning fra institusjon eller fengsel.

Mange overlever en 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 (Darke et al 2000).

Også høye doser av sentralstimulerende stoffer, alkohol, og GHB⁴⁰, kan føre til dødsfall. I tillegg dør mange av ulykker knyttet til at de er ruspåvirket, ikke minst i trafikken.

⁴⁰ Gammahydroksybutyrat er et syntetisk framstilt stoff med oppkvikkende effekt. I større doser er virkningen bedøvedne, sløvende og hallusinogen og kan føre til koma og hjertestans.

7.12 Utredning av psykososiale forhold

For pasienter med ROP- lidelser bør det gjennomføres en bred kartlegging av oppvekstforhold, familie/nettverk, utdanning, arbeidserfaring, økonomi, bosituasjon og kriminalitet.

For utredning av psykososiale forhold med mer for personer med rusproblemer er verktøyet Addiction Severity Indeks (ASI) utviklet i USA. Det finnes også en europeisk versjon EuropASI⁴¹ som er i bruk også i Norge. Dette verktøyet kan brukes for enkel utredning av somatisk og psykisk helse for å skaffe seg bred oversikt over viktige bakgrunnsforhold for personer med ROP- lidelser. Verktøyet krever noe opplæring⁴² (anbefaling 21).

7.12.1 Kjønn

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. 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 behandlingsbehovene hos kvinner og menn individuelt vurderes.

7.12.2 Oppvekstforhold/kultur

Personer med ROP- lidelser er forskjellige også når det gjelder kultur, interesser og verdier både for personer med annen og norsk kulturell bakgrunn. 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).

7.12.3 Familie og nettverk

Noen personer med en ROP- lidelse har brutt de fleste broer til rusfrie miljøer, enkelte også til 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.

7.12.4 Utdanning/arbidserfaring

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.

⁴¹ Europ ASI kartlegger følgende: sosiale forhold, somatisk helse, utdanning, arbeid og økonomi, bruk av alkohol og stoff, kriminalitet, familie og nettverk, psykisk helse

⁴² Opplæring i bruk av EuropASI organiseres av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

7.12.5 **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 i forhold til trygdellovgivningen, lov om sosiale tjenester i NAV ⁴³ og sosialtjenesteloven. Det vises til kapittel 9.2.4.

7.12.6 **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 9.2.5.

7.12.7 **Kriminalitet**

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

En ROP- pasient med en alvorlig psykisk lidelse og som utøver alvorlig vold, vil kunne dømmes til tvunget psykisk helsevern. En pasient 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 primærhelsetjenesten og psykisk helsevern inne i fengslene.

7.13 **Utredning av selvmordsrisiko**

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

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

Vurdering av risiko for selvmord bør følge anerkjente prinsipper for slik vurdering, Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) ⁴⁴ gir anbefalinger både for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling og oppfølging etter utskrivning fra psykisk helsevern (anbefaling 22).

⁴³ Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009 nr. 131 (Lov om sosiale tjenester i NAV)

⁴⁴ Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511 (Helsedirektoratet, 2008a)

7.14 Utredning av voldsrisiko

Enkelte personer med psykose kan reagere med vold, ofte med bakgrunn i paranoide vrangforestillinger. Andre har personlighetsforstyrrelse som medfører en kombinasjon av dårlig impuls kontroll og manglende innlevelse i andres følelsesmessige reaksjoner. Hos begge grupper kan voldelig atferd lettere bli utløst ved bruk av rusmidler som redusere hemninger eller forsterke vrangforestillinger.

Alvorlige psykiske lidelser kan innebære en 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, jf Rundskriv om vurdering av risiko for voldelig atferd (Helsedirektoratet, 2007). Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst arrangerer også videreutdanning i vurdering av voldsrisiko hos mennesker med psykisk lidelse⁴⁵.

Personer med gjentatte innleggelse for psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rusmidler bør utredes både med sikte på alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold.⁴⁶ Det bør videre gis et langvarig, forpliktende og tett behandlingstilbud gjennom aktivt oppsøkende virksomhet, evt vurdere å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. (Anbefaling 23). 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 annen type kartlegging	Evidensnivå	
20	B	Somatisk utredning bør gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusbruk er mest utsatt for å få	3	
21	B	Det bør gjennomføres en bred kartlegging av sosiale forhold, utdanning, arbeid og økonomi, familie og nettverk mv. Dette kan for eksempel gjøres med kartleggingsverktøyet EuropASI	3	
22	B	Vurdering av risiko for selvmord skal gjøres basert på anerkjente prinsipper for slik vurdering	4	
23	B	Atferdsmønstre som inkluderer vold, annen kriminalitet eller fare for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlingstiltak	3	

⁴⁵ http://www.kompetanse-senteret.no/pages/seminarer/2008/2008_sem_1_vivo_1.html/ Rundskriv "Vurdering av risiko for voldelig atferd" IS-9/2007

⁴⁶ (NOU, 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009)

8 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. Det er viktig å finne balansen mellom å utfordre en person til endring og ikke å stille for store krav eller forventninger for å stimulere pasienten til utvikling, men skjerme fra nederlag.

En god relasjon mellom bruker og hjelper 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 ROP- pasienter. 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 6 for 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 utvikle gode nettverk.

Andre former for behandling av psykiske lidelser kan være fysisk påvirkning i form av medikamenter, elektrokonvulsiv behandling (ECT), massasje, lys, akupunktur. Bortsett fra en kortfattet beskrivelse av medikamentell behandling i kapittel 8.8, blir slik behandling ikke omtalt i disse retningslinjene.

8.1 God terapeutisk relasjon og utarbeidelse av mål for behandling

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 behandlereregenskaper har betydning for et godt behandlingsresultat, disse blir ofte beskrevet som viktigere enn hvilken metode som blir brukt (Miller and Rollnick, 2002). Klassiske utslagsgivende behandlereregenskaper er beskrevet som ekthet,

ubetinget positiv oppmerksomhet og empati (Rogers, 1959).

Det kan være nødvendig å balansere relasjonsfaktorene som er virksomme overfor psykiske lidelser (som aksept og empatisk lytting) med relasjonsfaktorer tilpasset rusproblemer (som tydelighet og utfordring). Dette er et utfordrende arbeid som krever 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.

8.1.1 **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 i forhold til å få en jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske - og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse (Prochaska et al 1992). Pasientens ønske, vilje og evne til å redusere eller slutte med rusmidler må derfor støttes under hele behandlingsforløpet (anbefaling 24).

8.2 **Kunnskapssenterets gjennomgang av psykososial behandling/kunnskapsgrunnlaget**

Anbefalingene om behandlingsformer bygger både på Kunnskapssenterets gjennomgang og funn, samt annen kunnskap. Det vises til vedleggene 1,2 og 3.

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 kunnskapssenter⁴⁷. 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 metodene⁴⁸

1. Tiltak som fokuserer på 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

⁴⁷ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten "Effekt av psykososial behandling", 2008

⁴⁸ Det presiseres imidlertid at anbefalingene også bygger på andre kunnskapskilder

personer med ROP- lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte ⁴⁹.

- Eksempler på integrert behandling kan være Intensive Case Management⁵⁰ 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 rusbruk.
- 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 sykehusinnleggelseser og rusbruk, foruten bedring i ADL⁵¹ funksjoner og livskvalitet.
- Institusjonsbehandling⁵² 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, bedre ADL-funksjoner, økt sysselsetting og bedret økonomi.

8.3 Tiltak som fokuserer på 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) fører til bedre utfall enn ikke-integrerte tiltak. Denne forskningen er imidlertid ikke av så høy kvalitet at man kan

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Intensive Case Management er en koordinering av tilpassede tiltak over tid for å styrke pasientens evne til forandring og heving av livskvaliteten

⁵¹ ADL: Activities of Daily Life (dagliglivets aktiviteter)

⁵² 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

konkludere endelig. Det er likevel rimelig god dokumentasjon på at personer med ROP- lidelser har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte⁵³. Eksempler på integrert behandling kan være intensive case management og bruk av oppsøkende behandlingsteam/ACT-team.

8.3.1 *Integrert behandling*

Samtidige lidelser forutsetter samtidig behandling og behandlingen av ROP-lideser skal foregå integrert etter en samlet plan (anbefaling 25).

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 (⁵⁴Mueser et al., 2006). Integrerte behandlingstiltak for personer med både rus- 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).

Integrert behandling er i henhold til forskningslitteraturen ikke et enhetlig begrep. Det kan inneholde ulike behandlingsmetoder og grader av hvorvidt begge lidelser behandles på samme sted og av samme behandlere eller på samme tid.

Behandlingstradisjonen knyttet til integrert behandling hevder 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, men gjelder 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).

Fordi man mangler sikker forskningsbasert kunnskap om slike forhold, er det viktig å fremheve at begrepet integrerte tiltak henspiller på at behandlingen til pasienter med ROP- lidelser bør tilbys på en samlet og helhetlig måte.

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

⁵³ 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.

⁵⁴ "Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser", Mueser et al, 2006.

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.

8.3.2 Individuell plan

Et viktig verktøy for å sikre felles beslutningstaking er utarbeidelse av individuell plan. Individuell plan skal ved behov 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) og Tverrfaglig spesialisert behandling, behandling hos fastlege, støttetiltak gjennom frivillige organisasjoner. Det vises til kap 9.2.3.

8.3.3 Oppsøkende behandlingsteam

Bruk av oppsøkende behandlingsteam/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 for at denne behandlingsformen kan bidra til redusert rusbruk.

I ACT- modellen 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 ACT- 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
- en trygg bolig

Behandling av oppsøkende behandlingsteam/ACT-team bør gis til pasienter med ROP- lidelser som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling (anbefaling 26).

8.4 Psykososiale behandlings- og oppfølgingstiltak og sosialrettede tiltak

Resultatene fra Kunnskapssenterets gjennomgang ga lite støtte for at integrerte psykososiale tiltak har bedre eller dårligere effekt enn behandling som vanlig. Det er behov for mer forskning på dette området. På bakgrunn av

kunnskapsoppsummeringene, kombinert med rådslag og øvrig kunnskapsgjennomgang, anbefales imidlertid noen metoder/tiltak.

8.4.1 *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 rådgivning skal behandleren ikke foreslå løsninger eller presentere forslag eller vurderinger som pasienten ikke deler.

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 program for pasienter med samtidig PTSD og ruslidelse synes å ha positiv virkning både på psykiske symptomer og rusbruk.

Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen bør derfor tilbys. (Anbefaling 27).

8.4.2 *Læringsbaserte tiltak*

Det foreligger klar dokumentasjon for at godt tilrettelagte læringsbaserte opplegg ("contingency management") stimulerer til redusert rusbruk. Dette handler om å knytte positive og belønnende konsekvenser til rusfrihet på konkrete måter. Læringsbasert behandling er lite brukt i Norge. Opplegg for læringsbasert behandling kan vurderes utviklet innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging (anbefaling 28).

