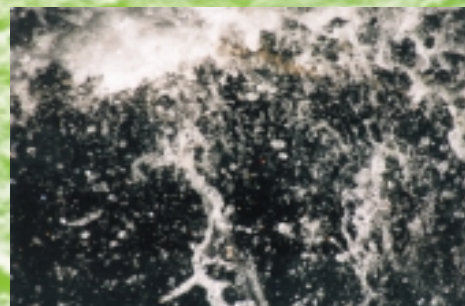
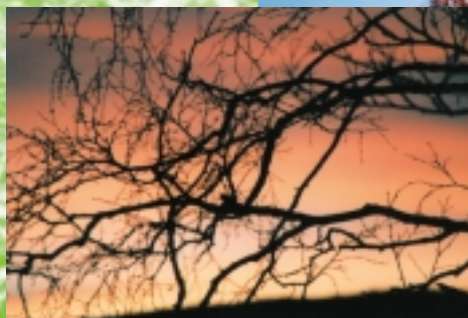
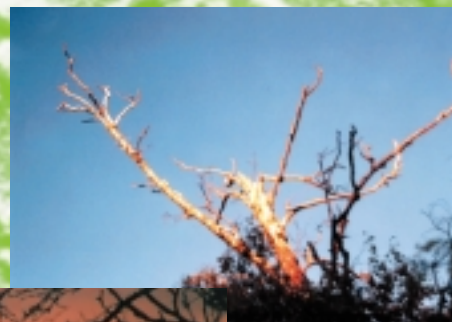




Statens helsetilsyn

10-2000

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk



PERSONER MED SAMTIDIG ALVORLIG PSYKISK LIDELSE OG OMFATTENDE RUSMISBRUK

KARTLEGGING AV ANTALL OG BEHANDLINGSBEHOV



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1

Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo

Tlf.sentralbord: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Forord

I forbindelse med oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St.prp. nr. 63 (1997-98) om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006 ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å kartlegge omfanget av personer med alvorlig psykisk lidelse som misbrukte rusmidler i et slik omfang at det var behov for spesialiserte døgnplasser og polikliniske behandlingstilbud.

Lege Knut Boe Kielland ble engasjert for å gjennomføre kartleggingen og den foreliggende rapport er resultatet av arbeidet som ble utført i 1998-99. De konklusjoner og forslag til tiltak som fremkommer i rapporten er utrederens egne.

I rapporten omtales tre hovedgrupper av pasienter med kombinasjon alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk som trenger nye behandlingstiltak. Den "sårbare" gruppen inkluderer psykoser, alvorlige depresjoner og angstlidelser, spiseforstyrrelser samt engstelige og eksentriske personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen antas å bestå av vel 2000 personer. Den "utagerende" gruppen er i underkant av 1500 personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser preget av atferdsavvik. I tillegg regnes med en tredje gruppe på omkring 300 personer med ulike typer kognitiv svikt.

Rapporten gjennomgår forskningslitteratur omkring pasienter med "dobbeltdiagnose", og det foreslås tiltak når det gjelder behandling og omsorg. Det foreslås utbygging av egne enheter for disse pasientene, med både sengeposter og poliklinisk behandling. Det legges også mye vekt på kommunale tiltak, i første rekke behovet for flere skjermede boliger. Bedre samhandling mellom de mange involverte instanser – inkludert justisetaten – antas sentralt, spesielt for den utagerende gruppen

Sammen med rapporten om de psykiatriske ungdomsteamene danner foreliggende utredning grunnlag for anbefalinger som Helsetilsynet har gitt til departementet om hvilke tilbud som bør gis til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Anbefalingene inneholder følgende punkter:

1. Det må være tilbud om døgnopphold på sentralsykehusnivå i hvert fylke for pasienter med alvorlig psykisk sykdom som også har et rusmiddelmisbruk. Eventuelt kan to mindre fylker samarbeide om et slikt tilbud. Det skal være tilbud om innleggelse til utredning og behandling for den "sårbare gruppen". Også pasienter innen den "utagerende gruppen" bør kunne tas imot til korte innleggelser for utredninger og ved kriser, særlig ved psykoseproblematikk. Ansvarsfordelingen for ulike tilbud etter to forskjellige lover må ikke være til hinder for nødvendig samordning og samarbeid mellom psykisk helsevern og sosialomsorgens tilbud.
2. Alle distriktskykiatriske sentere bør ha kompetanse i behandling av personer med psykiske lidelser og rusmisbruk. Fylkeskommunene bør igangsette etter- og videreutdanningstiltak for å oppnå dette.
3. Alle fylker bør ha poliklinisk virksomhet med oppsøkende team som kan oppsøke og følge opp pasientene hjemme ved behov, og gi konsultasjon og veiledning til kommunale helse- og sosialtjenester og til øvrig spesialisthelsetjeneste. Slik poliklinisk virksomhet med oppsøkende team kan etter lokale forhold og behov legges til sentralsykehusavdeling eller til større DPS'er.
4. Voksenpsykiatrien i hvert fylke bør ha et særskilt tilbud til unge med rusproblemer og psykiske lidelser. Dette kan f.eks. være i form av ett eller flere "Psykiatriske rusteam for unge" (jfr dagens psykiatriske ungdomsteam), knyttet til sentralsykehusets avdeling for rusrelatert psykiatri eller til ett eller flere DPS'er i fylket. Teamene bør arbeide utadrettet og oppsøkende. Eventuell omorganisering av tilbudene bør skje slik at det tas vare på eksisterende kompetanse. Organiseringen av dagens PUT framgår av utredningen om de psykiatriske ungdomsteamene.
5. Alle fylkeskommuner må ha tilbud til barn og ungdom mellom 12 og 18 år med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Det bør finnes tilbud både om døgnopphold, poliklinisk utredning og behandling, og oppsøkende behandling.

6. For å sikre kontinuitet i behandlingsskjeden bør psykiatriske rusteam og avdelinger i voksenpsykiatrien ha en fleksibel nedre aldersgrense og ta inn pasienter under 18 år som forventes å få et behandlingsforløp i voksenpsykiatrien. Tilsvarende bør tilbud innen barne- og ungdomspsykiatrien ha en fleksibel øvre aldersgrense og følge opp pasienter over 18 år med typisk ungdomsproblematikk.
7. Tilbudene i det enkelte fylket til voksne rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser og til ungdom med rusproblemer må beskrives i den fylkeskommunale opptrappingsplanen. Samarbeidet mellom voksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien og privatpraktiserende leger eller psykologer må beskrives særskilt. Tiltak for å bygge opp større kompetanse innen rusrelatert psykiatri i de ulike delene av fylkeshelsetjenesten må beskrives.
8. Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri bør ha som oppgave å videreutvikle kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatrien når det gjelder utredning og behandling av psykiske lidelser kombinert med rusmisbruk.

Statens helsetilsyn anser rapporten for å være av allmenn interesse, og gir den derfor ut i sin utredningsserie. Helsetilsynet håper rapporten kan bidra til å øke kunnskapen omkring disse pasientene og bidra til gode tiltak både i fylkeskommuner og kommuner. Denne rapporten kan for øvrig sees i sammenheng med rapport om De psykiatriske ungdomsteamene IK 2728 som utgis samtidig med denne.

Oslo, oktober 2000



Lars Hanssen
kst. helsedirektør

Utredersens forord

Det har de siste 20 årene vært en økende interesse knyttet til rusmisbrukere med samtidige psykiske problemer. Noe av bakgrunnen har vært observasjonen av at en del misbrukere og psykiatriske pasienter ikke blir bedre av den behandlingen de får i eksisterende behandlingstilbud. De kan være ute av stand til å følge behandlingsoppleggene i psykiatrien eller i russektoren og blir lett kasteballer mellom de to. Satt på spissen har psykiatrien ofte krevd at pasientene måtte være rusfrie før den kunne komme inn i bildet, mens russektoren forutsatte at den psykiske lidelsen var behandlet før de kunne gjøre noe. Pasientene selv er blitt taperne. Behandlere innenfor psykiatrien og russektoren har kunnet konstatere at pasientene ikke har fulgt opp, ofte under henvisning til at de ikke var motiverte for endring. Kommunene har ofte følt at de er blitt sittende alene med ansvaret for de pasientene som har fungert dårligst.

En annen innfallsvinkel har vært kartleggingsundersøkelser hos misbrukere. De har vist betydelig overhyppighet av psykiatriske tilstander hos personer som misbruker alkohol og - i enda større grad - hos narkotikamisbrukere. Etter hvert er det kommet en rekke undersøkelser fra inn- og utland som beskriver omfanget av psykiske symptomer, lidelser og forstyrrelser blant misbrukere. Parallelt med dette er det blitt økende oppmerksomhet om rusmisbruk blant ulike grupper av psykiatriske pasienter. Også epidemiologiske undersøkelser av befolkningsgrupper har kastet nytt lys over disse forholdene. Mange har påpekt at de psykisk syke misbrukerne også har hatt en tendens til sosialt forfall. De har ikke mestret egen økonomi, har hatt vansker med å skaffe seg eller beholde bolig, og noen av dem utgjør en del av samfunnets mest utstøtte og fattige. De siste 10-årenes nedbygging av de psykiatriske langtidsinstitusjonene er også et moment i dette bildet. Fra andre land er det kjent at en del av de utskrevne havnet som bostedsløse i de store byene. Muligens finnes blant bostedsløse også i Norge personer som har psykiske lidelser og nå misbruker rusmidler, men som tidligere ville vært ivaretatt på psykiatriske sykehus.

Gruppen med såkalte dobbeltdiagnoser ble omtalt i *Stortingsmelding 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere* fordi den representerte særlige problemer både for psykiatrien og rusmiddelsektoren. I *Stortingsmelding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* tas det til orde for at personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk prioriteres med egne behandlingstilbud både i institusjon og poliklinisk. Det foreslås også at gruppens størrelse kartlegges nærmere. Stortinget har gitt sin tilslutning til dette, og Sosialdepartementet har bedt Statens helsetilsyn om å stå for kartleggingen. Undertegnede ble engasjert av Helsetilsynet for å foreta denne kartleggingen.

Hva er alvorlig psykisk lidelse i denne sammenheng? Er det å ikke klare å bo i leilighet uttrykk for alvorlig psykisk lidelse, selv om det ingen steder er stilt noen diagnose? Og hvor mye rusbruk er misbruk? Hva er behandling for disse gruppene? Og hva er omsorg? Kan omsorg være behandling? Er det egentlig i det hele tatt behov for spesialiserte døgnplasser og polikliniske behandlingstilbud, eller trenges egentlig noe annet? Hva er poliklinisk behandling? Er det å sitte på en poliklinikk, eller kan det også være å lete fram folk som ikke kommer til poliklinikken?

Ulike metoder er benyttet. Det var nødvendig å spørre de som arbeidet med disse pasientene om hvordan de opplevde både omfanget av problemet og andre spørsmål omkring pasientene. Det ble valgt å spørre på en slik måte at de som arbeider i feltet fikk mulighet for å komme fram med egne synspunkter. Noe av grunnlaget for denne rapporten er derfor en egen kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatrien, rusfeltet og kommunene. Det er kommet inn resul-

tater som har krevd betydelig bearbeiding. En kort gjennomgang av de viktigste resultatene av kartleggingsundersøkelsen er samlet i kapitlene 8 og 9. Av plasshensyn er en grundigere gjennomgang av funnene ikke tatt med i denne rapporten. I samråd med Statens helsetilsyn vil undertegnede vurdere publisering av disse funnene på annen måte.

Siden mandatet var knyttet til å finne omfanget av pasienter med dobbeltdiagnose som krever spesielle behandlingstiltak, var det nødvendig å komme nærmere inn på hva slags behandling som er mest aktuell. Rapporten inneholder derfor også refleksjoner og synspunkter på dette.

Den svenske psykologen Ulla Bertling som har gjort en større undersøkelse i Stockholm omkring psykiske lidelser hos misbrukere, hevder at "missbrukere med bristfälliga inre strukturer samspekar ofta på ett destruktivt sätt med vårdapparaten - som också er ostrukturerad, splittrad och diffus i ansvarstagandet." Situasjonen er nok mange steder slik også i vårt land. Det må være en beskjeden målsetning at innsatsen blir organisert på en måte som bidrar til oversikt og struktur, ikke til økt følelse av uklarhet og dermed utrygghet.

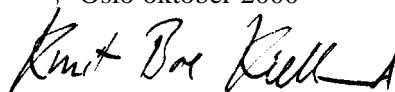
Helsetilsynet oppnevnte en referansegruppe for å bistå prosjektlederen med arbeidet. Referansegruppen - som hadde 5 møter - har hatt følgende medlemmer:

Gard Berge, Eikely, avd. for rusrelatert psykiatri, Rogaland psykiatriske sykehus
Hilde Flata, Avdeling Rehab. B-3, Aker sykehus, senere PUT, Lillestrøm
Morten Juell, Oppland psykiatriske sykehus
Anne Landheim, Kompetansesenter for rusproblematikk, Sanderud sykehus
Anne Marie Opsahl, Landsforbundet mot stoffmisbruk.
Björg Rusånes, Tiltak for bostedsløse, Oslo
Ingunn Skre, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø
Helge Waal, MARIO, Oslo
Sabine Wigors, PUT, Lillestrøm

Fra Helsetilsynet har Arild Gjertsen, Anne-Grete Kvanvig, Siv Skarstein og Tone Skjellum deltatt i referansegruppens møter.

Mange skal takkes: Det gjelder referansegruppen som har bistått med hjelp og synspunkter. Referansegruppen er forøvrig ikke ansvarlig for innholdet i rapporten. Likeledes har tallrike mennesker som arbeider innenfor disse feltene bidratt med idéer, synspunkter og kunnskap. Mange har utført et stort arbeid med utfylling av spørreskjemaer og på den måten bidratt på en meget verdifull måte. De fortjener stor takk. Det er mitt håp at noen av dem også har følt at de selv hadde litt nytte av arbeidet. Spesiell takk til Torleif Ruud og Eli Lidal som arbeider med Helhetlig psykiatriplanlegging, Helge Hagen, SINTEF Unimed som har vært ansvarlig for tverrsnittsundersøkelsen i psykiatriske institusjoner i 1994, Grete Lauritzen, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning som har hatt hovedansvar for den mest omfattende kartleggingen av stoffmisbrukere her i landet og Lars Marius Ulfrstad, Norsk institutt for byggforskning som står bak en grundig undersøkelse omkring bostedsløshet i Norge. De har gått til sine datafiler og der funnet informasjon omkring pasienter med dobbeltdiagnose, utover det som er publisert. Dette har de stilt til disposisjon for denne kartleggingen.

Oslo oktober 2000



Knut Boe Kielland
Prosjektleder

Innhold

Forord	3
Utredersens forord	4
Innhold	6
1 Sammen drag	8
2 Definisjoner	10
2.1 Ulike definisjoner av kombinasjonslidelser rus og psykiatri	10
2.2 Definisjonen som blir brukt i denne kartleggingen	10
2.3 Uttrykket ”dobbeltdiagnose”	11
3 Klassifikasjon av dobbeltdiagnosepasienter	12
3.1 De sårbare	13
3.2 De utagerende	14
3.3 Kognitiv svikt	15
3.4 Andre grupper med plagsomme psykiske symptomer	15
4 Metoder for kartleggingen	17
4.1 Litteraturgjennomgang	17
4.2 Gjennomgang av ikke publiserte data fra andre undersøkelser ...	17
4.3 Spørreskjemaundersøkelse	18
4.4 Samtaler	18
5 Omfanget av psykiske lidelser	19
5.1 Befolkningsundersøkelser	19
5.2 Vurderinger fra Rådet for psykisk helse	20
5.3 Helhetlig psykiatriplanlegging	21
6 Omfanget av rusmiddelmisbruk i Norge	22
6.1 Historiske perspektiver	22
6.2 Utviklingstrekk de siste årene	22
6.3 Prevalenstall for misbruk i dag	23
7 Noen resultater av undersøkelser omkring samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk	25
7.1 Psykiske lidelser blant rusmisbrukere	25
7.2 Rusmisbruk blant psykiatriske pasienter	28
7.3 Andre utredninger omkring forekomst av dobbeltdiagnosepasienter	29
7.4 Kriminalomsorgen	30
7.5 Bostedsløse	32
7.6 Noen momenter omkring pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk	34
7.7 Konklusjoner	39
8 Omfanget av personer med alvorlig psykiske lidelse og som samtidig misbruker rusmidler i et slikt omfang at det er behov for spesialiserte døgnplasser og polikliniske behandlingstilbud	40
8.1 Grunnlag for beregningene	40
8.2 Metoder i Helsetilsynets kartleggingsundersøkelse for beregning av antall	40
8.3 De sårbare	42
8.4 De utagerende	44
8.5 Kognitiv svikt	44

8.6	Samlet	45
8.7	Andel nysyke schizofrene med rusproblemer	45
9	–vrige r esultater fra kartleggingsundersøkelsen	46
9.1	Noen karakteristika ved de ulike gruppene pasienter med dobbeltdiagnose	46
9.2	Innleggelse i institusjon	49
9.3	Boligforhold	49
9.4	Ivaretagelse av behandlingsbehov	49
9.5	Rusinstitusjonene	50
9.6	Vurdering av hvilke tiltak som ble antatt viktige for pasienter med kombinasjonen rusmisbruk/alvorlig psykisk lidelse	51
10	Regionale forskjeller i Norge	54
11	Behandling og oppfølging av pasienter med dobbeltdiagnose	58
11.1	Noen perspektiver	58
11.2	Behandling, rehabilitering og omsorg. Hva er hva?	59
11.3	Norske behandlingstiltak og ressurser	60
11.4	Frivillighet og tvang	63
11.5	Behandlingsforskning omkring dobbeltdiagnosepasienter	66
11.6	Integrert behandling for dobbeltdiagnosepasienter i den ”sårbare” gruppen	71
11.7	Resultater fra kartleggingsundersøkelsen om behov for tiltak	74
11.8	Boliger for dobbeltdiagnosepasienter	75
11.9	Samhandling mellom instanser	77
12	Oppsummering og anbefalinger	81
12.1	Oversikt over hvilke pasienter/klienter som trenger behandling i annenlinjetjenesten for rusmisbruk kombinert med psykisk lidelse	81
12.2	De fylkeskommunale tjenestene for rusmisbrukere med psykiske lidelser	82
12.3	Konklusjoner og anbefalinger	90
	Litteratur	92
	Vedlegg 1: Ordliste	98
	Vedlegg 2: Tverrsnittundersøkelsen ved norske psykiatriske institusjoner	105
	Vedlegg 3: Helhetlig psykiatriplanlegging (HPP)	107

I Sammendrag

Rapporten gjennomgår ulike sider av problemene med pasienter med alvorlig psykiske lidelse og samtidig rusmisbruk. Det foretas kartlegging av omfanget, samtidig som behandlingsmuligheter gjennomgås. Det konkluderes med anbefalinger med tanke på nye behandlingstiltak.

Pasientgruppen inndeles i to større grupper med utgangspunkt i hvorvidt pasientene har lidelser hvor utagering utgjør et hovedelement i atferden. De ikke utagerende omtales som "sårbare" og inkluderer pasienter med psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser og enkelte personlighetsforstyrrelser. Til de utagerende regnes i hovedsak dyssosiale og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. Pasienter med disse personlighetsforstyrrelsene utgjør en stor gruppe av de tyngre misbrukerne, spesielt av illegale midler. I tillegg er regnet med en liten tredje gruppe med alvorlig kognitiv svikt.

På bakgrunn av en egen kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatriske avdelinger, poliklinikker og ungdomsteam, samt ruspoliklinikker og kommuner er det gjort anslag for hvor mange av pasienter med kombinasjon alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk som har behov for egne behandlingstiltak. Anslagene fra denne kartleggingsundersøkelsen er sammenholdt med andre studier. Man er kommet fram til følgende konklusjon med hensyn til antall pasienter i Norge med dobbeltdiagnose psykiatri/rus som trenger nye typer behandlingstiltak:

Sårbare		Utagerende		Kognitiv svikt	
Schizofreniforme psykoser	1000	Personlighetsforstyrrelser	1300	Lett psykisk utviklingshemning	60
Bipolare lidelser	180			ADHD	270
Alvorlige depresjoner	530				
Alvorlige angstlidelser	300				
Alvorlige spiseforstyrrelser	30				
Personlighetsforstyrrelser	220				
Sum	2260			Sum	1300

Samlet blir dette omkring 4000 personer som utgjør i underkant av 9 per 10000 innbyggere her i landet.

Anslagene er til dels relativt lave. Det dreier seg her ikke om samlet prevalens av komorbiditet når det gjelder de ulike lidelsene kombinert med rusmisbruk, men bare om de pasientene hvor det vurderes slik at særskilte behandlingstiltak er nødvendige utover det som finnes i dag. Dette har spesielt konsekvenser for misbrukere med depresjon og angstlidelser. Det er klart at samlet prevalens av komorbiditet mellom rusmisbruk og angst/depresjon er vesentlig høyere enn det tabellen viser. Her er bare med de misbrukerne som har angst og depresjon i en grad som gir behov for nye tiltak innenfor psykiatrien. De øvrige bør fortsatt kunne behandles innenfor en russektor som på noen områder trenger faglig styrking av psykiatrisk kunnskap og tilnærming.

I kartleggingsundersøkelsen er pasientene med dobbeltdiagnose beskrevet nærmere, samtidig som hvilken type tiltak som bør bygges ut ble evaluert (kapitel 9). Det dreide seg om ulike populasjoner av pasienter avhengig av hvem som svarte. I psykiatriske avdelinger og poliklinikker fantes en hovedandel med psykoser, mens pasientene registrert i de psykiatriske ungdomsteamene og ruspoliklinikkene oftest hadde personlighetsforstyrrelser og angst eller depresjon. Kommunene registrerte svært mange klienter med usikker psykiatrisk diagnose, men hvor man mente det dreide seg om alvorlig psykisk lidelse.

2/3 av pasientene var menn, gjennomsnittsalder 31 år. Misbruk av narkotika og alkohol var likelig fordelt. Det var en klar tendens i retning av at pasienter med psykoser misbrukte cannabis og amfetamin, mens pasienter med stemningslidelser misbrukte alkohol. Pasienter med personlighetsforstyrrelser var overrepresentert blant opiatmisbrukere. Omkring 30% av pasientene var bostedsløse, hadde midlertidig bolig eller bodde hos nære slektninger.

Det kom fram et stort behov for skjermede boliger, noe som i praksis innebærer boliger med bemanning, dels på dagtid og dels gjennom hele døgnet. Behovet var størst hos pasienter med psykose, sprøytemisbruk og hos de som var bostedsløse. Men også hos mange som bodde i egne leiligheter, var det behov for bemannede boliger etter behandlernes vurdering.

Integrert behandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse innenfor den sårbare gruppen og rusmisbruk har vært utviklet de siste årene, spesielt i Nord-Amerika. Slik behandling har gitt noe bedre resultater for denne gruppen enn der behandlingsinnsatsen er splittet i rusomsorg og psykiatri. Det anbefales at slike behandlingstiltak utvikles innenfor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i Norge med hovedvekt på poliklinisk oppsøkende behandling i et nært samarbeid med psykiatriske institusjoner og kommuner. Det er aktuelt å utvikle spesialiserte institusjonstilbud i form av poster eller avdelinger i psykiatrien. Folkerike fylker antas å ville ha behov for egne institusjonstilbud for gruppen, mens andre fylker bør oppnå institusjonstilbud for gruppen gjennom samarbeid med nabofylker. Behandlingsperspektivet må være mangeårig og målsetningen når det gjelder misbruk må ofte være lavere enn full rusfrihet.

For pasienter med utagerende personlighetsforstyrrelser anbefales tiltak med hovedvekt på å oppnå gode strukturer som innebærer både god grensesetting og tydelige belønningstiltak. Poliklinisk behandling bør ha utgangspunkt i de nåværende psykiatriske ungdomsteamene eller i rusteam/ruspoliklinikker der ungdomsteam ikke finnes. Det må legges stor vekt på skole- og sysselsettingstiltak. For å oppnå tilstrekkelige klare strukturer på sikt, anbefales bedre organisert samhandling mellom instanser. Spesielt viktig i denne sammenheng er justisetaten. Justisetaten forvalter i praksis langt de mest omfattende tvangstiltakene overfor denne gruppen. Det anbefales at det utvikles forsøksprosjekter som har til hensikt for å oppnå bedre samhandling mellom behandlingssenheter, kommuner, atføringsinstanser, trygdeetat og justisetat. Institusjonsbehandling utover akuttbehandling bør som hittil i hovedsak foregå innenfor russektoren. Psykiatriens rolle overfor denne gruppen vil være bistand ved utredning og planlegging av behandlingstiltak samt akuttbehandling ved kriser. Poliklinisk oppfølging av gruppen vil i mange fylker også være organisert innenfor psykiatrien. Det nye ved tiltakene vil være den økte og mer systematiske samhandlingen mellom instanser, hvor også den psykiatriske spesialisthelsetjenesten er en part. For en betydelig del av de langtkomne heroinavhengige med alvorlig utagerende personlighetsforstyrrelse antas for øvrig substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin å ville utgjøre et viktig moment. Dette vil kunne bidra til økt tilgjengelighet for mer psykologisk orientert poliklinisk behandling i tillegg.

2 Definisjoner

2.1 Ulike definisjoner av kombinasjonslidelser rus og psykiatri

Det brukes litt ulike definisjoner og avgrensninger når det gjelder pasienter med både psykisk lidelse og rusmisbruk.

I Sverige brukes uttrykket ”psykiskt störda missbrukare”. Uttrykket «psykisk störning» lar seg ikke uten videre oversette til norsk. Uttrykkene ”psykisk sykdom” eller ”psykisk lidelse” kan oppfattes noe smalere enn dette fordi de ikke uten videre inkluderer alle personlighetsforstyrrelsene. De bør imidlertid med i denne kartleggingen og uttrykket psykisk lidelse vil i denne rapporten inkludere personlighetsforstyrrelsene

I en helt nylig rapport fra Socialstyrelsen i Sverige brukes følgende definisjon (Öjehagen & Schaar 1999):

Svår psykisk störning:

- *Schizofreni, vanföreställningssyndrom och andre psykotiska tillstånd*
- *Bipolär affektiv sjukdom, egentlig depression med melankoli*
- *Uttalade personlighetsstörningar: schizotyp personlighetsstörning, borderlinestörning, antisocial personlighetsstörning om samtidig förekomst av psykossjukdom*
- *Andra diagnosgrupper av motsvarande svårighetsgrad*

Misbruk anses å være avhengighet av alkohol, narkotika og/eller tabletter

Her tas altså med en uspesifisert gruppe med psykisk lidelse hvor diagnosen ikke er avgjørende, forutsatt at funksjonsnedsettelsen er alvorlig.

I Stortingsmelding 25 omtales pasientene med kombinasjonen psykisk lidelse og rus ved å dele dem i tre grupper:

1. Psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler.
2. Misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon.
3. Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

2.2 Definisjonen som blir brukt i denne kartleggingen

Følgende definisjon er lagt til grunn i denne kartleggingen:

De som skal kartlegges er pasienter som har både:

- a. misbruk av alkohol, løsemidler, vanedannende medikamenter eller stoff (nikotin unntatt) i et omfang som fører til betydelig reduksjon av sosial funksjon eller helse, eller som gir avhengighet
- b. psykisk lidelse i form av schizofreni, schizotyp personlighetsforstyrrelse og andre psykoser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon eller angsttilstand, alvorlig spiseforstyrrelse, alvorlig kognitiv svikt og/eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, spesielt schizoid, paranoid, dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Et viktig tilleggskriterium i denne kartleggingen er at pasientene ikke kan behandles tilfredsstillende innenfor dagens behandlingssopplegg, slik at de trenger nye behandlingstilbud. De som skal kartlegges er altså de som faller utenfor behandlingssmessig. Dette fører til at det antallet pasienter som kartlegges her, er klart lavere enn det samlede antallet med dobbelt diagnoser.

Avgrensningene er imidlertid ikke opplagte:

- Innenfor det psykotiske spekter gjelder det spesielt spørsmål knyttet til stoffutløste psykoser. Det kan være usikkerhet om akutte psykotiske symptomer er rent toksiske eller om de representerer personer med økt sårbarhet som har, eller vil kunne utvikle, alvorlig psykisk sykdom. Dette gjelder spesielt psykoser i kombinasjon med cannabismisbruk. Ved kortvarige psykoser sekundært til høyt inntak av amfetamin og hallusinogener er det klarere at det som oftest ikke foreligger noen psykiatrisk grunnlidelse.
- Uttrykket alvorlig depresjon brukes som i ICD 10. Også alvorlig angstlidelse, alvorlig spiseforstyrrelse og alvorlig kognitiv svikt blir vurdert i denne sammenhengen. "Alvorlig" innebærer i denne sammenheng at det foreligger en betydelig funksjonsreduksjon både sosialt og yrkesmessig, uavhengig av de problemene som følger av selve misbruket.
- Avgrensningene når det gjelder personlighetsforstyrrelser er kanskje mest problematisk. Store misbrukergrupper tilfredsstiller diagnostiske kriterier for alvorlige personlighetsforstyrrelser. I denne kartleggingen inkluderes klienter med dyssosiale personlighetsforstyrrelser, selv når de ikke har psykoseutbrudd.
- Det er ofte usikkert – og nok innimellom ulikt syn på - hvilke pasienter som kan ha nytte av nye tiltak.

Det dreier seg åpenbart om flere ganske forskjellige grupper av pasienter/klienter. De krever ofte helt ulik tilnærming.

2.3 Uttrykket "dobbeltdiagnose"

Uttrykket "dobbeltdiagnose" blir ofte kritisert fordi det er upresist og blir brukt på ulike måter. Det er avledet av det engelsk/amerikanske dual diagnosis og brukes i amerikansk litteratur hovedsakelig om pasienter med alvorlige psykiatriske symptomlidelser og rus, mindre om personlighetsforstyrrelser. Det ligger også ofte implisitt at pasientene faller mellom flere stoler behandlingsmessig.

Kritikken går dels på at begrepet også kan brukes i andre medisinske sammenhenger om helt andre kombinerte lidelser enn de som gjelder psykiatri og misbruk. En annen kritikk går på at mange av disse pasientene ikke bare har to, men tre eller flere samtidige lidelser, slik at "dobbeltdiagnose" blir for begrensende.

På den andre siden er uttrykket praktisk og kortfattet. Til tross for at det blir kritisert, dukker det opp igjen fordi man mangler andre mer presise og kortfattede begreper. I norsk sammenheng har det vært arbeidet for å bruke uttrykket komorbiditet om en større gruppe av pasienter med samtidig misbruk og både alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser. Uttrykket "dobbeltdiagnose" blir begrenset til de mer alvorlige tilstandene hvor det også er et moment at pasienten har lett for å falle mellom de ulike behandlingsmessige stolene i rusfeltet, psykiatrien og kommunene. Stortingsmelding 25 slutter seg til denne bruken.

Uttrykket blir brukt også i denne kartleggingen, og betydningen er i tråd med den avgrensningen som er gitt ovenfor av gruppen som skal kartlegges.

3 Klassifikasjon av dobbeltdiagnosepasienter

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk er en heterogen gruppe. Det dreier seg om personer som kan være ulike med hensyn til alder og kjønn, psykiatriske diagnoser, personlighet, sosial bakgrunn, kultur, type misbruk og nettverk.

Alvorlighetsgraden samlet sett kan sees som et kontinuum. I én ende av spekteret finnes pasienter som har et godt sosialt nettverk, har egen bolig og arbeid. De kan ha en alvorlig psykisk sykdom som f.eks. bipolar affektiv lidelse med et omfattende rusmisbruk, men uten at det - ennå - har skjedd et sosialt forfall. I den andre enden finnes kronisk schizofrene med omfattende kontinuerlig blandingsmisbruk, uforutsigelig atferd, ingen eller dårlig behandlingsoppløsing, uten bolig og uten evne til å bo ordnet, avhengig av hjelp fra frivillige organisasjoner og med hyppige akuttinnleggelse i psykiatrien.

Det viktigste utgangspunktet for en nærmere inndeling er psykiatriske diagnoser, i denne sammenhengen som ellers i psykiatrien. Men innenfor de ulike diagnostiske enhetene kan det være store forskjeller med hensyn til funksjon og med hensyn til type og omfang av rusmisbruk. Det samme gjelder sysselsetting, nettverk, og muligheter til å skaffe og over tid holde fast ved akseptabel bolig. Type og nivå av atferdsavvik vil kunne være avgjørende for dette.

Å diagnostisere psykisk lidelse hos personer som bruker rusmidler er spesielt krevende. Alkohol og stoff interferer med menneskers sjelsliv på måter som dels kan skjule psykiatriske symptomer, dels forsterke dem. Avrusing gir også en spesiell situasjon. Eksempler er opiatabstinens som kan gi psykotiske symptomer, alkoholabstinens som kan gi delir, amfetaminabstinens som kan gi depressive symptomer. Det er enighet om at sikre diagnoser ideelt sett burde forutsette rusfrihet av noen ukers varighet. Hvor mange ukers avholdenhet som bør kreves er et stridsspørsmål. Det avhenger åpenbart av type rusmiddel. I praksis er det ofte vanskelig å oppnå tilstrekkelig langvarig avholdenhet og mange diagnoser forblir foreløpige og usikre.

Hensikten med å lage en egen klassifisering er knyttet til behovet for differensiering med hensyn til behandlingsopplegg. Kartleggingsarbeidet forutsetter funksjonelle kategorier, og behovet her går ut over det som kan oppnås ved klassifisering bare basert på psykiatriske diagnoser. Siden psykiatriske diagnoser er det nyttige instrument som allment brukes i psykiatrien, vil de i store deler av denne rapporten også bli brukt. Det gjelder også selve kartleggingsundersøkelsen. I konklusjonene vil den klassifiseringen som gjengis i dette avsnittet igjen bli tatt opp.

Vi deler de fleste pasientene opp i to grove hovedgrupper som kalles "de sårbare" og "de utagerende". I likhet med andre inndelinger, er hensikten å bidra til å klargjøre. Samtidig blir det en overforenkling. I gruppen for sårbare pasienter er det også mange som kan ha utagerende episoder. Og blant de som her settes i gruppen utagerende, finnes mange som i høyeste grad kan være sårbare. Det gjelder i stor grad pasienter med emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. Når inndelingen likevel gjøres på denne måten, er det for å understreke ulikheter i behandlingstilnærming.

I tillegg til disse to hovedgruppene er tatt med en gruppe som kjennetegnes mest ved ulike typer alvorlig kognitiv svikt. Kognitiv svikt gir grunnlag for at det tas helt spesielle hensyn når det gjelder behandlingsutforming, noe som rettferdiggjør at gruppen er med.

Klassifiseringen omfatter her også personer som har kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, men som ikke nødvendigvis bør ha sitt viktigste behandlingstilbud innenfor psykiatrien. Det gjelder en stor del av dem med alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Også rusmisbruket er ulikt fra person til person og må klassifiseres. Det er her brukt følgende 3 kriterier i inndelingen: 1) Type rusmiddel, 2) Avhengighet kontra skadelig bruk slik dette er definert i ICD-10 (jfr. vedlegg 1), 3) Sprøytemisbruk eller ikke. Alle disse parametrene sier noe om alvoret i misbruket.

Til sist: mennesker er mer enn diagnoser. Diagnosene må sees på som hjelpemidler til bedre å forstå psykiske symptomer og finne riktig behandling. Men psykiatriske pasienter er som andre mennesker: atskillig mer sammensatte og allsidige, mer kompliserte og dermed spennende enn det som kommer fram ved fattige diagnostiske merkelapper. Merkelappene må brukes, men med omtanke.

3.1 De sårbare

Denne gruppen inkluderer hoveddelen av det man innenfor psykiatrien oppfatter som dobbeltdiagnoser. Det er personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har en kronisk - til dels residiverende - karakter.

De fleste har psykose: schizofreni, affektive psykoser eller andre akutte og kroniske psykoser. I denne hovedgruppen inkluderes også pasienter med enkelte typer personlighetsforstyrrelser hovedsakelig innenfor det eksentriske og engstelige spekter, likeledes pasienter med alvorlig angst, depresjon eller spiseforstyrrelse. Utagering og manipulasjon hører knapt med i bildet. Rusmisbruk kan forhindre både behandling av den psykiske lidelsen og etablering av bolig og dagaktiviteter. Felles for gruppen er at de bør unngå behandling og opplegg hvor de møtes med for høyt aggresjonsnivå og for konfronterende metode. Behandlingen bør ha et støttende preg, og mange trenger medikamentell behandling.

3.1.1 Schizofreniliknende psykoser

Schizofrene (inkludert schizotype personlighetsforstyrrelser) utgjør de fleste her. Andre aktuelle psykoser er paranoide psykoser, reaktive psykoser og vrangforestillingslidelser. Typisk for denne gruppen er misbruk av amfetamin, cannabis, hallusinogener og i mange tilfelle alkohol. Andelen opiatmisbrukere er lavere.

En del av de yngre er i diagnostisk grenseland: de har schizofreniform psykose, men det er usikkert hvor direkte relatert de psykotiske symptomene er til selve misbruket. Først lengre tids avholdenhet gir sikkert svar på det. Typisk er kombinasjonen cannabismisbruk/psykose. Noen forfattere mener det i denne gruppen finnes en del pasienter som uriktig får schizofrenidiagnose. Man lykkes ikke å få avklart dette fordi man ikke oppnår tilstrekkelig langvarig stoffrihet (Kristensen 1994). På den andre siden rapporteres innimellom om klienter som har vært forsøkt behandlet innenfor rusfeltet, med en schizofreni som ikke er fanget opp fordi man ikke har tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å gjenkjenne symptomene. Omfanget av dette er usikkert.

3.1.2 Affektive lidelser

Til denne gruppen hører pasienter med affektiv lidelse som i utgangspunktet er uavhengig av rusmisbruket. Mange har en fortid med god yrkesmessig og sosial funksjon, men er etter hvert havnet i varierende grad av sosialt og psykisk forfall. Noen har opprettholdt bolig og deler av sitt sosiale nettverk. Andre tenderer mot sosialt forfall. Hovedmisbruk oftest alkohol. De behandles nå dels på institusjoner for rusmisbrukere og dels i psykiatrien. Det kan i misbrakeromsorgen dreie seg om en gruppe som er underdiagnostisert, og som dermed ikke får riktig medikamentell behandling.

Innenfor denne gruppen finnes også pasienter med så alvorlig depresjon at den har en psykotisk dimensjon. Pasienter som har så dyp depresjon vil i noen tilfelle ikke ha den energi som kreves for å vedlikeholde et aktivt misbruk.

3.1.3 Alvorlige angstlidelser

Noen angstlidelser er så alvorlige og invalidiserende at det er rimelig å inkludere dem i denne sammenhengen. Det dreier seg da i hovedsak om generalisert angstlidelse eller panikklidelse hvor misbruk etter hvert har gjort behandling vanskelig. Den angst som er en følge av langvarig misbruk hører her ikke inn – selv om det i noen tilfelle kan være vanskelig å skille.

3.1.4 Spiseforstyrrelser

De alvorlige spiseforstyrrelsene har en så gjennomgripende innvirkning for de som er rammet, at det er rimelig å regne dem blant de alvorlige psykiske lidelsene. Det dreier seg om anoreksi og bulimi. Spesielt bulimi er forbundet med økt risiko for rusmisbruk.

3.1.5 Personlighetsforstyrrelser uten særlig utagering

Det dreier seg om schizoide og noen med paranoid personlighetsforstyrrelse, dessuten noen med alvorlige grader av tvangspregede, engstelige og avhengige personlighetsforstyrrelser. For de fleste innebærer personlighetsforstyrrelsen her ikke særlig utagering eller uttalt tendens til manipulering.

3.2 De utagerende

De viktigste gruppene er her dyssosiale personlighetsforstyrrelser og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. Ofte er det personer med tidlig misbruksdebut og tungt misbruk - mest narkotika. Mange - men langt fra alle - har en vanskelig oppvekst preget av foreldres misbruk og manglende stabilitet som omsorgspersoner. De er russektorens dobbeltdiagnoseklinter, men er også innimellom pasienter i psykiatrien, dels på akuttavdelinger i forbindelse med kriser, innimellom på langtidsavdelinger som ofte føler at disse pasientene kan virke uheldig på behandlingsmiljøene. Misbruket forsterker ofte de ikke-funksjonelle personlighetstrekkene.

Også justisapparatet med politi, domstoler og kriminalomsorg bruker svære ressurser på denne gruppen.

3.2.1 Dyssosiale personlighetsforstyrrelser

I alle undersøkelser av misbrukerpopulasjoner utgjør personer med antisosial personlighetsforstyrrelse (eller dyssosial personlighetsforstyrrelse som er betegnelsen som brukes i ICD-10) en stor andel. Grunnleggende for disse er at de ikke er følsomme for andres lidelse og smerte, de kan være impulsive med lite hemninger, og de begår dermed ofte kriminelle handlinger. Noen har atferdsavvik som kan virke forstyrrende – innimellom skremmende, men oftest uten tegn til psykose. Gruppen er åpenbart overrepresentert blant innsatte i fengsel.

Enkelte kan også ha psykotiske gjennombrudd og har – foruten personlighetsforstyrrelsen – en schizofreni. Når den akutte psykotiske episoden er i remisjon, vil oftest personlighetsforstyrrelsen dominere bildet.

Pasientene trenger oftest klare rammer, pedagogiske og atferdsorienterte opplegg. For mange er også langvarige relasjoner og nettverksarbeid viktig. De behandles nå i hovedsak innenfor rusfeltet hvor imidlertid mange faller igjen fordi de mangler tilstrekkelig stabilitet til å følge opp behandling over tid. De blir lett utstøtt eller støter seg selv ut. Noen stabiliseres når rammene er klare nok som på behandlingsinstitusjoner, men klarer ikke livet utenfor hvor livet blir for kaotisk og grensene mindre klare. De har ofte dårlig evne til å se framover. Justisapparatets metoder for grensesetting har ofte begrenset virkning.

3.2.2 Emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser

Det er antatt at antallet personer med ustabil personlighetsforstyrrelse har økt de siste 30 årene (Kringlen 1997). Også i denne gruppen – hvor kvinnene er i flertall – skjer misbruksdebut ofte tidlig i tenårene. De er preget av svingende humør og ustabile forhold til andre, ofte dårlig selvbilde og tendens til å være selvdestruktive. De kan ha følt seg sviktet i tidlige relasjoner og er redde for å etablere nye over tid. Dette kan også være et problem i behandlingssammenheng.

3.3 Kognitiv svikt

Kognitiv svikt forekommer hos mange pasienter med psykiske lidelser, dels som del av det kliniske bildet, i noen grad også som bivirkning av psykofarmaka, spesielt neuroleptika. I tillegg finnes en gruppe hvor selve den kognitive svikten er det sentrale i symptombildet ved siden av misbruket av rusmidler. Det er denne gruppen som det er tenkt på her. Hvorvidt kognitiv svikt skal regnes som alvorlig psykisk lidelse er diskutabelt, men pasientene risikerer å falle utenom det vanlige hjelpeapparatet på grunn av sine vansker, og de trenger en spesielt tilpasset tilnærming når det gjelder behandling og oppfølging ellers. Derfor tas de med i denne sammenhengen.

Det dreier seg om tre undergrupper:

3.3.1 Lett psykisk utviklingshemmede

Personer med IQ mellom 50 og 70 regnes som lett psykisk utviklingshemmede. I hovedsak representerer disse personer som ikke lider av noe spesielt syndrom eller pre-, peri- eller postnatal skade, men heller om den evnemessig sett nedre del av normalbefolkningen. Det er fra noen instanser kommet indikasjoner på at det innenfor denne gruppen forekommer noe økt misbruk både av alkohol og illegale midler, parallelt med den økte selvstendigjøringen som var karakteristisk for ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede. Pasienter med enda lavere evnenivå vil ofte ikke ha tilstrekkelige sosiale ferdigheter til å begynne med rusbruk.

3.3.2 Primær svikt i enkelte kognitive ferdigheter

Gruppen inkluderer personer med mer spesifikke vansker med hukommelse, konsentrasjon, psykomotorisk tempo, abstraksjonsevne og problemløsning, men uten generell evnereduksjon. Mange av disse problemene har resultert i lærevansker i skolen. En del har diagnoser som ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder) eller DAMP (Deficits of Attention, Motor control and Perception). Det kan hos noen av disse skje en utvikling av atferdsavvik som gjør at de i voksen alder tilfredsstillere kriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse.

3.3.3 Kognitiv svikt sekundært til eget misbruk

At alkohol og løsemidler kan gi hjerneskade med kognitiv svikt, er godt dokumentert. Det foreligger også rapporter om kognitiv svikt ved bruk av andre midler, slik som opiater, benzodiazepiner og barbiturater, men dette er mer kontroversielt (Mooney 1996).

3.4 Andre grupper med plagsomme psykiske symptomer

Noen grupper har klar komorbiditet i form av misbruk og psykiske symptomer av moderat art. De vil i denne sammenhengen ikke bli spesielt kartlagt, men omtales likevel i forskjellige sammenhenger i rapporten.

3.4.1 Misbrukere med angst og depresjon

En stor gruppe misbrukere har i perioder betydelige problemer med angst og depresjon. Mange har også gjort suicidalforsøk. De fleste – men ikke alle – oppnår at det skjer en betydelig bedring av deres psykiatriske symptomer dersom de blir rusfrie og oppnår stabilisering sosialt. I forbindelse med misbruket knyttet til pågående misbruk vil det være vanskelig å vite om deres nedtrykthet og angst er grunnleggende eller sekundær til misbruket. Det vil først bli klart når rusituasjonen bedres. Dersom de fortsatt er deprimerte eller har angst vil det være aktuelt med spesifikk behandling mot disse lidelsene.

Misbrukere har også i større omfang enn andre opplevd alvorlige traumer. Det dreier seg dels om overgrep med seksuell karakter - i barndom og ungdom. Kvinnelige misbrukere er mer utsatt for seksualisert vold og mannlige for vold knyttet til kriminalitet. Misbrukere er som gruppe også mer utsatt for ulykker enn andre. Dette er bakgrunnen for at man blant rusmisbrukere finner høye andeler med post traumatisk stress lidelse (PTSD), når man leter etter det. Det er viktig at disse pasientene oppdages, og at de får behandling rettet mot disse spesielle problemene.

3.4.2 Misbrukere som får psykiske vansker når de slutter med misbruket

Det er også en liten gruppe som i alle fall på kort sikt blir dårligere psykisk når de blir rusfrie og mister mulige angstdempende og antidepressive effekter av rusmidler. Det å slutte med rusmidler etterlater for de fleste et savn, nesten et tap. Man kan se reaksjoner som best kan beskrives som sorgreaksjoner.

De fleste av disse må også behandles innenfor rusomsorgen, eventuelt i samarbeid med psykiatrien. Enkelte kan få så alvorlige problemer at psykiatrien bør gå mer direkte inn i behandlingen.

3.4.3 Medikamentmisbrukere med psykiske problemer

En annen gruppe pasienter har misbruk i hovedsak av benzodiazepiner og kodein i tablettform, psykisk lidelse oftest moderat depresjon eller dystymi. Misbruket er ofte stabilt og begrenset, det samme kan gjelde den psykiske lidelsen. Sosialt har de ofte en mer stabil situasjon enn andre misbrukere. Gruppen hører ikke til blant dem som blir kartlagt i denne sammenhengen.

4 Metoder for kartleggingen

Kartlegging av omfanget dobbeltdiagnoser har både en kvantitativ og kvalitativ side. Det er behov for å finne hvor mange mennesker det kan dreie seg om av ulike diagnosetyper og funksjonsnivå. Men det er også behov for å finne litt nærmere ut om karakteren av deres lidelser og hva disse gjør med både dem selv, pårørende og profesjonelle som står omkring dem. Viktig er det også å se hvor ulike aktører føler at skoen trykker mest og hva som kan gjøres. På bakgrunn av dette er det benyttet 4 ulike metoder:

1. Litteraturgjennomgang
2. Gjennomgang av ikke publiserte data fra nylige norske studier
3. Spørreskjemaundersøkelse
4. Samtaler med personer som arbeider med dobbeltdiagnosepasienter

4.1 Litteraturgjennomgang

Internasjonal litteratur på området er gjennomgått. Det har vært forsket og skrevet mye om problemet omkring dobbeltdiagnoser de siste 10-årene. Amerikanerne har vært de overlegent mest aktive på dette området – som på så mange andre. Men også norske forfattere har bidratt – og det er det viktigste i denne sammenhengen. En del svenske og danske undersøkelser er saumfart. Fylkesplaner er gjennomgått – likeledes enkelte kommuneplaner. Det er i noen fylker gjennomført undersøkelser beregnet på fylkeskommunal saksbehandling, men av verdi utover det.

4.2 Gjennomgang av ikke publiserte data fra andre undersøkelser

Noen undersøkelser er i startgruppen, slik at det enten ikke er publisert data fra dem, eller det er gjort i preliminær form. Det dreier seg om 3 ulike prosjekter:

- 1) Helhetlig psykiatriplanlegging (HPP) hvor data studeres videre samordnet av SINTEF Unimed. Det er gitt tilgang til en del data som er relevant for kartleggingen av omfanget dobbeltdiagnoser, og disse omtales kort i avsnitt 7.2.2, mer utfyllende i Vedlegg 3.
- 2) Rus og Psykiatri (RoP) – undersøkelsen som utføres av Kompetansesenter for rusproblematikk ved Sanderud sykehus (avsnitt 7.1.1).
- 3) Befolkningsundersøkelse i Oslo ved Kringlen, Torgersen og Cramer. Enkelte data som omhandler psykisk lidelse og misbruk er tilgjengelige og omtales i kapitel 6 og 7.

Fra andre undersøkelser er det publisert rapporter og artikler, men ikke så spesifikt omkring området dobbeltdiagnoser. Siden datafilene fremdeles eksisterer har det vært mulig å hente ut ytterligere data relevante for denne problemstillingen. De aktuelle prosjektene er her:

- 1) Tverrsnittsundersøkelse i psykiatrien etter oppdrag fra Statens helsetilsyn, utført av SINTEF Unimed. Den gjennomføres hvert 5. år og ble sist gjort i 1994 med Helge Hagen som ansvarlig. Resultater gjengis kortfattet i avsnitt 7.2.1, mer utfyllende i vedlegg 2.
- 2) Lars Marius Ulfrstads undersøkelse: "Bostedsløshet i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet", som ble gjort ved Norsk institutt for byggforskning i 1996, jfr. avsnitt 7.5.
- 3) SIFA-undersøkelsen omkring norske stoffmisbrukere under behandling i 1992 – 93. Spesielt nye data omkring antall misbrukere som søker behandling i de enkelte fylker er benyttet her, jfr. kapitel 10.

4.3 Spørreskjemaundersøkelse

Det ble gjennomført en egen Spørreskjemaundersøkelse rettet til kommuner, psykiatriske institusjoner og poliklinikker, rusbehandlingsinstitusjoner og ruspoliklinikker.

Spørreundersøkelsen er rettet til alle psykiatriske avdelinger og sykehus i landet, men ikke til psykiatriske sykehjem eller sengeavdelinger ved DPS. For de øvrige typene instanser er det gjort utvalg: Spørreskjema ble sendt til de psykiatriske poliklinikkene, ruspoliklinikkene, psykiatriske ungdomsteam og rusbehandlingsinstitusjonene i de seks fylkene Oslo, Oppland, Vestfold, Rogaland, Sør-Trøndelag og Troms. I hvert av disse fylkene ble spørreskjema også sendt til 3 kommuner: én med <5000 innbyggere, én med mellom 5000 og 20000 innbyggere og én med >20000 innbyggere. I Oslo var 5 bydeler med.

Utvalget av fylker var, med unntak av Oslo, tenkt å skulle være representativt for landet. Oslo var med fordi problemene som skal kartlegges antas mest uttalte der. Mye informasjon ville bli mistet dersom hovedstaden ble utelatt. Problemet med representativitet ville eksistert både med og uten Oslo.

4.4 Samtaler

I løpet av prosjektperioden har prosjektleder hatt en lang rekke samtaler, direkte og i telefon, med fagfolk som fra ulike ståsteder har kunnskap og erfaring om personer med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Det har vært ført notater fortløpende fra disse samtalene som dermed blir et kildetilfang, både når det gjelder omfanget av problemet, pasientenes lidelse, behandlernes frustrasjon, idéer til behandling og mye mer. Prosjektleder har også besøkt ulike instanser i inn- og utland (hovedsakelig Sverige) og deltatt på møter og konferanser.

5 Omfanget av psykiske lidelser

5.1 Befolkningsundersøkelser

Siden 1980-årene har det vært gjort en rekke undersøkelser rundt om i verden hvor befolkningen ble kartlagt med sikte på å finne fram til psykiatrisk sykelighet og rusmisbruk. Den første ble gjort i USA i første halvdel av 1980-årene: Epidemiological Catchment Area (ECA)-studien (Regier et al 1990). Den er fremdeles den mest kjente. Befolkningen i 5 opptaksområder ble undersøkt, til sammen vel 20 000 mennesker. Selv om det formelt ikke dreide seg om noe representativt utvalg, var funnene i stor grad typiske for den amerikanske befolkningen. Et hovedfunn var at hyppigheten av både misbruk og avhengighet av rusmidler var mye større enn antallet som søker behandling skulle tilsi. Mange var avhengige av rusmidler i perioder av livet og kom seg over det uten profesjonell hjelp. Hyppighet av psykiske lidelser var også høyere enn forventet, og en stor del søkte ikke behandling. Blant personer med psykiske lidelser var misbruk vanligere enn i den øvrige befolkningen, og likeledes var forekomsten av psykiske lidelser høy blant misbrukerne. Sannsynligheten for at folk skulle søke behandling økte med antall ulike lidelser og med alvorlighetsgraden.

På begynnelsen av 1990-tallet ble det gjort en ny populasjonsundersøkelse i USA, denne gang med et representativt utvalg personer (National Comorbidity Survey). Undersøkelsen bekreftet stort sett funnene fra ECA, bortsett fra at den viste høyere forekomst av depresjoner (Kessler et al 1994).

Det er de siste 10 årene gjort lignende undersøkelser fra en rekke andre land. Grovt kan oppsummeres følgende fra disse: Psykiske lidelser rammer mellom 1/2 og 1/3 av befolkningene i løpet av livet og omtrent 1/4 i løpet av ett år. Vanligst er fobier, alkoholmisbruk og affektive lidelser. Hos menn er misbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser vanligst, hos kvinner affektive lidelser og angstlidelser (Hall 1996).

Det er de siste årene også gjennomført en lignende befolkningsundersøkelse i Norge. Representative utvalg av befolkningen i Oslo og Sogn og Fjordane er undersøkt, hvorav en del foreløpige resultater fra Oslo foreligger. Noen av disse refereres i tabellen nedenfor, sammenlignet med funn fra National Comorbidity Survey i USA.

Tabell 1 Noen prevalenstall fra National Comorbidity Survey i USA og Oslo-undersøkelsen

Tilstand	National Comorbidity Survey (NCS) 1990-92		Oslo 1996*	
	Livstids- prevalens %	Siste år %	Livstids- prevalens %	Siste år %
Alvorlig depresjon	17,1	10,3	17,8	7,3
Manisk episode	1,6	1,3	1,6	0,9
Panikklidelse	3,5	2,3	4,5	2,6
Psykose, ikke affektiv	0,7	0,5	0,4	0,2
Alkoholavhengighet	14,1	7,2	8,8	6,6
Stoff/medikamentavhengighet	7,5	2,8	1,9	0,6

* Kringlen 1999

Livstidsprevalens for psykiske lidelser er ikke så ulik i Oslo sammenlignet med USA. I Oslo er imidlertid livstidsprevalens for avhengighet av rusmidler lavere. For alkoholavhengighet er 12-måneders prevalens omtrent den samme i Oslo som i USA. Den viktigste forskjellen er at det i Oslo fremdeles er vesentlig lavere andel som har vært eller er avhengig av stoff eller medikamenter.

Omfanget av personlighetsforstyrrelser i Oslo er også kjent gjennom befolkningsundersøkelsen til Kringlen, Torgersen og Cramer. (Kringlen 1997). Den viser at unnvikende personlighetsforstyrrelse var vanligst med 5%. Av de alvorlige personlighetsforstyrrelsene finnes paranoide 2,2%, schizoide 1,6%, schizotype 0,6%, antisosiale 0,6%, borderline 0,7%, narsissistiske 0,8% og histrioniske 1,9%.

Forekomst av spiseforstyrrelser som anorexia nervosa og spesielt bulimi har sannsynligvis økt de siste ti-årene. Det er antydning at omkring 60 000 til 80 000 mennesker i Norge kan ha spiseforstyrrelser (Rådet for psykisk helse 1995). Dette inkluderer også personer med mer moderate problemer. Spiseforstyrrelser er vanligst blant kvinner i alderen 15-30 år. I Oslo fant Kringlen og Torgersen en livstidsprevalens på 0,21% for anorexi og 1,6% for bulimi (Kringlen 1997). I enkelte miljøer som toppidrett, profesjonell dans og blant modeller er funnet høy forekomst. Det gjelder også i enkelte amerikanske collegemiljøer, hvor forekomst av spiseforstyrrelser blant kvinner på vel 10% er beskrevet (Skårderud 1994). Fra Norge foreligger en undersøkelse blant jenter i alderen 13-18 år hvor 8-9% hadde symptomer på spiseforstyrrelse (Lavik et al 1992). Bulimi er mye vanligere enn anorexi og økningen i antallet har her vært større.

5.2 Vurderinger fra Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse oppsummerer norske og internasjonale funn og gir følgende anslag over alvorlige psykiske lidelser i Norge (demens og andre organiske tilstander er ikke tatt med) (Rådet for psykisk helse 1995):

Tabell 2 Anslag for forekomst av psykiske lidelser i Norge ved Rådet for psykisk helse

Psykisk lidelse	Livstids sykdomsrisiko %	Prevalens siste år %	Antall i Norge i dag
Schizofreni og lignende tilstander	1	0,4	16000
Alvorlige affektive lidelser (bipolare)	1	0,5-1	30000
Alvorlige personlighetsforstyrrelser	3-4	1	40000
Sum alvorlige lidelser	5-6	1,9-2,4	86000

Rådet peker på en utvikling de siste tiår med økt forekomst av rusmisbruk, depresjon, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Selvmordsraten har inntil siste tiår vært økende spesielt blant unge menn, noe som kan ha sammenheng med økningen av rusmisbruk.

De tallene som er oppgitt dreier seg om lidelser som finnes ved tverrsnittsundersøkelser av befolkningsgrupper. Langt fra alle oppsøker behandling. Blant gruppene ovenfor gjelder nok det spesielt personlighetsforstyrrelsene.

Rådet for psykisk helse regner skjønnsmessig med at det her i landet er omkring 50000 mennesker med alvorlige kroniske psykiske lidelser, hvorav 20000 med varige, kontinuerlige behandlings- og bistandsbehov.

5.3 Helhetlig psykiatriplanlegging

Det er de siste årene foretatt registrering av psykiatiske pasienter i mange kommuner for bedre å kunne planlegge arbeidet med psykiatri. Denne registreringen er mange steder gjort med et eget systematisk kartleggingsinstrument, kalt Helhetlig psykiatriplanlegging. Dette omtales nærmere i kapittel 7 og Vedlegg 3.

Det foreligger resultater fra omkring 40 kommuner som kan antas noenlunde representative for landet (Oslo er imidlertid ikke med). Det er i disse kommunene registrert 46 psykiatiske pasienter med omfattende hjelpebehov per 10000 innbyggere og det tilsvarer omkring 20 000 pasienter på landsbasis. Det dreier seg om pasienter som har alvorlige psykiske problemer og behov for hjelpetiltak og behandling, og som er kjent av kommunenes helse- og sosialtjeneste. En stor andel har psykoser. Dette antallet korresponderer godt med antakelsene fra Rådet for psykisk helse.

6 Omfanget av rusmiddelmissbruk i Norge

Omfang rusmiddelmissbruk veksler bl.a. med alder, geografi, sosial status, kulturelt betingede trender. Det er vanskelige grenseopp ganger mellom bruk og misbruk av rusmidler. Dette gjelder spesielt det legale rusmiddelet alkohol, men også i varierende grad legemidler. Nikotin gir også sterk avhengighet og mye skadevirkninger, men inkluderes i Norge sjelden blant rusmidlene. For de illegale midlene er ett synspunkt at all bruk er misbruk fordi samfunnets normer brytes. Imidlertid er en slik legal avgrensning ikke så fruktbar i denne sammenheng. Det avgjørende vil være hvilken plass rusbruken har i den enkeltes liv, hvilken skade som gjøres og i hvilken grad det er utviklet avhengighet.

6.1 Historiske perspektiver

Alkohol har vært brukt og misbrukt i Norge i mange hundre år. Mengden misbruk har variert over tid også de siste par hundre årene. Etter 1816 ble brennevinsbrenning tillatt på gårdene i Norge. I 1832 fantes således 9613 registrerte gårdsbrennerier i landet. Det medførte en sterk økning av alkoholmisbruk også blant barn med omfattende skadevirkninger som følge. Det ble også årsaken til fremveksten av måteholds- og senere avholdsbevegelsen fra omkring 1835. I årene omkring 1840 var alkoholforbruket i størrelsesorden 8 liter per innbygger, omkring 1890 3 liter og 1905 2 liter. Bruken var imidlertid ulikt fordelt. Store grupper var avholdende, mens enkelte grupper drakk svært mye. I forbudstiden i 1920-årene lå gjennomsnittsforbruket omkring 2 liter. Etter siste krig har det vært en gradvis økning av alkoholbruk fram til omkring 1980. Alkoholbruken er siste tiår stabilisert med årlig gjennomsnittlig forbruk på vel 4 liter ren alkohol.

I mellomkrigstiden forekom også misbruk i begrenset omfang av opiat og fra 1950-årene barbiturater, ofte blant pasienter som i utgangspunktet hadde et fungerende sosialt nettverk og yrkesliv.

Misbruk av illegale midler oppsto fra midten av 1960 årene gjennom en ny generasjon av misbrukere. Gjennom 1970- og første del av 1980-årene økte det illegale misbruket – ofte intravenøst av amfetamin og heroin i miljøer som i stor grad var belastet med også annen type kriminalitet. Mulig stabilisering omkring 1990, men fra første halvdel av 1990-årene sannsynlig ny økning av intravenøst misbruk, samtidig som antall overdosedødsfall tiltok. I tillegg er cannabismisbruk blitt vanligere i store ungdomsmiljøer. De siste årene gjelder dette også, men i mindre grad, hallusinogener, spesielt ecstasy.

Det er rimelig i denne sammenheng kort å nevne at nikotin har vært misbrukt i begrenset omfang fram til 1920-årene. Forbruket tiltok da, spesielt hos menn. Fra omkring 1955 betydelig økning av nikotinmisbruk også blant kvinner. Stabilisering av nikotinmisbruket fra omkring 1980 – det har også vært en viss nedgang, spesielt blant menn. Denne nedgangen har imidlertid vært vesentlig mindre enn i de fleste andre vestlige land, slik at prevalensen av nikotinavhengige nå er høy i Norge sammenlignet med andre vestlige land. Det er godt dokumentert at nikotinmisbruk er utbredt blant psykiatriske pasienter, spesielt de med alvorlige psykiske lidelser. (I denne kartleggingen holdes nikotin likevel utenfor på grunn av den allmenne aksept dette misbruket ennå har.)

6.2 Utviklingstrekk de siste årene

Misbruksutviklingen kan vurderes ved hjelp av studier fra en rekke synsvinkler. Blant de viktigste er:

- Salg av alkoholholdige drikkevarer
- Politiets og tollvesenets beslag av rusmidler

- Siktelser for rusrelaterte forbrytelser
- Bilister som er påvirket av rusmidler og medikamenter
- Personer som behandles for misbruk
- Personer som innlegges i psykiatriske og somatiske sykehus med misbruksrelaterte tilstander
- Prevalenstall over misbruk fra befolkningsundersøkelser
- Målrettede undersøkelser rettet mot segmenter av befolkningen.
- Misbruksrelaterte dødsfall
- Innsamling av informasjon fra personer som selv misbruker eller som arbeider med misbrukere

Det er i denne sammenhengen ikke aktuelt å gå nærmere inn på disse ulike kildene. Noen sannsynlige konklusjoner kan likevel trekkes:

- Det har samlet sett vært en stabilisering av alkoholforbruk de siste 10 årene. Forbruket har imidlertid økt i noen ungdomsmiljøer, spesielt blant jenter.
- I noen ungdomsmiljøer har det skjedd en supplering av alkoholmisbruk med misbruk av illegale midler, spesielt hasj. Det har også vært en økning i bruk av hallusinogener og sentralstimulerende midler. Enkelte av disse går over til heroin senere, andre slutter med misbruket, delvis i forbindelse med behandlingstiltak
- De fleste misbrukere av illegale midler er også storforbrukere av legale midler som alkohol og tobakk
- Andelen unge mennesker som har forsøkt cannabis har økt de siste årene.
- Det har vært en økning av heroinmisbruk på 1990-tallet. Heroin har i usikkert omfang vunnet innpass i miljøer med lite sosial belastning hvor det av noen inntas ved sniffing
- Det er etablert miljøer av tungt heroinavhengige i de fleste større og mellomstore byene i Norge, likeledes i mange av tettstedene
- I større byer er gruppen av forkomne alkoholikere i ferd med å bli erstattet med en gruppe forkomne blandingsmisbrukere med hovedvekt på heroin.

6.3 Prevalenstall for misbruk i dag

Når det skal gis prevalenstall for misbruk, er definisjonene avgjørende. Mengden inntatt rusmiddel er ikke den eneste faktor som avgjør hvorvidt en person eller omgivelsene får problemer som fører til at han eller hun søker behandling. Den enkeltes toleranse for rusmidler er også forskjellig. Noen sårbare personer kan få svære atferdsavvik med relativt små alkoholmengder. Dette gjelder spesielt personer med alvorlig psykisk lidelse, kognitiv svikt eller med personlighetsforstyrrelser. For dem vil bruk av selv små mengder alkohol kunne være et alvorlig problem, mens vesentlig større mengder hos mer robuste personer kan gå bra. Lignende forhold gjelder for andre rusmidler.

Når det gjelder alkohol er det en glidende overgang fra moderat bruk uten klare skadevirkninger til avhengighet og et forbruk med store medisinske, psykiske og sosiale følgetilstander. Oslo-undersøkelsen som ble gjennomført blant personer i alderen 18 til 65 år viste 12-måneders prevalens for alkoholavhengighet på 6,6% noe som i Oslo vil tilsvare omkring 20000 mennesker. Hvis man regner noe lavere prevalens i resten av landet vil det likevel kunne være omkring 100 000 alkoholavhengige personer i landet.

Langt de færreste er i kontakt med den spesialiserte rusomsorgen. Til behandling i russektoren registrerte man i 1997 omkring 24 000 personer. De fleste av disse misbrukte i hovedsak alkohol, men den nøyaktige andelen er ikke kjent. Dette er i tråd med andre funn som viser at bare en liten andel av de alkoholavhengige søker behandling. En kartlegging i Østfold i 1996 viste at

sosialmedisinske poliklinikker og kommunenes sosialtjenester kjente til 1700 personer med rusmisbruk (Källvik et al 1996). Hvis dette er representativt, tilsvarende det 30500 rusmisbrukere i landet. Dette er personer som misbruker i et slikt omfang at de får kontakt med behandlingsapparatet på grunn av misbruket og ikke indirekte gjennom psykisk og somatisk komorbiditet. I denne sammenheng antas at et antall på vel 30000 personer med omfattende rusmisbruk og kontakt med behandlingsapparatet er aktuelt som et utgangspunkt for vurderinger av dobbeltdiagnoseproblemer. Dette er et lavt anslag som representerer mindre enn 1% av befolkningen og altså ligger mye lavere enn antallet alkohol- og stoffavhengige etter Oslo-undersøkelsen og andre vestlige tilsvarende befolkningsundersøkelser skulle tilsi.

Omtrent 1/5 av ungdommer i Norge oppgir at de har forsøkt cannabis (Grytten 1997), men bare en liten del fortsetter å bruke etter få gangers eksperimentering. Omfanget av cannabisavhengighet i Norge er imidlertid ikke kjent.

Det lar seg heller ikke gjøre å finne sikkert omfang av intravenøse misbrukere, men noen undersøkelser gir grunnlag for antakelser. Skog anslo 4000-5000 i slutten av 1980-årene, basert på kriminalstatistikk, stikkmerkeundersøkelse av arrestanter og omfanget av narkotikarelaterte dødsfall (Skog 1990). I en undersøkelse fra 1998 basert på andre metoder ble anslått omkring 12000 sprøytebrukende misbrukere (Hauge & Østby 1998). Anslaget var basert på opplysninger fra politi og sosialtjeneste i et utvalg kommuner som inkluderer de 6 største byene. Muligens var dette noe høyt, slik at et rimelig anslag i dag er omkring 10 000 sprøytemisbrukere, hvorav omkring 7-8000 bruker heroin noenlunde regelmessig. Det dreier seg i så fall om en betydelig økning de siste 10 årene.

Det har vært klare indisier på økning av misbruk av sentralstimulerende midler, ecstasy og andre hallusinogener blant yngre mennesker de siste årene. Det dreier seg her ofte om sporadisk misbruk, sjeldnere om avhengighet. Selv om økning er antatt, er det vanskelig å gi anslag for omfang.

Vi resymerer anslagene over personer med omfattende rusmisbruk i Norge i tabell 3.

Tabell 3 Anslag over personer med omfattende rusmisbruk i Norge

Type substans	Antall
alkohol	20000*
heroin	7500
sentralstimulerende midler	2500
sprøytemisbruk	10000
cannabis	?
hallusinogener	?

* Anslaget over alkoholmisbrukere er meget lavt og inkluderer hovedsakelig personer som siste 1-2 år har hatt behandling i russektoren for misbruket. I anslaget over misbrukere av illegale midler er også inkludert personer som ikke de siste årene har søkt behandling.

7 Noen resultater av undersøkelser omkring samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk

I dette kapitlet omtales forskning som har å gjøre med forekomst, etiologi og kjennetegn ved dobbeltdiagnosepasienter. Noen ord om behandlingsforskning kommer i kapitel 11.

Først gjennomgås hva som kan læres om psykiske problemer blant rusklienter, deretter om rusproblemer blant pasienter som blir behandlet i psykiatrien. Også spesielle grupper som straffedømte og bostedsløse omtales. Andre spørsmål som også tas opp: Hvordan skiller dobbeltdiagnosepasientene seg fra andre mennesker med psykiske problemer? Og fra andre med rusproblemer? Hvorfor ruser personer med psykisk lidelse seg? Er det mulig å vurdere mennesker riktig psykiatrisk når de samtidig ruser seg? Særtrekk ved schizofrene som ruser seg til forskjell fra andre schizofrene?

7.1 Psykiske lidelser blant rusmisbrukere

7.1.1 Kort litteraturgjennomgang

Det foreligger et stort antall undersøkelser som viser økt forekomst av psykiatriske symptomer og lidelser blant mennesker som misbruker rusmidler. I følge funn fra ECA (Epidemiologic Catchment Area Study), var hyppigheten av psykisk lidelse hos rusmisbrukere 2-3 ganger høyere enn blant ikke-misbrukere (Regier et al 1990). Dette gjaldt både alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser.

De hyppigste lidelsene både blant alkohol- og stoffmisbrukere er depresjoner, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser. Viktig i denne sammenhengen er også schizofreni og lignende psykoser, samt bipolare lidelser.

7.1.1.1 Psykoser

Undersøkelser av psykiatriske tilstander blant misbrukere viser svært varierende forekomst av psykoser. Den svenske forskeren Mats Fridell fant i en omfattende gjennomgang av forskning omkring psykiske lidelser hos stoffmisbrukere at andelen med psykose kunne variere mellom 0% og 20% i ulike materialer (Fridell 1991). Eldre undersøkelser viste oftest høyere andel. Av nyere studier kan nevnes en studie fra Baltimore av vel 700 opiatmisbrukere som søkte metadonbehandling (Brooner et al 1997). Omtrent halvparten av pasientene var kvinner og undersøkelsen ble foretatt flere uker etter at pasientene var stabilisert i behandlingsopplegget. Det fantes en forekomst på bare 0,1% med schizofreni. Tómasson og Vaglums undersøkte alkoholikere og blandingsmisbrukere på Island og fant 6% med funksjonelle psykoser (Tómasson & Vaglum 1995). Blant alkoholmisbrukerne i ECA-undersøkelsen hadde 3,8% schizofreni eller lignende psykoser. Risiko for psykose var der vel tre ganger så høy som i normalbefolkningen (Regier et al 1990). Blant stoffmisbrukerne fantes enda høyere risiko for schizofreni eller lignende psykoser. En nederlandsk undersøkelse av heroinmisbrukere konkluderte med omtrent 5% schizofrene (von Limbeek et al 1992). Også dette er svært mye mer enn det Brooner fant blant opiatmisbrukere i Baltimore.

Foreløpig gjennomgang av resultatene fra RoP-undersøkelsen i Hedmark/Oppland 1998 viste at man fant svært få med schizofreni, men ganske mange med trekk forenlig med schizotyp personlighetsforstyrrelse (Anne Landheim., personlig meddelelse).

Forskjellene på funnene kan ha å gjøre dels med ulike diagnosesystemer, ulike utredningsmetoder og misbrukspopulasjoner som er reelt forskjellige. Personer med lignende tilstander kan ligge i grenseland mellom schizofreni, schi-

zotyp personlighetsforstyrrelse og kanskje ustabil personlighetsforstyrrelse. De vil kunne klassifiseres forskjellig i ulike undersøkelser. Mange av disse pasientene burde sannsynligvis ideelt vært fanget opp av psykiatrien og blitt behandlet der og ikke i rusmiddelsektoren. Kanskje kan funn av lav andel med psykose i misbrakerpopulasjoner indikere at disse pasientene virkelig er blitt ivaretatt i psykiatrien og ikke i russektoren? En annen mulig årsak til de ulike verdiene er ulik praksis for å inkludere psykoser som mer direkte har med misbruket å gjøre. Det kan dreie seg om toksiske psykoser og psykoser som mer direkte er reaksjon på et ustabil rusliv, uten at det er tilstrekkelig varighet til at man kan stille noen schizofrenidiagnose.

7.1.1.2 Affektive lidelser

Også forekomst av bipolar lidelse varierer sterkt mellom studiene. Høyest forekomst finnes ofte hos alkoholikere. Tómasson og Vaglum fant livstidsprevalens på 2,8% i sin undersøkelse på Island. En amerikanske undersøkelse viste 2,3% livstidsprevalens av bipolar lidelse hos alkoholikere, sammenlignet med 1% i kontrollgruppe (Schuckit et al 1997). Undersøkelsen var meget omfattende med 2700 alkoholmisbrukere og 900 kontroller som gjennomgikk samme type diagnostisk kartlegging. Brooners undersøkelse fra Baltimore av opiatmisbrukere viste både livstidsprevalens og prevalens siste 12 måneder for bipolar lidelse på 0,4% (Brooner et al 1997), noe som er svært lavt. Det er av enkelte hevdet at det er en tendens til å overdiagnostisere bipolar lidelse i stedet for å sette personlighetsdiagnose, bl.a. fordi bipolar lidelse kan behandles medikamentelt (Brim 1998). Andre peker på at nettopp muligheten for å kunne behandle medikamentelt og dermed bedre resultatene taler for at man aktivt skal diagnostisere slike tilstander (Brady & Lydiard 1992).

Forekomsten av depresjon er høy i alle undersøkelser og varierer i området 10-80% for livstidsprevalens og 5-70% for aktuell lidelse. Her er det åpenbart at ulike kriterier for å sette diagnosene er brukt.

Den mest omfattende undersøkelsen i Norge av stoffmisbrukere under behandling ble gjennomført i 1992-93 av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (Lauritzen et al 1997). Den viste at omkring 60% var mye plaget med angst og depresjon uten at det ble satt noen sikre diagnoser. Svært mange hadde generelle tegn på dårlig psykisk helse. 33% hadde gjort selvmordsforsøk. Selvmord er for øvrig en av de viktigste dødsårsaker blant stoffmisbrukere, noe som indikerer mye depresjon og håpløshet i gruppen foruten sannsynlig dårlig sosial integrasjon (Rossow 1994). Stor andel med depresjon (69%) ble funnet i en undersøkelse av klienter ved Veksthuset i Oslo (Ravndal & Vaglum 1994).

For depresjon og angstlidelser spiller selve misbruket større rolle enn for andre tilstander. I de siste årenes undersøkelser har man derfor lagt vekt på å skille mellom pasienter som har depresjon eller angst som følge av misbruket, og de som har hatt lidelsene uavhengig av det. Dette tas nærmere opp senere.

7.1.1.3 Angstlidelser

De fleste undersøkelsene viser også høy forekomst av angstlidelser hos misbrukere. Ofte er angst en del av et depressivt sykdomsbilde. Hos alkoholikere er det høy forekomst av angstlidelse også når denne sees uavhengig av misbruket. Likevel er det meste av angstlidelser også i denne gruppen avhengig av eller sekundært til misbruket. Undersøkelsen til Schuckit et al fra 1997 skilte mellom lidelser som måtte anses som uavhengig av misbruket og de som var knyttet til misbruket. Han fant klart høyere hyppighet av uavhengige angstlidelser hos alkoholikere sammenlignet med kontrollgruppen. Det dreide seg mest om panikkangst og sosial fobi. Uavhengige angstlidelser ble funnet hos 9% av alkoholikerne og 4% av kontrollene.

En egen lidelse innenfor denne gruppen er post traumatisk stress lidelse (PTSD). Det er grundig dokumentert at rusmisbrukere har betydelig høyere forekomst av denne lidelsen enn andre. Blant ungdom under behandling for rusmisbruk er det i USA funnet 5 ganger høyere forekomst av denne lidelsen enn hos andre ungdommer (Deykin & Buka 1997). Andelen kvinnelige misbrukere med denne spesielle lidelsen kan i amerikanske undersøkelser variere mellom 30% og 60%, mens andelen hos mannlige misbrukere gjennomgående er 2-3 ganger lavere (Navjavits et al 1997, Dansk et al 1996).