8.4.3 *Psykoedukative tiltak*

Det bør gis systematisk opplæring om ROP-lidelser og behandlingen av dette, samt hjelpe pasient og pårørende med å utvikle ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning. Dette omtales ofte som psykoedukative tiltak. Siden det er gjort lite forskningsmessig evaluering av slike tiltak er graderingen lav (anbefaling 29).

8.4.4 *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, høyere intensitet i behandlingen, bedre formell og uformell kontroll med rusing, samtidig som det skjerms for mange av dagliglivets påkjenninger og fristelser.

Døgnbasert institusjonsbehandling for pasienter med aktiv og ustabil alvorlig psykisk lidelse og med samtidige rusproblemer, bør gis til pasienter som ikke når eller som ikke responderer på polikliniske behandlingstiltak (anbefaling 25).

Mange faller også ut av denne typen behandling og noen ruser seg under oppholdet. En utskrivelse fra institusjon på grunn av rusmiddelbruk skal bare skje hvis det foreligger en "forholdsmessig grunn" til at pasienten kan utskrives. For eksempel er ikke én positiv urinprøve en "forholdsmessig grunn" til utskrivelse. Jf. pasientrettighetsloven må det også tas hensyn til rettighetsperspektivet etter rusreformen. Slike sanksjoner bør gjennomføres så sjelden som mulig og gjøres tidsbegrenset for å unngå relasjonsbrudd og sikre kontinuitet.

Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under institusjonsoppholdet. (Anbefaling 26).

Dersom det er nødvendig å skrive ut fra institusjon, bør det sørges for oppfølging i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen (anbefaling 27).

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.⁵⁵ Det vises til kap. 5.2.1.

8.4.5 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 å mestre noe, 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. Slike symptomer er om lag tre ganger så høy blant ikke-yrkesaktive personer som blant yrkesaktive (Waddel&Burton 2006)⁵⁶.

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

⁵⁵ Psykisk helsevernloven kapittel 3, se særlig § 3-2 og § 3-3.

⁵⁶ Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)

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.

Funksjonskartlegging og vurdering som inkluderer kognitive funksjoner, er vesentlig både når det gjelder utdanning og andre yrkesrettede tiltak.

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. Det vises til kap 9.2.7.

8.4.6 Støttetiltak i nærmiljøet

Etablerte frivillige støttetiltak omkring pasienten i nærmiljøet er viktige fordi disse kan være langvarige (i motsetning til lønnet behandlings- eller hjelpepersonell). Eksempler på slike er brukerdrevne eller andre ideelle hjelpeorganisasjoner, nettverk som familie og venner. Erfaringsmessig forteller mange pasienter om nytten av idretts- eller fysiske treningstiltak for deres helse og bedring. Slike støttetiltak bør derfor også omfatte denne typen aktiviteter.

8.4.7 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, 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 i ernæringsmessig risiko bør følges opp med tiltak for å bedre ernæringstilstanden. Det er viktig at behandlingen fører til et mer allsidig kosthold. Rusmiddelavhengige er utsatt for dårlig tannhelse og kan ha behov for konsistent tilpasset mat. Det bør gis tilpasset veiledning om matvaner og matvarer, innkjøp og tillagen dersom 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.

8.5 Andre tiltak

8.5.1 Forebygging av tilbakefall

Kortvarige tilbakefall er vanlig i aktiv behandling og bør ikke være til hinder for målsetting om full rehabilitering (anbefaling 31).

Tilbakefall bør vurderes som en mulighet til å lære hvordan behandlingsforløpet kan forbedres. I forebygging av tilbakefall bør man unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner (anbefaling 32).

8.6 Stadiebaserte hjelpetiltak

En nyttig arbeidsmetode i behandlingen av ROP-pasienter kan være stadiebaserte hjelpetiltak. Å tilpasse behandlingen til pasientens motivasjon og deltakelse, er basert på ideen om stadiebasert behandling ('stages of treatment'; Osher & Kofoed, 1989). Slik stadiebasert behandling er igjen basert på endringsstadiene beskrevet av Miller og Rollnick ("stages of change", 2002).

Stadiene kan oppsummeres som tilrettelegging av behandlings- og hjelpetiltak i tråd med brukerens helsetilstand, eget ønske og motivasjon:

- Kontaktetablering, utvikle relasjon og skape tillit, gjerne ved hjelp av motiverende intervju
- Stabilisering av kontakten og etablering av allianse med pasienten.
- Integreert og individuelt tilpassede behandlingsmetoder.
- Tilbakefallsforebygging, identifisere og planlegge for risikosituasjoner.

8.6.1 Skadereduserende tiltak

Det er vanskelig å slutte med rusmidler og tilbakefall er mer regelen enn unntaket. Det optimale målet i rusbehandling med best langtidsutfall er totalavhold fra rusmidler (Vaillant, 2003). Dette er en prosess hvor behandleren hjelper brukeren med å utforske og forstå rusens rolle og betydning i eget liv, og hvor målsettingen i stadig større grad forankres hos brukeren. Slik sett blir et svart - hvitt skille mellom skadereduksjon og totalavhold kunstig og unyansert. De fleste vil oftest komme til en erkjennelse om at et såkalt normalt bruksmønster er vanskelig å etterleve.

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, vold, overdose, selvmordforsøk, HIV-infeksjon, hepatitt, polynevropati.

8.6.2 **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 pasienter både med og uten rusproblemer. Pasienters motivasjon for rusfrihet kan være skjør og variabel over tid.

8.7 **Behandling for enkelte grupper av ROP- pasienter**

Det foreligger vesentlig bedre dokumentasjon for virksom psykososial behandling av psykiske lidelser uten samtidig ruslidelse, enn det som foreligger for ROP- pasienter.

Det anbefales likevel at pasienter med ROP- lidelser behandles på samme måte som pasienter uten ruslidelse, forutsatt at nye forskningsresultater ikke viser at annen behandling er bedre, (Tiet and Mausbach, 2007b), (anbefaling 33).

Likeledes anbefales at behandling av ruslidelsen følger anerkjente behandlingsmetoder for slik behandling, også når det foreligger samtidig psykisk lidelse (anbefaling 34).

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

8.7.1 **Uavhengige psykoselidelser**

Personer med schizofreni og schizofrenilignende lidelser samt bipolar lidelse med psykosesymptomer⁵⁷ som misbruker alkohol, cannabis og stimulerende stoffer har ofte psykotiske tilbakefall, flere sykehusinnleggelse, 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 tidlig intervensjonsteam, psykoseteam, eller av andre fagpersoner med spesialkompetanse på feltet.

På grunn av faren for tilbakevendende psykotiske episoder, er det viktig at spesialisthelsetjenesten følger denne gruppen pasienter ekstra tett opp. Det er også viktig at det etableres et forpliktende samarbeid med relevante aktører i kommunen.

⁵⁷ Jf ICD-10 F 20 – F 29. Se også kapittel 4.

For mange anbefales oppsøkende behandlingsteam (for eksempel ACT⁵⁸ –team, jf anbefaling 24) hvor den psykiske grunnlidelsen og rusproblemerne 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.

Noen vil i perioder ha behov for langvarige sykehusopphold, i mer enn 6 måneder. (anbefaling nr 35). 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.

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

- 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
- etablerer kontakt med selvhjelpstiltak eller tiltak gitt av brukerorganisasjoner
- bedre sosialisering og evner til å mestre et mer selvstendig liv i egen bolig etter utskriving

Behandling med legemidler for schizofreni og bipolar lidelse skal gis etter gjeldende kriterier.

8.7.1 **Rusutløste psykoser**

Det kan være svært vanskelig å skille personer med en rusutløst psykose fra personer med en schizofrenidiagnose. Psykoser kan utløses av ulike rusmidler, slik som alkohol, sentralstimulerende midler, cannabis og i noen tilfelle benzodiazepiner. Både alkohol- og opioidabstinens kan gi psykotiske reaksjoner. Hva som er bakgrunnen for 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 grupper 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.

⁵⁸ 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.

8.7.2 *Angstlidelser og depresjon*

Mindre alvorlige psykiske lidelser, for eksempel milde til moderate depresjoner, angstlidelser og mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser, er svært vanlige 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 som er i abstinensfase. Det er dokumentert at personer med angst og depresjon som misbruker alkohol av og til, oftere blir bedre ved rusfrihet enn dersom misbruket vedvarer (Verheul et al., 2000a). Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelsen eller depresjonen ved rusfrihet, må angstlidelsen fortsatt behandles (Ravndal and Vaglum, 1994), (anbefaling 36).

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

8.7.3 *Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD*

Ved samtidig hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og ruslidelse kan medikamentell behandling av og til være riktig behandling. Psykososial behandling må ha som en av målsetningene å 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), (anbefaling 37).

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

Det finnes få studier om effekt av kombinasjonsbehandling med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og sentralstimulerende legemidler. Samtidig behandling med legemidler brukt i legemiddelassistert rehabilitering og sentralstimulerende legemidler er i dag ikke et allment tilgjengelig tilbud, men skjer i regi av prosjekter. Slik behandling forutsetter en 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 ferdigstilling. Det vises også til Helsebibliotekets nettsider www.helsebiblioteket.no.

8.7.4 *Alvorlige personlighetsforstyrrelser*

Studier, i hovedsak på pasienter 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. Resultatene er imidlertid usikre.

8.7.5 *Spiseforstyrrelser*

Det finnes ikke dokumentasjon om gode behandlingstiltak for ruslidelser hos pasienter 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.

8.8 **Behandling med legemidler**

Det er behov for mer kunnskap om behandling med legemidler til personer med ROP-lidelser. Derfor omtales dette kort. 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 rusanamnese. Spesielt er det viktig å kartlegge hvilke rusmidler som brukes. Dette er viktig av tre årsaker:

- redusere faren for respirasjonsstans
- være klar over risikoen for bivirkninger av legemidlene
- å vite om interaksjonsmulighetene mellom rusmidler og legemidler.

Generelt skal en være svært tilbakeholdende med å forskrive legemidler som har et avhengighetspotensiale til mennesker som er avhengig 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 å ikke 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 vil føre til målet. Det er bare en del av et behandlingsopplegget som retter seg mot både ruslidelsen og den psykiske lidelsen samtidig.

8.8.1 *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.

8.8.2 *Andre virkninger:*

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 til en mer passiv livsstil, må en 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 SSRI⁵⁹, litium, MAO-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.

8.8.3 *Interaksjoner*

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.

Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) kan utløse eller forsterke flashbacks

⁵⁹ SSRI: Selektiv serotonin reopptakshemmer. Betegnelse på den viktigste gruppen av såkalt annen generasjons antidepressive medikamenter.

hos mennesker som tidligere har brukt LSD⁶⁰. Dette kan en unngå ved å bruke antidepressiva med noradrenerg effekt eller som blokkerer 5-HT₂-reseptorene.

Det finnes her flere nettsteder som er tilgjengelig gjennom www.helsebiblioteket.no, for eksempel DRUID, der en kan lese om interaksjoner mellom ulike legemidler og rusmidler.

8.9 Anbefalt behandling for ROP-pasienter

	Grad	Anbefaling behandling for ROP-pasienter	Evidensnivå	
24	B	Pasientens ønske, vilje og evne til å redusere eller slutte med rusmidler bør støttes under hele behandlingsforløpet	3	
25	B	Samtidige lidelser forutsetter samtidig behandling og behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert etter en samlet plan	2a	
26	A	Behandling i ACT-team bør gis til pasienter med ROP-lidelser som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling	1a	
27	B	Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen bør tilbys.	2b	
28	B	Opplegg for læringsbasert behandling (contingency management) kan vurderes utviklet innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging	2a	
29	C	Det bør gis opplæring i psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende.	4	
30	B	Døgnbasert institusjonsbehandling for pasienter med aktiv og ustabil alvorlig psykisk lidelse og med samtidige rusproblemer bør gis til pasienter som ikke nås eller som ikke responderer på polikliniske behandlingstiltak	2b	
31	D	Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under et institusjonsopphold for å oppnå kontinuitet i behandlingen	4	
32	D	Dersom det er nødvendig å skrive ut fra institusjon mot pasientens ønske, bør tidsbegrenset utskrivelse vurderes og det må sørges for god oppfølging også i tiden utenfor institusjon med sikte på å ivareta kontinuitet i behandlingen.	4	
33	D	Tilbakefall må ikke være til hinder for målsetting om full rehabilitering	4	

⁶⁰ Lysergsyredietylamid er et kraftig syntetisk framstilt hallusinogen, ofte kalt "syre".

34	D	Unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner.	4	
35	C	Behandling av den enkelte psykiske lidelse bør følge direktoratets nasjonale retningslinjer for slik behandling selv om pasienten også har en ruslidelse.	3	
36	C	Behandling av ruslidelsen bør følge anerkjente metoder for rusbehandling selv om pasienten også har en psykisk lidelse.	3	
37	B	Det bør tilbys lang tids (>6 måneder) poliklinisk gruppebehandling med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte	2b	
38	A	Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelser eller depresjon ved oppnådd rusfrihet, må disse lidelsene fortsatt behandles.	4	
39	C	Ved hyperkinetiske forstyrrelser anbefales psykososial behandling av ruslidelsen selv om pasienten ikke får medikamentell behandling av den hyperkinetiske forstyrrelsen	3	

9 Roller og ansvar

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

Mange personer med psykiske lidelser har også et rusmiddelproblem, og mange personer med et rusproblem har også psykiske lidelser. Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienter ikke får et godt tilbud om utredning og behandling.

I et behandlingsforløp kan det ofte være vanskelig å peke eksakt på den ansvarlige instans. Det vil alltid finnes "gråsoner". Derfor er det grunnleggende at tjenestenivåene samarbeider slik at de som søker hjelp, får god og forsvarlig hjelp.

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. Dette gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten.

Det må være kompetanse for å kunne utrede og behandle pasienter med ROP-lidelser i både kommunene, psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (anbefaling 38). Det vises til kapittel 7 og 8 for mer informasjon om anbefalte utrednings- og behandlingsmetoder.

Personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse 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, i psykiske helsevern eller i TSB. 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. Ansvar for hvordan man vil organisere en slik samordning, ligger hos RHFene i tråd med deres "sørge-for-ansvar" (anbefaling 39).

ROP- pasienter er sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Det er dokumentert at når en behandling er god og gir effekt, er den sammenhengende og skjer over lang tid.

For den enkelte pasient skal individuell plan presisere samarbeidet. Når en person henvender seg til kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket, har de en

selvstendig plikt til å igangsette arbeidet med individuell plan. Innen psykisk helsevern er plikten pålagt den enkelte institusjon. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter⁶¹.

9.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse har rett til nødvendig helsehjelp både i kommunehelsetjenesten⁶² og spesialisthelsetjenesten. Dette er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1. Bestemmelsen gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av denne og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.⁶³ Kommunenes helsetjeneste og de regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen tilbys helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.⁶⁴

Pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse vil som regel være pasienter som har behov for langvarig og koordinerte tjenester og dermed ha rett til å få utarbeidet en individuell plan.⁶⁵ Det kan være pasienter som trenger både botrening, rusbehandling og psykiatrisk behandling. Dette kan innebære samarbeid mellom pasient, helse- og sosialtjeneste på kommunalt nivå og spesialisthelsetjeneste.

Pasientrettighetsloven gir for øvrig disse pasientene en rekke andre rettigheter. Det dreier seg om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, rett til å samtykke til helsehjelp 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 pasientens brukemedvirkning og pårørende i kapittel 5. For å lese mer om dette henvises til Pasientrettighetsrundskrivet.⁶⁶

9.2 Kommunenes ansvar for rus - og psykisk helsearbeid

Kommunen er en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser⁶⁷.

Kommunenes ansvar omfatter blant annet:

- Kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester
- Forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- Boligsosial arbeid
- Sosial eller arbeidsrettet aktivisering

⁶¹ Det er foreslått flere tiltak som skal styrke samhandlingen i høringsforslag i ny kommunal helse- og omsorgslov: Tydeliggjøre funksjonen som personlig koordinator, plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan, plassere ansvaret for individuell plan i kommunen i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om samhandling, oppgavefordeling og helhetlige pasientforløp, bestemmelser om brukermedvirkning i kommunene, lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om samhandling, oppgavefordeling og helhetlige pasientforløp og bestemmelser om brukermedvirkning i kommunene

⁶² Se lov om helsetjenesten, kommunene av 19.11.1982 nr 66.

⁶³ Jf. lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63(pasientrettighetsloven) § 2-1 1. og 2. ledd.

⁶⁴ Jf. lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 § 1-1 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 § 2-1a

⁶⁵ Jf. forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004.

⁶⁶ Rundskriv IS 12/2004 Om pasientrettigheter

⁶⁷ Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS-1332

- Arbeid med individuell plan
- Generell oppfølging og veiledning
- Henvisning til behandling.

Særlig relevante lover⁶⁸ og forskrifter som omtaler disse ansvarsområdene er:

- Sosialtjenesteloven
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Kommunehelsetjenesteloven
- Pasientrettighetsloven
- LAR- forskriften
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Relevante aktører og samarbeidspartnere:

- Legevakt
- Fastleger, hjemmetjenester, øvrig primærhelsetjeneste
- Psykisk helsearbeid og rusenheter i kommunen
- Ansatte i bolig
- Sosialtjeneste/NAV
- Politi
- Kriminalomsorgen/helsetjenesten i fengsel

9.2.1 *Kommunenes ansvar for kartlegging*

Pasienter 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 kompetanse til å gjennomføre screening for ruslidelse og psykisk lidelse ved hjelp av anbefalte screeningverktøyer (anbefaling 40).

I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre en bred kartlegging av personer med rusproblemer og psykiske problemer (anbefaling 41).

Basiskompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Screening med : <ul style="list-style-type: none"> ○ CAGE eller AUDIT for alkohollidelse ○ DUDIT av stofflidelse ○ SATS, DUDIT-E og Alkohol-E for motivasjon • Screening med MINI SCREEN for ikke-psykotiske lidelser • SCL-10 for screening av angst og depresjon • Klinisk psykiatrisk vurdering hos fastlege • Somatisk utredning hos fastlege
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁶⁸ Oversikt over rettigheter og lovverk finnes blant annet i www.helsetilsynet.no (se "rettigheter og klagemuligheter") og www.bymisjon.no (rettighetsbrosjyre for personer med rusmiddelproblemer)

-
- Vurdere risiko for selvmord
 - Psykososial utredning
 - Kartlegging i Kvalifiseringsprogrammet
 - Motiverende intervju

Tilleggskompetanse

- Screening av psykisk lidelse med MINI, MINI PLUS eller ASRS 6 og bruk av Europ ASI for kartlegging av psykososiale forhold.
 - Vurdering av fare for voldelig atferd
-

9.2.2 *Kommunens ansvar for behandling og oppfølging*

Kommunene har samme ansvar for personer med ROP- lidelser som for alle andre innbyggere med hjelpebehov. Men de har et særskilt ansvar for denne gruppen som ofte har et sammensatt tjenestebehov. For noen kan målsettingen være full rehabilitering, mens andre ønsker/trenger skadereduserende tiltak. Dette må avgjøres i dialog med den enkelte person.

Primærhelsetjenesten har ansvar for å delta i oppfølging både av ruslidelse og den psykiske lidelsen. De har spesielt ansvar for utredning og behandling av både psykiske og somatiske lidelser. Primærhelsetjenesten må samarbeide med øvrige kommunale tjenester om oppfølgingen av disse personene.

Personer med ROP- lidelser trenger oppfølging over lang tid og helst av personer/team med stor stabilitet. Dette skal skje gjennom et samarbeid med spesialisthelsetjenesten, eventuelt med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Overfor pasienter med ROP- lidelser vil noen ganger en oppsøkende arbeidsform være nødvendig, som for eksempel ACT- team⁶⁹. Kommunene bør samarbeide med spesialisthelsetjenesten om ACT- team der disse opprettes, jf anbefaling 24.

9.2.3 *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)⁷⁰ Kommunens sosialtjeneste/NAV 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. Det vises også til tipshefte om individuell plan – Gjør det så enkelt som mulig (anbefaling 44).

⁶⁹ Assertive Community Treatment.-team eller Oppsøkende behandlingsteam.

⁷⁰ Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253

9.2.4 **Kommunens ansvar for økonomisk hjelp og oppfølging**

Mange ROP- pasienter har dårlig økonomi på grunn av lave inntekter og dårlig styring av utgifter. Rusmisbruk, spesielt det illegale, kan være svært kostbart. Både legal og illegal gjeld innebærer en stor belastning. Å rydde opp i økonomiske problemer sammen med brukeren vil være:

- å skaffe oversikt over økonomien
- å etablere nedbetalings- og gjeldssaneringsordninger
- å hindre ny opphopning av gjeld
- å oppdage manglende betaling av husleie og hindre at pasienten trues med utkastelse og at gjelden blir uoverkommelig og⁷¹
- å sørge for soning av bøter i medhold av straffegjennomføringsloven § 12.

Det er opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål, slik at kommunene/NAV-kontorene kan ta i bruk informasjonsmateriell om økonomisk rådgiving. 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. Se informasjon om økonomi og gjeldsrådgivning på www.nav.no.

9.2.5 **Kommunens ansvar for varig botilbud**

Kommunene skal bistå med etablering i egen bolig som er tilpasset vedkommendes behov og som er varig⁷² (anbefaling 42).

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 bofelleskap:

- *Spredte leiligheter i ordinær boligmasse/integrert*
- *Samlokalisert bolig*
- *Gruppebolig eller bofelleskap*

Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. (jfr lov om sosiale tjenester § 3-4, lov om sosiale tjenester i NAV § 15 og IS- 1554).

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.

Noen boliger har grensesettende regler om rusbruk, mens andre boliger ikke har slike regler fordi det er mange som ikke vil kunne følge dem. Større kommuner kan løse dette ved å etablere boliger med ulike terskler for rus og annen atferd. Mindre kommuner kan samarbeide for å kunne gi slike tilbud.