7.1.1.4 Personlighetsforstyrrelser

Alle undersøkelser av misbrukere viser en betydelig overvekt av pasienter med personlighetsforstyrrelser. Spesielt dyssosiale (antisosiale) og ustabile (borderline) personlighetsforstyrrelser er sterkt overrepresentert, spesielt blant narkotikamisbrukere. Ulike undersøkelser viser fra 20% til 60% med antisosial personlighetsforstyrrelse, 10%-30% med borderlinetilstander (et begrep fra DSM IV som stort sett tilsvarer emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser i ICD-10). Hos menn er dyssosial personlighetsforstyrrelse vanligst, hos kvinner ustabil personlighetsforstyrrelse.

De færreste av personer med rusmisbruk og alvorlig utagerende personlighetsforstyrrelse - som dyssosiale og ustabile personlighetsforstyrrelser - kommer nok i kontakt med psykiatrien direkte. De fleste behandles i russektoren.

7.1.1.5 Oppsummering

Kort kan oppsummeres: Blant misbrukere som er til behandling har en meget stor andel psykisk lidelse i tillegg til misbruket. Variasjonen i andelen som finnes ved ulike kartleggingsundersøkelser antas i stor grad å skyldes ulike kriterier og metoder. De vanligste lidelsene er ulike former for angst og depresjon, samt personlighetsforstyrrelser hvor dyssosiale og ustabile er viktigst. Blant kvinner dominerer angst og depresjon, blant menn personlighetsforstyrrelser, spesielt dyssosiale. Forekomsten av psykose er mer usikker og varierer mye mellom undersøkelsene. Det er i de siste årenes undersøkelser ikke konsistente funn i retning av noen særlig overrepresentasjon av schizofrene blant rusmisbrukere. Derimot er det klart flere med reaktive psykoser oftest knyttet til misbruk av sentralstimulerende midler, alkohol, cannabis eller hallusinogener, eller til det vanskelige livet som leves. Det er mulig at forekomsten av vrangforestillingslidelser og schizotyp personlighetsforstyrrelse er høyere enn hos personer som ikke misbruker, men det er ikke sikkert vist.

Stoffmisbrukere i Norge representerer også en gruppe som for det meste har hatt store problemer i oppveksten. De har hatt skoleproblemer, tidlige atferdsproblemer. Mange har vært utsatt for vold, både i form av seksuelle overgrep og annen type vold.

7.1.2 Rus og psykiatri-undersøkelsen i Oppland/Hedmark

Kompetansesenter for rusmiddelproblematikk for Hedmark og Oppland ved Rusmiddelavdelingen, Sanderud sykehus gjennomførte i 1998 en omfattende datainnsamling for å kartlegge psykisk sykelighet hos rusmisbrukere. Resultatene av denne undersøkelsen er relevant for oss, men data er ennå ikke publisert. Når resultatene foreligger, vil det bli den mest omfattende undersøkelsen i Norge omkring psykisk sykelighet blant rusmisbrukere som er under behandling

7.2 Rusmisbruk blant psykiatriske pasienter

7.2.1 Kort litteraturgjennomgang

Det er de siste 20 årene internasjonalt gjort et stort antall undersøkelser omkring rusmisbruk blant grupper av psykiatriske pasienter. Resultatene varierer en del mellom landene og avhengig av hvilken type psykisk lidelse som studeres. De fleste finner at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler i større grad enn andre. Det gjelder schizofrene pasienter som har økt tendens til å bruke sentralstimulerende midler, nikotin, cannabis og kanskje alkohol. Det gjelder i stor grad personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, spesielt de med mye impulsivitet, rastløshet og selvhevdning. De fleste undersøkelsene er amerikanske, men det foreligger også undersøkelser fra en rekke andre land. Siden alkoholmisbruk og spesielt stoffmisbruk er mer utbredt i USA enn i Norge, er det sannsynlig at de funn som gjøres der, ikke direkte kan overføres til norsk forhold. Mønsteret i misbruket hos psykiatriske pasienter følger i stor grad mønsteret blant andre misbrukere i den kulturkrets som studeres, med noen forbehold for de schizofrene som nevnt ovenfor. Hvilke midler som er tilgjengelige samt prisen vil ofte være avgjørende.

I følge ECA hadde omkring halvparten av pasienter med schizofrenilignende psykoser misbruksproblemer. Tyske undersøkelser viser at omkring 25% av schizofrene pasienter misbruker stoff eller alkohol (Soyka et al 1993, Hambrecht & Häfner 1996). Det utgjør omkring det dobbelte av misbrukshyppigheten i den øvrige tyske befolkning. Fra London er rapportert at 36% av psykotiske pasienter innlagt på akuttavdeling omkring 1995 hadde rusproblemer siste 12 måneder (Menezes et al 1996). 16% hadde stoffproblemer eller blandingsmisbruk, 20% alkoholmisbruk. Hyppigheten av rusmisbruk var høyere hos menn enn hos kvinner og hyppigere blant yngre pasienter enn eldre, slik man finner i alle slike undersøkelser. Pasientene med misbruk hadde for øvrig siste 2 årene hatt dobbelt så lang tid i psykiatrisk sykehus sammenlignet med de andre psykotiske pasientene.

Fra Norge finnes kartlagt andelen schizofrene som misbruker alkohol eller stoff i tverrsnittsundersøkelsen av pasienter i norske psykiatriske sykehus. Den viste at omkring 18% av innlagte schizofrene under 40 år hadde betydelige rusproblemer (undersøkelsen omtales nærmere i Vedlegg 2). Fra TIPS-prosjektet i Rogaland rapporteres svært høy andel stoffmisbruk blant helt unge med schizofreniform psykose (Tor Kjetil Larsen, personlig meddelelse). Det begynner også å komme data fra Helhetlig psykiatriplanlegging som refereres i Vedlegg 3. En upublisert undersøkelse fra Åsgård sykehus i Tromsø viste at 17% av pasienter med psykose innlagt i 1992 og 1996 hadde sikkert rusmiddelmisbruk, hovedsakelig av alkohol. Hos ytterligere 16% var det et mulig misbruk. Undersøkelsen var retrospektiv, basert på journalgjennomgang (Johannessen et al). Samme undersøkelse viste for øvrig vesentlig høyere andel med rusmisbruk blant pasienter med nevrososer eller personlighetsforstyrrelser. Ellers er det gjort lite undersøkelser i Norge omkring dette.

I følge ECA-undersøkelsen misbrukte omtrent halvparten av pasienter med bipolar affektiv lidelse alkohol. Andre undersøkelser av kliniske materialer viser lavere andeler. Fra Norge foreligger ikke spesielle undersøkelser av denne pasientgruppen, men tverrsnittsundersøkelsen i 1994 gir noe informasjon. Den viste at 14% av pasientene under 40 år innlagt i forbindelse med affektive psykoser misbrukte rusmidler. De fleste undersøkelser viser at denne pasientgruppen har noe større tendens til alkoholmisbruk, mindre til stoffmisbruk sammenlignet med schizofrene og pasienter med personlighetsforstyrrelser.

En sveitsisk undersøkelse kan resymeres med denne tabellen når det gjelder misbruk siste 3 måneder hos pasienter innlagt på psykiatrisk sykehus i 1995 (Modestin et al 1997):

Diagnosegruppe	Andel som misbrakte rusmidler
Schizofreni o.l.:	35%
Affektive lidelser:	21%
Neurose/stress/somatoform:	12%
Andre lidelser:	17%.

Blant pasienter med spiseforstyrrelser er det funnet økt hyppighet av rusmisbruk. Det gjelder pasienter med oppkast, men neppe rene anorexia nervosa-pasienter. Blant bulimipasienter er beskrevet rusmisbruk hos 15-50% (Skårderud 1994). Bulimi kan sees som en tilstand av kontrollsvikt som kan sammenlignes med rusmisbruk. For enkelte pasienter med spiseforstyrrelse brukes narkotika som middel for å holde seg slank. Dette kan gjøre behandlingen mer komplisert. Samtidig rusmisbruk forverrer prognosen ved bulimi (Keel et al 1999).

Psykisk utviklingshemmede (PU) har tidligere hatt klart mindre omfang av rusmisbruk enn den øvrige befolkning. Dette kan skyldes skjerming i egne tiltak og dermed mye kontroll. Etter utflytting til egen bolig er det kommet rapporter om at noen lett psykisk utviklingshemmede har vært sårbare for utvikling av misbruk, dels av alkohol, dels av illegale midler. Noen steder synes de å bli utnyttet av personer som omsetter illegale rusmidler. De psykisk utviklingshemmede kan sees som et potensielt marked for produktene. Omfanget er lite kjent. Selv om omfanget av misbruk kan være mindre enn i den vanlige befolkningen, synes misbruk hos PU lettere å skape problemer både med jobb og familie. Mange PU bruker medikasjon mot epilepsi. Alkohol og andre stoffer kan interferere med denne og også på annen måte senke krampeterskelen. Medikamentene kan også potensere alkoholeffekten. Noen kjennetegn ved PU representerer kjente risikofaktorer for utvikling av rusmisbruk: ikke adekvat selvregulering og oppmerksomhetstrang (Christian & Poling 1997).

7.3 Andre utredninger omkring forekomst av dobbeltdiagnosepasienter

Det har i Norge ikke tidligere vært gjort noen samlet utredning om forekomst av pasienter med kombinasjon alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. I Nordland ble det imidlertid laget en rapport i 1998 med funn av betydning i denne sammenhengen (Nilsen & Kroll 1998). Siktemålet var å utrede behandlingsbehovet for pasienter med dobbeltdiagnose i fylket. Som ledd i arbeidet ble det gjennomført en kartleggingsundersøkelse rettet mot kommunene. Man konkluderte med at det dreide seg om omkring 200 personer i Nordland. Dette tilsvarer en prevalens på 8 per 10000 innbyggere, eller hvis antallet er representativt for landet: 3700 personer i Norge. Man fant for øvrig også en rask økning i antall innleggelser på Nordland psykiatriske sykehus av personer med dobbeltdiagnose i 1990-årene.

I Østfold ble det i 1996 gjort en kartlegging av misbrukere med utgangspunkt i sosialkontor og sosialmedisinske poliklinikker. Man fant at disse instansene hadde kjennskap til ca. 1700 misbrukere (71/10000), hvorav 216 (9/10000) hadde psykiatrisk tilleggdiagnose.

I Sverige er gjort flere kartleggingsundersøkelser, blant annet i Göteborg-området (Malmström & Eriksson 1995) og Stockholms län (Lassenius & Nilsson 1994). Utredningen fra Stockholm konkluderte med en prevalens av personer med dobbeltdiagnose på 10-15 per 10000, mens den fra Göteborg fant 11 per 10000.

I Jönköping län ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse i 1995 i forbindelse med et utviklingsprosjekt knyttet til den svenske psykiatireformen (Öje-

hagen & Schaar 1999). Man ønsket å finne fram til personer innenfor psykiatrien og sosialtjenestene (inkludert russektoren) som kunne være aktuelle for et behandlingsprosjekt som innebar kontinuerlige team for integrert behandling. Man fant fram til 119 pasienter i Jönköping len (300 000 innbyggere), hvorav 80 i Jönköping by (120 000 innbyggere). Før man var kommet så langt falt imidlertid en del bort fordi noen pasienter ikke ønsket å delta på kartleggingen. Man kartla heller ikke kriminalomsorgen og regnet der med å ha mistet en del. Det er anslått at omkring 100 personer i Jönköping by (8/10000) kunne vært aktuell for slik behandling (Ulf Eek, personlig meddelelse).

7.4 Kriminalomsorgen

Overfor misbrukere av illegale midler spiller kriminalomsorgen en viktig rolle. I enkelte populasjoner av misbrukere under institusjonsbehandling har 80% av mannlige stoffmisbrukere sonet fengselsdommer (Statens klinikk for narkomane, ikke publiserte data). Ved SIFA-undersøkelsen i 1992-93 fant man at 44% av mennene og 24% av kvinnene hadde uoppgjorte saker med politiet på tidspunktet for behandlingen (Lauritzen et al 1997).

Ser man på justisapparatets samlede innsats overfor misbrukere er det tale om meget store ressurser til politi, rettsapparat, kriminalomsorg. Deres innsats har en viktig plass i misbrukernes liv. I kapitelet om behandling tas dette nærmere opp, samtidig som det gis en vurdering av hvilke muligheter innsatsen kan gi.

7.4.1 Fengsler

Av et gjennomsnittsbelegg på i underkant av 2500 innsatte i fengslene har fordelingen på ulike kategorier de siste årene vært omtrent som vist nedenfor (Ragnar Kristoffersen, KRUS, personlig meddelelse):

Vinningsforbrytelser	30%
Narkotikaforbrytelser	30%
Vold	20%
Sedelighetsforbrytelser	5%
Veitrafikk	10%
Diverse	5%

Omkring 11 000 personer settes årlig inn i fengslene på nytt ("nyinnsattelser"), hvorav 1/3 dreier seg om varetektsfengslinger. Siden soningstiden er ulik for de forskjellige typene forbrytelser, blir fordelingen av type lovbrudd litt annerledes når man studerer de nyinnsatte, sammenlignet med de som er innsatt på et tilfeldig tidspunkt. Det er noe flere med narkotikaforbrytelser, vold og sedelighetsforbrytelser blant de som sitter inne på et tilfeldig tidspunkt fordi disse i gjennomsnitt har lengre dommer, og tilsvarende relativt færre med vinningsforbrytelser og veitrafikkdommer. Gjennomsnittlig soningstid i Norge er i underkant av 3 måneder. Omkring 6% av innsatte er kvinner. Gjennomsnittsalder for innsatte er omkring 31 år.

Både blant nyinnsatte og de som sitter inne på et tilfeldig tidspunkt, kan man regne med at 60% – 80% har omfattende rusproblemer. Dette innebærer at det til en hver tid sitter ca. 1800 rusmisbrukere i fengsel, hvorav kanskje omkring 1000 har meget alvorlige rusproblemer, de fleste med intravenøst misbruk. Det innebærer også at vel 7000 personer med alvorlige rusproblemer er innsatt kortere eller lengre tid i løpet av ett år. Spesielt i gruppene innsatt for vinnings- og narkotikaforbrytelser er andelen rusmisbrukere høy. Det dreier seg for disse i stor grad om misbruk av illegale midler. Også blant de voldsdømte er det mange med misbruk, oftest av alkohol. Gjennomsnittlig er innsatte med vin-

ningsforbrytelser yngre enn de med narkotikakriminalitet. Dette passer med den kliniske erfaring at stoffmisbrukere gjør vinningsforbrytelser i yngre år og glir over til stoffomsetningskriminalitet når de blir eldre. Da er risikoen for å bli tatt mye lavere, men fengselsstraffen lengre hvis man først blir dømt.

Medisinsk behandling er i hovedsak ivaretatt gjennom det ordinære helsevesenet med kommunehelsetjenesten som første linje. Mange av fengslene har etablert faste kontakter med psykiatriske poliklinikker. Ved Oslo kretsfengsel eksisterer en egen psykiatrisk helsetjeneste for innsatte med utgangspunkt i Regional sikkerhetsavdeling ved Aker sykehus, Dikemark.

Det er ikke gjort noen systematisk undersøkelse av psykiske problemer blant norske innsatte. Årsmeldinger fra Psykiatrisk team ved Oslo kretsfengsel gir imidlertid et visst innblikk i psykiatrisk sykелighet ved dette fengselet som i løpet av 1998 hadde 1400 personer innsatt. Årsmelding for Psykiatrisk team 1998 viser at de i alt hadde 515 henvendelser fra 404 innsatte som i alt fikk 596 diagnoser. 396 av henvendelsene kom fra innsatte som også tidligere hadde vært fengslet. 178 hadde vært innlagt psykiatrisk sykehus. Vel halvparten av de som ble undersøkt satt i varetakt. 78% opplyste at de hadde rusproblemer. Av disse misbrukte 69% narkotika, 22% var blandingsmisbrukere og 7% misbrukte alkohol.

De viktigste diagnosegruppene i forbindelse med henvendelsene var: Misbruksrelaterte lidelser 35%, angst og lignende 24% og personlighetsforstyrrelser 19%. Schizofreni / schizotyp lidelse / vrangforestillingslidelse utgjorde 6% av diagnosene. Tallene sier bare noe om de som henvendte seg til psykiatrisk fagteam, ikke direkte noe om sykелigheten i den samlede fangepopulasjonen.

En tilsvarende oversikt fra psykiatrisk helsetjeneste ved Ila landsfengsel og sikringsanstalt viste at hoveddiagnose for 87 henviste pasienter i 1997 var slik fordelt:

Psykosor: 17% (1% affektiv psykose).

Personlighetsforstyrrelser: 56% (17% dyssosial personlighetsforstyrrelse).

Omkring $\frac{3}{4}$ av pasientene hadde hatt alvorlig rusmisbruk før innsettelsen, men bare for 6% var dette hoveddiagnose. Omkring 70% av de henviste pasientene hadde kombinasjonslidelse rus/psykiatri.

Heller ikke disse tallene sier noe direkte om sykелigheten i den samlede fangepopulasjonen.

I nordisk sammenheng er en dansk undersøkelse av 228 varetektsfengslede i København i 1991-93 kanskje den som gir best innsikt i psykiatrisk sykелighet blant innsatte (Andersen et al 1996). Den hyppigste diagnosen var avhengighet av rusmidler med 44% (cannabisavhengighet var ikke regnet med). I tillegg kom de som misbrukte rusmidler, men som ikke var avhengige. 3% hadde schizofreni og 3% schizotyp personlighetsforstyrrelse. 10% hadde affektiv lidelse, hvorav langt de fleste var deprimerte. 1% hadde hypomani. Man fant 17% med dyssosial personlighetsforstyrrelse, andre personlighetsforstyrrelser ble ikke undersøkt. (Dyssosial personlighetsforstyrrelse var her en "smalere" og mer alvorlig diagnose enn antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM). 16% hadde angstlidelse eller lignende. Vanligste rusavhengighet var opioider, 26% av alle de innsatte, mens alkoholavhengige utgjorde 11%. Det ble antatt at det de siste årene var skjedd en dreining fra alkoholavhengige til opioidavhengige i danske fengsler. Mange hadde kombinasjon rusavhengighet/dyssosial personlighetsforstyrrelse og rusavhengighet/affektiv lidelse.

Det er grunn til å tro at norske forhold ikke avviker vesentlig fra danske og at en tilsvarende undersøkelse hos oss ville gi lignende funn. Den store andelen med narkotikaproblemer blant pasientene som ble undersøkt av psykiatrisk fag-

team ved Oslo kretsfengsel passer godt med de danske funnene, det samme gjør fordelingen av diagnosene. Dersom dette stemmer, vil man i den norske fangepopulasjonen på 2500 personer på et gitt tidspunkt regne med at omkring 700 er opiatavhengige og 2-300 alkoholavhengige og at mange av de øvrige også har betydelige problemer med rusmidler. Andelen med psykose blant varetektsfengslede kan antas å være omkring 5%, sannsynligvis vesentlig lavere blant de som soner dom. Disse skulle ikke bli sittende i fengsel, men den danske undersøkelsen påpeker at ikke alle med psykose fanges inn av den rutinemessige vurderingen ved innsetting i varetekt.

Med utgangspunkt i misbruksmønster og kjennskap til psykiatrisk sykkelighet må antas at det i fengslene er få innsatte med aktive psykoser. Pasienter med dobbeltdiagnose har noe av det samme mønsteret som klienter i russektoren, med overvekt personlighetsforstyrrelser, depresjon og angstlidelser.

Det er ikke grunnlag for noen sikre beregninger av antall personer med dobbeltdiagnose som fengsles i løpet av ett år eller som sitter fengslet i Norge på ett tidspunkt, men det kan gjøres noen antakelser. Foruten psykisk lidelse vil de altså ha et rusmisbruk som for de fleste i hovedsak dreier seg om narkotika.

Tabell 4 Grovt anslag over personer med rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse i fengsler i Norge

Diagnose	Antall nyinnsatte per år	Antall på et tilfeldig tidspunkt
Alvorlig personlighetsforstyrrelse	2000	500
Affektive lidelser, i hovedsak depressive	500	125
Angstlidelse	700	175
Schizofreni og lignende	150	10
Totalt	3350	810

7.4.2 Kriminalomsorg i frihet (KIF)

Kriminalomsorg i frihet følger opp straffedømte med betinget dom med tilsyn, prøveløslatte med tilsyn og personer som er dømt til samfunnstjeneste. De gjør også såkalte personundersøkelser som innebærer en kartlegging av den siktedes helse, utdanning og sysselsetting. Kriminalomsorgen i frihet kan uttale seg om den siktedes egnethet for samfunnstjeneste eller tilsynsprogram. I 1997 fikk 2920 personer tilsyn, hvorav 1202 i forbindelse med prøveløslatelse og 972 knyttet til betinget dom (St meld nr 27 (1997-98)). De fleste som dømmes til betinget dom får ikke krav om tilsyn, og det samme gjelder de fleste som prøveløslates.

Klienter dømmes til betinget dom med tilsyn spesielt når den pådømte handling ligger i grenseområdet mellom betinget og ubetinget fengselsstraff. Det har oftest med karakteren av forbrytelsen å gjøre, men kan også ha sammenheng med den situasjonen klienten er i når han skal dømmes. Yngre får lettere tilsyn enn eldre. Klientene ved friomsorgen er dermed i gjennomsnitt omkring 5 år yngre enn innsatte.

Det foreligger ikke noen sikre undersøkelser omkring klientene som følges opp av kriminalomsorg i frihet med hensyn til rusmisbruk eller psykisk lidelse. Man må kunne regne med at de har omtrent den samme problembelastning som de innsatte med hensyn til rusmisbruk og psykiske lidelser.

7.5 Bostedsløse

Bostedsløse utgjør en gruppe med vidt forskjellige skjebner. For noen er bostedsløshet en midlertidig situasjon, for andre et kronisk problem. De langvarig

bostedsløse har ofte dårlig sosialt nettverk, mangeårig misbruk, sosialt forfall, noen med vanskelig og bråkete atferd, noen med mange behandlingsforsøk i institusjon, evt. dommer og fengselsopphold. Mange er gjengangere i akuttpsykiatrien, oppgitt de fleste steder. Diagnostisk kan noen være schizofrene, noen ha alvorlige personlighetsforstyrrelser, kanskje også noen med "bare" misbruk og sosialt forfall. Sannsynligvis har noen også kognitiv svikt i form av lett psykisk utviklingshemming. Noen er i perioder uteliggere, i andre perioder hospitsbeboere. Misbruket i denne gruppen var tidligere i hovedsak alkohol i ulike varianter, men heroinmisbruk har de senere årene blitt vanligere. Gruppen har høy dødelighet.

Det er gjort flere undersøkelser om bostedsløse i Norge med utgangspunkt i de store byene. I 1996 ble det gjennomført en større undersøkelse ved Norsk institutt for byggforskning som kartla bostedsløshet i hele landet (Ulfrstad 1997). Man spurte systematisk sosialkontor, boligkontor, fengsler, psykiatriske institusjoner og institusjoner for rusmisbrukere samt andre instanser som hadde med bostedsløse å gjøre, slik som hospits, campingplasser med mer. Alle de 11 kommunene i landet med mer enn 40 000 innbyggere var med, i tillegg et utvalg på hver 5. av de øvrige kommunene.

Registrering av bostedsløse ble gjort en uke primo desember 96. Rapporten konkluderte med omkring 6200 bostedsløse i Norge. Omfanget av bostedsløshet var større i store enn små kommuner, og forskjellen var ganske dramatisk: I kommuner med over 40000 innbyggere fantes 3,1 bostedsløse per 1000 innbyggere, i mellomstore kommuner (10 000 – 40 000 innbyggere) 0,63/1000 og i små kommuner under 10 000 innbyggere 0,36/1000. I Oslo fantes vel 2500 bostedsløse (5/1000 innbyggere), i Bergen 754 (3,3/1000), Trondheim 327 (2,2/1000) og Stavanger 254 (2,3/1000).

Vel 60% av de bostedsløse hadde rusproblemer (halvparten alkohol, halvparten narkotika). Alkoholmisbrukerne var i gjennomsnitt vesentlig eldre (44 år) enn narkotikamisbrukerne (30 år).

Av alle bostedsløse bodde 18% på hospits (Oslo 25%), 23% i institusjon eller fengsel, 9% fra dag til dag hos bekjente, 4% var uten sikker overnatting kommende natt. 84% var enslige. 24% hadde psykisk sykdom (hvorav 1/3 var på institusjon), 52% hadde ikke sikre psykiske vansker, men i 20% av tilfellene visste ikke informantene. Den reelle situasjonen blant bostedsløse spente fra den rene nød hvor det var uklart hvor man kunne bo følgende natt til noe mer ordnet tilværelse hos venner. Enkelte fremmedkulturelle bodde hos venner og kjente, og i den gruppen var det lite misbruk.

Av alle bostedsløse var 24% registrert med psykisk sykdom. Dette innebar at den som rapporterte oppfattet det slik at klienten hadde åpenbare psykiske symptomer som medførte behov for behandling. Det var altså en meget grov kategorisering i mange tilfelle gjort av legmenn. Sannsynligvis innebærer dette underrapportering.

15% av de bostedsløse hadde kombinasjonen rusmisbruk og psykisk sykdom, men det manglet opplysninger om mange. For landet innebar det at man registrerte omkring 930 bostedsløse med både psykisk lidelse og rusmisbruk. Av disse ble 300 registret i Oslo.

Andre undersøkelser gir inntrykk av større grad av psykisk sykkelighet og økende misbruk blant bostedsløse. Det er en forkommen gruppe med dårlig helse og høy dødelighet. Mange har hatt vansker med å bo i vanlig leilighet fordi de ikke klarer å stille den, ruser seg, bryter betingelser og oppfattes som plagsomme av omgivelsene. For mange må det til et målrettet arbeid med mye motivering og større tilgang på varierte og godt bemannede boliger for å få til en rimelig bosituasjon for disse.

I Oslo er det siste år gjort en kartlegging av de mest forkomne sosialklientene (Lia 1999). Undersøkelsen var basert på rapporteringskjemaer fra byde-

lene. Man ønsket rapport om klienter med høyt ruskonsum, lang karriere, ikke behandlingsmotiverte, utagerende, psykisk og somatisk syke, bostedsløse, med dårlig nettverk og "svartelistet" på institusjoner. Det kom inn 514 skjemaer, og det var tydelig nokså ulik terskel for innsending av skjemaer i ulike bydeler. 75 av de registrerte hadde plass på institusjon, 20 av dem i Rusmideletatens egne institusjoner. Ved gjennomgang av skjemaene kom man fram til 32 klienter som var spesielt vanskelige, bostedsløse, med fysiske og psykiske helseproblemer, med mye rus og problematferd, som var svært vanskelige å finne tilbud til. De trengte åpenbart noe utover det som var tilgjengelig. De antas å representere de mest forkomne dobbeltdiagnosepasientene i Oslo, selv om deres psykiatriske diagnose ikke var kjent. I tillegg var det flere klienter som fortonte seg som "udetonerte bomber" med marginale boforhold, for eksempel hos slektninger eller i en av kommunens rehabiliteringsinstitusjoner. Der kunne de nå så vidt være, men personalet var på grensen til ikke å kunne klare mer.

Oslo har de siste vintrene hatt tilbud om overnatting for bostedsløse, dels i regi av Frelsesarméen, dels som et samarbeid mellom kommunen og Frelsesarméen. For tiltakene vintrene 1997 og 1997/98 foreligger rapporter (Holm & Rusånes 1997, Reinås 1998).

Den første vinteren benyttet ialt 267 personer tilbudet, hvorav 168 hjemmehørende i Oslo. Det var større andel kvinner blant de som ikke var hjemmehørende i Oslo. Kvinnenes alder var i gjennomsnitt 31 år, menns 37 år. Heroinmisbruk: 75% av kvinnene, 57% av mennene. Alkoholmisbruk: 7% av kvinnene, 24% av mennene. Bare få misbrukte ikke rusmidler. Personalet ved Frelsesarméens kontaktsenter vurderte det slik at 5 kvinner og 18 menn hadde betydelige psykiske problemer i form av "svært avvikende atferd med psykotiske gjennombrudd". Av disse hadde 5 personer kortvarige opphold ved psykiatriske akuttinstitusjoner i løpet av de 2 månedene botilbudet eksisterte. 3 av kvinnene og 16 av mennene i gruppen som hadde psykiske problemer misbrukte rusmidler, hovedsakelig heroin og alkohol. Forfatterne omtalte også en gruppe "drop-outs" på 75 personer som hadde falt ut av behandlings- og boinstitusjoner. Året etter benyttet 433 klienter tilbudet som var åpent i 4 måneder. De fleste overnattet bare én gang i tiltaket. Vurderingen av psykisk helse og rusing på mottakstidspunktet avvek noe fra året før, men også denne gang fantes mange med rusmisbruk og åpenbare psykiske problemer.

Disse undersøkelsene fra Oslo innebærer bruk av noe ulike metodikk. Til sammen gir de inntrykk av at det i hovedstaden finnes en gruppe som bor dårlig og ustabil, som er helt uten bolig i perioder til tross for at Oslo har et relativt bredt spekter av boinstitusjoner. De er vanskelige å plassere i bolig på grunn av atferdsforstyrrelser og rusmisbruk. Mange av dem har vært forsøkt i boinstitusjoner og rehabiliteringssentre, men uten hell. De har hatt korttidsopphold på psykiatriske institusjoner og avrusingsinstitusjoner, men man har ikke lyktes å skaffe varige opplegg for behandling eller bolig. Gruppens størrelse avhenger av hvor strengt kriteriene defineres. Et meget smalt utgangspunkt er rusmideletatens 32. I tillegg er det åpenbart en noe større gruppe som også fungerer svært marginalt. Disse korresponderer kanskje mer med de omkring 300 bostedsløse personene i Oslo med både psykiske problemer og rusmisbruk som ble funnet i Ulfrstads undersøkelse. Langsiktig behandling har vært vanskelig å etablere, kanskje også fordi man ikke har hatt metoder og ressurser.

7.6 Noen momenter omkring pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk

7.6.1 Metodeproblemer

Et av problemene med forskning på dette området er at det benyttes ulike metoder for å beskrive og klassifisere misbruk og for å komme fram til psykiatriske

diagnoser. Dermed kan det være vanskelig å sammenligne ulike undersøkelser om forekomst av dobbeltdiagnoser. Selv om det de siste årene har vært arbeidet mye for å bedre forholdene, vil det neppe la seg gjøre å unngå dette problemet helt. Når sammenligninger gjøres, må man ha det in mente.

Bruk og misbruk av rusmidler kan klassifiseres på mange måter. Begge de store psykiatriske diagnosesystemene har med klassifisering av misbruk. ICD-10 (Classification of Mental and Behavior Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines), som er det offisielle diagnosesystemet i Europa, bruker begrepene "skadelig bruk" og "avhengighet". Sistnevnte representerer mer omfattende misbruk. Det er funnet ganske godt sammenfall mellom flere kartleggingsmetoder med hensyn til "avhengighet", men dårligere når det gjelder "skadelig bruk" (Pull et al 1997).

For å stille psykiatriske diagnoser brukes ulike diagnostiske metoder og metoden kan innvirke på resultatet. Det er også vist at tidspunktet man gjør diagnostisk vurdering kan bety mye. Det foregår en diskusjon omkring hvor lang tids avholdenhet som bør kreves før man kan sette pålitelige psykiatriske diagnoser. Det er enighet om at man ideelt sett bør vente i flere uker eller måneder – avhengig av hva slags stoff det dreier seg om. Det kan derfor være viktig å revurdere psykiatriske diagnoser etter lang tids avholdenhet. Rusmisbruk spiller inn først og fremst når det gjelder vurdering av stemningslidelser og angst, men også når det gjelder psykoser. Dette er vist med flere undersøkelser de siste årene hvor man har skilt mellom symptomer som har direkte relasjon til misbruket og de som er mer uavhengige. Ved bruk av uavhengige kriterier er overhyppigheten av psykiatrisk sykелighet blant misbrukere funnet vesentlig lavere enn det som tidligere er publisert. (Schuckit 1997, Brooner 1997). Det er også vist at situasjonen med hensyn til rusing spiller en rolle for vurdering av personlighetsdiagnoser. I en amerikansk undersøkelse ble dette spesielt studert (Rounsaville et al 1998). Kriminalitet og rusmisbruk er blant kriteriene for spesielt borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse. Undersøkelsen viste at en del av pasientene ikke tilfredsstilte kriteriene hvis man så bort fra misbruksrelaterte kriterier.

I en dansk gjennomgang tas lignende problemer opp i forbindelse med sammenhengen mellom cannabismisbruk og schizofreni. Hos noen kan cannabis utløse schizofrenilignende psykoser som vedvarer under misbruk, men blir borte hvis misbruket opphører. Dette kan først avklares etter lengre tids avholdenhet. På grunn av tendens til fortsatt cannabismisbruk som skjules kan pasientene bli feildiagnostisert som schizofrene (Kristensen 1994). Det synes som om det er en dose-respons-sammenheng her. Dette kan være noe av årsaken til at cannabisrapportert psykose er vanligere i Europa hvor man vanligvis bruker mer konsentrert cannabis i form av hasj, enn i USA hvor cannabis inntas i form av vesentlig svakere marihuana. For personer som har en sikker schizofreni er cannabisbruk en klar risikofaktor for nye psykotiske episoder.

I praksis gjøres de fleste undersøkelser av rusklinters psykiske lidelser etter meget kort tids avholdenhet, blant annet fordi noe annet er vanskelig å gjennomføre. En av grunnene til at Brooners gruppe fant lavere prevalens av komorbiditet kan være at de ventet i minst én måned etter inklusjon i behandlingsopplegget før de kartla psykisk lidelse. Problemet i undersøkelsessammenheng vil være at man ved å vente mister en del av de opprinnelige pasientene ved at de bryter oppleggene.

Mye diskusjon har vært knyttet til hvorvidt psykiske lidelser oppdages av det personalet som arbeider med misbrukere. Det foreligger mange kasuistiske beretninger om klienter som var til behandling i russektoren og hvor man alt for sent kom fram til psykiatrisk diagnose som kunne behandles. En undersøkelse som tok sikte på å finne ut hvorvidt de som arbeidet på en avrusingsenhet henviste de pasientene som trengte psykiatrisk tilsyn, konkluderte med at de

gjorde det, med noen unntak (Craig & DiBuono 1996). Her ble imidlertid en ganske stor andel av pasientene henvist. Muligheten for å overse psykisk lidelse er større dersom terskelen for henvisning er høy, slik den er på mange norske avrusingsinstitusjoner.

7.6.2 Hva er primært, den psykiske lidelsen eller misbruket?

Skyldes misbruk psykisk lidelse eller omvendt? Eller dreier det seg om samtidig forekommende problemer uten direkte årsakssammenheng? Spørsmålet har vært stilt av mange. Det viktigste i praksis er om det har betydning for den behandlingen som skal gis.

Spesielt når det gjelder depresjoner og angstlidelser er dette problemet aktuelt, men det gjelder også psykoser og personlighetsforstyrrelser. Dersom psykiske symptomer er direkte følge av misbruket, vil man kunne håpe at de blir borte eller iallfall mye forbedret etter en tids avholdenhet, mens de i motsatt fall vil kunne vedvare. Ved systematisk å klassifisere symptomene etter hvorvidt de er uavhengige eller avhengige av misbruket, finnes at svært mange av depresjoner og angstlidelser er avhengige av misbruket og sannsynligvis ikke ville ha vært noe problem hvis pasientene ikke hadde misbrukt rusmidler. Dette er vist å gjelde både for opiatmisbrukere (Brooner 1997) og alkoholmisbrukere (Schuckit 1997). Muligheten er også tilstede for at misbruket har gitt varige skader slik at symptomene vedvarer etter at rusbruket er opphørt, selv om de i utgangspunktet var forårsaket av misbruket.

Mange forskere kommer altså fram til at det hos noen kan sannsynliggjøres at rusmisbruk er sekundært til psykisk lidelse, hos andre motsatt og at det også finnes en gruppe hvor direkte sammenheng ikke kan påvises (Hien et al 1997). Dette gjelder både pasienter innlagt i psykiatriske avdelinger og i misbruksinstitusjoner. En større tysk undersøkelse konkluderte med at det i forholdet mellom stoffmisbruk og schizofreni fantes flere undergrupper: 1/3 hadde et uavhengig stoffmisbruk i mer enn ett år før første tegn på schizofreni. Hos 1/3 oppsto stoffmisbruk og første tegn på schizofreni samtidig (samme måned) noe som kunne tyde på en årsakssammenheng, men usikkert i hvilken retning. Hos en siste tredel oppsto stoffmisbruk etter første tegn til schizofreni (Hambrecht & Häfner 1996). I en svensk undersøkelse fant man at de som ved undersøkelse på sesjon noen gang hadde forsøkt cannabis hadde 2,4 ganger høyere risiko for å få schizofreni som andre. De som hadde brukt cannabis mer enn 50 ganger hadde 6,0 ganger høyere risiko (Andreasson 1987). Heller ikke dette sier noe om årsaksforhold. Flere undersøkelser viser at personer med samtidig bruk av cannabis og utvikling av schizofreni kommer fra familier hvor det er større hyppighet av schizofreni og schizotyp personlighetsforstyrrelse (McGuire et al 1995).

Det har hos stoffmisbrukere ofte dreid seg om tilpasningsforstyrrelser i barn- og ungdom. Undersøkelser av stoffmisbrukere som var til behandling i Norge 1992/93 viste at 70% hadde hatt lære- eller atferdsproblemer i skolen og 21% hadde hatt psykiatrisk behandling i barndom eller ungdom (Lauritzen et al 1997). Barn med ADHD er også vist å ha økt risiko for misbruk i ungdomsalder og senere.

Misbrukere har som gruppe vært mye utsatt for traumer, dels i form av overgrep i barndommen, dels knyttet til et vanskelig liv senere med kriminalitet og ulykker. Noen utvikler som følge av dette den spesielle lidelsen post traumatisk stresslidelse (PTSD). Studier hvor man har fulgt pasienter over tid, tyder på at pasienter med PTSD har mye større risiko for å utvikle eller øke rusmisbruk enn andre (Chilcoat & Breslau 1998). Det er i tråd med dette rimelig å tro at traumatisk barndom også kan føre til økt risiko for senere misbruk.

Det finnes altså forskning som tyder på at psykiske lidelser kan være følge av rusmidlenes virkning og vice versa. Det dreier seg oftest om et samspill der

personlighet og psykiatriske symptomer interferer med virkningen av stoff og alkohol. Misbruk kan føre til en forsterkning av problemer som eksisterte og spesielt til redusert mestringsevne. Relasjoner med venner og familie ødelegges, og prognosen forverres betydelig. Det fremgår av det som er nevnt ovenfor, at det i første rekke er symptomer på angst og depresjon som kan være direkte følger av misbruk. Til dette bildet hører også den høye selvmordsrisiko. Sannsynligvis har noen av overdosedødsfallene lignende bakgrunn.

Et vanlig syn på etiologi når det gjelder psykiske problemer er at det hos mennesker er en ulik genetisk betinget sårbarhet i retning av manifest psykisk lidelse, f. eks. schizofreni. Dersom oppvekstvilkår er trygge og livsvilkårene underveis uten for store påkjenninger kan personer som bare har lett sårbarhet unngå manifest sykdom. Rusmisbruk og det ustabile livet som følger med, kan være en slik ekstra påkjenning som kan bidra til utvikling av psykisk sykdom hos disponerte personer. Det gjelder kanskje spesielt stoffer som øker uro og agitasjon slik som sentralstimulerende midler eller som er hallusinogener, oftest LSD, ecstasy og cannabis. Opiater virker mer dempende og kanskje antipsykotisk, men selve det urolige, ustabile misbrukerlivet foruten perioder preget av abstinensreaksjoner kan virke motsatt.

En rekke undersøkelser viser at pasienter som misbruker stoff er yngre ved debut av schizofreni enn andre schizofrene. Hvorvidt dette skyldes direkte virkning av rusmidlene eller hvorvidt det dreier seg om en egen gruppe schizofrene med lavere alder, er uavklart. De fleste heller til at sårbare personer får schizofreni i yngre aldre som følge av misbruket.

7.6.3 Hvordan innvirker misbruk på forløpet ved psykisk lidelse?

I forløpsstudier av psykiske lidelser er rusmisbruk blant de faktorer som forverrer utsiktene i størst grad. Schizofrene får vansker med å etablere seg i stabil situasjon, det blir vanskelig å bygge opp gode og stabile relasjoner og pasientene unnlater i større grad å ta sine antipsykotiske medisiner. De får hyppigere episoder med positive psykotiske symptomer, de er innlagt på psykiatriske institusjoner i lengre tid (Menezes 1996) og de innlegges hyppigere, selv i de tilfellene man har vært sikker på at de har fått medikasjon (Gupta et al 1996). Hvorvidt årsaken til de hyppigere innleggelsene skyldes psykose eller andre forhold diskuteres (Brunette 1997).

Hos schizofrene synes misbrukere å ha dårligere effekt av neuroleptika, slik at de må ha høyere dose. De har sannsynligvis også større risiko for å utvikle tardive dyskinesier som bivirkning av neuroleptika.

Både misbruk og schizofreni gir uavhengig av hverandre høy dødelighet i selvmord (Rossow 1994, Wiersma et al 1998). Kombinasjonen gjør det ikke bedre, slik at pasienter med både schizofreni og misbruk er en meget utsatt gruppe.

7.6.4 Hvorfor misbruker psykiatriske pasienter?

Er det andre grunner til at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler enn at andre mennesker gjør det? Tanken om at mennesker misbruker som selvmedisinering av psykiske symptomer er nærliggende og har mye støtte i forskning. Noen peker imidlertid på at selvmedisineringsteorien ikke alltid passer så godt, spesielt ikke for schizofrene som ofte opplever at de får mer positive psykotiske symptomer når de misbruker stoff (Brunette 1997). I stedet bruker de stoff for å dempe angst og spenning, tristhet, apati eller søvnvansker, noe som riktignok også innebærer en type selvmedisinering. I én undersøkelse opplyste bare 15% at de tok alkohol for å dempe psykotiske symptomer (Noordsy et al 1991). Andre fant at mange schizofrene misbrukere mente stoffmisbruk forårsaket eller forverret schizofrenien, men de fortsatte å misbruke stoff for å dempe angst og tristhet (Baigent et al 1995).

En nærliggende mulighet er at pasienter misbruker stoff – inkludert nikotin – for å motvirke ubehagelige bivirkninger av tradisjonelle antipsykotiske midler (Voruganti et al 1997). Det er noen holdepunkter for at bytte til siste generasjons neuroleptika som har vesentlig mindre dempende bivirkninger enn de tradisjonelle, kan føre til redusert stoffmisbruk hos schizofrene (Buckley 1998). Flere finner at type misbruk i hovedsak bestemmes av hva som er tilgjengelig, men at det hos schizofrene kan være en preferanse i retning av sentralstimulerende midler som demper negative symptomer. Noen finner også at cannabis foretrekkes av schizofrene fordi det kan dempe tristhet, selv om de får mer aktive psykotiske symptomer.

Hos andre grupper psykiatriske pasienter kan selvmedisinering være like aktuelt som forklaring. Det gjelder mange pasienter med angst og depresjon. Paradokset er at stoff og alkohol kan gi lettelse umiddelbart, men føre til mer symptomer og dårligere mestringssevne på sikt.

7.6.5 I hvilken grad oppdages psykiske lidelser hos misbrukere? Og misbruk hos psykiatriske pasienter?

Det har vært reist mye kritikk om at man ikke oppdager psykiske lidelser som kan behandles hos misbrukere. Det kan tidligere ha hatt sammenheng med at ideologien i deler av russektoren har vært til hinder for kartlegging. Man har villet unngå stigmatisering og medikalisering av problemer som i utgangspunktet har vært oppfattet som eksistensielle.

De siste årene har dette klart endret seg i Norge, parallelt med den økte forskningen omkring avhengighet og psykiatrisk komorbiditet. Det er nå innenfor det meste av russektoren åpenhet og interesse for å kartlegge problemer, for bedre å kunne matche klienter til riktig type opplegg og eventuelt behandle psykiatriske tilstander mer spesifikt, medikamentelt eller på annen måte. Det gjøres sannsynligvis grundigere utredning enn for 10 år siden, men det er ikke gjort undersøkelser som avklarer hvorvidt russektoren nå fanger opp psykiatrisk sykelighet bedre enn tidligere. En del psykiatriske ungdomsteam har vært aktive i retning av å finne fram til pasienter med psykotisk lidelse. Det kan se ut som om slik innsats fører til at man finner flere, noe som innebærer at de overses hvis man ikke leter aktivt, eller ikke har tilstrekkelig erfaring med pasientgruppen. Mange pasienter med misbruk har alvorlige reaksjoner på tidligere traumer. De kan hjelpes med målrettet behandling. Men heller ikke disse finnes hvis det ikke letes systematisk.

Lignende problemer eksisterer i psykiatrien med hensyn til å oppdage og kartlegge rusmisbruk hos psykiatriske pasienter. Mange er opptatt av at man lett overser slike problemer i psykiatrien. Det har imidlertid de siste årene også vært diskutert om man kan overvurdere rusmisbruk som faktor i akuttpsykiatrien. En amerikansk undersøkelse tok dette opp spesifikt og kom til overraskende resultater (Claassen et al 1997). Psykotiske pasienter som kom til psykiatrisk akuttmottak ble undersøkt med stoff- og alkoholanalyser i urin. Dette ble sammenlignet med klinisk vurdering og pasientenes selvrapporing av misbruk. Legene oppfattet 53% av pasientene som påvirket av stoff eller alkohol, men det viste seg å stemme for bare 1/3 av dem. Noen av dem med positive urinprøver ble ikke oppfattet som klinisk påvirkede. De færreste med positive urinprøver rapporterte at de hadde brukt rusmidler, men dette kan skyldes at det dreide seg om psykotiske pasienter. Forfatterne anbefaler ut fra disse funnene sterkt at det benyttes urinprøver rutinemessig i psykiatriske akuttsituasjoner for å oppdage eller avkrefte rusmisbruk. Andre undersøkelser viser bedre samsvar mellom egenrapportering og urinprøver (Modestin 1997).

7.7 Konklusjoner

Undersøkelser omkring kombinasjonen psykisk lidelse og misbruk av rusmidler kan gjøres med utgangspunkt i psykiatriske pasienter, rusklienter, fengselspopulasjoner, andre spesielt utsatte grupper, spesielt de bostedsløse, samt ved generelle befolkningsundersøkelser.

For situasjonen i Norge kan antas at omkring 10-20% av de schizofrene har betydelige misbruksproblemer, flere hos menn og flere jo yngre de er. Det er derfor rimelig å regne med større hyppighet – kanskje omkring 30% - blant nysyke schizofrene. Misbrukt substans hos schizofrene er ofte cannabis, amfetamin eller alkohol. Blant pasienter med affektiv psykose kan antas at omkring 10% har rusproblemer, hovedsakelig med alkohol. Omtrent samme andel av pasienter med lettere depresjoner og angstlidelser. Blant pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser har kanskje 20% rusproblemer. Lignende er sannsynlig for pasienter med bulimi, mens andelen med misbruk er lavere blant pasienter med anorexi. Psykisk utviklingshemmede har som gruppe tidligere klart hatt mindre bruk og misbruk av rusmidler enn normalbefolkningen. Det er tegn til noe økt misbruk blant disse de siste årene, omfanget er ukjent.

Blant rusmisbrukere i Norge kan antas at opptil 5% har en eller annen form for psykose, inkludert schizotyp personlighetsforstyrrelse og reaktive psykoser. En liten andel på få prosent har affektiv psykose, mens langt flere har depresjon eller angstlidelser. Opptil halvparten av klienter med avhengighet og intravenøs bruk av narkotika kan ha alvorlig personlighetsforstyrrelse

8 Omfanget av personer med alvorlig psykiske lidelse som samtidig misbraker rusmidler i et slikt omfang at det er behov for spesialiserte døgnplasser og polikliniske behandlingstilbud

8.1 Grunnlag for beregningene

Før konklusjoner trekkes skal grunnlaget for anslagene kort oppsummeres. Det er viktig å være klar over at siktemålet for kartleggingen er de pasientene som trenger spesialiserte behandlingstilbud ut over det som finnes i dag. Mange får behandling i dagens opplegg og vil neppe ha noe særlig å vinne ved nye tjenester. Derfor blir anslagene her ganske lave i forhold til det samlede antall personer med kombinasjon av psykiske lidelser og rusmisbruk.

De tall som her gis, vil måtte anses som omtrentlige. Noe annet er umulig med de mange usikre og skjønnsmessige avgrensningene som er gjort. Tallene bør være brukbare som grunnlag for planlegging av behandlingstiltak. Hvorvidt behandlingstiltakene blir tilstrekkelige avhenger ikke bare av om antallet er riktig, men vel så mye av om behandlingstiltakene blir tilstrekkelig relevante for målgruppene. Begge sider av dette bør evalueres underveis.

Anslagene angis her i 12-måneders prevalens per 10000 innbyggere. Det nevnes også hvor mange det vil innebære i Norge. Og det understrekes igjen at det her ikke vil dreie seg om generell prevalens av dobbeltdiagnosepasienter, men om prevalens av de dobbeltdosepasientene som det er vurdert trenger nye behandlingstiltak.

Grunnlaget for anslagene:

- Helsetilsynets kartleggingsundersøkelse som er gjennomført i dette prosjektet (Kapitel 8)
- Tverrsnittsundersøkelsen i norske psykiatriske sykehus (Vedlegg 2)
- Helhetlig psykiatriplanlegging, HPP (Vedlegg 3)
- Undersøkelser om bostedsløse (Kapitel 7.5)
- Undersøkelser i kriminalomsorgen i Norge og Danmark (Kapitel 7.4.1)
- Kartleggingsundersøkelser i norske fylker (Kapitel 7.3)
- Kartleggingsundersøkelser i Sverige (Kapitel 7.3)
- Antall pasienter til behandling for ulike psykiske lidelser og andel av disse med rusmisbruk (Kapitlene 6 og 7.2)
- Antall klienter med omfattende rusmisbruk. Prevalens av psykiske lidelser blant rusmisbrukere (Kapitlene 6.3 og 7.1)

Av disse er det bare kartleggingsundersøkelsens henvendelse til ledere i psykisk helsevern, russektor og kommuner som direkte spør etter antall dobbeltdiagnosepasienter som trenger behandlingstiltak ut over det som eksisterer i dag. De andre kildene gir også kunnskap om dette, men på en mer indirekte måte.

8.2 Metoder i Helsetilsynets kartleggingsundersøkelse for beregning av antall

Undersøkelsen ble gjennomført med spørreskjemaer til psykiatriske avdelinger, psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker, psykiatriske ungdomsteam, rusinstitusjoner og kommuner. Undersøkelsen ble sendt til alle landet psykiatriske avdelinger. De øvrige instansene i 6 utvalgte fylker – Oslo inkludert – ble involvert i undersøkelsen. Spørreskjemaene var av to typer: Én til instansenes ledelse (Spørreskjema 1), og én til behandlere (Spørreskjema 2). Sistnevnte var et pasientregistreringsskjema for registrering av opplysninger hos pasienter med

dobbeltdiagnose som var til behandling ved instansen, enten ved innleggelse 27.1.99 eller ved samtale ved poliklinikk uke 4 eller 5 i 1999.

Svarene ga grunnlag for 3 uavhengige beregninger av prevalens for pasienter med ulike alvorlige psykiske lidelser kombinert med omfattende rusmisbruk: I Spørreskjema 1 ble ledelsen ved de ulike fylkeskommunale instansene bedt om å gi anslag for hvor mange pasienter de i 1998 kjente til i sine opptaksområder med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk i en grad som ga behov for nye behandlingstiltak. Siden disse instansene hadde klart definerte opptaksområder gir svarene direkte grunnlag for prevalensberegning. Det er i dette også skjønnsmessig tatt hensyn til sannsynlig dobbeltregistrering.

I Spørreskjema 2 ble fylkeskommunale behandlere bedt om å registrere dobbeltdiagnosepasienter. Dette ble gjort for alle pasientene uavhengig av om det var behov for egne behandlingstiltak. Det skulle imidlertid spesifiseres i hvilken grad behandlingsbehovet på sikt var ivaretatt ved bruk av en skala fra 1 (ikke tilfredsstillende) til 7 (helt tilfredsstillende). Når det ble markert at behandlingsbehovet var dårlig ivaretatt (1-3 på skalaen), er her antatt rimelig å regne med at det var behov for nye tiltak, slik at pasienten kan inkluderes blant de som skal kartlegges. Vi kjenner for øvrig til det totale antall pasienter som ble behandlet i de fylkeskommunale behandlingsinstansene i registreringsperioden, samt hvor mange pasienter som ble behandlet samlet i 1998. Disse opplysningene gir mulighet for prevalensberegning. Også her er det tatt skjønnsmessig hensyn til mulig dobbeltregistrering.

Kommunenes helse- og sosialtjenester ble bedt om å registrere de pasientene de hadde kontakt med i løpet av 1998 på Spørreskjema 2. Siden alle pasienter har en tilknytning i kommunene ga dette en egen mulighet for beregning av prevalens, også her ved å omtale spesielt de pasientene hvor det langsiktige behandlingsbehovet var dårlig ivaretatt.

De tre metodene førte til nokså ulike resultater, slik tabell 5 illustrerer.

Tabell 5 Anslag over prevalens basert på opplysninger fra ledere ved fylkeskommunale enheter, samt fra behandlere i fylkeskommuner og kommuner

Registreringer ved:	Anslag for prevalens per 10000 innbyggere	Anslag for antall pasienter i Norge
Ledere i fylkeskommunale enheter	11,0	4907
Behandlere i fylkeskommunale enheter	4,6	2035
Behandlere i kommunene	7,9	3490

Vi kom altså fram til noe ulike anslag avhengig av hvilken metode som ble brukt. Det er ikke uventet, fordi det var mange usikkerhetsfaktorer. En av disse var den terskelen vi satte for inkludering av pasientene etter hvorvidt behandlingsbehovet var tilfredsstillende ivaretatt. Vi inkluderte de som skåret 1-3 på skalaen fra 1 til 7. Hvis vi i stedet hadde inkludert pasienter som skåret 1-4 ville vi fått følgende antall pasienter i Norge: Registrering ved fylkeskommunale behandlere: 3175 pasienter. Ved kommunale behandlere: 4677

Ved beregning av antall pasienter innenfor de ulike diagnosegruppene er det i undersøkelsen tatt mest hensyn til angivelsene fra lederne i fylkeskommunale instanser fordi de var de eneste som direkte ble spurt om antall dobbeltdiagnosepasienter som trenger nye behandlingstilbud. For de diagnosegruppene hvor det var store avvik i forhold til antallet som kom fram gjennom registreringene ved behandlerne, er tallene justert noe.

8.3 De sårbare

8.3.1 Schizofreni, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive (ikke toksiske) psykoser.

Kartleggingsundersøkelsen konkluderer med prevalens på 2,2 per 10000 som har behov for nye behandlingstiltak.

I HPP er funnet prevalens på 2,4 dobbeltdiagnosepasienter hvorav 65% har ikke-affektiv psykose. Det tilsvarer prevalens på 1,6 per 10000. Hvorvidt alle disse er i behov for nye behandlingstiltak er usikkert. Uansett er dette en vesentlig lavere prevalens en det som ble funnet ved kartleggingsundersøkelsen. Hvilket funn som har høyest validitet er usikkert.

I alt er det vanlig å regne med 16000 schizofrene her i landet. Det svarer til 36 per 10000 innbyggere. Tverrsnittsundersøkelsen i norske psykiatriske avdelinger viste at omkring 1250 schizofrene var innlagt i sykehus på et tilfeldig tidspunkt i 1994. Av disse hadde 14% betydelige rusproblemer. Dersom andelen misbrukere er like stor blant alle schizofrene, vil 5/10000 ha slike problemer. Imidlertid er det grunn til å tro at de schizofrene som er innlagt på institusjon har større tendens til å ruse seg enn gjennomsnittet. En rekke undersøkelser viser at schizofrene som ruser seg har lengre liggetid i psykiatriske avdelinger enn de som ikke gjør det. De innlagte representerer også i snitt yngre schizofrene enn gjennomsnittet, og yngre ruser seg mer enn eldre. Det var en slående utvikling i norske psykiatriske sykehus mellom 1984 og 1994 at antallet pasienter over 40 år i psykiatriske avdelinger falt, mens antallet under 40 år holdt seg konstant (Hagen 1997). Disse tallene gir likevel indikasjon på at en prevalens på vel 2/10000 for pasienter med schizofrenilignende psykoser med betydelige rusproblemer neppe er regnet for høyt.

Med utgangspunkt i omkring 30 000 personer (prevalens 67/10000) som har et meget omfattende rusmisbruk her i landet tilsvarer dette omkring 3% med schizofrenilignende psykoser blant misbrukere. Det ligger omtrent midt på treet av det som gjerne finnes av slike psykoser ved undersøkelser av populasjoner av rusmisbrukere under behandling.

Det ligger selvfølgelig langt under det som ble funnet i amerikanske befolkningsundersøkelser om rusmisbruk blant schizofrene og vice versa om schizofreni blant rusmisbrukere, men disse dataene er ikke uten videre overførbare til pasienter som søker behandling. Amerikanske data om prevalens av misbruk viser dessuten høyere tall enn tilsvarende norske.

Samlet sett synes den prevalens kartleggingsundersøkelsen viste, ikke å stride mot andre data, slik at konklusjon her blir den samme.

8.3.2 Bipolare psykoser

Kartleggingsundersøkelsen konkluderer med prevalens på 0,3/10000 med bipolar lidelse, rusmisbruk og behov for nye behandlingstiltak. De som har behov for nye behandlingstiltak utgjør en relativt liten andel av de bipolare med rusmisbruk.

I HPP er funnet at 10% av dobbeltdiagnosepasientene har affektiv psykose. De utgjør 0,24/10000. Andelen unipolare depressive psykoser blant disse er ikke kjent. Sannsynligvis er en stor andel bipolare.

I tverrsnittsundersøkelsen (Vedlegg 2) fantes at 10% av de innlagte med affektive psykoser hadde alvorlig rusmisbruk. Andre undersøkelser viser tilsvarende eller høyere andel av bipolare med rusmisbruk.

Rådet for psykisk helse estimerte omkring 30000 personer i Norge med bipolar affektiv lidelse siste 12 måneder, det vil si prevalens på 67/10000. Hvis 10% av disse skulle ha uttalte rusvansker, tilsvarer det 7/10000, eller 3000 personer i Norge. Dette er et klart høyere antall enn det kartleggingsundersøkelsen viste. Imidlertid var det der en viss tvil. Ledernes anslag i kartleggingsundersøkelsen

tilsvarte 1,8/10000 med alvorlig affektiv lidelse. Det ble antatt at langt de fleste av disse hadde unipolar depresjon, slik at andelen bipolare var liten. Dette pas-set best med fordelingen av pasienter med affektive lidelser i pasientregis-tringsdelen. Kartleggingsundersøkelsen viste dessuten at man var relativt tilfreds med dagens behandlingstiltak overfor denne pasientgruppen. Dette innebærer at selv om det var mange bipolare med rusproblemer, var det relativt få som trengte nye behandlingstiltak.

Siden mye taler for at kartleggingsundersøkelsens prevalens er meget lav i forhold til andre funn, oppjusteres litt til 0,4/10000 innbyggere. Det innebærer 180 personer på landsbasis.

8.3.3 Alvorlige depresjoner

Kartleggingsundersøkelsen konkluderte med 1,2/10000 med alvorlig depresjon, omfattende rusmisbruk og behov for nye behandlingstiltak.

Svært mange misbrukere er deprimerte i perioder. Det har delvis sammenheng med substansenes bivirkninger og misbrukernes ustabile liv med traumer, tap av relasjoner og nettverk. Disse misbrukerne behandles i russektoren, og mange blir bra av depresjon når livet stabiliseres og det kommer følelse av bedring og kontroll. Andre trenger mer spesifikk behandling mot depresjon, kanskje flere enn de som får slik behandling i dag. Anti-depressiv farmakologisk og annen spesifikk behandling må kunne ytes også i den delen av russektoren som behandler klienter med alvorlig misbruk og depresjon. Mange med alvorlig depresjon og moderat misbruk bør også kunne behandles i psykiatrien slik den nå er organisert.

Det gjenstår likevel en del deprimerte som ikke kan behandles tilfredsstillende. Her regnes med de 1,2/10000 som kartleggingsundersøkelsen konkluderte med. Det tilsvarer 540 pasienter på landsbasis. Disse utgjør i underkant av 2% av de antatte 30000 alvorlige misbrukerne i landet, det vil si en meget liten andel i forhold til det antallet som må antas å ha kombinasjon depresjon og misbruk i en eller annen form. Det dreier seg igjen om den lille gruppen som trenger særskilte behandlingstiltak.

8.3.4 Alvorlige angstlidelser

Kartleggingsundersøkelsen konkluderer med en prevalens på 0,7/10000 med alvorlig angstlidelse, rusmisbruk og behov for nye behandlingstiltak. Det utgjør 300 pasienter på landsbasis. Det dreier seg om personer hvor angstlidelsen vedvarer også i perioder med avholdenhet, slik at den trenger særskilt behandling. Det er som for depresjoner svært få i forhold til det antall misbrukere som har slike problemer.

8.3.5 Spiseforstyrrelser

I kartleggingsundersøkelsen er funnet omkring 0,06/10000 med kombinasjon rus/alvorlig spiseforstyrrelse og dårlig ivaretatt behandlingsbehov. Det tilsvarer 30 personer i landet og er som for de ovenstående meget lavt anslått. Forutsetningen for dette lave anslaget er at de fleste pasienter med mer moderate plager med spiseforstyrrelse kan behandles innenfor eksisterende opplegg, enten innenfor russektoren eller psykiatrien. Den gruppen som her er tatt med, har uttalte problemer med både rusmisbruk og spiseforstyrrelse og trenger spesielt tilpassede behandlingsopplegg.

8.3.6 Alvorlige personlighetsforstyrrelser av eksentrisk type (paranoide eller schizoide) eller engstelig type (tvangspregede, unnvikende eller avhengige)

Kartleggingsundersøkelsen ga ikke noe grunnlag for å skille mellom typer personlighetsforstyrrelser. Det ble konkludert med 3,4/10000 med alvorlig person-

lighetsforstyrrelse, rusmisbruk og behov for nye behandlingstilbud samlet. Mange undersøkelser av misbrukspopulasjoner har nøydt seg med å studere omfanget av antisosiale personlighetsforstyrrelser. I undersøkelser av misbrukspopulasjoner hvor ulike typer av forstyrrelser er undersøkt, er det funnet overvekt av utagerende personlighetsforstyrrelser. Blant de eksentriske personlighetsforstyrrelsene er det funnet flest med paranoid type og blant de engstelige personlighetsforstyrrelsene flest med unnvikende type. Bare en liten del av pasientene med personlighetsforstyrrelser innenfor den engstelige gruppen, kvalifiserer for betegnelsen "alvorlig psykisk lidelse" slik den brukes her. Forholdet mellom personlighetsforstyrrelser i andre undersøkelser av misbrukspopulasjoner gjør det rimelig å anta at 0,5/10000 har alvorlig personlighetsforstyrrelse av eksentrisk eller engstelig type (som grovt tilsvarer cluster A og C i DSM-IV).

Tabell 6 Anslag over personer med kombinasjon alvorlig psykisk lidelse med høy sårbarhet, omfattende rusmisbruk og behov for nye behandlingstiltak

Diagnosegruppe	Prevalens per 10000	Antall i Norge
Schizofreni og lignende	2,2	1000
Bipolar psykose	0,4	180
Alvorlige depresjoner	1,2	530
Alvorlige angstlidelser	0,7	300
Alvorlige spiseforstyrrelser	0,06	30
Alvorlige ikke utagerende personlighetsforstyrrelser	0,5	220
Totalt sårbare	5,06	2260

8.4 De utagerende

Det dreier seg her i hovedsak om dyssosiale og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. Ut fra funnene i kartleggingsundersøkelsen, med fratrekk for den pasientgruppen som er nevnt i kapittel 8.2.6, regnes her med 2,9/10000, det vil si omkring 1300 personer i Norge. De utgjør som for flere av de andre diagnosegruppene en liten andel av de personene som har kombinasjon av slike personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk. De trenger særskilte behandlingstiltak utover dagens.

Et springende punkt er her mest hvor mange som burde fått et bedre behandlingstilbud innenfor psykiatrien. Hva kan psykiatrien gi denne gruppen ut over det som gjøres? Kan psykiatrien ha noe mer å tilføre i behandlingen av personer med dyssosiale personlighetsforstyrrelser, heroinmisbruk og uttalt kriminalitet? Spørsmålet tas nærmere opp i kapittel 11.

De omkring 1300 personene har også i dag for en stor del kontakt med psykiatrien. Mange er fengslet i perioder. Møtene med psykiatrien er oftest knyttet til akutte kriser. Enkelte er psykotiske i perioder og en alvorlig personlighetsforstyrrelse som ligger i bunn, slik at de kan omtales som trippeldiagnosepasienter (psykose, personlighetsforstyrrelse og rus). De er her regnet inn blant pasienter med schizofreniforme psykoser.

8.5 Kognitiv svikt

I kartleggingsundersøkelsen er regnet med at 0,14/10000 har kombinasjonen lett psykisk utviklingshemning, alvorlig rusmisbruk og behov for tilpassede behandlingstiltak. Det dreier seg om omkring 60 personer på landsbasis. Prevalens av lett psykisk utviklingshemning ligger omkring 30-40/10000. Det betyr

at bare 0,5% av de lett psykisk utviklingshemmede har rusmisbruk i et omfang som krever spesielle behandlingstiltak.

Kartleggingsundersøkelsen gir ikke kvantitative data om andre typer kognitiv svikt enn psykisk utviklingshemming. En del av pasientene i kategorien "andre alvorlige psykiske lidelser" var av typen ADHD, men undersøkelsen gir ikke grunnlag for anslag om antall. Det er ellers kjent at personer med ADHD har økt forekomst av rusmisbruk (Gillberg 1998), men omfanget er ikke tilstrekkelig belyst. Det er iallfall rimelig å regne med et minimum på 0,6/10000, noe som på landsbasis vil innebære omkring 270 personer under og over 18 år. Mange utvikler dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder og en del pasienter vil kunne klassifiseres begge steder.

Sekundær kognitiv svikt som følge av rusmisbruk er heller ikke tilstrekkelig utredet til at det er rimelig å komme med konklusjoner om antall.

8.6 Samlet

Vi gjør her en enkel oppsummering over antall personer med alvorlig psykisk lidelse, rusmisbruk og behov for særskilte behandlingstiltak.

Tabell 7 Samlet antall personer med dobbeltdiagnose og behov for nye behandlingstiltak.

	Prevalens per 10000	Antall i Norge
Sårbare pasienter	5,06	2260
Utagerende pasienter	2,9	1300
Kognitiv svikt	0,74	330
Totalt	8,7	3890

Tallene er selvsagt omtrentlige, slik at de må avrundes. Konklusjonen blir at omkring 4000 pasienter i Norge trenger spesielle behandlingstiltak utover det som finnes i dag. Det tilsvarer 9 per 10000 innbyggere.

8.7 Andel nysyke schizofrene med rusproblemer

I kartleggingsundersøkelsen ble de psykiatriske avdelingene og poliklinikkene også spurt om rusproblemer blant de av pasientene som i 1998 for første gang hadde fått diagnosen schizofreni. De ble bedt om å angi hvilken prosentandel av de nysyke schizofrene som hadde "hatt rusmiddelmissbruk i et omfang som har ført til betydelige vansker med behandling og oppfølging av pasientene?"

Tabell 8 Andel nysyke med rus. Gjennomsnitt

Instans	Andel nysyke schizofrene som også har rusproblemer
Psykiatriske avdelinger	34%
Psykiatriske poliklinikker	31%
Samlet	33%

Det var altså enighet mellom psykiatriske avdelinger og poliklinikker om at omtrent 1/3 av pasientene som i 1998 fikk diagnosen schizofreni også hadde rusmisbruk av stor betydning for oppfølgingen. Spredningen i svarene var stor, noe som gjenspeiler at det i noen opptaksområder var få nysyke, slik at tilfældige utslag ble store.

9 Øvrige resultater fra kartleggingsundersøkelsen

Her legges fram et sammendrag av funn i kartleggingsundersøkelsen som bidrar til å karakterisere de pasientgruppene som er aktuelle.

Pasientregistreringsskjemaet ga informasjon også om ulike karakteristika slik som psykiatrisk hoveddiagnose, type misbruk, sprøytebruk, tidligere innleggelser i psykiatrien og i rusinstitusjoner, boligforhold, planlagte behandlingstiltak, hvor tilfreds behandlerne var med behandlingstiltakene for den enkelte pasient og hva slags tiltak man mente var viktigst å bygge ut for pasienter med kombinasjonen psykisk lidelse og rusmisbruk. Her er tatt med data som gjelder alle pasientene som ble registrert med registreringsskjema. Også pasienter hvor behandler har ment eksisterende behandlingstilbud var tilfredsstillende, er med. Der gruppen med dårlig ivaretatt behandlingstilbud atskiller seg vesentlig fra de andre, er det gjort merknad om det i teksten.

9.1 Noen karakteristika ved de ulike gruppene pasienter med dobbeltdiagnose

9.1.1 Tre ulike grupper dobbeltdiagnosepasienter

Denne undersøkelsen har kartlagt tre ulike populasjoner: Psykiatriske pasienter som ruser seg, rusklinter som har psykiske lidelser og pasienter med begge type problemer i kommunene. Forskjellen på gruppene viser seg på flere måter. Den psykiatriske populasjonen besto mest av pasienter med schizofreni eller lignende psykoser. En større andel var menn. Pasientene brukte av stoff mest cannabis og amfetamin, de brukte relativt sjelden sprøyter, og de ble sjeldnere klassifisert som avhengige av rusmidler. De hadde ofte boligvansker og behovet for skjermede boliger var antatt meget stort.

Populasjonen i russektoren (i denne sammenhengen regnes de psykiatriske ungdomsteamene med) hadde personlighetsforstyrrelser som vanligste diagnose, sammen med angst og depresjon. Det var større innslag av opiatmisbruk, ofte med sprøyter, og klientene var oftere avhengige av rusmidlene. Forskjellen mellom psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklinikker gjaldt først og fremst alder og type misbruk. Ungdomsteamenes klienter var i gjennomsnitt 27 år gamle og tenderte mot illegalt misbruk og sprøyter. Blant ruspoliklinikkenes klienter - som hadde gjennomsnittsalder på 39 år - var det flere kvinner, de misbrukte i mye større grad alkohol og piller, og flere hadde angst eller depresjon som hoveddiagnose.

Kommunenes populasjon besto av noe fra begge grupper. Den lignet mest på russektorens klienter av minst to grunner: 1) Det er sosialtjenestene som i hovedsak har besvart spørreskjemaene, og disse har et klart ansvar for personer som primært er rusmisbrukere. 2) Denne undersøkelsen kan tyde på at russektorens klienter i mye større grad var kjent i kommunene enn psykiatriens pasienter.

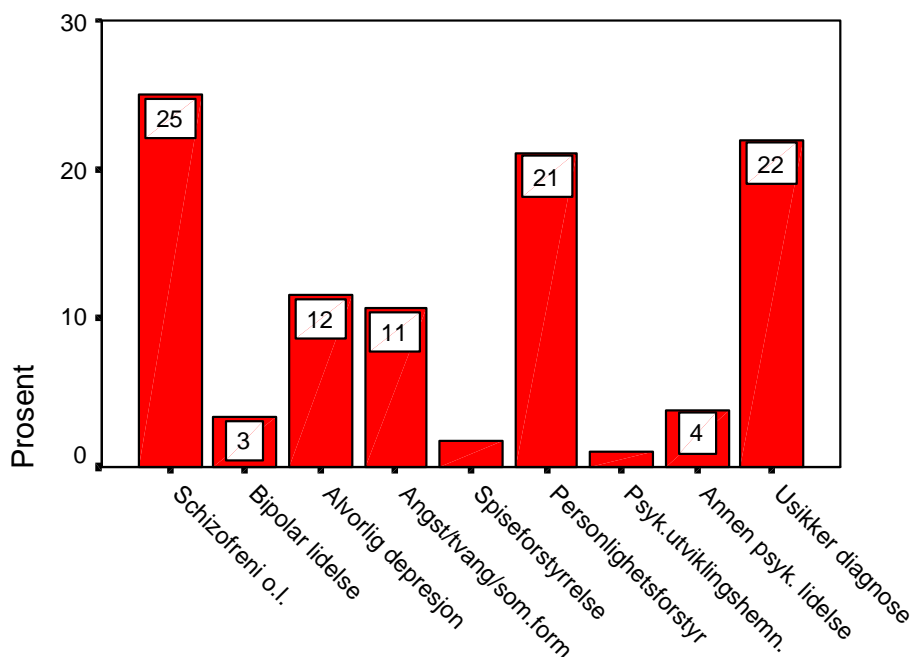
9.1.2 Alder og kjønn

Gjennomsnittsalder for alle pasientene som ble registrert med dobbeltdiagnose var 35 år, kvinneandelen 35%. Både alder og kvinneandel er lavere enn det som finnes blant psykiatriske pasienter ellers. Av diagnosegruppene var pasienter med affektive lidelser eldst, personlighetsforstyrrelser og pasienter med schizofreniforme psykoser yngst.

Det var for de fleste diagnosers vedkommende drøyt 1/3 kvinner. Unntakene var schizofrene o.l. hvor det var enda større overvekt menn, og spiseforstyrrelser hvor det var flere kvinner.

9.1.3 Psykiatrisk hoveddiagnose

Alle instanser. N=1362

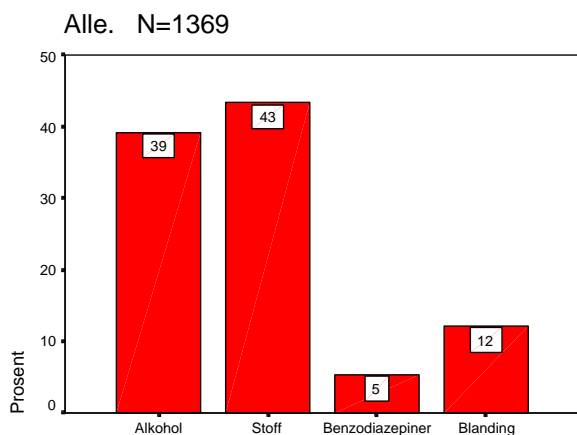


Figur 1 Psykiatrisk hoveddiagnose. Prosentvis fordeling. Alle pasienter

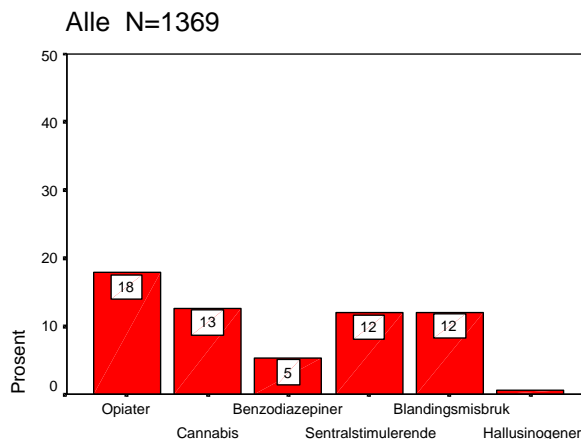
Det var markerte forskjeller mellom ulike typer instanser i hva slags diagnoser de registrerte. Psykiatriske avdelinger og poliklinikker registrerte pasienter med psykoser, ruspoliklinikkene og de psykiatriske ungdomsteamene klienter med personlighetsforstyrrelser. Kommunene hadde en stor gruppe som ble oppfattet å ha både alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, men med usikker diagnose. Poliklinikkene og kommunene hadde også en stor gruppe pasienter med angst og depresjon.

Menn hadde mest psykoser, mens det var en viss overvekt personlighetsforstyrrelser hos kvinner. Andelen med depresjon var lik hos kvinner og menn, noe man ofte finner i misbrukspopulasjoner. I den vanlige befolkningen er andelen med depresjon mye større hos kvinner.

9.1.4 Misbruksmønster



Figur 2 Hovedmisbruk, alle instanser. Alle typer misbruk.



Figur 3 Hovedmisbruk utenom alkohol

Sammenlignes alkohol på den ene siden med stoff på den andre, finnes at gruppen med stoffmisbruk er litt større, slik figur 2 viser. Alkohol er hovedmisbruk for 39%, stoff for 43%. Opiat var den vanligste stoffgruppen, cannabis og sentralstimulerende var hovedmisbruk for litt færre. Av de som hadde opiater som hovedmisbruk, hadde 3/4 brukt sprøyter siste 6 måneder. Svært få har angitt kokain eller løsemidler som hovedmisbruk, de er derfor ikke tatt med i figurene.

Misbruksmønsteret var svært ulikt for pasienter fra de ulike typene instanser. Felles for kommunene og de psykiatriske avdelingene var en stor andel med stoffmisbruk. Men mens cannabis og amfetamin dominerte i de psykiatriske avdelingene, var det mest opiatmisbruk blant kommunenes klienter. Dette kan skyldes at cannabis og amfetamin lettere fører til psykotiske reaksjoner og dermed innleggelser. Amfetamin og cannabis utgjør like store grupper på de psykiatriske avdelingene. Cannabis brukes av vesentlig flere i befolkningen, og dette sier noe om hvor mye større risikoen for psykotiske reaksjoner er ved misbruk av amfetamin enn cannabis. Det lave antallet opiatmisbrukere på de psykiatriske avdelingene passer godt med at risikoen for psykotiske reaksjoner ved bruk av opiat er lav. Russektorens klienter var som nevnt preget av et aldersmessig skille i misbrukerpopulasjonene. De litt eldre klientene ved ruspoliklinikkene hadde oftest alkohol som hovedmisbruk. De i gjennomsnitt 13 år yngre klientene ved psykiatriske ungdomsteam misbrukte i hovedsak stoff.