⁷¹ Dette krever tett samarbeid med, og samtykke fra bruker, eventuelt frivillig eller tvungen forvaltning. Kommunen har ingen plikt til å dekke gjeld/husleierestanser.

⁷² jfr lov om sosiale tjenester av 13.12. 1991 nr. 81 § 3-4

Bedring bør ikke føre til at noen må flytte fra sin bolig, dersom det ikke er etter eget ønske. (anbefaling 46). Bedring av funksjon er ofte avhengig av de rammene bedringen skjer under, og det er da ikke rasjonelt å endre disse rammene vesentlig, slik bytte av bolig ville innebære.

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 og funksjon av fellesarealer er viktig for å skape gode bomiljø.

Utagerende pasienter bør bo i samlokaliserte eller kollektive boliger med få boenheter, mens engstelige og forsiktige pasienter kan fungere godt i litt større grupper. Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av personer med ROP- lidelser med store hjelpebehov, skal kommune og helseforetak samarbeide om faglig opplegg, organisering av det samlede tilbudet og gjerne også om økonomiske løsninger. Det vises til veilederen Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS - 1332.

Lavterskel botilbud/bruk av midlertidige boliger kan av og til være nødvendig, men bør begrenses.

9.2.6 Kommunens ansvar for oppfølging i bolig

Selv om en bolig i utgangspunktet ikke er en behandlingsarena, vil bolig med oppfølging kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet.

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.

Alle kommuner skal ha tilbud om individuelt tilpasset oppfølging i bolig for ROP - pasienter som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap. Tilbud om bofellesskap med dagbemanning eller døgnbemanning skal være tilgjengelig for alle som trenger det – eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid⁷³ (anbefaling 43).

9.2.7 Kommunens og NAVs ansvar for arbeid og aktivitet.

Kommunen har ansvar for å bidra til et liv som gir mening, også i form av aktiviteter. For noen vil det handle om ulike typer arbeid eller arbeidstrening, for andre om ulike

⁷³ Lov om sosiale tjenester § 4-3, jf § 4-2.

typer aktiviteter, som fritidsaktiviteter (anbefaling 44).

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.

NAV har mange ulike tiltak og former for støtteordninger, med spesielle tilpasninger dersom det er nødvendig. (Kvalifiseringsprogrammet, Arbeidsavklaringspenger, Arbeid med bistand og tidsbegrenset lønnstilskudd).

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 Opptappingsplanen 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 rusproblemer. Grønt arbeid er et arbeidstreningstilbud på gård i regi av NAV som finnes i mange fylker. "Studier med støtte" er etablert på enkelte universiteter og høyskoler.

9.2.8 Selvhjelp

Selvhjelpsgrupper kan spille en betydelig rolle for mange personer med ROP- lidelser. Selvhjelpsgrupper kan være nyttige spesielt for pasienter i aktiv behandlings- eller tilbakefallsforbyggingsstadier. 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.

9.2.9 Kommunens ansvar for oppfølging av somatisk helse, inkludert tannhelse

Primærhelsetjenesten har ansvar for oppfølging og behandling av somatisk helse. Den somatiske helsetilstanden påvirker den psykisk 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 rusmisbruk 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 18. 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 kap 7.11.1.

Personer med ROP- lidelser kvalifiserer ofte til fri tannbehandling. God tannhelse kan bidra til bedret selvfølelse og være et ledd i en bedringsprosess. Fylkeskommunen fikk i 2005 ansvar for å gi tilbud om tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i døgninstitusjon mer enn 3 måneder. I 2006 ble dette utvidet til å gjelde rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav a-d, jf 4-3, og i 2008 til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Også brukere som har vedtak om hjemmesykepleie utover 3 måneder har rett til fri tannbehandling (jf kommunehelsetjenesteloven § 2-1).

9.2.10 **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.

	Grad	Anbefalinger for behandling og oppfølging i kommunene (inkludert primærhelsetjeneste og NAV)	Evidensnivå	
40	D	I alle kommuner skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre screening for ruslidelse og psykisk lidelse ved hjelp av anbefalte screeningsverktøy	4	
41	D	I alle kommuner skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en bred kartlegging av personer med ROP - lidelser	4	
42	D	Bedring bør ikke føre til at noen må flytte fra sin bolig dersom dette ikke er et ønske.	4	
43	D	Tilbud om bofellesskap med bemanning skal være tilgjengelig for alle som trenger det – eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid	4	
44	D	Det skal tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med pasientens behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede.	4	

9.3 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 (anbefaling 45).

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" (anbefaling 46).

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

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse som ikke nåes tilfredsstillende på annen måte anbefales ACT- team, jf anbefaling 26.

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 under forutsetning av et nært samarbeid med psykisk helsevern.

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.

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.

Personer med rusutløst psykose skal vurderes på lik linje med psykoser, i henhold til psykisk helsevernloven. 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 dersom disse eventuelt er utløst av rus. Akutte psykotiske tilstander skal derfor ikke behandles forskjellig selv om det er mistanke om at tilstanden er rusutløst. Det kan også være vanskelig å diagnostisere hvorvidt det dreier seg om stoffutløst psykose eller for eksempel schizofreni utløst av eller forverret av rusbruk. Bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp tilsier at sykehuset er pliktig til å ta imot disse personene.

Pasientene med ulike psykoselidelser og samtidig en ruslidelse representerer ofte en stor utfordring for det kommunale hjelpeapparatet (kap 8.7). Det er derfor viktig at kommunene får god veiledning av spesialisthelsetjenesten⁷⁴.

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

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

Ansvar for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse ligger ofte hos TSB, avhengig av i hvilken grad den psykiske lidelsen hemmer funksjonsevnen. Det vil være noen unntak. Ved mindre alvorlige former for emosjonelt ustabile, samt ved andre alvorlige personlighetsforstyrrelser, kan ruslidelsen ofte dominere og en behandling innen TSB være mest aktuelt. Dette må vurderes individuelt etter behov, og den psykiske lidelsen må behandles samtidig.

9.3.2 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 samarbeidsavtaler⁷⁵.

9.4 Helseforetakenes ansvar for å sørge for nødvendig kompetanse

Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser bør ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse (anbefaling 47)

Psykisk helsevern bør ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen

⁷⁴ Lov om spesialisthelsetjeneste m.m § 6-3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

⁷⁵ For den enkelte pasient skal individuell plan presisere samarbeidet. Når en person henvender seg til kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket, har de en selvstendig plikt til å igangsette arbeidet med individuell plan. Innen psykisk helsevern er plikten pålagt den enkelte institusjon. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter⁷⁵.

alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser og, samt de med mindre alvorlige psykiske lidelser når ruslidelser er mindre alvorlig (anbefaling 48).

9.4.1 **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. Screening antas her mindre aktuelt fordi det ikke finnes godt validerte screeningverktøyer 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. Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør kartlegging gjennomføres, men resultatet må da tolkes i lys av rusmiddelpåvirkningen.

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

Helseforetakene bør sørge for at det finnes kompetanse i følgende kartleggingsverktøy, jmfør kapittel 7:

Basiskompetanse

- **Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse med MINI PLUS eller SCID-I**
- **SCL-10 for screening av angst og depresjon**
- **Utredning av personlighetsforstyrrelser med ICD-10 eller SCID-II sammen med ICD-10.**
- **Screening av ADHD med MINI PLUS eller ASRS 6**
- **Kartlegging av psykososiale forhold**
- **Utredning av somatisk sykdom**
- **Generell kunnskap om psykiske lidelser og samtidige ruslidelser**

- **Screening for ruslidelse med AUDIT, DUDIT, CAGE,**
- **Screening for motivasjon med SATS, DUDIT-E og Alkohol-E**

Tilleggskompetanse

- **Kartlegging av psykososiale forhold med Europ ASI**

9.4.2 *Helseforetakenes ansvar for kartlegging i psykisk helsevern*

Pasienter som henvises til psykisk helsevern, blir naturlig utredet med tanke på psykisk lidelse. Ved slik utredning skal det alltid vurderes hvorvidt det foreligger en ruslidelse som har betydning for utviklingen av den psykiske lidelsen og for behandlingen av denne. Avklaring av rusmiddelmissbruk har mange aspekter. Benekting forekommer. Kompartmentopplysninger kan være viktige. Urin- og blodprøver er aktuelle hjelpemidler i utredningssammenheng. Se kapittel 7 for mer informasjon.

Det anbefales at AUDIT og DUDIT brukes rutinemessig både ved innleggelser og poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern (jf anbefaling 9 og 10). Dersom behandling for en psykisk lidelse ikke fører fram som antatt, bør det spesielt undersøkes om rusmisbruk kan være en årsak til dette.

Basiskompetanse	<ul style="list-style-type: none">• Screening av alkohollidelse med AUDIT og stofflidelse med DUDIT• Screening for motivasjon med SATS, DUDIT-E og Alkohol-E• Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse med MINI PLUS eller SCID-I• SCL-10 for screening av angst og depresjon• Utredning av personlighetsforstyrrelser med ICD-10 eller SCID-II sammen med ICD-10.• Screening av ADHD med MINI PLUS eller ASRS 6• Kartlegging av psykososiale forhold• Utredning av somatisk sykdom• Generell kunnskap om psykiske lidelser og samtidige ruslidelser
Tilleggskompetanse	Bruk av CAGE Kartlegging av psykososiale forhold ved hjelp av Europ ASI

9.4.3 *Helseforetakenes ansvar for kartlegging av ROP- lidelser når pasienten oppholder seg i somatiske avdelinger*

Spesielt medisinske avdelinger kan komme i kontakt med ROP- pasienter ved forskjellige somatiske sykdommer, selvmordsforsøk eller ved overdoser og andre forgiftninger⁷⁶. Både ved selvmord og overdoser bør det vurderes om det dreier seg om personer med en ROP- lidelse. Det vises til Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern⁷⁷. Det foreligger ikke nasjonal retningslinje for

⁷⁶ Helse Stavanger har utviklet prosedyrer for avdekking av rusproblematikk i ulike somatiske sykehusavdelinger.

⁷⁷ Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvord_kor_36439a.pdf

kartlegging og oppfølging av pasienter med overdose, men utredning bør om mulig gjøres med tanke på ROP- lidelse.

9.5 Helseforetakenes ansvar for behandling og oppfølging

Helseforetakene må ha tjenester som dekker behandlingsbehovene for personer med ROP- lidelser. Tjenestene må dekke behandling både når pasienter bor hjemme, i ulike typer boliger og når de er innlagt i institusjon. Den må også dekke 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.

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, jmfør spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 (veiledningsplikten).

Individuell plan skal tilbys ROP- pasienter med omfattende behov. Spesialisthelsetjenesten skal sammen med kommunen bistå pasienten i arbeidet med dette.

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

Helseforetakene har plikt til å gi veiledning til de ulike deler av de kommunale tjenestene ved behov, og den skal også inkludere akutt veiledning. (Anbefaling 49)

9.5.1 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 og ferdigheter for behandling av de psykiske lidelsene som er vanlige blant personer med ruslidelser. Dette står omtalt i kapittel 8.