Det var en markert forskjell på misbruksmønster avhengig av psykiatrisk hoveddiagnose. Pasienter med psykose misbrukte cannabis og amfetamin i høy grad, selv om også blant dem alkohol var viktigste rusmiddel for vel en tredel. Det er viktig å være klar over at også reaktive psykoser var med i denne diagnosekategorien. En del av disse kan ha vært stoffutløste, og da er cannabis og sentralstimulerende midler de viktigste. Materialet tillater ikke å skille disse psykosene ut spesielt fordi det ikke er spurt etter det. Et slikt spørsmål ville for øvrig ofte måtte besvares med usikkerhet fordi det på kort sikt kan være vanskelig å skille stoffinduserte psykoser fra schizofrenier. Hallusinogener synes for øvrig å spille en liten rolle i denne sammenhengen.

For 60% av pasientene var det angitt sidemisbruk. Benzodiazepiner utgjorde den vanligste enkeltgruppen. Det gjaldt både pasienter som hadde alkohol og opiater som hovedmisbruk. Misbrukere av cannabis hadde sentralstimulerende som hyppigste sidemisbruk, og misbrukere av sentralstimulerende brukte mest cannabis ved siden av. Både alkohol og opiat er registrert som viktigste sidemisbruk av bare mindre grupper, henholdsvis 16% og 7% av de som hadde sidemisbruk. Menn hadde ofte stoff som sidemisbruk, kvinner i større grad benzodiazepiner.

Kategoriene i ICD-10 for å klassifisere omfanget av misbruk er "skadelig bruk" og "avhengighet". Stort sett innebærer avhengighet en mer alvorlig tilstand enn skadelig bruk, selv om dette ikke er helt entydig. I dette materialet ble 68% betegnet som avhengige, de øvrige hadde skadelig bruk av rusmidler.

Avhengighet ble vurdert som hyppigst hos klienter ved ruspoliklinikker og i kommunene og var mindre vanlig hos pasientene i psykiatrien. Dette gjenspeilet seg i forholdene knyttet til diagnosene: pasientene med psykoser ble sjeldnere vurdert som avhengige. Menn ble mer avhengige enn kvinner. Og opiatmisbrukere ble oftest oppfattet som avhengige. Mer overraskende er det at så mange som vel 60% av cannabismisbrukere og nesten 70% av misbrukere av sentralstimulerende midler ble oppfattet som avhengige.

Andelen som hadde misbrukt med sprøyter siste 6 måneder var 33%, litt høyere for menn enn for kvinner. Andelen var lavest for dem med affektiv lidelse og psykose, høyest hos pasienter med personlighetsforstyrrelse. Nesten 80% av opiatmisbrukerne hadde brukt sprøyter siste halvår, det samme gjaldt 60% av de som hadde amfetamin som foretrukne middel.

9.2 Innleggelser i institusjon

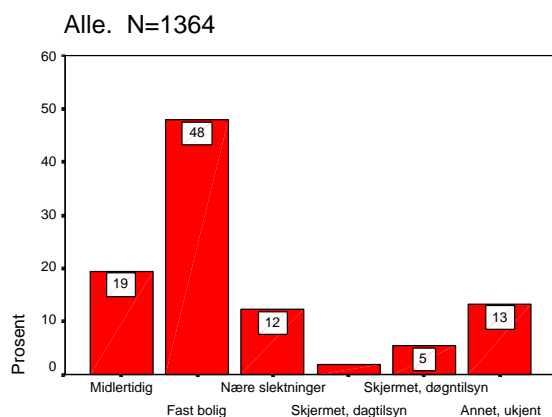
63% av pasientene hadde vært innlagt i psykiatriske institusjoner og 43% i rusinstitusjon. Pasienter med schizofreni og lignende psykoser hadde nesten alle tidligere vært innlagt i psykiatriske avdelinger. Pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde ofte vært innlagt både i psykiatrien og i russektoren.

Av de som var eller hadde vært innlagt i psykiatrisk institusjon, hadde 39% også vært innlagt i rusinstitusjon. Motsatt hadde 58% av pasienter tidligere innlagt i rusinstitusjon også vært innlagt i psykiatrisk avdeling. 18% hadde ikke vært innlagt i det hele tatt.

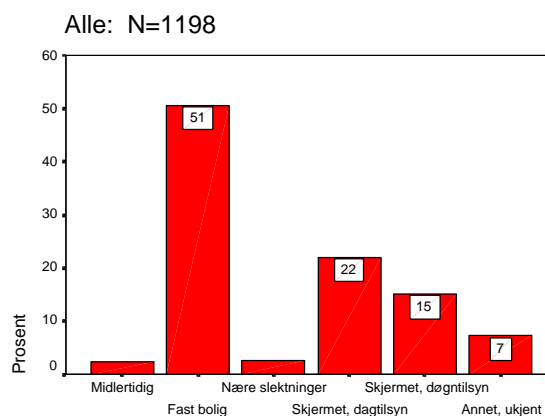
De som hadde vært eller var innlagt i psykiatrisk avdeling, hadde i 1998 vært der i gjennomsnitt 1,6 ganger og gjennomsnittlig liggetid i 1998 var 11 uker. De med schizofreni og lignende hadde i gjennomsnitt to innleggelser i 1998, liggetid var 18 uker. Pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde kortere liggetid: 9 uker fordelt på i gjennomsnitt 1,7 opphold.

9.3 Boligforhold

Det ble spurt både etter nåværende bolig og hvilken type bolig behandleren syntes ville være ideell for den aktuelle pasienten.



Figur 4 Nåværende bolig. Alle



Figur 5 Ideell bolig etter behandlerens vurdering. Alle

Figuren viser at det var meget stor forskjell på det som var disse pasientenes aktuelle boform og det behandlerne anså for ideelt. For en meget stor andel av pasientene mente behandlerne at de burde ha en form for skjerming. Andelen er enda større hvis man ser spesielt på gruppen med schizofreni og lignende. Her framkommer et behov for skjermede boliger som nesten er dramatisk. Mens 12% ble planlagt utskrevet til skjernet bolig, mente behandlerne slik skjerming ville vært den beste løsningen for 54%. De fleste av disse ville trenge en form for oppfølging og hjelp om dagen, men for 23% gjaldt det også tilsyn gjennom hele døgnet.

Blant de 477 pasientene som var bostedsløse, som bodde i midlertidig bolig eller hos slekt og venner var det overvekt menn og opiat- og sprøytemisbrukere. 46% burde ideelt hatt skjernet bolig.

9.4 Ivaretagelse av behandlingsbehov

Behandlerne ble spurt om hvorvidt de mente pasientenes behandlingsbehov var tilfredsstillende ivaretatt. De skulle gradere dette på en skala fra 1 (ikke tilfredsstillende) til 7 (helt tilfredsstillende). De viktigste resultatene gjengis i

tabellene nedenfor. De er gjengitt som gjennomsnittsverdier av skåringen. En verdi på 4 vil være gjennomsnittet dersom like mange skårer høye som lave verdier.

Det var stor ulikhet mellom instansene med hensyn til synet på hvorvidt behandlingsbehovet for pasientene var tilfredsstillende ivaretatt. De psykiatriske avdelingene var mest fornøyd, kommunene minst. Dette gjaldt både kvinner og menn, yngre og eldre, de som brukte sprøyter og de som ikke gjorde det. Behandlerne var mest fornøyd med ivaretakelsen av kvinner, av personer over 40 år og av pasienter som ikke brukte sprøyter. Minst fornøyd var de med tiltakene for aldersgruppen 30-39 år (3,7), faktisk noe mer fornøyd med tiltakene for de som var 20-29 år (3,9).

Det er sett nærmere på de tre største diagnosegruppene. I totalmaterialet var det ingen forskjell på hvor godt gruppene ble ansett ivaretatt. Innenfor alle tre diagnosegruppene fantes den samme tendens: de psykiatriske avdelingene var mest fornøyd med behandlingen, kommunene minst. Forskjellen var imidlertid spesielt stor for pasienter med personlighetsforstyrrelser. Her var kommunenes syn at gruppen ble svært dårlig ivaretatt (gjennomsnitt 2,9), mens de psykiatriske avdelingene syntes det var ganske bra (4,9). Av diagnosegruppene ga de psykiatriske avdelingene uttrykk for at de var mest fornøyd med behandlingstilbudet til pasienter med personlighetsforstyrrelse, mens kommunene var minst fornøyd med ivaretakelsen av denne gruppen.

Det var også forskjell på nivået av tilfredshet med behandlingstilbudet etter type misbruk. Behandlerne var mest fornøyd med behandlingen for pasienter med misbruk av cannabis og benzodiazepiner, minst med misbrukere av sentralstimulerende midler og opiater, foruten blandingsmisbrukere.

Behandlerne var klart mer fornøyd med ivaretakelsen av behandlingsbehov for pasienter som ikke brukte stoff intravenøst. Dette gikk igjen hos alle instanser. Forskjellen var størst for pasienter ved de psykiatriske ungdomsteamene.

Behandlerne var også signifikant mer fornøyd med ivaretakelsen av de som hadde ICD-10 betegnelsen skadelig bruk framfor de med avhengighet. De var mindre fornøyd med oppleggene for de som tidligere hadde vært innlagt i rusinstitusjon, mens tidligere innleggelse i psykiatrisk institusjon ikke innvirket på vurderingen.

Samlet tegner det seg et bilde hvor alvorret i rusmisbruket innvirket sterkt på hvor tilfredsstillende man vurderte at pasientenes behandlingsbehov ble ivaretatt, mens alvorret i den psykiske lidelsen hadde mindre betydning.

9.5 Rusinstitusjonene

Undersøkelsen av rusinstitusjonene besto av et spørreskjema som skulle besvares av institusjonenes ledelse. Alle rusbehandlingsinstitusjoner i de 6 undersøkte fylkene (Oslo, Oppland, Vestfold, Rogaland, Sør-Trøndelag og Troms) ble spurt. Svarprosenten var bare 44%, men de 17 institusjonene som svarte hadde likevel 15% av de klientplassene som ble registrert her i landet i Rusmiddeldirektoratets oversikt for 1998. Institusjonene ble inndelt i akuttinstitusjoner, intermediærinstitusjoner (med opptil 7 måneder som vanlig oppholdstid) og langtidsinstitusjoner.

Alle institusjonene hadde sosionom ansatt, 14 hadde tilsynslege, 6 også psykiater på timebasis. 10 hadde psykolog, hvorav 6 på heltid. 9 hadde sykepleier spesialutdannet i psykiatri.

Langt de fleste institusjonene opplyste at de mottok pasienter med psykiske problemer, og med atferdsforstyrrelser (definert som pasienter med utagerende, vanskelig atferd). En del institusjoner prioriterte disse gruppene spesielt. Én langtidsinstitusjon unngikk å ta i mot misbrukere med psykiske problemer, mens 4 langtidsinstitusjoner ikke ville ha pasienter med atferdsproblemer.

Bare 3 av 17 institusjoner gjorde rutinemessig diagnostisering av psykiske lidelser. De som gjorde det var langtidsinstitusjoner. De aller fleste institusjonene aksepterte bruk av medikamenter mot psykiske lidelser. Bare sjelden var psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse årsak til avslag på søknad om innleggelse.

Akuttinstitusjonene opplyste at til sammen 18 av de 56 klientene (32%) som var innlagt registreringsdatoen 27.1.1999 hadde problemer av psykisk eller atferdsmessig art som gjorde at de ” heller burde ha et annet tilbud enn det som er tilgjengelig i dag, spesielt et tilbud innenfor psykiatrien”. I de øvrige institusjonene var andelen klienter som ifølge institusjonsledelsen heller burde hatt et tilbud i psykiatrien omkring 5 %.

Ved utskrivelser fra institusjonene skjedde den mot institusjonens råd og i enighet med denne i omtrent like mange tilfelle. Dette gjaldt både akuttinstitusjoner og langtidsinstitusjoner.

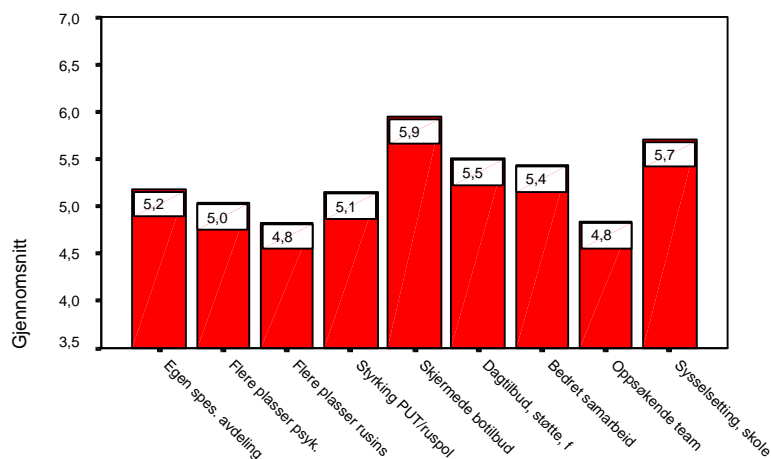
Gruppen som skrev seg ut mot institusjonens råd var stor i alle typer institusjoner. De som ble ufrivillig utskrevet utgjorde knapt 3% av samlede antall utskrivelser. Ser man på langtidsinstitusjonene for seg, utgjør imidlertid personer som ble utskrevet mot sin vilje 25% av utskrivelsene. Ingen klienter ble utskrevet mot eget ønske på grunn av psykiske vansker. Av de 10 klientene som ble utskrevet som følge av atferdsproblemer (utover rusing), skjedde bare 2 mot klientens ønske. I de fleste av disse tilfellene skrev klienten seg ut mot institusjonens råd.

Det ser ut som om risikoen for å bli utskrevet fra rusinstitusjon mot egen vilje var vesentlig større på langtidsinstitusjonene enn på institusjoner med kortere planlagt oppholdstid. Blir det for vanskelig å være der, slik at klientene bryter regler? Har institusjonene for lite å spille på av sanksjoner annet enn utskrivelse? Slike utskrivelser kan noen ganger være nødvendige for å beskytte miljøet i institusjonen. For klientene kan resultatet være dramatisk og ofte negativt. Dersom funnet er representativt for langtidsinstitusjoner i motsetning til institusjoner som har kortere planlagt oppholdstid, kan det være et argument mot å planlegge for lange institusjonsopphold.

9.6 Vurdering av hvilke tiltak som ble antatt viktige for pasienter med kombinasjonen rusmisbruk/alvorlig psykisk lidelse

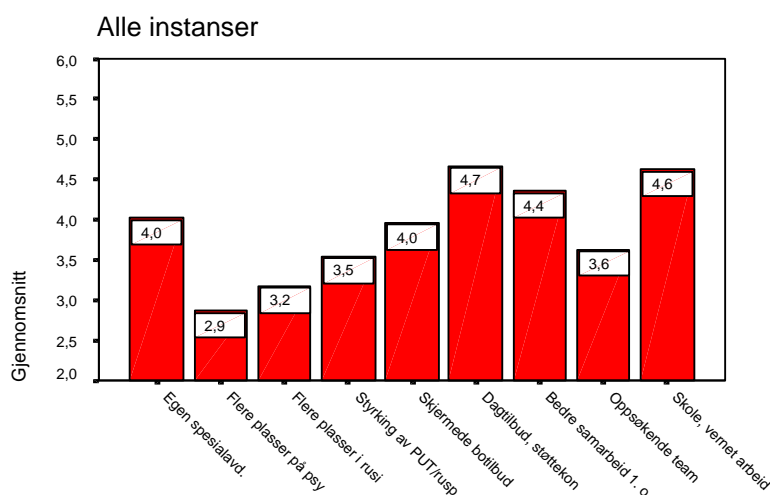
Vi ønsket å få nærmere informasjon om hvilke tiltak både instansenes ledelse og behandlere fant viktige å bygge ut for de psykisk syke misbrukerne. Spørsmålet var derfor stilt både i skjemaet som gikk til instansens ledelse og i pasientkartleggingsskjemaet. Det var angitt 12 tiltak som hvert skulle evalueres på en skala fra 1 (uviktig) til 7 (viktig).

Søylene representerer gjennomsnittsverdier av skåring. Høy søyle innebærer dermed at tiltaket ble ansett som viktig av mange.



Figur 6 Ledernes vurdering av viktighet av ulike tiltak for pasienter med kombinasjon psykisk lidelse og rusmisbruk.

Forskjeller på 0,45 eller mer er signifikante (2-tailed T-test for sammenligning av gjennomsnitt)



Figur 7 Behandlernes vurdering av viktighet av ulike tiltak for pasienter med kombinasjon psykisk lidelse og rusmisbruk.

Forskjeller på 0,2 eller mer er signifikante (2-tailed T-test for sammenligning av gjennomsnitt)

Søylene representerer fra venstre (det gjelder både figur 6 og 7):

- 1 Egen spesialavdeling for pasienter med dobbeltdiagnoser rus/psykiatri
- 2 Flere plasser i eksisterende psykiatriske avdelinger i fylket
- 3 Flere plasser i rusbehandlingsinstitusjoner
- 4 Styrking av psykiatriske ungdomsteam/ruspoliklinikker
- 5 Utbygging av skjermde botilbud
- 6 Økte kommunale tjenester som dagtilbud, støttekontakt, fritidstilbud mm
- 7 Bedret samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten
- 8 Opprettelse av oppsøkende team fra spesialisthelsetjenesten
- 9 Bedre mulighet for sysselsetting i form av skole, vernet arbeid eller lignende

Lederne vurderte skjermet bolig i en eller annen form for å være viktigst, sysselsetting, vernet arbeid eller skole nest viktigst. Alle tiltakene fikk av lederne ganske høy tilslutning. Noen syntes det var vanskelig å prioritere og ga full skår til alle. Behandlernes vurdering av nytten av tiltak i tilknytning til den enkelte pasient ga en litt annen prioritering. Her ble dagtilbud, støttekontakt, fritidstilbud høyest verdsatt. Ingen av tiltakene som var rangert høyest, var fylkeskommunale. Av de fylkeskommunale tiltakene ble egen spesialavdeling for dobbeltdiagnosepasienter og oppsøkende team ansett som viktigst av både behandlerne og lederne. Dette gjaldt spesielt hvis man bare så på den gruppen hvor behandlingen ble ansett dårlig ivaretatt (skår 3 eller lavere på spørsmålet om ivaretagelse av langsiktig behandlingsbehov).

Synet på hva som ansees viktig å styrke varierte litt mellom de ulike typene instanser. Lederne ved de psykiatriske avdelingene og poliklinikkene var samstemte om at skjermede boliger var viktigst. Behandlerne vurderte sysselsetting som vel så viktig. Få har angitt at flere plasser på eksisterende psykiatriske avdelinger eller rusinstitusjoner ville hjelpe like mye. Lederne og behandlerne ved ruspoliklinikker og psykiatriske ungdomsteam har avveket lite fra de andres vurdering, men har lagt noe mer vekt på styrking av poliklinikkene. Kommunene har rangert egne spesialavdelinger for dobbeltdiagnosepasienter høyt, men også lagt mye vekt på kommunale tiltak og bedret samarbeid.

10 Regionale forskjeller i Norge

Anslagene som er gitt i kapitel 8 om forekomst av personer med dobbeltdiagnose som trenger spesielle behandlingstiltak er gjort med utgangspunkt i hele landet. Siden behandlingstiltak på spesialistnivå planlegges med utgangspunkt i fylker og helseregioner, ville det vært av viktighet å kunne gi data relevante for de enkelte fylkene. Dette er imidlertid vanskelig, utover mer generelle vurderinger. Både ulikheter i psykiatrisk sykdom, omfanget av alvorlig rusmisbruk og tilgjengelighet av eksisterende behandlingsressurser vil kunne spille en rolle.

Det er liten tvil om at ulikhetene er størst når det gjelder omfang av rusmisbruk. Her vil det være forskjeller regionalt og etter grad av urbanisering. Bymiljøene fører til større eksponisjon for både legale og illegale rusmidler. Det foregår blant misbrukere av illegale midler også en migrasjon fra bygd til by, spesielt til de store byene og helt spesielt til Oslo.

Omfang av rusmiddelmisbruk er ikke godt kartlagt her i landet. I enda mindre grad foreligger undersøkelser omkring ulikheter fylkene i mellom.

En del kilder kan kaste lys over dette, og blant disse nevnes følgende

- Bruk av behandlingsressurser, spesielt institusjonsplasser, men også polikliniske tjenester.
- Salg av alkohol
- Bilførere som tas for å kjøre i påvirket tilstand
- Ordensforstyrrelser som følge av rusmisbruk
- Spørreundersøkelser om ungdoms bruk av rusmidler (Skretting 1996)
- Narkotikakriminalitet
- Vinningskriminalitet (som for en stor del er narkotikarelatert)
- Rusrelaterte dødsfall

Også mer indirekte opplysninger kan gi holdepunkter:

- Antall personer som trenger sosialhjelp, spesielt i yngre aldersgrupper
- Dødsfall ved selvmord (som spesielt hos yngre ofte er knyttet til rusmisbruk)

Det foreligger ikke noen undersøkelser hvor man har gått systematisk gjennom slike datakilder med sikte på å finne ulikheter mellom fylkene i problembelastning omkring rusmisbruk. Den kartleggingsundersøkelsen som er gjennomført i forbindelse med denne rapporten, ga ikke tilstrekkelig grunnlag for å si noe om regionale forskjeller, dels fordi bare et begrenset antall fylker var representert, dels fordi spredningen i resultatene var for stor.

Oslo står åpenbart i en særstilling med hensyn til rusmisbruk. Med sine 11% av landets befolkning brukte byen i 1997 1/3 av alle heldøgns behandlingssplasser i landet, ifølge Rusmiddeldirektoratets oversikt for 1997. Og Oslo hadde 57% av alle plasser på rehabiliteringsinstitusjoner og bo- og behandlingssentra for misbrukere (Rusmiddeldirektoratet 1998). Selv om det er mulige feilkilder i disse angivelsene, indikerer de at Oslo har større problemer med rusmisbruk enn andre fylker.

De data som kanskje gir best grunnlag for å si noe om problembelastning når det gjelder illegalt misbruk i fylkene er SIFA-undersøkelsen fra 1992-93 (Lauritzen et al 1997). Data som ikke tidligere er offentliggjort fra denne undersøkelsen viser at 45% av stoffmisbrukere som ble henvist til behandling poliklinisk eller i institusjon i 1992-93 kom fra Oslo. Det gjaldt så mye som 55% av sprøytemisbrukerne (Grethe Lauritzen, personlig meddelelse).

Antall henvisninger per 10 000 innbyggere for sprøytemisbruk og samlet for stoffmisbruk gjengis i tabell 9. I tabellen er også tatt med opplysninger om fylkenes budsjetter knyttet til rusbehandling.

Tabell 9 Fylkesvis henvisningshyppighet til behandling for stoffmisbruk per 10000 innbyggere i 1992-93. Sprøytemisbruk og alle typer stoffmisbruk. Fylkenes driftsbudsjett til rusbehandling

	Henviste sprøytemisbrukere per 10000 innbyggere	Henviste stoffmisbrukere per 10000 innbyggere	Fylkenes budsjett for 1998 til rusbehandling i kroner per innbygger
Østfold	3,0	4,6	333
Akershus	3,8	8,9	157
Oslo	20,2	33,3	784
Hedmark	1,0	1,4	96
Oppland	3,3	5,1	272
Buskerud	3,6	7,9	78
Vestfold	4,7	6,4	213
Telemark	1,2	11,8	217
Aust-Agder	0,5	1,0	96
Vest-Agder	3,4	6,3	312
Rogaland	1,8	8,7	139
Hordaland	1,9	5,4	238
Sogn og Fjordane	0,3	0,5	-
Møre og Romsdal	0,5	1,2	98
Sør-Trøndelag	2,0	3,3	98
Nord-Trøndelag	0,5	4,1	339
Nordland	0,3	1,2	60
Troms	0,9	2,0	214
Finnmark	0,1	0,9	315
Hele landet	4,0	8,2	245

Tallene som kommer fram i denne tabellen må sees på med nødvendige forbehold.

For de første to kolonnene gjelder: Ulik grad av rapportering til SIFA og ulik henvisningspraksis gjør åpenbart utslag i fordelingen fylkene i mellom. En mer systematisk rapportering fra enkelte fylker kan være med på å forklare forskjeller i henvisningshyppighet. Kanskje er det slike forhold som gjør at spesielt Telemark er kommet svært høyt når det gjelder stoffmisbrukere som ikke bruker sprøyter. På dette henvisningsmaterialet var det ikke mulig for SIFA å regne ut dekningsgrad, det vil si prosentandel av alle henvisningene som er kommet med, fordi det ikke på dette tidspunktet var gode rutiner i fagfeltet for å registrere henvisninger. Samlet er det imidlertid sannsynlig at den hyppigheten som kommer fram i tabell 9 innebærer en underrapportering av henvisninger for stoffmisbruk.

For tallene i tredje kolonne er det klart at forskjeller i budsjettering fylkene i mellom kan være avgjørende. Hovedpoenget er også her at Oslo ligger svært høyt sammenlignet med alle andre fylkene.

Andre data, slik som omfanget av narkotikakriminalitet (Grytting 1998) og ungdoms bruk av cannabis (Skretting 1996) tyder ikke på at Telemark er noe spesielt belastet fylke når det gjelder illegalt misbruk, slik tabellen ovenfor kunne gi inntrykk av. Slike data bekrefter for øvrig at Oslo står i en særstilling med hensyn til misbruk av illegale midler.

Datagrunnlaget for stoffmisbruk i tabell 9 skriver seg fra 1992-93. Det er sannsynlig det siden da har skjedd en viss utjevning. Omfanget av stoffmisbruk - spesielt sprøytemisbruk - kan ha økt noe siste 5 år (Hauge & Østby 1998). Denne økningen har sannsynligvis relativt sett vært vel så stor utenfor som i Oslo.

Når det gjelder problembelastning knyttet til misbruk av alkohol er forskjellene fylkene i mellom sannsynligvis mindre. Oslo står knapt i en særstilling når det gjelder dette rusmiddelet. Det gjelder data omkring promilledømte (hvor Oslo relativt har færrest dømte av alle fylker), ordensforstyrrelser i beruset tilstand (hvor Oslo ligger høyt, men ikke skiller seg ut). Når det gjelder alkoholforbruk blant ungdom bruker spesielt jenter i Oslo mer enn jenter i resten av landet, men forskjellen er ikke dramatisk. De fylkene hvor ungdom mellom 15 og 20 år anga høyest alkoholforbruk i 1993-95 var Nordland, Oslo, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal og Troms (Skretting 1996). Årlig forbruk i liter ren alkohol per ungdom var der mellom 3,3 og 3,8. I fylkene hvor forbruket var lavest (Vest-Agder, Sogn og Fjordane og Finnmark) brukte ungdommene i snitt mellom 2,2 og 2,8 liter ren alkohol per år. Det illustrerer at legal rusbruk var jevnere fordelt mellom fylkene enn det som gjaldt bruk av illegale midler.

Selv om det i store trekk er sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og skadevirkninger, kan også selve forbruksmønsteret ha betydning. Et mønster med kortvarige, men intense episoder med uttalt rus gir åpenbart større risiko for ulykker og akutte psykiske reaksjoner enn et jevnere forbruk, selv om totalkonsumet er det samme. En nærmere analyse av fylkesfordeling av rusmisbruk burde også ta hensyn til slike momenter.

Det er også mulig at det er fylkesavhengige variasjoner med hensyn til psykisk sykkelighet. Også her virker det som om Oslo står i en særstilling. Samlede utgifter til psykiatrisk helsetjeneste er vesentlig større i Oslo enn i landet for øvrig, hvor det er mindre ulikheter fylkene i mellom. Oslos utgifter til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for voksne var i 1996 65% høyere enn landsgjennomsnittet, mens utgiftene til barne- og ungdomspsykiatrien samme år lå 92% over landsgjennomsnittet (Halsteinli 1997).

I en vurdering knyttet til Hovedstadsutvalgets arbeid ble antatt at Oslos merbehov for voksenpsykiatri i forbindelse med innflytting av mennesker med psykiske lidelser var på 45%, mens merbehov knyttet til høyere psykisk sykkelighet i storbyene ble anslått til 5% (Solstad et al 1996). Selv om noe av de høye utgiftene i Oslo kan forklares ved bedre tjenestetilbud samt ulik - og kanskje dyrere - organisering av tjenestene, gjenstår altså en forskjell som er knyttet til økt psykiatrisk sykkelighet i Oslo.

Det er ikke kjent hvordan antallet bostedsløse fordeler seg mellom fylkene. Grad av urbanisering er her kanskje avgjørende. Undersøkelsen til Ulfrstad, som er referert i kapittel 7.5, viste at omfanget av bostedsløshet var vesentlig større i store enn små kommuner (Ulfrstad 1997). Her sto Oslo og - i noe mindre grad - Bergen i en særstilling med høyere andel bostedsløse i befolkningen.

Ut fra de data som er nevnt, må antas at Oslo har en vesentlig høyere prevalens av pasienter med dobbeltdiagnose enn landet for øvrig. Det gjelder mest pasienter som misbruker illegale rusmidler, spesielt sprøytemisbrukere. Overhyppigheten er sannsynligvis høyest for lidelser knyttet til stoffmisbruk, slik som utagerende personlighetsforstyrrelser.

På bakgrunn av fylkenes befolkningstall og antatt problembelastning settes opp anslag over dobbeltdiagnosepasienter som trenger tilpassede behandlingstiltak i hvert enkelt fylke i tabell 10. Utgangspunkt for tabellen er dels fylkenes innbyggertall, dels antatt problembelastning med rusmisbruk. Anslagene gis med store forbehold og må sammenholdes med det som ellers er kjent i de enkelte fylkene om omfanget av rusmisbruk.

Tabell 10 Grove anslag over ulike grupper dobbeltdiagnosepasienter i fylkene

	Andel av landets innbyggere %	Sum sårbare	Hvorav psykosser	Utagerende
Østfold	5,5	110	60	65
Akershus	10,3	260	140	150
Oslo	11,3	370	200	250
Hedmark	4,2	90	50	50
Oppland	4,1	90	50	50
Buskerud	5,3	110	60	65
Vestfold	4,7	100	55	60
Telemark	3,7	75	40	40
Aust-Agder	2,3	45	25	25
Vest-Agder	3,5	60	35	35
Rogaland	8,2	170	90	95
Hordaland	9,7	240	130	140
Sogn og Fjordane	2,4	35	20	20
Møre og Romsdal	5,5	70	40	40
Sør-Trøndelag	5,9	130	70	80
Nord-Trøndelag	2,9	55	30	30
Nordland	5,4	90	50	50
Troms	3,4	75	40	40
Finnmark	1,7	25	15	15
Hele landet	100	2200	1200	1300

For planleggingsformål må ellers anbefales at de enkelte kommuner, fylker og regioner tar utgangspunkt i de prevalenstall som er angitt på landsbasis (Kapitel 8). De må opp- eller nedjusteres etter det kjennskap man har lokalt til nivået av rusproblemer, psykiske problemer og allerede tilgjengelige behandlingstiltak for disse pasientgruppene.

I I Behandling og oppfølging av pasienter med dobbeltdiagnose

I I.1 Noen perspektiver

Ser man på den psykisk syke misbrukerens situasjon er svært mange mennesker og instanser ofte involvert, med hvert sitt utgangspunkt, sine tenkemåter og sitt lovgrunnlag. Det dreier seg om mennesker i kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser foruten frivillige organisasjoner, familie og venner. Både psykiatriske avdelinger og poliklinikker, rusinstitusjoner og ruspoliklinikker, psykiatriske ungdomsteam, allmennleger, sosialkontor med ulike deltjenester, skoler, trygdekontor og arbeidskontor kan være involvert i behandling og støtte for pasientene. Også andre instanser har mye interaksjon med misbrukere, både de med og uten psykiske lidelser. Viktigst er her politi, rettsvesen, fengsler, kriminalomsorg i frihet.

De ulike instansenes tiltak overfor pasientene har ulikt preg. Noen gir behandling, noen tilrettelegger praktisk og økonomisk hjelp, andre skal straffe, eller for å bruke et mer behandlingsmessig uttrykk: de bidrar med grensesetting. Det som kan sette i gang eller forsterke endringsprosesser er ikke bare et resultat av en prosess mellom pasient og behandler eller resultat av et opphold på en psykiatrisk institusjon eller rusinstitusjon. Endringen kan like mye komme som resultat av dyktig samhandling som bidrar til at pasienten merker at han får det bedre selv ved ikke å ruse seg.

Alle øver sin innflytelse overfor pasienten. Hvis den går i ulik retning eller er for fragmentarisk vil den kunne forsterke hans følelse av at verden er et uforutsigelig kaos.

Tiltakenes ulike forankring, tenkning og lovgrunnlag vil lett kunne redusere muligheten for å samordne handlingsmønstre eller i verste fall føre til at de virker mot hverandre. Kanskje klarer ikke kommuner å stille opp med egnet bolig på det tidspunktet i en bedringsprosess hvor det kunne vært avgjørende. Eller psykiatrisk poliklinikk makter ikke foreta utredning på det tidspunktet pasienten virkelig begynner å bli motivert for endring. Eller psykiatrisk avdeling sender pasienten ut før man har fått tid til å opprette støttetiltak i kommunen. Eller rusinstitusjon skriver klienten brått ut til intet etter et tilbakefall selv om klienten i måneder har kjempet og gjort gode framskritt. Eller trygdekontor mener attføring ikke kan være aktuelt på et tidspunkt da klienten har gjort framsteg, og trengte oppmuntring, ikke motgang.

En av de aller viktigste offentlige instansene er en aktør utenfor helse- og sosialtjenestene. Den diskuteres sjelden i behandlingssammenheng, men bør med: justisapparatet. På bakgrunn av illegale misbrukeres omfattende kriminalitet involveres denne etaten i meget stor grad. 60-80% av mannlige misbrukere til behandling i institusjon har sonet fengselsstraffer. Det brukes store ressurser på oppsporing, dom og straff for forbrytelser begått av narkomane. For en del misbrukere – også de psykisk syke - er det denne etatens institusjoner og øvrige oppfølging som i praksis er den mest omfattende. Også justisapparatet har sin behandlingsfilosofi, som klart går ut over det å straffe. De ønsker å hindre tilbakefall og har sine egne begreper for dette – individualprevensjon og tilbakefallsprofylakse - som har paralleller til begrepet ”behandling”. Å hindre tilbakefall til ny kriminalitet innebærer en endringsprosess på samme måte som behandling mot misbruk gjør det. Og hos misbrukere av illegale midler er oftest spørsmålet om residiv i strafferettslig betydning et spørsmål om å fortsette eller slutte med stoffmisbruk. Det er overbevisende dokumentert at stoffmisbrukeres kriminalitet varierer med nivå av misbruket. Hvis misbruket reduseres, minskes også kriminaliteten (Powers et al 1991).

En meget stor andel av politiets, domstolenes og kriminalomsorgens ressur-

ser brukes til å motvirke illegalt misbruk og den vinnings- og narkotikakriminaliteten som følger med. Som nevnt har mange av de misbrukerne som denne utredningen handler om, hatt sin viktigste erfaring med offentlige instanser gjennom justisapparatet. Det gjelder mest personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, men også personer med psykoser, alvorlige affektive lidelser og angstlidelser. Stoffmisbruk er forbudt, og omsetning av stoff hører med til de forbrytelser som kan straffes hardest. Samtidig hører slik stoffomsetning til mange misbrukeres hverdag. Det gjelder ikke i første omgang for de psykisk sykeste - de med psykoser - fordi de har vansker med å gjøre det systematiske og kontrollerte arbeidet som stoffomsetning kan forutsette. Men det gjelder mange med alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Poengene i denne sammenheng er at det trenges et overordnet perspektiv for å se sammenhengene. Man kan ikke utrede behandlingstiltak uten samtidig å se på hva kommunene gjør og kan gjøre. Dersom bolig mangler, er poliklinisk behandling vanskelig, kanskje hensiktsløs. Dersom klienten ikke klarer å bo, kan viktigste behandlingstiltak være å hjelpe ham til å få det til eller finne en boform som han kan mestre. Dersom han trenger grensesetting er det avgjørende at denne skjer på en måte som forsterker bedring og mestring, og det er her behovet for samhandling med justisapparatet kan komme inn. Viktigheten av dette blir ofte ikke tilstrekkelig understreket. Og dersom pasienten trenger oppmuntring og belønning - og det gjør alle - er det ikke nok at man teoretisk er klar over det. Det må også finnes systemer som kan gi det. Systemene må være rasjonelle og bidra til å øke pasientenes følelse av at iallfall noe av tilværelsen er forutsigelig.

For å få dette til å fungere må alle de nevnte instansenes arbeid kunne integreres i en helhet. Dette er en meget stor utfordring. Det er imidlertid viktig for at det skal oppnås en vesentlig bedring i tiltakene for målgruppen.

Dette er ikke nye synspunkter. Ansvarsgrupper er en etablert arbeidsform som har vist seg nyttig i mange sammenhenger, hvor én av funksjonene nettopp er å samordne tiltakene for å få dem til å virke forståelige og fornuftige for klienten. Når nye tiltak planlegges får man ta utgangspunkt i disse erfaringene og tradisjonene og forsøke å utvikle dem videre.

11.2 Behandling, rehabilitering og omsorg. Hva er hva?

Grovt sett kan behandling i denne sammenheng uttrykkes som en interaksjon mellom behandler og pasient, verbal eller på annen måte, som bidrar til å redusere pasientens symptomer og øke mestring. Rehabilitering er å utvikle pasientens evner og ferdigheter, mens omsorg blant annet er å lage praktiske forutsetninger for at pasienten skal kunne klare dagliglivets funksjoner eller få hjelp til dem. Bolig og bofunksjon er sentralt i den sammenhengen.

I administrativ sammenheng har de tre funksjonene noe ulik forankring. Omsorg er et kommunalt anliggende. Kommunene har ansvar for at alle har egnet bolig, for støttekontakter, for fritidstilbud og aktiviteter på dagtid. De har sammen med trygdekontor og arbeidskontor også ansvar for rehabiliteringstiltak. Behandlingsansvaret er delt. Kommunen har ansvar for noe, fylkeskommunen for det kommunen ikke kan make. Siden mange av disse pasientene krever spesiell kompetanse, er det i praksis ofte den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten som står for behandlingen, kommunene for tilrettelegging, omsorg og eventuell rehabilitering.

Målsetningen for alle er å få i gang endringsprosesser og bedret situasjon for pasienten. De henger nøye sammen. Uten et sted å bo eller være, er behandling vanskelig. God omsorg kan være god behandling og vice versa. Sysselsetting er ofte viktig for å øke mestring og kan bidra til å redusere symptomer og bedre selvfølelse. Slik sett kan grensene mellom de tre begrepene være flytende. For

noen pasienter kan god sysselsetting være et avgjørende tiltak som bidrar mest av alt til den endringsprosessen som ligger implisitt i behandlingsbegrepet. Eller en bolig med støtte kan være en ramme som får ting til å skje, som gir den strukturen som blir avgjørende.

Det er derfor viktig å være klar over at grensene mellom de tre begrepene ikke er enkel. Likevel er det viktig at ansvaret for de ulike typene tiltak er så klart som mulig.

11.3 Norske behandlingstiltak og ressurser

11.3.1 Forholdet mellom russektor og psykiatri

Psykiatrien og russektoren har ulik historie og administreres gjennom ulike etater. Det har også vært ulik teoretisk og praktisk tilnærming, ulike behandlingskulturer. Deler av russektoren har hatt en kristen livssynsforankring; dette gjaldt i 1998 fremdeles 29% av tiltakene som var registrert i Rusmiddeldirektoratets institusjonsdatabase. I 1970- og 1980-årene var det en tendens til at forskjellen mellom russektor og psykiatri økte, spesielt knyttet til den mer ideologisk orienterte misbruksbehandlingen med vekt på praktisk arbeid, solidaritet, fellesskap og samvær.

Opprettelsen av de psykiatriske ungdomsteamene representerte et forsøk på å bryte ned skillet mellom rus og psykiatri. Teamene ble organisert innenfor psykiatrien, men utgangspunktet for henvisning var stoffmisbruk, ikke psykisk lidelse. Idéen var at det bak alvorlig rusmisbruk oftest lå psykisk lidelse. De psykiatriske ungdomsteamenes reelle tilknytning til den øvrige psykiatrien var imidlertid meget varierende og til dels personavhengig. De som arbeidet i teamene følte ofte nærmere faglig slektskap med russektoren enn med den øvrige psykiatrien. På samme måte som i mange av kollektivene og andre rusinstitusjoner var mange av de ansatte i ungdomsteamene del av 70- og 80-årenes anti-diagnostiske motkultur. Personalet hadde dessuten ofte sosialfaglig og ikke psykiatrisk grunnutdanning.

De siste årenes nyorientering med økt interesse for psykiske lidelser, deres inndeling i diagnoser og psykiatriske behandlingsmetoder gjelder ikke bare innenfor de psykiatriske ungdomsteamene, men også innenfor store deler av russektoren. Parallelt med de nyere forskningsresultatene omkring dobbeltdiagnoser og muligheten for spesifikke behandlingstilnærminger, er den ideologisk betingede motstanden i både russektor og ungdomsteamene både mot diagnoser og medikamentell tilleggsbehandling svekket. Den er blitt erstattet med kompetanseoppbygging omkring psykiatri, noe som også gjelder det personalet som har sosialfaglig grunnutdanning.

11.3.2 Institusjonsbehandling

Norge har - sammenlignet med andre land - utviklet et omfattende behandlingstilbud for rusmisbrukere poliklinisk og i institusjon. Enkelte institusjoner har tatt mål av seg til spesielt å behandle pasienter med psykiske lidelser. Blant disse kan nevnes:

- Eikely i Rogaland,
- Frognerlia i Buskerud,
- Post 5 ved Sykehuset i Østfold, Veum, Fredrikstad,
- Avsnitt for integrert behandling av psykose og stoffmisbruk, B3, Aker sykehus (Gaustad) i Oslo.

Det foreligger også planer om å opprette poster eller avdelinger i tilknytning til andre sykehus. Disse institusjonene har litt ulik profil. Eikely har tatt pasienter innenfor det engstelige, sårbare spektrum, enkelte også psykosenære. De unngår eksplisitt pasienter med for mye utagering. Frognerlia har mer ønsket å gi

tilbud til pasienter med personlighetsforstyrrelser innenfor cluster B, også de mer utagerende. Det samme gjelder Post 5 i Fredrikstad.

Bare avdeling B-3 ved Aker sykehus har pasienter med psykose som viktigste målgruppe. Disse blir fra psykiatriens synspunkt ofte ansett som de "egentlige" dobbeltdiagnosepasientene. De er de psykisk sykeste som på mange måter er mest utsatt fordi de også lett blir marginalisert innenfor misbrukermiljøene. Behandlingsmessig er det derfor også disse gruppene som har dårligst tilbud i dag. De faller utenfor i rusinstitusjonene fordi både medklienter og personale er uvant med problemene deres. Misbrukerinstitutionenes metoder er dessuten ofte for konfronterende slik at de psykotiske pasientene kan bli dårligere under behandling der. Innenfor psykiatrien representerer disse dobbeltdiagnosepasientene problemer med uro i avdelingene, behov for strammere grenser enn andre, vekslende motivasjon, likeledes fare for spredning av rusmisbruk til andre pasienter som kan være sårbare mottakere, med behov for den sosiale tilknytning et misbruksmiljø kan representere..

De institusjonene og avdelingene som her er nevnt, er alle hjemlet i Lov om psykisk helsevern. Andre institusjoner forsøker også å differensiere behandlingen med utgangspunkt i klientenes personlighet, uten direkte å behandle dobbeltdiagnosepasienter. Ett eksempel er Askøy behandlingssenter som har to team med ulik profil. For de utagerende og spenningsøkende legges vekt på struktur og klare grenser, direkte dialog og kontrakter. For de engstelige, urolige og deprimerte satses på et støttende og utfordrende miljø med mer vekt på relasjonsbygging og sosial trening. Selv om institusjonen ikke i utgangspunktet er beregnet på pasienter med klare psykiske problemer, skjer det dermed en tilpassing som er nødvendig for klienter med psykiske tilleggsversker (Furuli & Hegdahl 1998).

Også innenfor den ordinære psykiatriske institusjonshelsetjenesten er enkelte poster utviklet med sikte på behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk.

11.3.3. Poliklinisk behandling

Parallelt med økt vekt på poliklinisk behandling innenfor psykiatrien, er det skjedd en lignende utvikling innenfor den tradisjonelle russektoren. Mens rusbehandling tidligere nesten utelukkende var basert på institusjoner, er poliklinisk behandling nå en viktig del. Det er muligens ikke så stor forskjell mellom russektorens poliklinikker og de psykiatriske ungdomsteamene når det gjelder personalets psykiatrisk grunnutdanning. Kartleggingsundersøkelsen knyttet til denne rapporten viser en nokså lik sammensetning av det personalet som fylte ut skjemaer med pasientopplysninger.

Poliklinisk behandling for pasienter med dobbeltdiagnose ytes dels ved psykiatriske poliklinikker, dels ved ruspoliklinikker av ulike typer, noen organisert innenfor rusomsorg og noen innenfor psykiatrien, likeledes av psykiatriske ungdomsteam. Disse poliklinikkene har utviklet kompetanse for behandling av personlighetsforstyrrelser og i noe ulik grad på andre typer lidelser med angst og depresjon som hovedområder. Det har med noen unntak vært en arbeidsdeling i retning av at psykosene har gått til de ordinære psykiatriske poliklinikkene, også der de har vært komplisert med misbruk. En av de psykiatriske poliklinikkene i Oslo har for øvrig nylig tatt initiativ for å utvikle et eget oppsøkende team for behandling av dobbeltdiagnosepasienter, inkludert pasienter med psykoser (Lohne 1997). Tanken er at dette teamet kan ha sektorovergripende funksjon innenfor dette området.

Hvorvidt de polikliniske tiltakene for rusmisbrukere er organisert innenfor psykiatrien eller russektoren, kan lettere forklares historisk enn faglig. Organisering går fram av tabell 11.

Tabell 11 Oversikt over fylkeskommunale polikliniske behandlingstilbud for rusmisbrukere*

	Russektor (Lov om sosiale tjenester)	Psykiatri (Lov om psykisk helsevern)
Østfold	Sosialmedisinske poliklinikker i Halden, Askim, Sarpsborg, Moss, Fredrikstad	Voksenpsykiatrisk sektor, avd. Veum, post 5. PUT er knyttet til denne posten
Akershus	Folloklinikken. Sosialmedisinsk poliklinikk Asker og Bærum. Lillestrømklinikken, Jessheimklinikken	PUT: Lillestrøm, Asker og Bærum, Follo
Oslo	Incognito klinikk, A-senteret, Blå Kors senter, Trasoppklinikken	PUT: Gaustad, Ullevål, Lovisenberg/Diakonhjemmet
Hedmark		Rusmiddelavdelingen, Sanderud sykehus: PUT, ruspoliklinikk. Administrerer også Rusmiddelpoliklinikk/PUT for sørfylket i Kongsvinger
Oppland		Psykiatrisk team for rusmiddelmissbrukere Oppland psykiatriske sykehus, Rusmiddelteam knyttet til de psykiatriske poliklinikkene i Gjøvik og Lillehammer
Buskerud		PUT Drammen, Ringerike og Kongsberg, Det er besluttet å opprette rusteam knyttet til de psykiatriske poliklinikkene i Drammen, Ringerike og Kongsberg
Vestfold		Poliklinisk rusteam/PUT knyttet til DPS i Tønsberg, Preståsen (Sandefjord), Furubakken (Larvik), Nordre Vestfold (Holmestrand)
Telemark	Borgestadklinikken	PUT Skien
Aust-Agder	A-senteret i Aust-Agder	Voksenpsykiatrisk poliklinikk med PUT-funksjon
Vest-Agder		Ruspoliklinikken, Kristiansand, inkludert PUT
Rogaland	Rogaland A-senter, Stavanger Basis-senteret Blå Kors, Sandnes Haugaland A-senter, Haugesund	PUT i Stavanger, Sandnes og Haugesund.
Hordaland	Bergensklippene	PUT i Bergen (Haukeland og Sandviken)
Sogn og Fjordane		Ruskonsulenter knyttet til voksenpsykiatriske poliklinikker i Sogndal, Nordfjordeid, Florø, Førde
Møre og Romsdal		PUT/Rusteam knyttet til psykiatrisk poliklinikk i Molde og Ålesund. Rusteam knyttet til psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund. Psykiatrisk poliklinikk i Volda
Sør-Trøndelag	Lade behandlingssenter	PUT Trondheim. Fosen-teamet
Nord-Trøndelag		PUT Namsos og Levanger Voksenrusmiddelteam samme steder
Nordland	Nordlandsklinikken, Narvik Sosialmedisinsk poliklinikk, Bodø	PUT/Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Rana Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Mosjøen, Stokmarknes og Gravidal
Troms	Sosialmedisinsk senter, Tromsø	
Finnmark	Finnmarksklinikken	Samisk ungdomspsykiatrisk team, Karasjok

*Kilde i hovedsak: NIDaR-rapport nr. 1/1999. Rusmiddeldirektoratet.

I en del fylker (Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark) eksisterer ingen poliklinisk annenlinjetjeneste overfor rusmisbrukere utover den som er hjemlet i Lov om psykisk helsevern og altså ligger under psykiatrien. I Nordland ligger noen av de polikliniske tiltakene for rusmisbrukere under russektoren (Narvik og Bodø), andre under psykiatrien (Rana, Sandnessjøen, Mosjøen, Stokmarknes og Gravdal). Ofte ligger polikliniske tiltak for yngre misbrukere (PUT) under psykiatrien, mens litt eldre får behandling i russektoren (Akershus, Oslo, Telemark, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag, Finnmark). Ett fylke har nedlagt PUT og integrert funksjonene i rusteam uten aldersgrenser knyttet til psykiatriske poliklinikker (Oppland). Og ett oppretter rusteam knyttet til psykiatriske poliklinikker, men beholder egne PUT for de yngre (Buskerud).

Viktige forskjeller mellom klientene i de psykiatriske ungdomsteamene og russektorens poliklinikker er dels type rusmiddel som misbrukes mest (stoff kontra alkohol) og dels klientenes alder. Ungdomsteamenes klienter bruker mer illegale midler, er mer kriminelle og mer sosialt utslåtte. Det behandles også flere med psykose og litt flere med alvorlig personlighetsforstyrrelse i de psykiatriske ungdomsteamene enn i ruspoliklinikkene. Disse forskjellene er imidlertid relativt små. Flertallet av pasienter både i ungdomsteam og ruspoliklinikker har psykiske problemer dels i form av angst og depresjon, dels utagerende personlighetsforstyrrelser.

I en del fylker er de polikliniske tjenestene for rusmisbrukere - psykiatriske ungdomsteam og russektorens poliklinikker - slått sammen. Her er oftest den polikliniske rusbehandlingen lagt inn under psykiatrien, uavhengig av misbrukernes alder og type rusmiddel. Bakgrunnen for at organiseringen er ulik fylkene i mellom kan - som tidligere nevnt - lettere forklares historisk enn faglig. Se for øvrig tabell 11.

Hovedpoenget i denne sammenhengen er: de polikliniske behandlingstiltakene for rusmisbrukere er her i landet i stor grad organisert innenfor psykiatrien. Det gjelder de psykiatriske ungdomsteamene, samt i en del fylker rusteam som er mer eller mindre integrert i psykiatriske poliklinikker. Alvoret i rusmisbruket er i utgangspunktet en vel så viktig henvisningsgrunn til disse polikliniske tilbudene som alvoret i eventuell psykiatrisk lidelse. Det er ikke så store forskjeller i arbeidsmåte eller klientgrupper mellom polikliniske tilbud innenfor psykiatrien sammenlignet med russektoren, bortsett fra de ulikhetene som bestemmes av at det kan dreie seg om ulike aldersgrupper.

11.4 Frivillighet og tvang

Spørsmålet om frivillighet og tvang er et mye omdiskutert område som her kort skal omtales. Rent filosofisk kan det stilles grunnleggende spørsmål om muligheter for frie valg. Alle er preget av arv, tidligere opplevelser og sosiale og økonomiske rammevilkår. Mennesker har ulikt nivå av opplevd lidelse, ulikt behov for spenning eller avspenning og for gode relasjoner, ulikt temperament, ulike kognitive funksjoner. Disse forholdene innvirker på omfanget av valgmuligheter. Det samme gjør forhold omkring helse og spesielt i denne sammenheng: nivået av avhengighet av rusmidler.

Ved valg knyttet til behandling for rusmisbruk, er det altså mye som begrenser friheten. Fare for å miste kontakt med nære pårørende eller venner, fare for tap av arbeid, risiko for fengsling eller tap av omsorgsrett er faktorer som ofte bidrar til å føre misbrukere til behandling. Undersøkelser omkring behandlingsmotivasjon viser at mange som søker behandling for rusmisbruk, føler et betydelig ytre press (Wild et al 1998).

Det kan dermed bli en nokså glidende overgang til ulike typer formell tvang. De viktigste lovgrunnlagene som hjemler tvangstiltak overfor rusmisbrukere med psykiske lidelser nevnes i det følgende:

Lov 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Med tvungent psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse, behandling, pleie og omsorg av et individ på grunn av psykisk lidelse uten at vedkommende har samtykket til dette.

I følge lovens § 3-1 («hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte») kan tvungent psykisk helsevern omfatte følgende hovedformer:

- Tvunget psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål.
- Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten.

Lov om sosiale tjenester

§6-2: Innleggelse i rusinstitusjon i inntil 3 måneder uten eget samtykke

§6-2a: Innleggelse av gravide misbrukere i rusinstitusjon uten eget samtykke

§6-3: Tilbakehold i rusinstitusjon i inntil 3 uker fra innleggelsen på grunnlag av eget samtykke.

Lov om barnevernstjenester

§4-24: Plassering i institusjon uten eget samtykke eller samtykke fra den som har omsorgen for barnet

Straffeloven og legemiddeloven

Disse lovene setter grensene for hva som er tillatt med hensyn til rusbruk. Bruk og omsetning av narkotika er forbudt og det representerer en viktig grunnforutsetning i denne sammenhengen. Den representerer en generell "tvang" i retning ikke å bruke narkotika.

Ubetingede fengselsstraffer innebærer innsettelse i fengsel for forbrytelser som ofte har nær relasjon til rusmisbruk. Det kan dreie seg om selve misbruket, men oftest stoffomsetning eller vinningskriminalitet

Betingede fengselsstraffer gis ofte under forutsetning av at pasienten søker behandling for rusmisbruk, poliklinisk eller i institusjon. De innebærer dermed et direkte tvangselement

Stortinget har vedtatt ny psykisk helsevernlov som skal avløse dagens lov om psykisk helsevern og regulere bruk av tvang. Den nye loven skal iverksettes fra 1/1 2001. Etter den nye loven vil muligheten for tvangsinnleggelse til observasjon reduseres fra dagens tre uker til ti dager. Vilkåret for tvangsinnleggelse er noe innsnevret, idet det såkalte «overlastkriteriet» er fjernet. Tvunget ettervern etter institusjonsopphold i dagens lov erstattes av en begrenset adgang til å iverksette tvungent psykisk helsevern uten innleggelse i institusjon.

Den nye psykiske helsevernloven gir mulighet for behandling av pasienter med psykoser under tvang, både i og utenfor institusjon. Dette gjelder også pasienter som i tillegg misbruker rusmidler. Det er usikkert i hvilken grad disse bestemmelsene er egnet hos dobbeltdiagnosepasientene. Spørsmålet har både etiske, juridiske og behandlingsmessige sider. Ved kroniske schizofrenier er det praksis å behandle under tvang, også over tid, dersom det er nødvendig. Muligheten for å gjøre dette også poliklinisk er styrket i den nye psykisk helsevernloven. Utviklingen ved schizofreni er imidlertid ofte preget av korte episoder med psykose, avløst av perioder med mer normal fungering hvor bruk av tvangs-paragraf ikke er aktuelt.

For store grupper dobbeltdiagnosepasienter er bruk av tvangsparagrafene etter den nye loven knapt aktuelt, fordi deres psykiske lidelse ikke er av en

karakter som dekkes av lovens tvangsbestemmelser. Det gjelder klienter med angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Her kan Sosiallovens tvangsbestemmelser i prinsippet være aktuelle, spesielt for de yngre med stort og ukontrollert misbruk og alvorlig fare for liv og helse, samt for gravide misbrukere. Tvangsbestemmelsene i Sosialtjenesten brukes imidlertid lite. Perioden for mulig tvangsbehandling er svært tidsbegrenset, og loven gir ikke mulighet for behandling under tvang utenfor institusjon, slik psykisk helsevernloven gir. Resultatene av behandling under denne type tvang er usikker, og metoden er kontroversiell i behandlingsmiljøene. I Sverige, som har hatt vesentlig mer omfattende hjemler for tvangsbehandling av misbrukere, er bruken noe redusert de senere årene.

I omfang er tvangsinngrepene som er hjemlet i straffeloven, vesentlig større enn de andre formene for formell tvang. Denne tvangen er i stor grad også av betydning for pasienter med et vidt spekter av psykiske lidelser og rusmisbruk. Det gjelder både blant de sårbare og utagerende. Det må i det overordnede perspektivet som tidligere ble nevnt, være rimelig å vurdere også straffelovens tvangshjemler i behandlingssammenheng. Kan den omfattende tvangsbruken i justisapparatet overfor rusmisbrukere utnyttes behandlingsmessig? Det er to hovedretninger i dette: den ene er å sette inn behandlingstiltak under og eventuelt etter fengselsopphold, den andre å benytte strafferettslige prøvesituasjoner som en slags ramme hvor krav til atferd (oftest knyttet til rusbruk) kan formuleres, kontrolleres og følges opp.

Det finnes noen norske prosjekter hvor behandling under fengselssoning er gjort mer systematisk: Blant disse kan nevnes Tyrilis Stifinner-prosjekt hvor misbruksbehandling igangsettes under soning i fengsel, fortsetter på behandlingsinstitusjon etter §12 i Fengselsloven og etter prøveløslatelse (Ødegård 1996). Likeledes må nevnes ordningen hvor promilledømte i stedet for soning i fengsel gjennomgår et utdannings- og behandlingsprogram. Innenfor fengselsanstaltene har det også skjedd en differensiering med sikte på soningsforhold som skal kunne bidra til bedring av atferd, spesielt når det gjelder misbruk av rusmidler. Soning under kontrakt om rusfrihet kontrollert med urinprøver er her det vanligste, ofte kombinert med utdanning og løsningsfokuserede grupper. Hassel kretsfengsel har vært det mest systematiske eksempelet. En arbeidsgruppe i Oppland med representanter fra politi, rettsvesen, kriminalomsorg og behandling la for øvrig i 1996 fram et forslag til prøveprosjekt som innebar en meget radikal endring i praksis overfor misbrukere av illegale rusmidler (Kielland et al 1996). Siktemålet var å få til en bedret virkning av straffelovens tvangshjemler, spesielt ved bruk av betinget fengselsstraff, god kontroll med urinprøver, samt klare konsekvenser av rusing. Prosjektet forutsatte lovendringer som Justisdepartementet fant ikke å ville gå inn for. Innenfor Kriminalomsorg i frihet har det vært arbeidet med å få til alternativ til fengselsstraff, uten at det er blitt gjennomført systematiske opplegg. Den siste Kriminalomsorgsmeldingen tar til orde for at det fortsatt blir arbeidet for å få til opplegg som kan redusere tilbakefall til ny kriminalitet (Stortingsmelding 27 (1997-98)).

Fengselslovens §12 gir for øvrig mulighet for soning av fengselsstraff i behandlingsinstitusjon. Det kan diskuteres om denne muligheten egentlig dreier seg om en tvangsbestemmelse i denne sammenhengen. Selve tvangsinngrepet er hjemlet av straffeloven. Overføring til behandlingsinstitusjon er derimot frivillig. Det er nylig publisert en undersøkelse hvor man ikke har kunnet vise noen virkning av §12-soning på residiv av kriminalitet og stoffmisbruk (Ødegård og Amundsen 1998). Bruken av Fengselslovens §12 er for øvrig de siste årene redusert, dels som følge av tvil om effekt, dels av økonomiske grunner (Ragnar Kristoffersen, Kriminalomsorgens utdanningscenter, personlig meddelelse).

Internasjonalt foreligger en rekke prosjekter hvor man har forsøkt å finne alternativer til soning i fengsel. Bakgrunnen har dels vært den høye residivraten

hos personer som har sonet i fengsel, dels erkjennelse om at fengselssoning for mange kan bidra til å forsterke psykiske lidelser og uheldige atferdsmønstre. Enkelte av disse omtales i neste avsnitt.

11.5 Behandlingsforskning omkring dobbeltdiagnosepasienter

11.5.1 Innledning

Forskningen omkring pasienter med dobbeltdiagnoser har i utgangspunktet vært konsentrert om å finne omfanget av problemet med dobbeltdiagnoser. Det har skjedd gjennom å undersøke ulike populasjoner misbrukere eller psykiatriske pasienter. Det har også vært et ønske om å karakterisere pasientene bedre, finne hva som skiller dem fra andre psykiatriske pasienter og andre misbrukere, klassifisere. Dette er tidligere omtalt.

Det foreligger de siste 20 årene en omfattende forskning omkring behandling av rusmisbrukere. Det dreier seg om forskning på frafall, behandlingseffekter, behandlingsekonomi med mer. Mye av denne forskningen differensierer mellom ulike grupper misbrukere etter kjønn, alder, type misbruk og sosiodemografiske bakgrunnsfaktorer. I tillegg er det forsket på betydningen av personlighetstyper, personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser.

Teoretisk ville det ideelt sett være ønskelig med eksperimentelle studier med randomiserte kontrollgrupper, slik man gjennomfører i andre deler av medisinsk forskning. Det er i praksis vanskelig å gjennomføre innenfor dette feltet, av ulike grunner. I stedet er det gjort andre typer studier over behandlingseffekter og -resultater, spesielt av behandling i institusjon. Det er rimelig å konkludere denne forskningen med at rusbehandling for de fleste gruppene rusmisbrukere har effekt. Noen vil hevde at effekten innenfor visse grenser er proporsjonal med varigheten av behandlingssinnsatsen (Fridell 1996).

De siste 10 årene er det også kommet behandlingsforskning knyttet mer spesifikt til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Overfor denne gruppen var virkningen i tidligere programmer dårlig. De senere årene er det kommet resultater som er klart bedre. Bakgrunnen er endret og mer systematisk, langsiktig behandlingsstrategi.

Spørsmålet er nå i hvilken grad det er forskningsmessig belegg for å kunne gå inn for spesielle retningslinjer når det gjelder behandling av dobbeltdiagnosepasienter. En leder i det engelske legetidsskriftet *British Medical Journal* januar 1999 konkluderte med at det fremdeles er gjort for lite behandlingsforskning - spesielt i Europa - til at det bør gis nasjonale retningslinjer for behandling av denne gruppen (Weaver et al 1999). Dette kan diskuteres. Det er sannsynligvis holdepunkter for noen konklusjoner som kan være retningsgivende for planlegging av arbeidet.

11.5.2 Ulike pasientgrupper. Matching

Ulike typer pasienter med dobbeltdiagnose kan profittere på ulik type behandling. Forskning omkring dette er sentralt. Det handler om å tilpasse behandlingen til pasientene, såkalt "matching". Den dreier seg ikke bare om behandling på institusjon, men om hele opplegget omkring, også poliklinisk. Det kan dreie seg om boforhold, rehabiliteringstiltak, skole, foruten rene behandlingstiltak, både i og utenfor institusjon. En rekke faktorer kan ha betydning. Viktig i denne sammenhengen er personlighetstype og psykisk lidelse. Det er klart vist at noen pasienter blir verre av visse typer behandling. Det gjelder spesielt psykoseneære pasienter i for konfronterende behandling med hovedvekt på grupper (Ravndal 1996), men også det motsatte: for relasjonsorientert og støttende behandling overfor pasienter som trenger klare strukturer og grenser.

Blant andre den norske kliniker og forsker Per Vaglum har understreket viktigheten av tilpasset behandling. Han skiller mellom engstelige, unnnvikende, deprimerte, psykotiske og nærpsykotiske pasienter på den ene siden og pasienter med personlighetsforstyrrelser i det såkalte cluster B (antisosiale, borderline, narsissistiske og hysterioforme) på den andre. De førstnevnte trenger ifølge Vaglum støttende miljøterapi og individuell psykoterapi. De andre trenger mer konfronterende miljø- og gruppeterapi (Vaglum 1996).

Også mye amerikansk forskning de siste årene har gått ut på såkalt "matching" av pasienter til ulike opplegg. Ett av momentene her er klare hovedtrekk i forskningen som retter seg mot mer utagerende, spesielt antisosiale pasienter på den ene siden og tilbaketrukne inntil det schizofrene på den andre. De oppleggene som utvikles må ta hensyn til denne forskningen.

11.5.3 Behandlingsresultater

Også behandlingsresultatene må ses i lys av at det dreier seg om ulike grupper av pasienter med dobbeltdiagnoser. På den ene siden de "sårbare" slik det tidligere er avgrenset. Og på den andre siden de "utagerende". De førstnevnte er oftest fokus når dobbeltdiagnoseproblemene utforskes. Men også de sistnevnte har alvorlige psykiske lidelser og må regnes med i denne sammenhengen.

Forskning på resultater av behandling er vanskelig. Mange faktorer virker inn på situasjonen til misbrukerne. Behandling er som tidligere understreket bare én blant mange momenter.

Det enkleste er forskning knyttet til frafall fra behandling. Mer komplisert er det å vurdere behandlingseffekter etter at behandlingsinnsats har vært gjort, for eksempel ved institusjonsopphold. Seleksjonsfaktorer kan lett virke inn. Vel så viktig er kanskje de forholdene som møter klienter etter avsluttet institusjonsbehandling. Det er også et hovedproblem at situasjonen for klienter i og utenfor institusjon er så radikalt forskjellig. Det klienten etter hvert lærer og klarer innenfor institusjon har begrenset gyldighet i en mer usikker og mindre tett situasjon utenfor institusjon. Veksthusundersøkelsen til Edle Ravndal viste at pasienter med antisosiale personlighetstrekk klarte seg relativt bra under selve institusjonsoppholdet, men hadde stort frafall i ettervernsfasen (Ravndal og Vaglum 1991). Metoden for utslusing fra institusjon til livet utenfor er ofte vel så viktig som behandlingen under selve institusjonsoppholdet.

11.5.3.1 De sårbare

Ulike forskere gjør ulike funn når det gjelder betydningen av samtidig forekommende depresjon på resultatet av behandling rettet mot rusmisbruk. De senere års studier synes å tyde på at deprimerte pasienter kan ha minst like god virkning av behandlingsprogrammer rettet mot rusmisbruk som andre misbrukere. De oppnår da også en betydelig reduksjon i depressiv symptomatologi. Det er imidlertid viktig å ha en fortløpende evaluering av hvorvidt det er behov for spesifikk antidepressiv behandling, spesielt med medikamenter (Charney et al 1998).

Studier tyder på at misbrukere med post traumatisk stress lidelse (PTSD), som forekommer hyppig også hos misbrukere med andre psykiatriske hoveddiagnoser, har nytte av integrerte behandlingsprogrammer som også er rettet inn mot å bedre mestring av de traumatiske opplevelsene (Najavits et al 1996).

For de fleste pasientene med dobbeltdiagnose - og spesielt de psykotiske - kan sies at ett enkelt institusjonsopphold sjelden har så stor virkning på funksjonen. Typisk i denne forbindelse er en nylig sveitsisk undersøkelse som gjennomgikk virkningen av 6 måneders institusjonsopphold for i hovedsak schizofrene misbrukere med integrert behandling. Dette innebar at de under institusjonsoppholdet samtidig fikk behandling for den psykiske lidelsen og rusmiddelmisbruket. Ett år etter utskrivelsen fant man noe bedring av livsstan-

dard, noe mindre forekomst av positive symptomer på schizofreni, men ikke reduksjon av selve misbruket (Bachmann et al 1997).

Mye av forskningen omkring dobbeltdiagnosepasienter har de siste årene dreid seg om integrert behandling i kontinuerlige oppsøkende team, slik blant andre gruppen fra New Hampshire har stått bak. Behandlingsformen skriver seg fra psykiatrien og er utviklet som metode overfor dårlige psykiatriske pasienter som ikke følger opp vanlig poliklinisk behandling.

Denne forskningen tyder på at integrert behandling av dobbeltdiagnosepasienter virker bedre enn parallell eller sekvensiell behandling. Det er med andre ord bedre å ta opp begge problemene samtidig, enn først å behandle rusproblemene og deretter de psykiske lidelsene, eller omvendt. Det er også bedre om samme personer står for behandlingen av begge typer lidelser. Perspektivet må være mangeårig (Mueser et al 1998). Hovedvekten ligger på poliklinisk behandling med et sterkt oppsøkende preg. Institusjonsopphold blir brukt ved behov ofte i korte perioder. Målgruppen har vært alvorlig psykisk syke, de fleste med psykoser, ofte bostedsløse og ellers sosialt forkomne pasienter. Man har kunnet vise bedring i boforhold og boevne (Bebout et al 1997), psykiske symptomer, misbruk og livskvalitet (Drake et al 1997). Bedring kommer gjerne sterkere etter 2 års behandling, og er klarere hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og moderat misbruk (Mueser et al 1998, Bartels et al 1995). Mest konsistent har reduksjon i bruk av psykiatriske sykehussenger vært. Hos pasienter med svært alvorlig misbruk – spesielt når de bor i belastede bomiljøer – er det vanskeligere å oppnå klar bedring av misbruk med disse metodene (Meisler et al 1997).

Det beskrives en første runde med behandlingsforskning hvor kontrollgrupper ikke har vært brukt. Denne forskningen viste at:

- 1) det var mulig å engasjere det store flertall av dobbeltdiagnosepasienter i behandling og holde dem i behandling over tid.
- 2) det ble oppnådd større reduksjon av misbruk enn i andre opplegg
- 3) korte, intense programmer hadde tendens til å vise dårlige resultater.

I senere forskning har kontrollgrupper vært med, samtidig som pasientene er fulgt over lengre tid. Det er funnet en progressiv bedring over tid med hensyn til redusert misbruk og utvikling av varig avholdenhet. Mens de eldre programmene (parallell eller sekvensielle) bare oppnådde 5% årlig varig avholdenhet, ser de integrerte programmene ut til å oppnå dette hos omkring 10-20%. Dette tilsvarer resultatene hos misbrukere uten alvorlige psykiske problemer.

I en nylig oversiktsartikkel gjennomgår de sentrale aktørene i New Hampshire-miljøet forskning omkring dobbeltdiagnosepasienter. De viktigste momentene omkring behandlingsforskning refereres i det følgende (Mueser et al 1998):

I forbindelse med svensk psykiatireform er det de siste årene gjennomført 10 prosjekter for behandling av dobbeltdiagnosepasienter med hovedvekt på samarbeid mellom etater og i stor grad inspirert av de amerikanske erfaringene. Det ble benyttet nokså ulike metoder, pasientgrunnlaget var også ulikt, men erfaringene viste at mye kunne oppnås med bedre samarbeide, spesielt ved bruk av integrerte team. Samlet ble det funnet bedring i psykisk og fysisk helse, bedret livsstandard, redusert misbruk av både alkohol og narkotika, samt betydelig reduksjon i bruk av innleggelse i psykiatrien.

Man oppsummerte noen hovedproblemer (Öjehagen & Schaar 1999):

- Samarbeidet mellom sosialtjenesten og psykiatrien fungerte ikke bra, selv om dette var samarbeidsprosjekter. Dette skyldes dels ulike kulturer, dels ulik finansiering, dels uklårheter i lovene.
- Det trenges boligformer mellom institusjon og egen bolig. Det trenges også støtteboliger for krise og for perioder med dårligere funksjon. Likeledes trenges institusjoner for støtte og omsorg mer enn behandling. Ved gruppeboliger må man ha strategi for akuttituasjoner, man må ha klarhet i hva som kan tåles av atferd og misbruk. Viktig med samarbeid med akutenheter. Hvorvidt man kan blande misbrukere med og uten psykisk lidelse diskuteres. Utforming av boligen og samordning kan være avgjørende.
- Avgjørende med sysselsetting og struktur på dagen. Frivillige organisasjoner kan spille en rolle.

Spørsmålet er om den forskning som foreligger gir tilstrekkelig grunnlag for å gi retningslinjer for organisering av tjenester også i Norge. Selv om mye ennå er uavklart, synes det å være rimelig å ta utgangspunkt i de resultatene som foreligger omkring integrert behandling slik det er beskrevet. Det har da også vært gjort i enkelte av de fylkesbaserte vurderinger som allerede er gjort omkring oppfølging av pasienter med dobbeltdiagnoser (Nilsen & Kroll 1998). De svenske erfaringene fra prosjektene knyttet til psykiatireformen gir også grunn til optimisme, selv om observasjonstiden der er i korteste laget. Det er likevel grunn til å understreke at perspektivet må være langsiktig, at holdningen overfor pasienter med schizofrenilignende lidelser bør være tolerant og ikke konfronterende, samt at bedring med hensyn til misbruk for mange kan være begrenset (Siegfrid 1998).

Det foreligger også forskning knyttet til medikamentell behandling av pasienter med dobbeltdiagnose. For pasienter som har vært opiatavhengige over tid synes det klart at mange oppnår klar bedring også av alvorlige psykiske symptomer ved ordnet metadonassistert behandling. Det er også gjort systematiske til dels randomiserte undersøkelser på pasienter med primær depresjon hvor man oppnådde klar bedring av depressive symptomer med bruk av antidepressiv medikasjon. Effekten var større med hensyn til bedret livskvalitet enn reduksjon av misbruk (Nunes et al 1998). Medikasjon er for øvrig sentral ved behandling av schizofreni og lignende psykoser. Mye taler for at de nyere antipsykotiske medikamentene er bedre egnet hos dobbeltdiagnosepasientene enn de eldre. De nye midlene gir vesentlig lavere risiko for tardive dyskinesier som er spesielt vanlige hos misbrukere (Bailey et al 1997). Det er også holdepunkter for at pasienter som tidligere ble behandlet med tradisjonelle antipsykotiske midler reduserer misbruket ved overgang til de moderne medikamentene (Buckley 1998).

11.5.3.2 De utagerende

Behandling av personer med utagerende personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk har også vært gjenstand for forskning. Det har mest dreid seg om forskning knyttet til pasienter med antisosiale personlighetsforstyrrelser, mindre om pasienter med borderline/ustabile personlighetsforstyrrelser. Tidligere funn som tydet på dårligere virkning av misbruksbehandling for antisosiale, er senere blitt utfordret (Cacciola et al 1995, Longabaugh et al 1994). Pasienter med sterke antisosiale trekk har best virkning av løsningsorientert kognitiv terapi, klare strukturer og grenser, samt tiltak knyttet til sysselsetting og arbeid (Cusack & Malaney 1992, Longabaugh et al 1994). Noen undersøkelser kan tyde på at de har mer nytte av kortere institusjonsopphold, i det lengre opphold fører til mer drop-out (Goldstein et al 1998). De har mindre muligheter for å gjøre seg nytte

av psykodynamisk tilnærming, men vil i varierende grad kunne profittere på stabile relasjoner til mennesker eller institusjoner, spesielt når de samtidig bidrar til å opprettholde klare strukturer. Målsettingen vil ofte være å oppnå atferd som er mindre skadelig, slik som rusmisbruk og kriminalitet. Det er vanskeligere å få til dyptgående personlighetsendringer for denne gruppen (Fridell 1991). Edle Ravndals og Per Vaglums forskning på Veksthuset viste for øvrig at drop-out var mindre hos pasienter med antisosiale personlighetstrekk som klarte et behandlingsmiljø med svært sterk betoning av strukturer og grenser bedre enn mer sårbare personer (Ravndal & Vaglum 1991). Et hovedproblem med behandlingen på Veksthuset slik den ble gjennomført i siste halvdel av 1980-årene, var for øvrig at klientene ikke utviklet tilstrekkelig samhörighet og tilknytning til andre klienter, personale eller institusjonen (Ravndal & Vaglum 1994).

Pasienter med emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser trenger også trygge, stabile grenser, men har ofte mer nytte av relasjonsorientert psykoterapi i tillegg. De kan være svært vanskelige å behandle på grunn av sine intense overføringsreaksjoner. Også disse har behov for meget langvarig behandling. Institusjonsopphold vil oftest bare være aktuelt i kortere faser. Det meste må skje poliklinisk. De er ofte verbalt utagerende og tiltrekker seg derfor mye oppmerksomhet. De kan påvirke miljøet i behandlingsinstitusjoner eller kollektive boliger meget sterkt. Samtidig er de sårbare i mye større grad enn personer med antisosiale personlighetsforstyrrelser.

En del forskning er knyttet til misbruk i fengselspopulasjoner hvor personer med antisosiale personlighetsforstyrrelse oftest vil utgjøre en stor andel. Selv om forskning på misbruksbehandling av kriminelle misbrukere ofte ikke er led-saget av nøyaktig personlighetsdiagnostikk, er det rimelig å tro at resultatene kan ha overføringsverdi til personer med utagerende personlighetsforstyrrelser. Flere prosjekter tyder på at intens behandling under fengselsopphold kan ha nytte, dersom det også følges opp av behandling og sosial trening etter soning (Nielsen et al 1996). Resultatene av forskning i Norge på klienter som behandles for rusmisbruk i institusjon etter §12 i Fengselsloven, viser som tidligere nevnt, ikke noen effekt av slik behandling (Ødegård & Amundsen 1998). Dette står i motsetning til de amerikanske oppleggene hvor innsatsen behandlingsmessig har vært mer intens med oppfølging også etter soning. Stifinnerprosjektet i Tyrilistiftelsens regi er inspirert av slik forskning, og foreløpige resultater derfra er bedre enn det som ellers gjelder § 12-soning (Ødegård 1996).