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

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 50). Det bør også kunne gis psykososial og medikamentell behandling av en psykisk lidelse i TSB, enten ved den enkelte enhet eller i samarbeid med andre.

9.5.2 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.

Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør derfor få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB (anbefaling 51).

Det må finnes gode behandlingsmuligheter for problemer med rusmisbruk som oppdages i løpet av behandling for psykiske lidelser. Behandling for rusmisbruk må skje uten at eksisterende behandlingsrelasjoner i psykisk helsevern brytes, jf kap 8.4.1.

9.6 Behandlingstiltak uten avtale

En del institusjoner som ikke har avtale med helseforetakene, behandler personer med rusmiddelmissbruk. Disse er da ikke en del av spesialisthelsetjenesten. Det gjelder evangeliesentre, "Minnesota" - klinikker, P22 med flere. Når de behandler mennesker med ROP- lidelser, bør de likevel følge de nasjonale faglige retningslinjene som om institusjonen var en del av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten bør benytte flere metoder for å etablere og opprettholde behandlingkontakt med ROP- pasienter – blant annet ved bruk av nyere informasjons- og kommunikasjonsteknologi

	Grad	Anbefalinger for behandling i spesialisthelsetjenesten	Evi- dens- nivå	
45	D	Helseforetaket har ansvar for å sørge for at alle pasienter med en ROP- lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud.	4	
46	D	Det bør skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i psykisk helsevern og TSB for å sikre et helhetlig behandlingstilbud. Ansvar for organisere av samordning, ligger hos RHFene i tråd med deres "sørge-for-ansvar"	4	
47	D	Tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser bør ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse	4	
48	D	Psykisk helsevern bør ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser og, samt de med mindre alvorlige psykiske lidelser når ruslidelsen er mindre alvorlig	4	

49	D	Veiledning bør gis til ulike deler av kommunale tjenester som arbeider med ROP- pasienter og den bør inkludere akutt veiledning ved behov.	4	
50	D	TSB bør kunne gi tilbud om behandling til personer som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, eventuelt gjennom samarbeid med psykisk helsevern	4	
51	D	Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør derfor få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB	4	

9.7 Samhandling mellom ulike enheter og nivå

Personer med en ROP- lidelse må 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 52).

Samhandling mellom ulike deler av helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å få til en helhetlig oppfølging. Slike 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.

I tilfeller hvor 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. 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. Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler. For den enkelte pasient bør IP presisere samarbeidet. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knytte til enkeltpasienter (anbefaling 53). 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.

9.7.1 Samhandling mellom kommunale tjenester og NAV

Kommunenes rusplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP- lidelser skal gjennomføres. De bør også beskrive arbeidsoppgavene til ulike enheter i kommunen. Det bør etableres et samarbeid mellom de ulike enhetene

når det gjelder både oppgavefordeling og tiltak. Det må være et løpende samarbeid om den enkelte pasient med ROP- lidelse slik det er beskrevet i pasientens IP.

9.7.2 Samhandling mellom kommune og psykisk helsevern

Når hovedansvaret for pasienter med ROP- lidelser ligger i kommunen, må pasientene ved behov også 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. Å inngå en kriseplan som er inkludert i pasientens individuelle plan, vil være et viktig redskap i slike akutte situasjoner.

Det skal være en gjensidig kunnskapsformidling og veiledning mellom kommune og psykisk helsevern⁷⁸.

9.7.3 Samhandling mellom kommune og TSB

Pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse bør ha mulighet for jevnlig oppfølging fra TSB etter pasientens behov. 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 utskrivelser fra TSB, som følge av regelbrudd, må kommunen informeres. Det må samarbeides om videre behandling av disse personene.

9.7.4 Samhandling mellom døgnavdelinger 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 rusmisbruk. Da blir rusmisbruket hovedproblemet og videre behandling kan skje innenfor TSB. Det bør i slike tilfeller 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.

9.7.5 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 medisinerer. Noe av dette samarbeidet kan gjøres gjennom deltakelse i ansvarsgrupper eller grupper omkring individuell plan.

⁷⁸ Samarbeidsavtalene bør omfatte rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, samhandling rundt personer i krise/akutte tilstander, rutiner for utarbeidelse av IP mv.

Uansett hvor i systemet pasienten befinner seg, bør han eller hun ha rask tilgang til hjelp ved behov. Dette kan for eksempel skje ved (gjen-)innleggelse i institusjon, lavterskel/brukerstyrte plasser, og/eller ved poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette bør nedfelles i avtaler (anbefaling 54).

9.7.6 Samhandling mellom kriminalomsorg og helsetjenester

Ved dommer for rusrelaterte kriminelle handlinger⁷⁹ hos ROP- pasienter bør det etableres et samarbeid mellom kommuner, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel, eventuelt også med spesialisthelsetjenesten. Det bør sikres nødvendig kartlegging av rusmisbruk og psykisk lidelse. Det bør, dersom det er behov for det, etableres behandling og oppfølging under fengselsopphold eller behandling som alternativ til fengsel. Sistnevnte kan skje innenfor rammen av samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller ved soning i behandlingsinstitusjon. Et tilsvarende samarbeid bør vurderes etablert mellom kommune og politi ved påtaleunntatelse for rusrelaterte forhold (anbefaling 55).

	Grad	Anbefaling om samhandling	Evidensnivå	
52	D	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.	4	
53	D	Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler. For den enkelte pasient bør IP presisere samarbeidet. Det kan også utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpasienter.	4	
54	D	Personer med ROP- lidelser bør ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Dette bør nedfelles i avtaler	4	
55	D	Ved behov bør det etableres et samarbeid ved bruk av IP mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling ved fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingsinstitusjon.	4	

⁷⁹ Lovbrudd begått under påvirkning av rusmidler eller lovbrudd begått for å finansiere eget rusmiddelmisbruk

9.7.7 Anbefalt kompetanse om behandling (uavhengig av om behandlingen skjer på kommunalt eller spesialisthelsetjenestenivå).

Basiskompetanse	Kompetanse i relasjonsbygging Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen Psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende. Tilbakefallsforebygging Anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene
Tilleggskompetanse	Opplegg for læringsbasert behandling (contingency management) bør utvikles innenfor ulike rammer for behandling og oppfølging

10 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 i forhold til å 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 hvordan de skal 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 pasientgruppa.

Når retningslinjene skal implementeres er det derfor naturlig å planlegge tiltak både på individ- og systemnivå. Implementering på individnivå er å tilrettelegge for og å 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 nivå prioriterer økonomiske tiltak for denne pasientgruppa 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 meningsfylt aktivitet, 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 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), ved å avklare ansvar mellom ulike instanser og mellom forvaltningsnivåene (behandlingslinje), ved å 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 et ansvar for at retningslinjer og veiledere tas i bruk og omsettes til praksis. Lokale behandlingslinjer og fagprosedyrer 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.

Forslag til implementeringstiltak:

1. Elektronisk retningslinje

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

At retningslinjen konkretiseres og operasjonaliseres som et elektronisk oppslagsverk
At dette oppslagsverket styrkes med direkte lenker til skåringsverktøy, henvisningsskjemaer, pasientinformasjon og andre nettressurser, der dette er naturlig
At oppslagsverket lenker til kunnskapsressurser som er egnet for fordypning
At opplæringsmaterieil for bruk og implementering av anbefalingene er integrert i tjenesten.

At hvem som skal gjøre hva, når, og med hvilket resultat, er angitt

Automatisert innhenting av relevant, ny kunnskap for de ansvarlige for tjenesten og tilgjengeliggjøring over nettsiden

Prosjektplanutrulling og resultatrapportering skal være inkludert i og foregå på nett

Bruk av video for å formidle ferdigheter, der dette er naturlig.

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 tiltak 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:

Informasjon om retningslinjens innhold i den elektroniske retningslinjen
Kortversjoner/pasientversjoner av retningslinjen
Informasjonsplakater / postere
Brosjyrer
Veiledende serviceerklæringer
Multimediamateriell for ulike informasjonskanaler (nett, boards, infoskjemer, massemedia)
Undervisning/opplæringsmaterialet for brukere, pårørende, selvhjelpsgrupper, etc

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, i metoder for integrert behandling og i 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 en av flere sentrale samarbeidspartnere i dette arbeidet.

Vedlegg 1 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 (1;2), og personer som er til behandling i psykisk helsevern har ofte en ruslidelse (komorbiditet) (3-5).

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 (6;7).

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 %, median 38 %), depresjon (16–44 %, median 30 %) og personlighetsforstyrrelser (11–100 %, median 61 %) (8). 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 (5;9-14).

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- og livsløpsdiagnose. De andre testene hadde enten lav sannsynlighetsratio eller den 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. I følge 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 den 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 området 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 personlighetsforstyrrelser. 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 diagnoseverktøy.

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 alvorlig 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 diagnoseverktøy for ruslidelser og psykiske lidelser. Rapporten inkluderer studier som tilfredsstillende 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 der det mangler metodisk god forskning.

Vedlegg 2 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 til behandlingstiltakene er integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi (CBT), motiverende intervju (MI), familierapi, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, boligtiltak og sysselsettingstiltak. Rapporten oppsummerer hvordan behandlingstiltakene virker sammenlignet med andre psykososiale tiltak eller behandling som vanlig og rapporterer følgende utfallsmål: bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, funksjonsnivå og livskvalitet.

Metode

Vi utarbeidet litteratursøk i Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CRD databases og SveMed+ og brukte søkefilter som identifiserte systematiske oversikter. Vi gjennomgikk søketreffene og vurderte artikler for inklusjon 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. Vi valgte ut systematiske oversikter som oppfylte våre inklusjonskriterier, vurderte kvaliteten og oppsummerte resultatene. Vi brukte GRADE 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 overlapp 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 vi 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 på 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 alkohollidelsen og sosial fobi og kontrollgruppen fikk CBT kun for alkohollidelsen. 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. Da var andelen som *ikke* hadde avstått fra alkohol lavere hos gruppen som fikk denne behandlingen (42 %) enn hos gruppen som fikk psykoedukasjon (92 %). 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 skåre 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 skåre på Brief Quality of Life Scale var da 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.

Vi fant ingen systematiske oversikter som rapporterte fra relevante studier på boligtiltak, sysselsettingstiltak og familietiltak.

Diskusjon

Vi fant 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 i de systematiske oversiktene ikke analysert på grunn av asymmetriske data. Samlet sett har dette svekket dokumentasjonsstyrken og gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om effekten av de ti tiltakene.

Resultatene var basert på studier utført i USA, Storbritannia og Australia hvilket kan gi begrensninger mht. representativitet og overførbarhet til norske forhold. Vi valgte å ikke inkludere resultater fra kvasiekperimentelle studier og observasjonsstudier 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 sammenlignet med 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). Vi vet ikke om integrert behandling, case management, aktivt oppsøkende behandling, kognitiv atferdsterapi alene, sosial ferdighetstrening, selvhjelpsgrupper, sysselsettingstiltak, boligtiltak eller familierapi 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.