En annen tilnærming er å utvide kontrollen med rusmisbruk i strafferettslige prøvesituasjoner, slik som betingede dommer og prøveløslatelser. Tanken er at selve kontrollen med oppfølging av denne kan virke begrensende på misbruk og antisosial atferd. Kontrollen må i så fall fortsette i lang tid også utenfor fengsel. Et større prosjekt innenfor justisapparatet i California i 1960 og 1970-årene innebar lang tids oppfølging av straffedømte misbrukere basert på urinprøvekontroll etter primært institusjonsopphold. Det ble reevaluert i slutten av 1980-årene. Det spesielle med dette prosjektet var at man fikk en kontrollgruppe tilfeldig utvalgt som følge av at en del av de straffedømte ved administrativ lapsus ikke kunne inkluderes i programmet. Det er svært sjelden at slik forskning har kontrollgrupper basert på tilfeldige utvalg. Det viste seg at de som fikk jevnlig kontroll av rusmiddelbruken reduserte sitt misbruk og dermed kriminaliteten i klart høyere grad enn kontrollgruppen, selv om de ikke fikk noen spesifikk behandling utover kontrollen. Én av de sentrale forskerne i USA innenfor dette området konkluderte: "Det mest effektive tvangstiltaket overfor narkotikaavhengige er å sette dem i en langtids prøvetid, 5 til 10 år, slik at deres stoffbruk og øvrige atferd kan bli overvåket. Selv om institusjonsinnleggelse ofte vil være nødvendig initialt, skulle få måneder vanligvis være tilstrekkelig for å stabilisere misbrukeren" (Anglin 1988). Selv om så lange kontrollperioder neppe er aktuelle i Norge av etiske og rettsikkerhetsmessige grunner, er slike resultater viktige å kjenne til.

Selv om denne type forskning ikke spesielt har skilt ut personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser i cluster B, er resultatene i tråd med kunnskap om behandling av spesielt personer med antisosiale personlighetsforstyrrelser.

Et annet behandlingsmoment som har vært utforsket er systematisk bruk av insentiver. Det har til dels dreid seg om enkle fordeler, også økonomiske, ved avholdenhet fra rusmidler, oftest kontrollert objektivt gjennom urinprøver. Effekten av slike insentiver er god (Tidey et al 1998).

11.6 Integrert behandling for dobbeltdiagnosepasienter i den "sårbare" gruppen

Integrert behandling innebærer i denne sammenhengen at de samme behandlerne samtidig gir behandling rettet både mot rusmisbruk og mot psykisk lidelse. Behandlingspersonalet, som vanligvis vil være organisert i team, har kompetanse innenfor begge områder. Slik integrert behandling overfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk har vært utviklet i USA. Spesielt kjent er opplegg i den amerikanske delstaten New Hampshire, dels gjennom systematisk beskrivelse av ulike elementer i behandlingen, dels ved forskning omkring behandlingseffekter. Oppfølgingsundersøkelser tyder på at de oppnår resultater som er bedre enn det man ellers finner ved mer tradisjonell behandling. Behandlingsmodellen har hatt stor innflytelse også i Europa og lå til grunn for flere av forskningsprosjektene med statlige tilskudd i Sverige (Öjehagen & Schaar 1999). To av disse prosjektene er gjort til permanente behandlingstilbud etter prosjektperioden.

Siden det her blir anbefalt at behandlingsopplegg av denne typen utvikles i Norge, skal de beskrives litt nærmere. Metoden er gjennomgått i flere artikler de siste årene. Nedenstående oversikt er hentet fra Mercer et al 1998.

Hovedprinsippet er et trinnvist opplegg. Trinnene er basert på systematisk evaluering underveis. Det satses på oppsøkende team som følger pasientene over år. Teamene integrerer behandling av misbruk og psykisk lidelse, og kan benytte en ganske pågående tilnæringsform. De er likevel ikke konfronterende i holdning, man forsøker hele tiden å behandle på pasientens premisser.

Viktige prinsipper:

1. Integrering av behandling av misbruk og psykisk lidelse. Behandlingen utføres av de samme personene. Psykiatrisk personale læres opp til misbruksbehandling
2. Fleksibilitet og spesialisering av behandlere slik at de læres opp til spesialiserte teknikker beregnet på dobbeltdiagnosepasienter. De må lære å kunne gi behandling utenfor deres vanlige arena også overfor pårørende. Teamene må kunne videreutvikle arbeidet overfor dobbeltdiagnosepasienter i trygge rammer over tid
3. Oppsøkende form overfor pasientene. Behandlerne må kunne forstå pasientene på deres egne premisser, kunne være til stede, yte konkret hjelp. Det innebærer en uvanlig arbeidsform, mer tid per pasient, tilgang på konkrete ressurser.
4. Finne fram til pasientens egne preferanser, hjelpe ham/henne til å uttrykke disse og dermed velge mål og behandling som er personlig relevant og meningsfullt. Klinikere må læres opp til denne tilnæringsmåten. Det bør være tilgjengelig ulike behandlingsprogrammer for dobbeltdiagnosepasienter, slik at klientene har reelle valg. Behandlerne må lytte til klientene, informere dem om muligheter, finne ut av deres preferanser, oppmuntre felles beslutninger og kunne finne fram til fleksible og individuelle behandlingsopplegg.

5. Nøye overvåking som innebærer at det skapes ytre rammer i klientens omgivelser med sikte på å hjelpe ham/henne til å oppnå kontroll over misbruk. Tiltakene som omfattes av prinsippet om nøye overvåking inkluderer et spekter av kliniske teknikker og legale intervensjoner. Slike teknikker krever stor forsiktighet ikke bare med hensyn til klientenes rettigheter, men også på grunn av behovet for å støtte klientens egenmotivasjon og selvkontroll. Det må skapes en balanse mellom å bruke ytre kontroll og oppmuntre til egenmotivasjon og egenkontroll. Behandlere må kjenne i detalj tilgjengelige alternativer for både frivillig tilnærming og muligheter for nøye ikke frivillig kontroll.
6. Tjenestene må være omfattende og inkludere et stort spekter av tiltak med sikte på klientens rehabilitering, støtte for familiemedlemmer og andre pårørende. Stabil avholdenhet forutsetter stabil livsstil og klientene må gjøre betydelige endringer i levemåte og måten de håndterer stress på. Det må skapes opplegg for krisehåndtering, økonomisk støtte, utdanningshjelp og annen type atfføring.
7. Det må skaffes en passende og trygg bosituasjon som er med på å bidra til behandlingsmålene med hensyn til misbruk. Det foreligger lite forskningsresultater med hensyn til gruppebaserte boliger for dobbeltdiagnosepasienter, men det som foreligger er ikke oppmuntrende. Et alternativ kan være å organisere dette i boliger for psykiatriske pasienter. Ansatte på slike kan opplæres til å støtte klienter på ulike nivåer av misbruk
8. Langtidsperspektiv innebærer at man ikke tenker på måneder, men heller på år for at klienten skal nå stabil avholdenhet. Man må unngå for tidlig å konkludere med at misbruksbehandlingen ikke hjelper og dermed avslutte den.
9. Trinnsvis behandling, innebærer at tilnærmingen til pasienten må tilpasses pasientens nivå. 4 nivåer er allment akseptert: 1. Kontaktetablering 2. Motivering. 3. Behandling. 4. Tilbakefallsprofylakse
10. Optimisme. Håp om bedring må vedlikeholdes over lang tid. Dobbeldiagnosepasienter har stor tendens til å miste håp for framtida selv om dette håpet er nøkkelen til å oppnå kontroll med misbruk.

Nødvendige deltjenester:

- Utredning. Det trenges andre metoder for vurdering av misbruk hos psykiatriske pasienter enn for andre misbrukere. Dette inkluderer løpende oppmerksomhet knyttet til misbruk, stadig vurdering av individets misbruksproblem, samt individuell behandlingsplan. En nøyaktig misbruksutredning inkluderer laboratoriekontroll og komparentopplysninger fordi egenrapportering er utilstrekkelig.
- Klinisk "case management" (personlig koordinator), basert på mer direkte behandling enn det som ellers er vanlig ved case management
- Individuell misbruksbehandling
- Misbruksbehandling i gruppe
- Familiestøtte og psykoedukativ behandling til familien
- Sysselsetting
- Medisinsk behandling
- Opplegg for kriseintervensjon
- Bolig.
- Kortvarige innleggelses i psykiatrisk avdeling

Områder hvor det er uenighet:

- Tiltak og forholdsregler knyttet til voldelig atferd
- Tiltak som ikke er basert på frivillighet ("involuntary interventions")
- Holdning til rusfrihet i boliger
- Laboratorietesting av stoff og alkohol
- Medikasjon under pågående misbruk
- Grad av medbestemmelse for pasientene

Noen momenter i dette må understrekes. Det dreier seg om 4 ulike faser, hver med spesielle tilnæringsmåter og behandlingsteknikker:

1. Kontaktetablering med vekt på relasjonsbygging, hjelpsomhet med hensyn til praktiske tiltak f. eks. til bolig, tilstedeværelse. Lite eller ingen krav. Varighet av denne fasen vil ofte være ett år eller mer.
2. Motivering for behandling
3. Behandling med et sett av ulike behandlingselementer avhengig av den enkeltes behov, i eller utenfor institusjon
4. Tilbakefallsprofylakse og strategier ved tilbakefall

Mercer et al nevner også 6 områder hvor det er uenighet (jfr. ovenfor). Dette er områder som er kontroversielle også i Norge. Noen av dem vil bli kommentert senere.

Integrert behandling var tidligere ganske kontroversielt. Mange mente pasientene først måtte få orden på rusproblemene før de kunne gjøre seg nytte av psykiatrisk behandling. Dette gjaldt både samtalebehandling og medikamentell behandling. Fremdeles er det i norske psykiatriske poliklinikker holdninger som går i denne retningen. Tilsvarende mente man i russektoren at pasientens psykiske problemer kunne være så alvorlige at de ikke kunne gis tilbud om rusbehandling.

Innenfor begge sektorene skyldtes dette i stor grad mangel på kompetanse. Russektoren hadde en reell mangel på kunnskap om alvorlige psykiske lidelser. De var dessuten hemmet av sin egne antidiagnostiske kultur som hindret dem i aktivt å se de nyansene som kunne bidra til både kontakt og bedre behandlingsopplegg. Psykiatrien så på rusmisbruk som et sosialt problem som bare skaffet ubehageligheter. Misbrukerne var vanskelige personer som ikke holdt avtaler og som ofte brøt behandlingsoppleggene. Ustabile pasienter med rusmisbruk kunne dessuten være ødeleggende for behandlingsmiljøer i psykiatrien.

Det ofte skarpe skillet mellom disse sektorene ligger til grunn for diskusjonen omkring dobbeltdiagnosepasienter. De trenger både psykiatrisk behandling og rusbehandling. Den tidligere praksis om å støtte dem ut fra begge sektorer må erstattes av opplegg som inkluderer disse pasientene. Det er som nevnt forskningsmessige holdepunkter for at integrert behandling gitt av samme personer, samme poliklinikker og samme institusjoner er mer effektivt enn å basere seg på først å behandle det ene, deretter det andre problemet.

Det meste av denne behandlingsforskningen har vært rettet mot pasienter med svært alvorlige psykiske lidelser, i første rekke schizofrene. I denne rapportens terminologi hører disse til de "sårbare", som trenger mye støtte, ofte medikamentell behandling og klare strukturer, men uten særlig konfronterende holdninger. Overfor klienter med utagerende personlighetsforstyrrelser vil andre rammer og teknikker være aktuelle. Psykiatriens rolle har her vært mindre. Det er sannsynligvis viktig at psykiatrien også her deltar i utredning og eventuelt tilrettelegging av behandlingsopplegg, selv om mye av dette fortsatt vil skje innenfor russektorenes rammer. Som en del av integreringen bør det skje en vesentlig bedre samordning med justisapparatets tiltak.

Integrert behandling kan skje i og utenfor institusjoner. Som tidligere nevnt, stammer de mest lovende forskningsresultatene fra opplegg med hovedvekt på langvarig poliklinisk behandling. I Norge og utenlands er det en tendens til å oppfatte den egentlige behandling av misbrukere som det som skjer i behandlingsinstitusjonene. Bruk av ord som forvern og ettervern styrker denne forestillingen, som de fleste vil ta avstand fra ved nærmere ettertanke. Det sentrale er langsiktige opplegg med helhetlig tilnærming hvor behandling i institusjon er en del av det hele.

I planlegging av behandlingstiltak innenfor denne modellen er det viktig å ta utgangspunkt i pasientenes behov og synspunkter. Ofte står kommunalt perso-

nell nærmest til å vurdere disse behovene, samtidig som behandlingen i hovedsak vil foregå mens pasientene oppholder seg i en kommunal ramme. Det er derfor viktig at behandlingsplanene bygges opp med utgangspunkt i kommunale tilbud.

11.7 Resultater fra kartleggingsundersøkelsen om behov for tiltak

Kartleggingsundersøkelsen stilte spørsmål om oppfølging på 5 måter:

- Det ble spurt om hva slags bolig som ble ansett ideell for den enkelte pasient
- Viktigste og nest viktigste oppfølgingsinstans skulle krysses av
- Behandlerne ble bedt om å vurdere i hvilken grad pasientenes behandlingsbehov på sikt var tilfredsstillende ivaretatt.
- Ledere i behandlingsinstanser ble spurt om hva slags tiltak som ville være viktige å styrke for pasientgruppen
- Behandlerne fikk samme spørsmål knyttet til den enkelte pasient.

Det klareste funnet i denne forbindelse var at det kom fram et meget uttalt udekket behov for skjermede boliger. Behovet gjaldt en stor del av pasientene, spesielt de med psykoser. Den utbyggingen av omsorgsboliger for psykiatriske pasienter som nå er planlagt, synes i stor grad også å måtte dekke dette behovet hos dobbeltdiagnosepasienter. Behovet for skjermede boliger kom fram både ved spørsmålet om ideell bolig, og om hvilke tiltak som ble ansett viktigst. Lederne i både fylker og kommuner mente sågar at skjermede boliger var det viktigste enkelttiltak som burde utbygges for denne gruppen. Som en sosialsjef skrev i en kommentar: ”Det er essensielt med skjermede botilbud tilpasset denne gruppen. Slik dette er nå, forverrer det hele tiden den enkeltes livssituasjon, mange bor rundt omkring. Omsorg må vektlegges sterkt, dvs. bemannet skjermet botilbud.”

Også andre kommunale tiltak ble ansett viktige. Det gjaldt aktiviseringsstilbud om dagen, for noen støttekontakter, for andre fritidstilbud. Likeledes var det for mange sentralt å få bedret mulighet for skole, vernet arbeid og lignende. Dette er for så vidt i tråd med mye av det rehabiliteringsarbeidet som er i gang, men undersøkelsen viser at det er behov for et større omfang.

Av fylkeskommunale tiltak mente mange det var behov for egne spesialavdelinger for dobbeltdiagnosepasienter. Undersøkelsen ga ikke grunnlag for å si noe om hvilke type avdelinger som var mest aktuelle. I kommentarene pekte enkelte på et behov for avdelinger hvor det var mulig å legge inn etter paragraf 5 i Lov om psykisk helsevern. Andre hadde åpenbart i tankene institusjoner tilpasset pasienter med personlighetsforstyrrelser, spesielt der vanskelig atferd var en del av bildet. Det ble også signalisert behov for oppsøkende team, spesielt for pasienter med psykoser. Færre pekte på utbygging av eksisterende psykiatriske avdelinger eller rusinstitusjoner som et tilbud for denne gruppen.

Enkelte pasienter har kombinasjonen utagerende personlighetsforstyrrelse – ofte dyssosial - og schizofreni. I psykotiske perioder kan atferden være helt uforutsigelig på grunn av vrangforestillinger. I bedre perioder har pasienten stadig en tendens til hensynsløshet, impulsivitet og kriminalitet, kanskje inkludert vold eller trusler om vold. Impulsiviteten og muligheter for psykotiske gjennombrudd forsterkes ved misbruk av alkohol, amfetamin eller cannabis eller i forbindelse med opiat abstinensreaksjoner. Denne kombinasjonen av psykose og utagerende personlighetsforstyrrelse synes å by på de største problemene for behandlere. Enkelte peker på at behandlingsopplegg for dobbeltdiagnosepasienter også bør kunne møte disse pasientenes behov. De behandles i dag i stor grad på fylkeskommunale eller regionale sikkerhetsavdelinger. En av

overlegene på sikkerhetsavdeling kommenterte: ” Det kan eventuelt være aktuelt med øremerkede senger i sikkerhetsavdelingen og ”aggressiv” poliklinisk oppfølging av de aller mest vanskelige/farlige dobbeltdiagnosepasientene (”trippeldiagnosepasientene”)”.

Det er et viktig spørsmål hvorvidt psykotiske rusmisbrukende pasienter med sterk utagering bør behandles i fremtidige dobbeltdiagnoseavdelinger eller fortsatt være ansvaret til sikkerhetsavdelingene, slik denne overlegen antyder.

11.8 Boliger for dobbeltdiagnosepasienter

11.8.1 Innledning

Boliger er de enkelttiltak som kanskje oftest beskrives som problematiske for pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. I kartleggingsundersøkelsen var skjermet bolig ansett for å være ideelt for 54% av de psykotiske pasientene mens bare 13% bodde i eller skulle utskrives til slik bolig nå. 37% av totalmaterialet var i behov for skjermet bolig, mens 7% hadde det. Det er vel også sannsynlig at noen av de eksisterende skjermede boligene har en karakter som ikke er tilfredsstillende ut fra de krav som nå settes til standard (jfr. nedenfor). Med utgangspunkt i omkring 3750 dobbeltdiagnosepasienter på landsbasis vil dette i seg selv innebære et behov for vel 1000 nye skjermede boliger av ulike typer for pasienter med dobbeltdiagnoser, hvorav omkring 400 for pasienter med psykoser..

I St prp nr 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 går man da også inn for at det i tidsperioden skal bygges 3400 omsorgsboliger for psykiatriske pasienter. En betydelig del av disse må tilpasses pasienter med dobbeltdiagnoser, dersom det behovet som er kommet fram skal dekkes.

Både den psykiske lidelsen og rusmisbruket kan hver for seg - og spesielt sammen - føre til atferdsavvik som gjør det vanskelig å bo sammen med andre. Pasientene kan bråke, true eller bryte med andre normer for samliv mennesker i mellom.

Boliger for denne gruppen må derfor også kunne enten begrense atferdsavvik eller tåle dem. Hva som kan aksepteres i denne forbindelse er et sentralt spørsmål. Noen boligprosjekter tar sikte på relativt streng oppfølging og liten toleranse for rusing og andre avvik. Andre går motsatt vei og tar sikte på å tåle svært mye for å kunne holde på klientene og utvikle de relasjonene som kanskje på sikt kan føre til bedring. For mange av pasientene er det viktig å bryte den tendensen til utstøting som ellers har preget deres forhold også til tiltaksapparatene.

Det er glidende overganger mellom behandlingsinstitusjoner på den ene siden og skjermede boliger på den andre. Boliger tenderer mot å være kommunale, uten tidsbegrensning, med lavere bemanning, og uten direkte behandlingsmålsetning. Behandlingsinstitusjoner er oftest fylkeskommunale – iallfall med delvis fylkeskommunal finansiering, oppholdene tidsbegrenset selv om det kan dreie seg om år. Institusjonene har klar behandlingsmålsetning og bedre bemanning. Men virkeligheten er ikke så enkel. Boliger kan ha målsetning om å trene opp ferdigheter som gjør selvstendig bolig aktuelt, og det er på linje med en behandlingsmålsetning. Og bemanningen i enkelte boliger kan være meget omfattende hvis pasienten er svært vanskelig. For ytterligere å komplisere bildet har noen kommuner bo- og rehabiliteringsinstitusjoner, ofte utviklet fra de tidligere vernehjemmene. Og noen behandlingsinstitusjoner har i fylkeskommunal regi ettervernsenheter som har store likhetspunkter med kommunale boliger. Både reduksjonen av plasser i psykiatriske behandlingsinstitusjoner og nedleggningen av HVPU-institusjonene har skapt behov for ulike former for omsorgsboliger, bokollektiver eller skjermede boliger. Klienter med rusproblemer har lignende behov, og det gjelder spesielt pasienter med dobbeltdiagnoser. En del

av dem er bostedsløse i dag. Det dreier seg ikke bare om et behov for tak over hodet, men også om struktur på dagen, sosialt nettverk og relasjoner. Slik kan boligene ha et klart siktemål i retning behandling og rehabilitering. Atferd og livskvalitet er i stor grad avhengig av rammebetingelser, det gjelder i spesielt stor grad rusmisbrukere med psykiske problemer. Å finne gode, funksjonelle boformer over tid er derfor kanskje ett av de mest sentrale behandlingsspørsmålene for disse gruppene. Det må i de fleste behandlingstiltakene være en viktig målsetning å få til en situasjon boligmessig som kan bidra til videre modning og vekst for den psykisk syke misbrukeren.

11.8.2 Ulike boformer

Plikten til å skaffe mennesker med psykiske lidelser en egnet bolig er hjemlet i Lov om sosiale tjenester i § 3-4 som lyder:

”Sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe bolig til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelp og vernetiltak for den som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.”

Ulike typer boliger er aktuelle. Husbanken har sammen med Kommunaldepartementet laget retningslinjer for omsorgsboliger. Omsorgsboliger med bemanning er i denne sammenhengen ellers kalt ”skjermede boliger”. Bemanningen kan være dag- eller døgnbasert.

Det er tre ulike alternativer for boliger med et visst kollektivt preg: Samlokaliserte boliger, bofellesskap og bokollektiv.

- Samlokaliserte boliger er selvstendige leiligheter som gir mulighet for sosial kontakt mellom personer med lignende funksjonshemninger, men ellers integrert i vanlige bomiljøer. Kravet til slike boliger vil være størrelse på minimum 55 m² og vanlig utrustning. Det vil da ikke være fellesareal.
- Bofellesskap er beregnet på brukere som ikke mestrer å bo i vanlige boliger og som trenger den støtte et fellesskap med andre kan gi. Det vil oftest være et fellesareal, og i så fall kan den enkeltes leilighet være ned til 40 m² av størrelse. Sammensetning av beboere vil være av stor betydning. Blanding av pasienter med og uten rusproblemer vil kunne være problematisk.
- Bokollektiv innebærer et tettere bofellesskap med funksjoner som matlaging og lignende i større grad knyttet til fellesskapet enn i bofellesskap. Størrelsen på den enkelte leilighet er dermed tillatt ned til 30 m². I bokollektiv skal fellesarealet kompensere for de funksjoner som mangler i den private leiligheten. Fellesarealet bør ha en sentral plassering. Den vil inneholde mange funksjoner og være en arena både for brukere og tjenesteytere. Også her vil sammensetning av beboere være viktig. Siden bosituasjonen er tettere vil atferdsavvik og rusing kunne være vanskeligere å tolerere. Muligheten for å påvirke klientene vil også kunne være større.

Disse boformene vil ofte være utgangspunkt for de løsninger kommunene bør velge også for dobbeltdiagnosepasientene. En del av pasientene vil sannsynligvis kunne fungere bedre i mer selvstendige boformer i den vanlige boligmassen, med eller uten kommunal medvirkning.

Det dreier seg om ulike grupper pasienter med ulike behov. Noen vil fungere best alene, andre vil ha mye å hente på fellesskap med andre. Noen vil klare seg stort sett rusfrie, andre vil ruse seg i perioder. Noen vil være vanskelige å bo sammen med, andre ikke. Noen har tendens til uro, bråk, trusler og eventuelt vold, andre er fredelige og enkelte har tendens til tilbaketrekning. Noen vil kunne bo sammen med andre psykiatriske pasienter, andre bør ikke gjøre det. Og det gjelder også i denne sammenhengen at psykosenære vil kunne fungere dårlig sammen med utagerende og antisosiale.

Kommunenes arbeid med dette er sentralt og krevende. En rekke hensyn må tas i de løsninger som velges. Noen sentrale problemstillinger:

- Fellesbolig versus enkeltbolig. Her må den enkeltes ønsker og behov vurderes opp mot mulighetene. For enkelte kan en isolert bolig være det beste fordi man da kommer lengre unna naboer. Andre kan ha nytte av sosialisering inn i et bofellesskap eller kollektiv. Noen vil kunne fungere i vanlig leilighet.
- Antall beboere i fellesboliger. Den maksimale grense er 8 personer. Ofte vil færre være lettere å få til å fungere, men bemanning blir da ofte mer kostbart.
- Personale. De som arbeider i boliger for alvorlig psykisk syke bør ha bred erfaring med de pasientgruppene som er beboere. De må også ha regelmessig veiledning. Noen boliger vil trenge døgnbemanning, andre bare på dagtid. Det finnes eksempel på bofellesskap hvor man fant at det fungerte best med bemanning bare på dagtid fordi beboerne da tok mer ansvar for ro om natten, og man unngikk uheldige interaksjoner og konfrontasjoner med personale som skulle passe på.
- Sammensetting av beboere. Dette er en sentral faktor når det gjelder funksjon for bofellesskap og kollektiver. Mange har erfaring for at en enkelt utagerende "borderliner" kan ødelegge funksjonen hos sårbare psykiatriske pasienter. Blant dobbeltdiagnosepasienter vil det nettopp være mange slike personlighetsforstyrrelser. De bør sannsynligvis få egne botilbud atskilt fra de mer sårbare. De sistnevnte vil også lettere kunne integreres i bomiljøer med andre psykiatriske pasienter etter stabilisering av rusmisbruket.
- Husregler og grensesetting. Det må være klart hvem som skal lage dem. Brukermedvirkning er aktuelt, men ikke opplagt. Det er viktig at det er samsvar mellom de husreglene som lages, og den praksis som følges. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad rusing og annen utagering tolereres. Enkelte bokollektiv kan ha strenge regler, andre bofellesskap bør ha stor toleranse. Det ideelle vil være at kommunene har varierte tilbud og at det gjøres attraktivt å bo i boliger som i stor grad forutsetter rusfrihet. Absolutt rusfrihet vil imidlertid for det meste være et uhensiktsmessig krav fordi bare svært få vil kunne følge det. I praksis vil annen atferd enn den som er knyttet til rusing kunne være mer avgjørende. Voldstrusler eller i verste fall vold vil kunne skape vel så mye frykt og uro i et kollektiv. God bolig kan være et insentiv for pasienter som viser framgang.
- Brukermedvirkning. Grad av brukermedvirkning vil måtte variere. Full brukerbestemmelse vil kunne være vanskelig å gjennomføre fordi det kan gi for mye innflytelse til dominerende og kanskje mer antisosiale beboere.
- Krisehåndtering. Planer ved kriser bør være klare for alle pasienter med dobbeltdiagnose i skjermede boliger. Kriser kan ha å gjøre med psykisk lidelse eller rusmisbruk, ofte er det kombinert. Dersom kriser ikke kan løses i boligen, må det være klart hvem som kan hjelpe. I mange tilfelle vil en form for fri retur til en psykiatrisk avdeling ("base") hvor pasienten er kjent, være en god løsning. Den trygghet slike avtaler skaper kan bidra til å stabilisere situasjonen og dermed hindre innleggelse.

11.9 Samhandling mellom instanser

11.9.1 Innledning

Dobeltdiagnosepasienter faller lett mellom flere stoler. Det skyldes blant annet ulike kulturer, finansieringsordninger og lovverk. For å bedre tilbudet for disse gruppene, er det sentralt å unngå dette.

Først noen ord om ord: Med "samarbeid" menes her at ulike instanser arbeider sammen overfor klienter og samordner dette arbeidet. I uttrykket "samhandling" legges at det i tillegg finnes mer systematiske rutiner og avtaler som regulerer samarbeidet og som ligger til grunn for bestemte handlingsmønstre. Den ene instansen vet da bedre hva den andre gjør i bestemte situasjoner.

Hensikten med samhandling er blant annet å bidra til oversikt, både for de ulike instansene og for pasientene. Den svenske psykologen Ulla Bertling er tidligere sitert i denne rapporten: "missbrukere med bristfälliga inre strukturer samspelar ofta på ett destruktivt sätt med vårdapparaten - som också er ostrukturerad, splittrad och diffus i ansvarstagandet." Samhandling blir her å få til systemer for samarbeid og samordning som er klare og oversiktlige og – ikke minst – så funksjonelle som mulig. Systemet må bidra til å skape bedre oversikt for en pasient med sviktende indre struktur. De ulike etatene må dra i samme retning. I stor grad handler dette også om å lage strukturer som bidrar til motivasjon for endring. Misbrukere må ha oppmuntring når de handler konstruktivt. Og uheldig atferd – rus og kriminalitet – må føre til raske, men begrensede sanksjoner.

Viktigst er samhandling for pasienter med utagerende personlighetsforstyrrelser. De har lett for å manipulere usikre systemer, sette den ene instans opp mot den andre. De "samspelar på ett destruktivt sätt". Det bidrar ikke til bedring, men det motsatte. Samhandling er også, men kanskje i mindre grad, viktig for de svært dårlige, psykotiske pasientene som også trenger gode, støttende, passe grensesettende strukturer.

Noe av det sentrale ved rusmisbrukere, med eller uten psykiske tilleggsproblemer, er at de har brutt grenser på måter som er uheldig både for dem selv og andre. For å komme bort fra misbruk, må interne grenser etableres eller reetableres. Det tar mange år. Det er ofte nødvendig med systemer som markerer disse grensene tydelig for misbrukerne før de etter hvert blir internalisert som en del av personligheten. For behandlingsinstitusjoner er slik grensesetting et selvsagt virkemiddel. Samhandling mellom instanser må ha som målsetning å bidra til grensesetting også utenfor institusjoner. Men det handler like mye om å stimulere til ønsket atferd, oppmuntre og belønne. Som nevnt tidligere, kan systematisk belønning med enkle midler være med på å øke mulighet for bedring av rusmisbruk.

Samhandling kan på denne måten bli en måte å drive atferdsterapi på. Det kan også anses for å være en klargjøring av de holdninger som gjelder i samfunnet når det gjelder ønskede handlingsmønstre. Stoffmisbruk hører så desiert ikke til blant dem. Tydelighet er et nøkkelord i den forbindelse.

I Örebro er det de siste årene gjennomført et prosjekt for samhandling og behandling av rusmisbrukere, spesielt de med psykisk lidelse i tillegg (Strandberg 1999). Det innebar at det ble opprettet en egen instans innenfor psykiatrien med representanter fra psykiatri, kommunens sosialtjeneste, trygdekontor, arbeidskontor, kriminalomsorg i frihet samt frivillige organisasjoner. Hensikten var at pasienten skulle unngå de mange ulike instanser. På bakgrunn av en grundig utredning psykiatrisk, psykologisk, dessuten med hensyn til misbruk, sosiale forhold med mer ble det laget individuell behandlingsplan som ble fulgt nøye opp. Siden representanter fra de ulike instanser var til stede samme sted, ble samhandling forenklet og man unngikk at pasienter falt mellom alle stoler. Både resultatmessig og på annen måte ble prosjektet positivt evaluert (Öjehagen & Schaar 1999). Prosjektet var støttet gjennom statlige midler, men er siden blitt et permanent tiltak med delt finansiering fra kommune og landsting (fylkeskommune).

11.9.2 Hvilke instanser bør samhandle?

Samhandling må overfor pasienter med psykiske lidelser og rus åpenbart foregå mellom russektor og psykiatri. Det må være klart hvem som har hovedansvar

for hvilke pasienter. Det må også være klare prosedyrer for avklaring der man kan være i tvil eller uenige. Slike prosedyrer bør bli utarbeidet lokalt i hvert enkelt fylke fordi organisering av tjenestene varierer fra fylke til fylke. Utgangspunktet må være at de funksjonene som er nevnt i forrige avsnitt om tiltak overfor både sårbare og utagerende misbrukere, må finnes.

Noen andre viktige instanser som er aktuelle for samhandling av tiltak overfor rusmisbrukere: sosialtjenester, allmennleger, trygdeetat, skoler, arbeidskontor, justisetat. Alle har kontakt med misbrukere i større eller mindre grad. Et eksempel på samhandling er det som nå utvikles i forbindelse med metadon-assistert behandling. Det blir avklart hva allmennleger, sosialtjenester og russektor skal gjøre, og dette nedfelles skriftlig.

Et felt hvor bedre samhandling kanskje kunne være ønskelig, er mellom behandlingsetater og trygdeetat. Man kunne tenke seg at trygdemidler i større grad kunne brukes som belønning for ønsket atferd. For at dette skal være mulig, må beslutninger om både å innvilge og trekke tilbake trygdemidler gjøres vesentlig raskere enn i dag. Konstruktiv atferd bør belønnes i løpet av kort tid fordi mange misbrukere, spesielt de dyssosiale, er avhengig av rask belønning for at den skal virke positivt. Men tilbakefall må også føre til bortfall av slike attraktive ordninger, bortfall som forhåpentlig kan være midlertidig. En mer radikal tilnærming ville være at trygd eller sosialtjenester betalte basisbeløp til misbrukere under behandling. Disse kunne suppleres med ekstra midler dersom misbrukeren ikke ruset seg. Urinprøver kunne brukes som kontroll og som basis for belønning. Slike systemer har vist seg å fungere i mindre målestokk, men krever ganske klar samhandling mellom instanser.

Virkeligheten er for noen misbrukere under behandling er at rusfrihet kan være forbundet med en økonomisk kamp i motvind. Når kriminalitet blir borte som finansieringskilde, kan tidligere gjeld føre til håpløshet. Det gjelder ikke bare gjeld i narkotikamiljøer, men også gjeld som skyldes ubetalte bøter, regress fra forsikringsselskaper og lignende (Ødegård 1996). Hvis dette bidrar til mistrøstighet, nytt misbruk og ny kriminalitet, er alle tapere. Dette er også et eksempel hvor samhandling mellom instanser kunne hjelpe.

Forholdet til justisapparatet er et helt sentralt område for bedre samordning. Store midler settes inn fra de to store offentlige aktørene - russektoren og justisapparatet - med sikte på å redusere illegalt misbruk. Det ligger et stort potensiale for bedret effekt i å få til bedre samhandling. Også her er hindringen ulike kulturer, ulike tenkemåter og ulikt lovverk. Men spesielt overfor pasienter med dyssosiale personlighetsforstyrrelser og stoffmisbruk, er det viktig å se behandlingsinnsatser i sammenheng med det tvangsmiddelet som straffen representerer.

En oppdaget kriminell handling blir ofte ikke pådømt før etter mange måneder eller et år. Det har i mellomtiden gjerne vært samlet opp andre saker. Bare vel 15% av vinningskriminaliteten oppdages, slik at det i gjennomsnitt ligger 6 uoppdagede kriminelle handlinger bak hver pådømte sak. Risiko for å bli oppdaget for kriminalitet knyttet til omsetning av stoff er vesentlig mindre. For en stoffmisbruker med dyssosiale trekk, vil trussel om fengselsstraff i en slik situasjon bare i meget begrenset grad kunne påvirke atferdsmønsteret. Han kan håpe at kriminaliteten ikke blir oppdaget. Oftest får han rett. Og han bryr seg knapt om hva som vil være situasjonen om ett år hvis han blir oppdaget.

Slike og lignende forhold gjør at justisapparatet bare i meget liten grad lykkes med å endre de dømte misbrukeres rusatferd, selv om det er en uttalt målsetning å gjøre det (tilbakefallsprofylakse). De har ikke rutiner og prosedyrer som tar konsekvensen av den kunnskap som finnes om misbrukere med dyssosiale personlighetsforstyrrelser. Mye av dette er for øvrig gyldig også for andre misbrukere.

En ikke særlig utprøvd tilnærming er å utvikle systemer med økt bruk av

såkalte strafferettslige prøvesituasjoner (betinget dom eller prøveløslatelse) med tettere oppfølging og kontroll ved kriminalomsorg i frihet, koordinert med behandlingstilbud for rusmisbruk og psykiske problemer fra behandlingsinstansene. Dette ville kunne gjøre det mulig å redusere soningstid i fengsel og øke misbrukeres motivasjon for å redusere eller slutte med misbruk. Samtidig kunne det gi dem realistisk hjelp til å få det til. Justisetaten ville dermed fungere som grensesetter (med straffeloven som hjemmel) på en mer konsistent måte enn det som er dagens situasjon. Forutsetningen måtte være urinprøvekontroll av stoffbruk. Et slikt opplegg ville være et eksempel på systematisk samhandling.

12 Oppsummering og anbefalinger

12.1 Oversikt over hvilke pasienter/klienter som trenger behandling i annenlinjetjenesten for rusmisbruk kombinert med psykisk lidelse

Det er i denne rapporten gjort en inndeling av rusmisbrukende klienter med alvorlig psykisk lidelse i grupper med sårbare og utagerende, foruten en liten gruppe med kognitiv svikt. De sårbare pasientene er det i denne sammenheng rimelig å inndele i pasienter med og uten psykose. Vi har dermed 4 grupper med alvorlig psykisk lidelse:

- Misbrukere med psykose
- Misbrukere med alvorlig - oftest primær - depresjon, alvorlige angst og lignende lidelser, alvorlig spiseforstyrrelse samt misbrukere med eksentriske personlighetsforstyrrelser eller alvorlig grad av engstelige personlighetsforstyrrelser
- Misbrukere med alvorlig grad av utagerende personlighetsforstyrrelse
- Misbrukere med kognitiv svikt, spesielt lett psykisk utviklingshemmede og pasienter med ADHD.

I tillegg behandles i dag følgende store klientgrupper av psykiatriske ungdomsteam og rusteam som i flere fylker er organisert innenfor psykiatrien samt av ruspoliklinikker/sosialmedisinske poliklinikker:

- Misbrukere med moderate og lettere psykiske lidelser
- Misbrukere uten klar psykisk lidelse

Med utgangspunkt i ca. 30000 personer med meget omfattende rusmisbruk og kontakt med det fylkeskommunale tiltaksapparat de siste årene (jfr. tabell 3, avsnitt 7.3) gis i tabell 12 et anslag over størrelsen på de forskjellige gruppene rusmisbrukere i forhold til psykisk lidelse.

Tabell 12 Grovt anslag over grupper av rusmisbrukere i forhold til grad av psykisk lidelse

Grad av psykisk lidelse	Antall personer i Norge
Alvorlig psykisk lidelse og behov for nye behandlingstiltak, psykoser	1200
Alvorlig psykisk lidelse og behov for nye behandlingstiltak, andre sårbare	1100
Alvorlig psykisk lidelse og behov for nye behandlingstiltak, utagerende	1300
Alvorlig psykisk lidelse og behov for nye behandlingstiltak, kognitiv svikt	300
Sum alvorlig psykisk lidelse med behov for nye behandlingstiltak (avrundet)	4000
Andre rusmisbrukere med alvorlig, moderat eller lettere psykisk lidelse	20000
Ingen klar psykisk lidelse	6000

Et avgjørende punkt i denne oversikten er hvilke grupper som vurderes å ha behov for nye behandlingstiltak, spesielt innenfor psykiatrien. I tabellen forutsettes at det spesielt blant misbrukere med angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser finnes store grupper som i og for seg har alvorlige psykiske lidelser, men som ikke trenger behandlingstiltak utover dagens. Dette er i tråd blant

annet med opplysningene i den kartleggingsundersøkelsen som ligger til grunn for denne utredningen. For en ikke ubetydelig del av pasientene med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk, anså behandlerne at pasientenes behandlingsbehov var tilfredsstillende ivaretatt. Foreløpige resultater fra RoP-undersøkelsen - som kartlegger psykiske lidelser hos rusmisbrukere under behandling i Oppland og Hedmark - tyder for øvrig på at et flertall av misbrukerne der kommer inn under begrepet alvorlig psykisk lidelse slik det er definert i denne rapporten (Anne Landheim, personlig meddelelse).