Vedlegg 3. Gjennomgang av øvrig forskning om behandling av personer med samtidig 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)⁸⁰. 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 effektivt⁸¹.

Denne type 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 variable.

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, 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 sammenlignet med behandling som vanlig.
- Det er også mulig at MI og CBT etter 6 måneder har noe bedre effekt på generell livskvalitet sammenlignet med 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."

Annen kunnskapsinnhenting

Det er flere problemer med Kunnskapssenterets gjennomgang i tillegg til de som er

⁸⁰ På engelsk: Randomised controlled trials – forkortet: RCT. Denne forkortelsen brukes også ofte på norsk

⁸¹ 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 tilfellet, snarere tvert om: de som ble randomisert til å bruke østrogener fikk hyppigere hjerteinfarkt enn de som var randomisert til placebo. De tidligere funnene skyldtes sannsynligvis seleksjon: de kvinnene som brukte østrogenmedikasjon var samtidig kvinner som også levde sunnere/røykte mindre og derfor fikk mindre hjerteinfarkt

nevnt ovenfor.

- De høye kravene til studiekvalitet har ført til at bare en svært liten andel av den forskning 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 lang tids poliklinisk gruppebehandling, og læringsbaserte behandlingstiltak ("contingency management"⁸²). 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 mot "vanlig" behandling – ikke mot det å ikke gi behandling i det hele tatt (noe som ville vært ansett for uetisk). En rekke av studiene viste bedring av ulike funksjoner etter behandling i begge betingelser, også for de 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 virkningsfullt.

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, kvasiekperimentelle studier⁸³, eller studier med bredere målgruppe eller andre utfallsmål enn kunnskapssenteret.

Oversiktsartiklene som ble gjennomgått:

- Bechdolf A, Pohlmann B, Geyer C, Ferber C, Klosterkötter 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.
- 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-

⁸² 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.

⁸³ Ved kvasiekperimentelle 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.

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-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2007;
- Dumaine ML. Meta-analysis of interventions with co-occurring 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, kvasi-eksperimentelle, enkel pre-post design, tidsserie design, andre ikke-rct design).

Det ble benyttet en søke-syntax 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" 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 de ble bedre på ulikt vis, spesielt med redusert rusbruk. En begrensning med studien var imidlertid at det ikke var noen kontrollgruppe.
- Integriert behandling med hovedvekt på oppsøkende tverrfaglige team (ACT⁸⁴-team) ble undersøkt i en større randomisert kontrollert studie av personer med første gangs psykose i Danmark. Den viste bedring på flere utfallsmål – blant dem rusbruk - sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk vanlig oppfølging i distriktpspsykiatrien (Petersen et al., 2005). Av pasientene i begge gruppene hadde 27 % ruslidelse før behandling. Denne andelen sank til 16 % etter integriert behandling og til 22 % 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 til personer med alvorlig ROP (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 som følge av både vanlig behandling og de eksperimentelle sammenligningsbehandlingene, var det generelt liten effektforskjell mellom behandlingsformene.

Øvrige studier, kognitiv atferdsterapi (CBT) og motiverende intervju, integriert behandling, individuell vs gruppebehandling:

De fleste studier 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

⁸⁴ 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

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 kvasiekperimentell studie viste at et program basert på kognitiv atferdsterapi for kvinner med samtidig post traumatisk stressyndrom (PTSD) og ruslidelse ("Seeking safety") hadde positiv virkning både på psykiske symptomer og rusbruk, 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 behandlingsgruppene 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).
- I en randomisert studie av pasienter med sosial angst og alkohollidelse ble CBT for både 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 mot både 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 rusbruk 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-funksjoner⁸⁵ og livskvalitet
 - Institusjonsbehandling⁸⁶ i mer enn 12 måneder for pasienter som ikke kunne hjelpes med andre tiltak. Denne behandlingen

⁸⁵ ADL: Activities of Daily Life (dagliglivets aktiviteter)

⁸⁶ 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

- 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 bedre 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 individualsamtaler 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 typisk rettet mot å gi kunnskap og bedre familiens mestringsevne. En studie inkluderte familiepsykoedukasjon 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 og på sekundære utfallsmål, men gruppeforskjellene forsvant da intervensjonen opphørte. 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 for at godt tilrettelagte læringsbaserte opplegg ('contingency management') stimulerer til redusert rusbruk. 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 ved for eksempel 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 administreres typisk som intensive behandlingstiltak gitt av tverrfaglig organiserte oppsøkende team som koordinerer servicetilbudene. Disse er ofte vanskelig 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 tidlig intervensjonsteam.
 - 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 rusproblemer) er assosiert med reduserte antall sykehusinnleggelseser 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). For enkelthets skyld mener vi her at integrert behandling favner om alle tiltak og prosesser hvorved behandlingsintervensjoner for personer med ROP 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)

Vedlegg 4. Beskrivelse av de viktigste diagnosene og diagnosegruppene i ICD-10

Noen sentrale områder er beskrevet med kriterier fra ICD-10, andre står bare nevnt med overskrifter⁸⁷. Av plasshensyn er listen ikke komplett, verken når det gjelder hvilke lidelser som er med eller beskrivelsen av dem.

F20 - F29 Schizofreni og schizofrenilignende psykoser

Omfatter schizofreni, schizotyp lidelse, akutte og forbigående psykotiske lidelser, vedvarende paranoide lidelser og schizoaffektive lidelser

F20 Schizofreni

Generelt kjennetegnes de schizofrene lidelsene av fundamentale og karakteristiske endringer av tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Klar bevissthet og intellektuell kapasitet er vanligvis opprettholdt, selv om en viss kognitiv forstyrrelse kan utvikles over tid. De viktigste psykopatologiske fenomenene omfatter tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, tankekringkasting, vrangforestillinger når det gjelder persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet, hallusinatoriske stemmer som kommenterer eller diskuterer pasienten i tredje person, tankeforstyrrelser og negative symptomer. Schizofrene lidelsers forløp kan være kontinuerlig eller episodisk med progredierende eller stabil defekt, eller det kan være en eller flere episoder med fullstendig eller delvis remisjon.

F21 Schizotyp lidelse

Kjennetegnet av eksentrisk atferd og forstyrrelser i tanke- og følelsesliv, som ligner de man ser ved schizofreni, men uten klare eller typiske schizofrenisymptomer på noe tidspunkt

F22 Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser)

Omfatter ulike lidelser der vedvarende vrangforestillinger utgjør det eneste, eller det mest fremtredende kliniske trekk, og som ikke kan klassifiseres under organisk lidelse, schizofreni eller affektiv lidelse.

F23 Akutte og forbigående psykoser

Heterogen gruppe lidelser kjennetegnet av akutt innsettende psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og sansebedrag, og med uttalte avvik fra vanlig atferd. Akutt innsettelse defineres her som en raskt økende utvikling av et klart patologisk klinisk bilde i løpet av to uker eller mindre

F24 Indusert psykose (vrangforestillingslidelse)

F25 Schizoaffektive lidelser

Episodiske lidelser der symptomer på både affektive lidelser og schizofreni er fremtredende, men som ikke gir grunnlag for slike diagnoser.

⁸⁷ Fullstendig gjennomgang av kriteriene for ulike psykiatriske diagnoser finnes på nettstedet: <http://finnkode.kith.no/>, se "Blå bok"

F28 Andre ikke-organiske psykoser og F29 Uspesifisert ikke organisk psykose

Schizofrenilignende psykoser og ruslidelser:

Andel som har samtidig ruslidelse ved schizofreni: 20 – 50 %.

Større andel hos innlagte pasienter enn pasienter i samfunnet (fordi pasienter med schizofreni og samtidig ruslidelse oftere blir innlagt i psykiatrisk institusjon) Viktige momenter:

- Samtidig ruslidelse er forbundet med dårligere prognose
- En viss seleksjon i retning misbruk av cannabis og sentralstimulerende stoffer. (Hyppig nikotinavhengighet kan ses i sammenheng med dette)
- Cannabis kan utløse schizofreni hos disponerte personer, men det er usikkert om det dreier seg om personer som uansett senere ville ha utviklet sykdommen

F30 - F39 Affektive lidelser (stemningslidelser)

Lidelser der den fundamentale forstyrrelsen er en endring i affekt eller stemningsleie til depresjon (med eller uten ledsagende angst) eller heving av stemningsleiet.

Stemningsforandringen ledsages vanligvis av en forandring i det generelle aktivitetsnivået. De fleste andre symptomene er enten sekundære eller kan lett forstås i sammenheng med endringen i stemningsleie og aktivitet. De fleste av disse lidelsene har tilbakevendende tendens, og enkeltepisodene blir ofte utløst av belastende livshendelser eller situasjoner

B30 Bipolare lidelser

Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani) og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse.

B30.0 Hypoman episode

Lidelse kjennetegnet ved vedvarende lett heving av stemningsleiet, økt energi og aktivitet, som regel en sterk opplevelse av velvære og fysisk og psykisk effektivitet.

B30.1 Mani uten psykotiske symptomer.

Stemningsleiet er hevet slik at det ikke harmonerer med pasientens situasjon, og kan variere fra bekymringsløs jovialitet til nesten ukontrollerbar oppstemthet.

B30.2 Mani med psykotiske symptomer

I tillegg til det kliniske bildet beskrevet i F30.1, er vrangforestillinger (vanligvis grandiose) eller hallusinasjoner (vanligvis om stemmer som snakker direkte til pasienten) til stede, eller hevingen av stemningsleiet, den overdrevne motoriske aktiviteten og tankeflukten så ekstrem at personen er uforståelig eller utilgjengelig for vanlig kommunikasjon.

B31 Bipolar affektiv lidelse

Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani) og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse

F32 Depressiv episode

Ved typisk milde, mindre alvorlig e eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse. Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede. Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene og kan ledsages av såkalte «somatiske» (melankoliforme) symptomer, som tap av interesse og lystfølelser, oppvåkning om morgenen flere timer tidligere enn vanlig, depresjon som er tyngst om morgenen, uttalt psykomotorisk retardasjon, uro, appetittløshet, vekt tap og tap av seksualdrift. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, mindre alvorlig eller alvorlig.

Ved typiske depressive episoder av de tre typene beskrevet nedenfor (mild (F32.0), mindre alvorlig (F32.1) og alvorlig (F32.2 og F32.3)), lider personen vanligvis av depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Uttalt tretthet selv etter lette anstrengelser er vanlig. Andre vanlige symptomer er:

- (a) redusert konsentrasjon og oppmerksomhet,
- (b) redusert selvfølelse og selvtillit,
- (c) skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder),
- (d) triste og pessimistiske tanker om fremtiden,
- (e) planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord,
- (f) søvnforstyrrelser,
- (g) redusert appetitt.

F32.0 Mild depressiv episode

To eller tre av symptomene nevnt under F32.- er vanligvis til stede. Pasienten er vanligvis bekymret over disse, men vil sannsynligvis være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter.

F32.1 Mindre alvorlig depressiv episode.

Fire eller flere av symptomene nevnt ovenfor er vanligvis til stede, og det er sannsynlig at pasienten har store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter.

F32.2 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer.

Episode med depresjon der mange av symptomene nevnt ovenfor er markerte og plagsomme, vanligvis tap av selvaktelse og forestillinger om verdiløshet eller skyld. Selvmordstanker og -handlinger er utbredte, og somatiske symptomer er vanligvis til stede.

F32.3 Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer.

Episode med depresjon som beskrevet i F32.2, men med hallusinasjoner, vrangforestillinger, psykomotorisk retardasjon eller så alvorlig stupor at ordinære sosiale aktiviteter ikke kan utføres. Det kan oppstå livsfare som følge av risiko for selvmord, dehydrering eller manglende inntak av føde. Hallusinasjonene og vrangforestillingene kan være, eller ikke være, i samsvar med stemningsleiet.

F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (angstlidelser)

F40 Fobiske angstlidelser

En gruppe lidelser der angst bare, eller hovedsakelig, oppstår i visse veldefinerte situasjoner som ikke innebærer reell fare. Som følge av dette blir disse situasjonene typisk nok unngått eller gjennomlevd med frykt. Pasientens bekymring kan være fokusert på enkeltsymptomer som hjertebank eller følelse av å skulle besvime, og er ofte forbundet med sekundær redsel for å dø, miste kontroll eller bli gal. Tanken på å gå inn i en fobisk situasjon fremkaller vanligvis forventningsangst. Fobisk angst og depresjon eksisterer ofte side om side. Hvorvidt det er nødvendig med to diagnoser; fobisk angstlidelse og depressiv episode, eller bare én diagnose, bestemmes av tidsforløpet for de to lidelsene og av terapeutiske overveielser ved tidspunktet for konsultasjonen.

F40.0 Agorafobi.

Fobier som omfatter frykt for å forlate hjemmet, gå i butikker, oppsøke folkemengder og offentlige plasser, eller reise alene på tog, buss eller fly. Panikkanfall er et hyppig fenomen ved både nåværende og tidligere episoder. Depressive symptomer og tvangssymptomer, samt sosiale fobier, er også vanligvis til stede som subsidiære trekk. Unnvikelse av den fobiske situasjonen er ofte fremtredende, og enkelte pasienter med agorafobi opplever sjelden angst fordi de er i stand til å unngå de fobiske situasjonene.

F40.1 Sosiale fobier

Frykt for å bli kritisk gransket av andre mennesker, som fører til unnvikelse av sosiale situasjoner. Mer gjennomgripende sosiale fobier er vanligvis forbundet med lav selvfølelse og frykt for kritikk. De kan komme til uttrykk som rødming, skjelving på hendene, kvalme eller vannlatingstrang, og pasienten er av og til overbevist om at en av disse sekundære angstmanifestasjonene er det primære problemet. Symptomene kan gå videre til panikkanfall.

F41.0 Panikklidelse (episodisk paroksysmal angst)

Hovedtrekket er tilbakevendende anfall av alvorlig angst (panikk), som ikke er begrenset til spesielle situasjoner eller omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar. Som ved andre angstlidelser omfatter de sentrale symptomene plutselig innsettende hjertebank, brystmerter, kvelningsfølelse, svimmelhet og opplevelse av uvirkelighet (depersonalisasjon eller derealisasjon). Det oppstår også ofte en sekundær frykt for å dø, miste kontrollen eller bli gal. Panikklidelse skal ikke settes som hoveddiagnose hvis pasienten har en depressiv lidelse på det tidspunktet anfallet starter, fordi panikkanfallene da sannsynligvis er sekundære til depresjonen.

F41.1 Generalisert angstlidelse

Angst som er generalisert og vedvarende, men ikke begrenset til noen bestemte situasjoner eller omstendigheter, dvs at den er frittflytende. De sentrale symptomene veksler, men omfatter klager over vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i epigastriet. Det uttrykkes ofte frykt for at pasienten selv eller en slektning av vedkommende snart vil bli syk eller utsatt for en ulykke.

F42 Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)

Hovedtrekket er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstankene er idéer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i pasientens bevissthet i en stereotyp form. De er nesten uten unntak foruroligende, og pasienten prøver ofte, uten hell, å motstå dem. Pasienten erkjenner dem imidlertid som sine egne tanker, selv om de er ufrivillige og ofte frastøtende. Tvangshandlinger eller tvangsritualer

er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang.

F43 Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]

Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste. Predisponerende faktorer (f eks kompulsive eller asteniske personlighetstrekk) eller nevrose i sykehistorien, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverring av forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten.

F44 Dissosiative lidelser [konversjonslidelser]

F45 Somatoforme lidelser

Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer i kombinasjon med stadige anmodninger om medisinsk utredning, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra legene om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser skulle være til stede, forklarer de verken symptomenes art og omfang, eller pasientens engstelse og opptatthet av symptomene.

F45.0 Somatiseringslidelse

F48 Andre nevrotiske lidelser

F48.0 Nevrasteni

F48.1 Depersonalisasjons- og derealisasjonssyndrom

F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

F50 Spiseforstyrrelser

F50.0 Anorexia nervosa

Lidelse kjennetegnet av bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Lidelsen forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes, likeledes prepubertetsbarn og kvinner frem til menopausen. Lidelsen er forbundet med en spesifikk psykopatologi, der frykt for fedme og lubben figur er påtrengende og overdimensjonert. Pasientene fastsetter en lav ideelvekt på seg selv. Det foreligger vanligvis underernæring av varierende alvorlighetsgrad, med sekundære endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjoner. Symptomene omfatter innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvframkalt brekninger og defekasjoner og bruk av appetittdempende midler og diuretika.

F50.1 Atypisk anorexia nervosa

Lidelser som oppfyller noen av kjennetegnene ved anorexia nervosa, men der det samlede kliniske bildet ikke gir grunnlag for den diagnosen.

F50.2 Bulimia nervosa

Syndrom kjennetegnet av gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten. Dette leder til et mønster med overspising som etterfølges av oppkast eller bruk av avføringsmidler. Lidelsen har mange felles symptomer med anorexia nervosa, bl a overdreven opptatthet av figur og vekt. Gjentatte brekninger gir lett elektrolyttforstyrrelser og fysiske komplikasjoner. I sykehistorien er det en episode med anorexia nervosa måneder eller år tidligere.

F50.3 Atypisk bulimia nervosa

Lidelser som oppfyller noen av kjennetegnene ved bulimia nervosa, men der det samlede kliniske bilde ikke gir grunnlag for den diagnosen.

F50.4 Overspising forbundet med andre psykiske lidelser

Overspising som følge av belastende livshendelser, som tap, ulykker, fødsel osv.

(F60-F69) Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

Denne kategorien inkluderer en rekke tilstander og atferdsmønstre som er vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Noen av disse tilstandene og atferdsmønstrene viser seg tidlig i individets utvikling som følge av både konstitusjonelle faktorer og sosiale erfaringer, mens andre erverves senere i livet. Spesifikke personlighetsforstyrrelser (F60.-), blandede og andre personlighetsforstyrrelser (F61.-), og varige personlighetsendringer (F62.-) er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som viser seg gjennom rigide reaksjoner i personlige og sosiale situasjoner.

F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved overdreven følsomhet for krenkelser, manglende tilgivelse ved fornærmelser, mistenksomhet og tilbøyelighet til å forvrengte erfaring ved å oppfatte andres nøytrale eller vennlige handlinger som fiendtlige eller hånlige. Tilbakevendende ubegrunnede mistanker angående ektefellens eller partnerens seksuelle troskap, og en kamppreget og innbitt holdning til personlige rettigheter er vanlig. Overdreven følelse av egen betydningsfullhet, og overdreven selvhenføring forekommer ofte.

F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved tilbaketrekning fra følelsesmessig, sosial og annen kontakt med andre mennesker, med preferanse for indre fantasiliv, individuelle aktiviteter og introspeksjon. Individet har begrenset evne til å uttrykke følelser og til å oppleve glede.

F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved likegyldighet for sosiale forpliktelser og uttalt mangel på forståelse for andres følelser. Det foreligger stor diskrepans mellom atferd og gjeldende sosiale normer. Atferden er ikke særlig påvirkelig av negative erfaringer, herunder straff. Pasienten har lav frustrasjonstoleranse og lav terskel for aggresjonsutbrudd, herunder voldshandlinger. Det er en tendens til å bebreide andre, eller til å gi plausible rasjonaliseringer for den atferden som bringer pasienten i konflikt med samfunnet.

F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Pasienten har en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Det foreligger også en tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd, særlig hvis impulsive handlinger blir hindret eller kritisert. To typer kan skilles ut: den impulsive typen, som hovedsakelig kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet og impuls kontroll, og den ustabile typen, som i tillegg kjennetegnes ved forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, og ved en tendens til selvdestruktiv atferd, herunder selvmordshandlinger og -forsøk.

F60.6 Engstelig [unnvikende] personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved følelse av anspenhet, engstelse, usikkerhet og mindreverd. Pasienten har en kontinuerlig lengsel etter å bli likt og akseptert, er overfølsom for avvising og kritikk og har reduserte personlige tilknytninger. Det er tendens til å unngå visse aktiviteter ved tilbøyelighet til å overdrive potensielle farer og risikomomenter i dagligdagse situasjoner.

(F70-F79) Psykisk utviklingshemming

(F80-F89) Utviklingsforstyrrelser

Forstyrrelsene inkludert i F80-F89 har følgende fellestrekk: a) alltid debut i barndommen, b) mangelfull eller forsinket utvikling av funksjoner knyttet til den biologiske modning av sentralnervesystemet, og c) jevnt forløp som ikke innebærer remisjoner eller tilbakefall. I de fleste tilfeller er språkfunksjon, visuo-spatiale ferdigheter og motorisk koordinasjon påvirket. Vanligvis har den forsinkede eller mangelfulle utviklingen vært til stede fra det tidspunkt den kunne påvises med sikkerhet, og vil avta etter hvert som barna blir eldre, selv om mindre defekter ofte kan vedvare i voksen alder.

(F90-F98) Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

F90 Hyperkinetiske forstyrrelser

Gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut (vanligvis i løpet av de fem første leveårene), manglende utholdenhet i aktiviteter som krever kognitivt engasjement, og tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig, i kombinasjon med uorganisert, dårlig regulert og overdreven aktivitet. Flere andre avvik kan forekomme. Hyperkinetiske barn er ofte uforsiktlige og impulsive, utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, mer enn på grunn av bevisst utfordrende atferd. I forhold til voksne viser de ofte sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn, og kan derfor bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser uforholdsmessig hyppige. Sekundære komplikasjoner omfatter dyssosial atferd og lav selvfølelse.

F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet

Koden skal brukes når de generelle kriteriene for hyperkinetisk forstyrrelse F90 er oppfylt, mens kriteriene for F91 (atferdsforstyrrelser) ikke er det.

F90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

Kategorien skal brukes når de generelle kriterier for både hyperkinetiske forstyrrelser F90 og atferdsforstyrrelser F91 er oppfylte.

F91 Atferdsforstyrrelser

Forstyrrelse kjennetegnet ved gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen. Atferdsforstyrrelsen er mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller opprørstrang i ungdomsårene. Atferdsmønsteret varer ved over tid (seks måneder eller mer). Symptomer på atferdsforstyrrelser kan også være symptomatiske for andre psykiatriske tilstander, som i så fall får diagnostisk forrang. Eksempler på atferd som diagnosen baseres på, omfatter uttalt slåssing eller

tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulking eller rømning, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall og ulydighet. Hvis disse atferdstrekkene er markerte, er hvert av dem tilstrekkelige for å stille diagnosen, mens enkeltstående dyssosiale handlinger ikke er nok.

F92 Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser

En gruppe forstyrrelser kjennetegnet ved kombinasjon av vedvarende aggressiv, dyssosial eller trassig atferd med åpenbare og uttalte symptomer på depresjon, angst eller andre følelsesmessige forstyrrelser.

Vedlegg 5. Livstidsprevalens av ruslidelser blant voksne med ulike psykiske lidelser

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

Tabell 1 Livstidsprevalens (%) 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	
	%	OR ⁸⁸	%	OR	%	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
Panikk lidelse	28,7	2,6	16,7	3,2	35,8	2,9

⁸⁸ 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

VEDLEGG 7 Rusmidler: typer og bruksmønstre

Type rusmiddel	Bruksmønstre	Inntaksmåte
<p>F10 Alkohol Har kompleks virkning på ulike neurotransmittorer. Virker generelt dempende, spesielt på hemninger. Langvarig bruk kan føre til økt angst og depresjon. Både rusforgiftning og abstinensreaksjoner kan føre til akutt psykose. Langvarig bruk kan gi skader i hjernen (Korsakoffs psykose/amnestisk syndrom) som også har sammenheng med mangel på vitamin B1 (tiamin). Fare for overdose, spesielt kombinert med andre dempende substanser</p>	<p>Bruk Det går en uklar grense mellom bruk og misbruk av rusmidler. Store deler av befolkningen i vestlige land bruker alkohol uten å få problemer. Grupper av pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan være mer sårbare for bruk av rusmidler fordi endret persepsjon og atferd kan skje ved inntak av små mengder. Det gjelder særlig mennesker med schizofreni. Noen personer kan utvikle rusutløst psykose lettere enn andre. Spesielt en del unge kvinner utvikler angstreaksjoner av moderate mengder cannabis (Patton et al., 2002). Andre unge utvikler vrangforestillinger og hallusinasjoner. Bruk av illegale rusmidler innebærer brudd på konvensjoner og lover, og noen vil si at det dermed per definisjon dreier seg om misbruk.</p>	<p>Spising eller drikking (Langsom virkning) Vanlig ved bruk av: - alkohol - benzodiazepiner - opioider (kodein, metadon)</p>
<p>F11 Opioider Dette er en gruppe substanser hvor noen kommer fra opiumsvalmuen (opiat), mens andre er syntetisk fremstilt. Hovedvirkning via separate opioidreseptorer. Generelt dempende, smertestillende og hostedempende effekt. Uttalt toleranseøkning. Kan i store doser føre til respirasjonsdempning og død, særlig brukt sammen med benzodiazepiner og/eller alkohol.</p>		<p>Røyking/ inhalering (Meget rask virkning) Vanlig ved bruk av: - nikotin - cannabis - opioider - metamfetamin</p>
<p>F12 Cannabis Kommer fra den indiske hampplanten, enten som tørkede plantedeler (marihuana) eller tørket plantesaft i plater/kaker/klumper (hasj). Virkestoffet tetrahydrocannabinol (THC) har en kompleks virkning gjennom egne cannabinoidreseptorer. Langtidseffekter er redusert korttidsminne, konsentrasjon og energi, Hallusinogen virkning i større doser. Kan ved langvarig bruk – spesielt i ung alder - gi schizofrenilignende symptomer og forsterke flere psykiske lidelser, særlig depresjon. Kan sannsynligvis utløse schizofreni hos personer som er disponerte for det</p>	<p>Misbruk Betegnelsen "misbruk" kan forstås på to måter:</p>	<p>Gjennom munnslimhinnen (Rask virkning) Vanlig ved bruk av: - nikotin (snus) - opioider (buprenorfin)</p> <p>Gjennom neselimhinnen (Rask virkning) Vanlig ved bruk av: - kokain - amfetamin</p>
		<p>Intravenøst med sprøyte (Meget rask virkning) Vanlig ved bruk av:</p>

<p>F13 Sedativa og hypnotika Beroligende og sovemedisiner. Vanligst er benzodiazepiner. Generelt dempende, reduserer uro og anspenhet. Kan føre til likegyldighet og redusert kognitiv funksjon. Paradoks reaksjon med oppstemthet og rusopplevelse spesielt ved store doser. Risiko for overdose ved kombinasjon med alkohol eller opioider</p> <p>F14 Kokain Kommer fra bladene på den Sør-Amerikanske kokabusken. Sentralstimulerende med rask og kortvarig virkning. Ligner ellers sterkt på virkningen av andre sentralstimulerende stoffer</p> <p>F15 Sentralstimulerende Sentralstimulerende (amfetamin, metamfetamin, khat). Øker våkenhet og selvfølelse, reduserer matlyst. Kan hos noen føre til akutt paranoid psykose og depresjon.</p> <p>F16 Hallusinogener Vanligst er ecstasy og LSD, men også noen sopparter. Endrer sanseopplevelse, oppfatning av situasjoner og hva som er virkelighet. Kan føre til akutt psykose på kort sikt, angst og depresjon på lengre sikt</p> <p>F17 Tobakk Lett sentralstimulerende. Ved psykiske lidelser er avhengighet vanlig, spesielt gjelder dette alvorlig psykisk lidelse som schizofreni. Omtales ikke spesielt i disse retningslinjene</p> <p>F18 Løsemidler Virkning som kan sammenlignes med alkohol, men større risiko for hjerneskade og skade av andre organer</p> <p>F 19 Multiple eller andre substanser Mange bruker flere stoffer, ofte samtidig. Det kan føre til usikre virkninger og øker risiko for uventede psykiske reaksjoner og for noen risiko for overdose, spesielt hvis flere dempende midler kombineres.</p>	<p>1) språklig uttrykk som innebærer bruk av rusmidler på en måte som skaper problemer medisinsk eller sosialt</p> <p>2) diagnostisk kategori innenfor DSM-IV (engelsk: "substance abuse"). I DSM-IV knyttes rusmisbruk både til helseskade og uheldige sosiale konsekvenser som følger av rusbruken.</p> <p>Skadelig bruk Diagnostisk kategori innenfor ICD-10 med vekt på den psykiske og fysiske helseskaden som bruken av rusmiddelet kan føre til Se tabell 2</p> <p>Avhengighet/ avhengighetssyndrom Diagnostiske kategorier innenfor DSM-IV og ICD-10. Innebærer sterkt trang (sug) etter å bruke rusmiddelet, noen ganger toleranseutvikling og abstinensreaksjoner. Bruk av rusmiddel får oftest prioritet foran andre aktiviteter Se tabell 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - opioider - amfetamin - kokain - benzodiazepiner <hr/> <p>Hyppighet</p> <ul style="list-style-type: none"> - flere ganger daglig - daglig - 2-5 ganger ukentlig - 1-4 ganger månedlig <hr/> <p>Grad av påvirkning</p> <ul style="list-style-type: none"> - lett påvirket - moderat påvirket - sterkt påvirket <hr/> <p>Type påvirkning</p> <ul style="list-style-type: none"> - dempende - stimulerende - hallusinogen - blanding (Se figur 1)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Referanser

Reference List

- 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, rbadzadeh-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.
- 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* 2005b; (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.
- Bakken K, Vaglum P. Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up
1. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; (3): 20.
- 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. Rusmiddeletatens kompetansesenter, Oslo kommune.
Ref Type: Report
- Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature. *Dev Psychopathol* 2006; (18): 1023-1035.
- 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
- Danielsen K, Garratt A, Kornør H. Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleverktøy. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2007. Oslo.
Ref Type: Report
- Departement of health. Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings. 2006. London.
Ref Type: Report
- 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 21. *Soc Sci Med* 2005; (60): 1371-1383.
- 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
- Gallagher S K, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med* 1996; (42): 1691-1701.
- Gamman T, Linaker O M. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000b; (120): 2151-2153.
- Gamman T, Linaker O M. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte
1. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000c; (120): 2151-2153.
- Gamman T, Linaker O M. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000a; (120): 2151-2153.
- 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. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Helsedirektoratet. IS-1511. 2008b. Oslo.
Ref Type: Report
- Helsedirektoratet. Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. IS-1512. 2008c.
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* 2005c; (125): 1178-1180.
- Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo T O, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17 - 40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005a; (125): 1178-1180.
- Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo T O, Johnsen J. Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17 - 40 år innlagt med psykose. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005b; (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
- Justo L P, Soares B G, Calil H M. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD005167.
- 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.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study
19. *Am J Psychiatry* 2001; (158): 1091-1098.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; (41): 713-719.
- Kurtze N, Eide AH. Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere. 2003. SINTEF Unimed.
Ref Type: Report
- Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002a; (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.
- Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties
5. *BMC Psychiatry* 2006; (6): 44.

- Landheim A S, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002b; (12): 309-318.
- Langeveld H, Melhus H. Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten? 3. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004b; (124): 2094-2097.
- Langeveld H, Melhus H. Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten? 3. *Tidsskr Nor Lægeforen* 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.
- 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 rusproblemer 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 1 Screening og diagnose-instrumenter. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2007. 2007a.
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
- Nilsen E S, Myrhaug H T, Johansen M, Oliver S, Oxman A D. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database Syst Rev 2006; (3): CD004563.
- Nøkleby H, Lauritzen G. Rusmiddelmissbruk 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.
- Patton G C, Coffey C, Carlin J B, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ 2002; (325): 1195-1198.
- Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002;CD002831.

- 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.
- 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* 1990b; (264): 2511-2518.
- 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. *JAMA* 1990a; (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.
- Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull* 1993; (113): 129-139.
- Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesach 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.

- 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* 2004b; (254): 365-371.
- Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother* 2008; (8): 1067-1077.
- Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. STF78 F035003. 2003. SINTEF Unimed.
Ref Type: Report
- 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.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård
Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. 2006. Stockholm.
Ref Type: Report
- 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 Opptappingsplan 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. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserien 7:2000. 2000b. Oslo.
Ref Type: Report

- Statens helsetilsyn. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. 2000a. Oslo.
Ref Type: Report
- Statens helsetilsyn. Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. 2002. 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. Department 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.
- Tiet Q Q, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res* 2007c; (31): 513-536.
- Tiet Q Q, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res* 2007b; (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. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use
2. J Clin Psychiatry 2007; (68 Suppl 11): 4-8.

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.

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