Et spesielt springende punkt er her pasienter med utagerende personlighetsforstyrrelser. Disse utgjør en stor andel spesielt av narkotikamisbrukere. En forholdsvis liten andel av disse er her plassert i gruppen som trenger nye behandlingstiltak. Dette dreier seg spesielt om den delen av misbrukere med slike personlighetsforstyrrelser hvor også psykiatrien må spille en viktig rolle, slik det er beskrevet i kapitel 11. Tanken er at disse nye behandlingstiltakene – som inkluderer bedre utredning – dels må finnes innenfor psykiatrien, dels i russektoren. Mye av bedringen bør komme som resultat av bedre samordning av kommunenes, fylkeshelsetjenestens, trygdeetatens og – ikke minst – justisapparatets ressurser.

Anslaget omkring antallet klienter med moderat og lett psykisk lidelse er skjønnsmessig basert på undersøkelser som er gjort omkring psykiatrisk sykkelighet i grupper av misbrukere som søker behandling. Bedre data omkring dette vil foreligge når RoP-undersøkelsen i Hedmark/Oppland er ferdig. Hovedpoenget er ikke den nøyaktige størrelsen på gruppene, men at det finnes en stor gruppe individer med omfattende rusmisbruk og klare psykiske lidelser utover den gruppen som er kartlagt i denne rapporten. Også disse pasientene/klientene trenger tiltak i andrelinjen for utredning, tilrettelegging og - i mange tilfelle - behandling over tid. Når spesialisttjeneste for gruppen med alvorlig psykisk lidelse bygges ut, må det ikke føre til en nedbygging av tiltakene for de klientene som har mer moderate psykiske lidelser.

Mange av rusmisbrukerne med moderate psykiske lidelser har et betydelig rehabiliteringspotensiale. De får i dag poliklinisk behandling innenfor fylkeshelsetjenesten (PUT, rusteam) eller gjennom fylkesfinansiert rusmiddelsektor. Hvorvidt de skal behandles innenfor russektor eller psykiatri er først og fremst avhengig av organiseringen av rusbehandling i fylket.

12.2 De fylkeskommunale tjenestene for rusmisbrukere med psykiske lidelser

De fylkeskommunale tjenestene består i hovedsak av utredning og behandling. I tillegg er det fylkenes ansvar å sørge for tilfredsstillende muligheter for ulike typer avrusing.

12.2.1 Utredning

Klienter med alvorlig rusmisbruk som henvises for behandling i fylkenes helse-tjeneste eller russektor, bør utredes allsidig. Utredningen må inneholde medisinske, psykologiske og sosiale komponenter. Den psykiatriske utredningen bør kunne føre fram til diagnoser etter ICD-10. Resultatet bør - sammen med andre forhold - være med på å bestemme hva slags behandling som tilbys. Hvorvidt medikamentell behandling kan være aktuelt vurderes samtidig. Utredning kan i mange tilfelle gjøres poliklinisk. Dette betyr at det må være tilgang på ulike typer personale i de poliklinikkene som er ansvarlig for utredning.

I mange tilfelle vil utredning poliklinisk måtte suppleres med utredning i institusjon. Det gjelder spesielt når det ikke er mulig å oppnå tilstrekkelig grad av avholdenhet ambulant. Fylkene bør derfor ha avdelinger som kan gjøre utredninger under opphold i institusjon. Disse avdelingene kan ligge i russekto-

ren eller i psykiatrien. I begge tilfelle bør tilstrekkelig fagpersonell være tilgjengelig.

12.2.2 Avrusing

Alle fylker må ha tilgang på tilstrekkelige muligheter for avrusing i institusjon. Avrusing av pasienter som tidligere har hatt psykoser, bør foregå i psykiatriske akuttavdelinger. Avrusing av andre pasienter kan foregå i avrusingsavdelinger som bør ha tilgang på medisinsk personale med mulighet for lindrende og delirprofylaktisk medisinerings. Det bør også være mulighet for akutt avrusing. Kapasiteten er åpenbart for liten i mange fylker

12.2.3 Behandling

Pasienter med psykisk lidelse og samtidig omfattende rusmisbruk er delt i fem undergrupper, hvorav de fire første her er regnet med i gruppen med alvorlig psykisk lidelse. Behandlingstilbudene må tilpasses gruppene:

1. psykotiske
2. andre sårbare
3. utagerende
4. kognitiv svikt
5. moderate og lettere psykiske lidelser

Fylkenes organisering av psykiatri og rusbehandling er ulik. Nye tiltak - eller omorganisering av eksisterende tiltak - for pasienter med dobbeltdiagnose må ta utgangspunkt i de forholdene som eksisterer. Det er viktigere for statlige myndigheter å sikre at fylkene har bestemte funksjoner tilgjengelig overfor pasienter med dobbeltdiagnoser enn å fastslå i detalj de organisatoriske løsningene.

1) Pasienter med kroniske psykoser (schizofrenilignende eller affektive)

a. Poliklinisk behandling

Behandlingen bør skje med et meget langsiktig perspektiv av instanser som kombinerer psykiatrisk kompetanse med kunnskap om behandling av rusmisbruk. Disse pasientene trenger ofte meget tett oppfølging. Det bør som hovedregel i hvert fylke opprettes iallfall ett kontinuerlige poliklinisk team beregnet på denne pasientgruppen. Teamet må også kunne drive oppsøkende arbeid. Dersom utgangspunktet blir psykiatriske poliklinikker må disse også ha ruskompetanse. Slik kompetanse i voksenalder psykiatriske poliklinikker eksisterer mange steder ved at det er knyttet rusteam til poliklinikkene. Arbeidsfordelingen i poliklinikken når det gjelder disse pasientene må eventuelt avklares av poliklinikkens ledelse. Dersom poliklinikken ikke har tilstrekkelig ruskompetanse, må denne skaffes. Dette kan skje enten ved nyansettelser, ved videreutdanning eller ved at personale fra PUT eller rusteam går inn i slikt arbeide ved poliklinikken. Det er viktig å oppnå en organisering som innebærer at de personene som arbeider overfor denne pasientgruppen har både psykiatrisk kompetanse og ruskompetanse. Teamet må også ha nært samarbeid med den institusjonspost som kan ta innleggelser av denne type pasienter.

b. Behandling i institusjon

Det bør i de fleste fylker opprettes egne poster/avdelinger for dobbeltdiagnosepasienter i den sårbare gruppen. Disse postene må kunne ta psykotiske pasienter. For enkelte mindre fylker er samarbeid med nabofylker om slik post aktuelt. Postene/avdelingene må ha kompetanse på både rus og psykiatri. Oppholdenes lengde må variere, ofte vil 6 måneder være nok. Postene må også ha "basefunksjon" for utskrevne pasienter som har flyttet til bolig

i kommune, slik at pasientene kan reinnlegges ved behov, om nødvendig etter kort opphold på akuttavdeling. Avdelingen må samarbeide meget tett med oppsøkende team og andre som arbeider med pasientgruppen, for eksempel i kommunale boliger. Posten/avdelingen må kunne ta pasienter etter tvungen omsorg. Ved uttalt utagering under innleggelse bør pasienten kortvarig kunne overføres til akuttavdeling, eller - ved utageringsproblemer av lengre varighet – til sterkavdeling.

2) Andre sårbare pasienter (alvorlige angstlidelser, alvorlige depresjoner, alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlige tilfelle av PTSD og lignende)

a. Poliklinisk behandling

Også disse pasientene bør følges opp ved instanser med ”dobbel” kompetanse. Også for enkelte av disse pasientene kan kontinuerlige, oppsøkende team være aktuelle. I praksis bør samme team de fleste steder kunne behandle alle sårbare dobbeltdiagnosepasienter.

b. Behandling i institusjon

Behandling i institusjon for de mest alvorlig syke innenfor disse diagnosekategoriene bør skje i de samme fylkeskommunale postene/avdelingene som behandler psykotiske pasienter. Oppholdene kan ofte være kortere enn for psykotiske pasienter. ”Basefunksjon” og øvrige forhold som for gruppen med psykose.

3) Utagerende pasienter (i hovedsak pasienter med emosjonelt ustabile eller dyssosiale personlighetsforstyrrelser)

a. Poliklinisk behandling

Slike pasienter har hittil fått poliklinisk behandling enten i psykiatriske ungdomsteam (PUT), i rusteam knyttet til psykiatriske poliklinikker eller i russektoren. Det er rimelig at de fortsatt får behandling innenfor polikliniske team med kompetanse omkring rusbehandling. Det anbefales at denne type poliklinisk arbeid knyttes noe nærmere til de psykiatriske poliklinikkene, for eksempel ved at det utvikles rusteam ved poliklinikkene. Det må legges spesielt mye vekt på å bedre samhandlingsmønstre med andre etater, slik som kommuner, trygdeetat og justisapparat. Her bør det legges mye omtanke og sannsynligvis kunne satses på radikale forsøk, slik det er skissert i kapittel 11.9. Høy intensitet i oppfølging og samhandling vil kunne bidra til at institusjonsoppholdenes varighet kan begrenses.

b. Behandling i institusjon

Lengre institusjonsopphold for denne gruppen bør fortsatt i hovedsak finne sted i rusomsorgens institusjoner. Slike opphold kan ofte begrenses til noen måneder for grundig avrusing, motivering, tilrettelegging av bolig, sysselsetting og videre poliklinisk behandling. Institusjonsopphold må være del av et langvarig behandlings- og rehabiliteringsopplegg hvor hovedvekten bør foregå utenfor institusjon. Også for disse pasientene trenges en kjent ”institusjonsbase” som kan ta i mot ved kriser, og som kan avlaste kommunale boliger ved utagering og rusing. Fylkene må sørge for at det eksisterer et slikt institusjonstilbud som kan ta i mot klienter innenfor denne gruppen akutt. Et slikt institusjonstilbud for akuttbehandling kan organiseres enten innenfor psykiatrien eller i rusomsorgen.

4) Pasienter med kognitiv svikt

a. Poliklinisk behandling

Gruppen med lett psykisk utviklingshemning er liten. Det vil ikke være aktuelt å bygge ut egne tiltak spesielt for dem. Det er viktig at kunnskapen omkring dette bedres, slik at behandlingstiltak kan tilpasses. Denne utviklingen bør skje innenfor rusteam eller i russektoren i samarbeid med fyl-

kenes habiliteringsteam. Pasienter med ADHD og lignende lidelser kombinert med rusmisbruk klassifiseres ofte som dyssosiale når de er voksne. Det er viktig at kunnskap om denne gruppen økes i psykiatrien med sikte på korrekt diagnose og bedre tilpassede behandlingsopplegg.

b. Behandling i institusjon

Oftest vil russektorens institusjoner være mest aktuelle. Økt oppmerksomhet omkring ulike typer kognitiv svikt er viktig med sikte på behandlingstiltak som er tilpasset den kognitive svikten.

5) Rusmisbrukere med moderate og lettere psykiske lidelser

a. Poliklinisk behandling

Dette er den største gruppen av rusmisbrukere som søker behandling. De bør behandles i team eller poliklinikker med grunnleggende ruskompetanse, supplert med psykiatrisk kompetanse. Den oppgradering av psykiatrisk kompetanse som har funnet sted de siste årene må fortsette. Dette kan blant annet skje ved en nærmere tilknytning til de psykiatriske poliklinikene. Også for disse pasientene er en bedret samhandling med justisapparat, trygdeetat og kommuner svært viktig

b. Behandling i institusjon

Når institusjonsbehandling er indisert, er russektorens institusjoner aktuelle. Disse bør kvalitetssikres i høyere grad enn i dag. Det bør knyttes psykiatrisk kompetent personale til alle institusjonene.

Misbrukere uten klar psykiatrisk diagnose.

Størrelsen på denne gruppen er usikker. Selve misbruket er i seg selv alvorlig, både med hensyn til livskvalitet og prognose, selv om det ikke skulle foreligge noen klar psykisk lidelse i tillegg. Også disse klientene krever kompetent behandling – i noen tilfelle også på fylkeskommunalt nivå. Denne må ytes av polikliniske tjenester og institusjoner for misbrukere, slik disse er organisert i de enkelte fylker. Mange kan også behandles ved kommunale tiltak alene.

12.2.4 Poliklinisk behandling med oppsøkende team

Det bør i de fleste fylkene opprettes ett eller flere polikliniske team med sikte på behandling av sårbare pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Teamene bør arbeide etter de prinsippene som tidligere er beskrevet for kontinuerlige, oppsøkende team, jfr. kapittel 11.6. Rammen bør være at hver behandler har ansvar for omkring 8-10 pasienter. Den potensielle målgruppen for disse teamene vil bestå av fra omkring 400 personer i Oslo til omkring 25 i Finnmark (jfr. tabell 9), og behovet for slike team vil selvsagt være svært ulikt fra fylke til fylke.

Geografien i dette landet er også slik at det vil kunne være vanskelig å nå noen av pasientene tilstrekkelig ofte med utgangspunkt i fylkeskommunale behandlingstiltak. Dersom avstandene er store, vil for mye tid kunne gå med til reising for behandlingspersonalet. Noen steder vil det derfor være aktuelt at kommunalt ansatt personale er aktive medspillere til disse teamene. Det kan f. eks. dreie seg om psykiatriske sykepleiere i kommunenes hjemmesykepleie. Personale i sosialtjenesten kan også være aktuelle samarbeidspartnere. De kommunalt ansatte medarbeiderne bør kunne delta i teamenes arbeid knyttet til enkeltklienter og få veiledning gjennom teamet, men ha sin base i den kommunen de tilhører. Siden dette ofte vil dreie seg om mindre kommuner, vil det kunne være et fåtall pasienter i hver kommune som trenger slik oppfølging. Den kommunalt ansatte medspiller til teamet vil dermed oftest bare ha noen få pasienter innenfor denne gruppen.

Aktivt samarbeid av denne typen vil være med på å styrke båndet mellom

kommune og fylkeskommune. Intensiteten i samarbeidet vil i slike oppsøkende team måtte være vesentlig større enn i ansvarsgrupper.

En mulighet er at denne typen samarbeid mellom kommuner og fylker kan være nyttig også utover det geografiske argumentet. Det kan styrke helhetlig tilnærming til pasienten og lette tilgangen på nødvendige kommunale tjenester som bolig, sysselsetting, fritidstilbud med mer. I så fall kan det være aktuelt å bruke denne organiseringen også i kommuner som er lokalisert nær ved den instansen hvor oppsøkende team er lokalisert.

Teamarbeidet som skal gjøres, har likhetspunkter med arbeidet til såkalt personlige koordinatorene i psykososialt arbeid. Statens helsetilsyn har støttet et prosjekt hvor denne arbeidsformen har vært utviklet, og det er sannsynlig at erfaringer fra det arbeidet vil ha relevans også for utviklingen av oppsøkende team.

For pasienter med utagerende personlighetsforstyrrelser er en annen form for poliklinisk tilnærming mer aktuell. Her vil det være viktig å få til gode strukturer, sysselsetting, samt vekt på de behandlingsmetodene som tidligere er nevnt. Enkelte ungdomsteam har drevet oppsøkende behandling også overfor slike pasienter, men kanskje med en mindre systematisk metodikk enn teamene knyttet til New Hampshire-modellen. Målgruppen er også annerledes. Ungdomsteamenes pasienter har mindre alvorlige psykiske lidelser, men mer uttalt rusmisbruk enn det som gjaldt hovedmålgruppen for de oppsøkende teamene i New Hampshire.

Hvorvidt det bør være samme poliklinikk som behandler de sårbare og de utagerende dobbeltdiagnosepasientene er et spørsmål om kompetanse som fylkene må vurdere.

12.2.5 Institusjonsbehandling for sårbare dobbeltdiagnosepasienter

12.2.5.1 Intermediærposter

Regjeringen har i St. prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykiske helse 1999 - 2006 foreslått at det blir "opprettet fem regionale institusjonstilbud til rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser svarende til 20 mill. kroner i økte driftsutgifter". Sosial- og Helsedepartementet har nylig nedsatt arbeidsgruppe "for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere". I sin Delrapport 1 går arbeidsgruppen også inn for regionale løsninger for å dekke institusjonsbehovet for dobbeltdiagnosepasienter.

Det er imidlertid kommet mange innvendinger mot dette. Hovedinnvendingen er at slike avdelinger eller poster bør ha nærhet til de kommunene/fylkene som skal bruke dem. Det er vanskelig å få dette til ved regional organisering. Det bør utvikles et nært samspill mellom spesialpost, øvrige fylkeskommunale tjenester (spesielt oppsøkende team) og kommunale tjenester om oppfølgingen av pasientene. Kompetansen kan derfor bedre utvikles i det enkelte fylket, eventuelt i samarbeid mellom fylker. De vanskeligste vil ofte være pasienter med kombinasjonen psykotisk lidelse, rusmisbruk og store atferdsavvik. Atferdsforstyrrelsen vil da oftest være viktigere enn rusmisbruket, og pasientene bør heller behandles i fylkenes sterkavdelinger, om nødvendig i de regionale sikkerhetsavdelingene. Dette innebærer at sterkavdelingene også må tilegne seg metoder for behandling av rusmisbruk.

Dermed trenger dobbeltdiagnoseavdelinger ikke en bemanningsfaktor som er på nivå med sterkavdelinger. Ved uttalt utagering må man om nødvendig midlertidig kunne overføre pasienter til andre avdelinger med kompetanse på slik utagering. Det er lettere å utvikle gunstige behandlingsmiljøer på dobbeltdiagnoseavdelinger dersom man ikke skal behandle alvorlige atferdsavvik på selve avdelingen.

Det synes klart at det er behov for spesialavdelinger med noe ulik profil. I hovedsak vil skillet mellom utagerende og sårbare pasienter igjen være sentralt. Spesialposter for sårbare dobbeltdiagnosepasienter vil ha som målgruppe pasi-

enter med psykoser, dypere depresjoner, alvorlige angstlidelser og alvorlige grader av personlighetsforstyrrelser i cluster A og C. De bør siktes inn mot opphold av opptil 6 måneders varighet. Det vil i de fleste fylkene kunne være pasientgrunnlag for slike poster, jfr. tabell 10. I de minste fylkene, hvorav noen også har relativt beskjedne rusproblemer, vil samarbeid med nabofylke være aktuelt. All erfaring tyder på at man på slike poster bør være forsiktig med å blande de sårbare med de mest utagerende pasientene, selv om begge har dobbeltdiagnoser.

Slike avdelinger bør også ha en basefunksjon hvor utskrevne pasienter har mulighet for retur ved behov, eventuelt etter kort opphold på akuttavdeling. Terskelen for slike reinnleggelser bør være lav. Reinnleggelser vil sannsynligvis mer være regelen enn unntaket. Et nært samarbeid med polikliniske team er en forutsetning. Disse kan også ha kontakt med pasienten under institusjonsopphold. Slik kan poliklinikk og avdelinger arbeide sammen over tid med pasienter av denne typen. En "basefunksjon" på en avdeling hvor pasienter kan tas i mot på kort varsel vil for øvrig ofte være nødvendig ryggdekning for skjermede boliger for disse pasientene. Slike avdelinger bør finnes i det enkelte fylket, i noen tilfelle som samarbeid mellom 2 fylker. Nært samarbeid med hjemkommune og poliklinikk er essensielt.

12.2.5.2 Langtidsavdelinger?

Effekten av behandling etter New Hampshire-modellen er mye dårligere dokumentert for pasienter med rusmiddelavhengighet og sprøytemisbruk av opiater eller sentralstimulerende midler, spesielt der nettverket i tillegg er fattig (Meisler et al 1997). For noen av disse pasientene kan det reises spørsmål om lengre institusjonsopphold kan være nødvendige, slik Eikely i Rogaland erfarer. Behovet for slike avdelinger vil sannsynligvis være begrenset forutsatt at fylkenes behandlingsopplegg med intermedieposter og polikliniske, oppsøkende team samt kommunenes botiltak ellers fungerer. Dersom det skal tas sikte på slike avdelinger, vil et samarbeid mellom fylker, eventuelt regionale avdelinger være aktuelt. Det ville kunne dreie seg om pasienter hvor man langvarig har forsøkt behandling i polikliniske team, kombinert med kortere innleggelser, uten å oppnå gode resultater.

Hvor slike avdelinger eventuelt burde plasseres, er et åpent spørsmål som bør være gjenstand for mye omtanke. Noen av de svenske erfaringene med langtidsinstitusjoner for alvorlig psykisk syke misbrukere taler sterkt for at frittstående behandlingshjem kan være bedre egnet for langtidsbehandling enn psykiatriske sykehusavdelinger (Ramström 1989). Fordelen er mulighet for å skape stabile, rolige omgivelser for pasienter som ikke klarer å håndtere for mange sanseintrykk, slik situasjonen for schizofrene ofte er. En annen fordel er at det ofte kan være lettere å oppnå stabile personalgrupper utenfor byene, samtidig som muligheten for skjerming fra rusmisbruk er bedre. Ulempen er knyttet til vansker med å opprettholde kontakt med hjem og venner, likeledes de mer hjemlige behandlingstiljøene. En slik strategi forutsetter meget gradvis tilbakeføring til hjemmiljøet, hvor en form for skjernet bolig oftest vil være aktuelt.

Det anbefales ikke på nåværende tidspunkt å opprette flere slike langtidsavdelinger. Det antas at kombinasjonen av intermedieavdelinger, polikliniske, kontinuerlig oppsøkende team og godt utbygde kommunale, bemannede boliger vil dekke behovet for langtidsopplegg.

12.2.6 Institusjonsbehandling for utagerende dobbeltdiagnosepasienter

Avdelinger for pasienter med personlighetsforstyrrelser i cluster B bør baseres på eksisterende rusinstitusjoner som videreutvikler kompetanse med disse pasientgruppene, eventuelt i et nærere samarbeid med psykiatrien enn det som nå

eksisterer. Flere institusjoner har arbeidet med metodisk tilnærming til disse diagnosegruppene. Dette arbeidet bør styrkes, samtidig som det for noen vil være aktuelt å styrke kontakten med psykiatrien med tanke på økt årvåkenhet overfor andre psykiske lidelser som kan behandles spesifikt.

Det er også viktig at institusjoner som behandler pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser deltar i opplegg for samhandling med øvrige etater.

12.2.7 Alternativer for fylkeskommunal organisering av arbeidet med dobbeltdiagnosepasienter

Organiseringen av tjenester for rusmiddelklienter er ulik fra fylke til fylke (jfr. kapittel 11.3). Noen har bygd opp tilbud i egne seksjoner - slik som i Oslo med Rusmiddeletaten. Andre har administrativt integrert spesielt den polikliniske delen av misbrukerbehandling i psykiatrien.

Erkjennelsen av det store antallet psykiske lidelser blant rusmisbrukere gjør det nødvendig å styrke samarbeidet mellom rusbehandling og psykiatrisk behandling generelt. Dette må til for å styrke utredning og behandling både av de mest utsatte gruppene - de med psykoser og affektive lidelser - men også av misbrukere med noe mindre alvorlige psykiske lidelser. Dette taler for en formell organisering på fylkesplan som knytter misbruksbehandling nærmere til psykiatrien.

Dette kan gjøres på flere måter. To av de viktigste omtales spesielt:

- a. Intermediærpost ved sykehus for dobbeltdiagnosepasienter og rusteam knyttet til psykiatriske poliklinikker/DPS
- b. Egen avdeling for rusrelatert psykiatri med både sengepost og polikliniske tjenester for dobbeltdiagnosepasienter knyttet til samme overlegeavsnitt

12.2.7.1 Intermediærpost ved sykehus for dobbeltdiagnosepasienter og rusteam knyttet til psykiatriske poliklinikker/DPS

Denne organiseringen tar utgangspunkt i det som er vanlig ved behandling av psykiske lidelser. En slik sengepost vil være knyttet til de øvrige sengepostene i et psykiatrisk sykehus. Faglig plasseres posten nært til andre poster som behandler alvorlige psykiske lidelser, spesielt psykoser.

De polikliniske tjenestene for dobbeltdiagnosepasientene kan i en slik modell utføres av vanlige psykiatriske poliklinikker/DPS. Dette kan oppnås ved å knytte rusteam til de psykiatriske poliklinikkene/DPS eller ved et mer formelt og omfattende samarbeid mellom eksisterende ruspoliklinikker og psykiatriske poliklinikker. Psykiatrisk poliklinikk ved samme sykehus som har dobbeltdiagnoseposten bør ha et spesielt ansvar for de pasientene som utskrives derfra. Denne poliklinikken bør være den som utvikler det kontinuerlige behandlingsteamet for de dårligste dobbeltdiagnosepasientene i fylket.

God forbindelse mellom rusteam og resten av psykiatrisk poliklinikk sikres forøvrig ikke tilstrekkelig ved formell tilknytning. Daglige rutiner som sikrer tilstrekkelig kontakt over skillelinjene er avgjørende. Dette kan ha form av felles inntaksmøter, felles stabsmøter, felles undervisning eller lignende. De oppsøkende teamene rettet mot psykisk "sårbar" pasienter kan ha sin tilknytning til en slik felles rus- og psykiatrisk poliklinikk.

Rusteam knyttet til de psykiatriske poliklinikkene/DPS har klare fordeler som organisasjonsform sammenlignet med rene ruspoliklinikker. Den ivaretar kompetanse med hensyn til psykiatri og gir muligheter for en rimelig geografisk nærhet til pasientene. Problemet kan være at det kan bli få medarbeidere i hvert team; ruskompetansen kan bli noe oppsplittet, samtidig som teamene kan bli sårbare ved vakanser. Det er også hevdet at det vil være vanskeligere å rekruttere til slike stillinger, enn der det utvikles større fagteam omkring rusbehandling.

12.2.7.2 Avdeling for rusrelatert psykiatri

En annen mulig organisering ville være at det i fylket blir opprettet en egen avdeling for rusrelatert psykiatri som ivaretar all behandling av pasienter med rusmisbruk og ulike grader av psykisk lidelse. En slik avdeling kunne bestå dels av utredningspost, eventuelt med avrusingsavdeling, dels av intermediær sengeavdeling og dels av polikliniske tjenester for ulike grupper rusmisbrukere med psykiske lidelser. En slik avdeling vil mange steder naturlig være knyttet til sentralsykehus. Også ruskonsulenter/rusteam som er knyttet til andre psykiatriske poliklinikker/DPS i fylket, kan faglig være knyttet til avdelingen for rusrelatert psykiatri. Dersom de polikliniske tjenestene for rusmisbrukere i fylket geografisk er spredt på ulike psykiatriske poliklinikker eller DPS, ville en slik avdeling kunne være et faglig samlingssted, med mulighet for styrket fagutvikling. Personalet kunne ha mulighet for å veksle mellom arbeid innenfor sengeavdeling og poliklinisk oppfølging av pasienter de har relasjon til. Avdelingen ville naturlig bli organisert som et eget overlegeavsnitt på psykiatrisk sykehus. Organisasjonsformen er nokså lik den som eksisterer i Hedmark fylke.

En fordel med en slik organisering er at det vil medføre et noe større faglig miljø knyttet til pasienter med kombinasjon rus/psykisk lidelse. Det vil gi mulighet for fleksibilitet når det gjelder bruk av personale og vil gjøre det lettere å få til kontinuitet med hensyn til relasjoner pasient/klient. Et problem er imidlertid at kontakten med den øvrige psykiatrien som ellers behandler pasienter med alvorlige psykiske lidelser – spesielt psykoser – vil kunne bli for liten. Det er spesielt viktig at personale som behandler schizofrene rusmisbrukere har god kontakt med utviklingen av schizofrenibehandling ellers i psykiatrien.

12.2.7.3 Vurdering

I denne utredningen er det ikke tatt standpunkt til hvilken konkret organisasjonsmodell som bør velges. Dette avhenger i stor grad av organisatoriske og faglige forutsetninger i de ulike fylkene, og fylkeskommunene må selv bestemme organiseringen. Den organisasjonsform som velges må gi mulighet for de faglige tiltakene som er omtalt i dette kapitlet.

12.2.8 De psykiatriske ungdomsteamene og øvrige polikliniske behandlingstilbud for voksne rusmisbrukere

De psykiatriske ungdomsteamene har bare i ganske begrenset omfang behandlet pasienter med psykoser, blant annet fordi de mange steder har manglet den type psykiatrisk kompetanse som trenges for disse. Teamene har hatt som hovedoppgave å behandle yngre stoffmisbrukere med moderate eller lettere psykiske lidelser innenfor det sårbare spektrum, samt i noen grad personlighetsforstyrrelser av utagerende type.

Ungdomsteamenes aldersgrenser har lenge vært flytende. Mange ungdomsteam har en stor andel pasienter over 30 år, mens andelen under 18 år er liten. Det anbefales å opprette rusteam knyttet til psykiatriske poliklinikker. De psykiatriske ungdomsteamene bør - der de eksisterer - kunne utgjøre en viktig del av disse rusteamene. Det vil dermed kunne utvikles felles polikliniske behandlingstiltak for alle rusmisbrukere over 18 år. Betegnelsen "Psykiatrisk ungdomsteam" vil på den måten ikke lengre være dekkende. Mulige nye betegnelser vil kunne være "Team for rusrelatert psykiatri" eller "Rusteam".

Administrativt kan disse teamene være knyttet til de psykiatriske poliklinikkene/DPS. Annen organisering er også mulig, jfr. kapitel 12.2.7. Det er viktig at eventuell tilknytning til psykiatrisk poliklinikk blir realistisk med gode muligheter for kompetanseflyt fra rus til psykiatri og omvendt. Foruten felles overlege, bør det tas sikte på felles undervisning, stabsmøter, inntaksmøter og lignende. Samlokalisering med den øvrige psykiatriske poliklinikk vil være viktig.

Organiseringen må sikre at alle team har tilgang på psykolog og legetjenester, likeledes veiledning. Teamene bør være tverrfaglige.

På sikt bør det utvikles ruskompetanse innenfor de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUP) for behandling av rusmisbrukere under 18 år. Disse må tilbys behandling – om nødvendig innen fylkeshelsetjenesten (det vil si BUP) - uavhengig av om det påvises psykisk tilleggslidelse. I tiden før BUP har utviklet ruskompetanse, må misbrukere under 18 år ivaretas av rusteamene.

Dersom de psykiatriske voksenpoliklinikkene skal øke sin ruskompetanse for å ivareta misbrukere med de alvorligste psykiatriske lidelsene, kan dette blant annet skje ved at interessert personale i de tidligere psykiatriske ungdomsteam går inn i slike oppgaver ved de psykiatriske poliklinikkene. De bør der kunne bruke sin ruskompetanse og øke sin psykiatriske kompetanse slik at de kan delta i behandling av sårbare – ofte psykotiske – dobbeltdiagnosepasienter. Psykiatrisk ungdomsteamene vil også være et viktig utgangspunkt dersom det blir opprettet avdeling for rusrelatert psykiatri.

Slik det er skissert ovenfor anbefales det at integreringen av poliklinisk behandling for rusmisbrukere med moderate og lette psykiske lidelser skjer innenfor psykiatrien. Dette er allerede gjort i en rekke fylker. På sikt bør dette som nevnt ovenfor innebære at større psykiatriske poliklinikker får egne rusteam, mens russektorens polikliniske tjenester for disse gruppene parallelt bygges ned. I noen fylker (Østfold, Akershus, Oslo, Telemark, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag) vil en slik utvikling være problematisk fordi misbrukere med lette og moderate psykiske lidelser her behandles ved livskraftige enheter til dels med god psykiatrisk kompetanse, men organisert utenfor psykiatrien. I disse fylkene antas at det må ta tid før russektorens polikliniske tjenester kan organiseres innenfor psykiatrien.

Et alternativ er at russektorens polikliniske tjenester opprettholdes der den i dag fungerer tilfredsstillende for rusmisbrukere med moderate og lettere psykiske lidelser. Anbefalingen vil i så fall være at deler av de psykiatriske ungdomsteamene i disse fylkene organiseres sammen med russektoren.

12.3 Konklusjoner og anbefalinger

Noen konklusjoner og anbefalinger følger punktvis. Det dreier seg om anbefalinger som både gjelder arbeidsmetoder og organisering av tjenester. Bakgrunnen for anbefalingene er ønsket om å bidra til å effektivisere tjenestene, slik at de pasientene som bør få tilbud, får det, at tilbudene har så god virkning som mulig og at de er kostnadseffektive.

Utredning

- Som en del av utredningen av klienter med alvorlig rusmisbruk som søkes til behandling i fylkeshelsetjenesten, bør gjøres en utredning av psykiatrisk lidelse, inkludert personlighetsforstyrrelse. Utredningen bør kunne føre fram til diagnoser etter ICD-10. Resultatet bør - sammen med andre forhold - være med på å bestemme hva slags behandling som tilbys. Hvorvidt medikamentell behandling kan være aktuelt vurderes samtidig.
- Symptombildet hos mange endres etter en tids avholdenhet. Mange blir bedre av psykiske symptomer, men enkelte utvikler også psykiske symptomer i forbindelse med avholdenhet. Det bør derfor i behandlingsforløpet kunne gjøres nye psykiatriske vurderinger underveis.
- Som en del av utredningen av psykiatriske pasienter som behandles i fylkeshelsetjenesten, må rutinemessig utredes hvorvidt det foreligger et rusproblem som kan behandles.

Behandling

- Det antas dokumentert at integrert behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk gir bedre resultater enn parallell eller sekvensiell behandling. Dette innebærer at samme personer/poliklinikker/institusjoner bør stå ansvarlig for behandling av både rusmisbruk og psykiatrisk lidelse der disse forekommer samtidig. Personale innenfor psykiatri bør skoles i rusbehandling og personale innenfor russektor i behandling av psykiske lidelser.
- For pasienter med rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse i det sårbare spektrum bør det legges til rette for langsiktig poliklinisk oppfølging med metoder som om nødvendig inkluderer aktivt oppsøkende team. Slike team vil i de fleste fylker måtte sentraliseres til ett eller få steder i fylket. For pasienter som bor for langt unna, må det etableres et nært samarbeid med kommuner omkring teamets arbeid. Psykiatrisk hjemmesykepleie, allmennleger og sosialtjeneste er naturlige samarbeidspartnere i kommunene.
- Det er behov for tilpassede institusjonstilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse innenfor det sårbare spektrum og omfattende rusmisbruk. Institusjonen må arbeide i nært samarbeid med poliklinisk team som følger pasienten før og etter opphold.
- For pasienter med alvorlig psykisk lidelse i det utagerende spektrum bør også poliklinisk oppfølging over tid være en sentral arbeidsmetode. Behandlingen bør baseres på kognitiv, løsningsfokusert psykoterapi, samt mye vekt på å få til konstruktiv sysselsetting og boforhold.
- For pasienter med utagerende personlighetsforstyrrelser er vesentlig bedre samhandling mellom ulike instanser ønskelig med sikte på å oppnå forhold som tydeligere gir pasientene gevinster av rusfri, ikke-kriminell atferd og klar grensesetting mot rusing og kriminalitet. Trygdeetat, kommuner og justis er sentrale partnere i dette. Nærmere systematisk samhandling mellom behandling, justis og trygd bør utredes nærmere og det bør tas initiativ for å prøve ut slik tilnærming
- Lignende samhandling er like aktuelt for andre grupper misbrukere, spesielt for helt unge misbrukere uten etablert avhengighet
- Behandling av dobbeltdiagnosepasienter er langvarig, oftest mangeårig. Det meste bør foregå utenfor institusjon, men ofte med basis i skjermede boliger.
- Det er behov for et stort antall skjermede boliger beregnet på pasienter med dobbeltdiagnose
- Arbeidet med metadonassistert rehabilitering av opiatavhengige misbrukere må inkludere pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Litteratur

- Andreasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U: Cannabis and schizophrenia. Longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987, 1483-5.
- Bachmann KM, Moggi F, Hirsbrunner HP, Donati R, Brodbeck J. An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatr-Serv.* 1997 Mar; 48(3): 314-6
- Baigent M, Holme G, Hafner RJ. Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 29(1):69-74 1995 Mar
- Bailey LG, Maxwell S, Brandabur MM. Substance abuse as a risk factor for tardive dyskinesia: a retrospective analysis of 1,027 patients. *Psychopharmacol Bull*, 33(1):177-81 1997
- Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(1):17-22.
- Brim JA. Overdiagnoses of major psychiatric disorders in individuals with substance use disorders and personality disorders: The downside of the Woodruff principle. *J-Stud-Alcohol*. 1998 Jul; 59(4): 477-8
- Bromet E; Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol*, 147(4):353-61 1998 Feb 15
- Broner-RK, King-VL, Kidorf-M, Schmidt-CW Jr, Bigelow-GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch-Gen-Psychiatry*. 1997 Jan; 54(1): 71-80
- Brunette MF, Mueser KT, Xie H, Drake RE. Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis*, 185(1):13-20 1997 Jan
- Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 3:26-30 1998
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, Snider EC. Treatment response of antisocial substance abusers. *J Nerv Ment Dis*, 183(3):166-71 1995 Mar
- Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Arch Gen Psychiatry*, 55(10):913-7 1998 Oct
- Christian L, Poling A. Drug abuse in persons with mental retardation: a review. *Am J Ment Retard* 1997 Sep;102(2):126-36
- Claassen CA, Gilfillan S, Orsulak P, Carmody TJ, Battaglia J, Rush AJ. Substance use among patients with a psychotic disorder in a psychiatric emergency room. *Psychiatr-Serv.* 1997 Mar; 48(3): 353-8
- Craig TJ, DiBuono M. Recognition of comorbid psychopathology by staff of a drug detoxification unit. *American Journal on Addictions*, 1996; 5: 76-80
- Cusack JR, Malaney KR Patients with antisocial personality disorder. Are they bad or mad? *Postgrad Med*, 91(4):341-4, 349-52, 355 1992 Mar

Dansky BS, Brady KT, Saladin ME, Killeen T, Becker S, Roitzsch J. Victimization and PTSD in individuals with substance use disorders: gender and racial differences. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 22(1):75-93 1996 Feb

Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *Am J Psychiatry*, 154(6):752-7 1997 Jun

Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J-Nerv-Ment-Dis.* 1997 May; 185(5): 298-305

Fridell M. Personlighet og drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie, nr.10. Centralforbundet for alkohol- og narkotikaopplysning. 1991.

Fridell M. Institutionella behandlingsformer vid missbruk - organisation, ideologi og resultat. *Natur og Kultur* 1996.

Furuli J, Hegdahl M. Behandlingsfravall hos mannlige rusmisbrukere, sett i forhold til MCMI II personlighetstrekk, alder, foretrukket rusmiddel og innleggelsesvilkår. Askøy Behandlingssenter 1998

Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Lewis BF, Bigelow C, Mundt KA. Anti-social behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend* 1998, 49(3):201-16

Grytten L. Rusmidler i Norge 1997. Rusmiddeldirektoratet og SIFA.

Gråwe RW, Pedersen PB, Widén JH. Changes in prevalence and comorbidity in a total population of patients with psychotic disorders in Norwegian psychiatric hospitals. *Nord J Psychiatry* 1997;51:127-132.

Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizofrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizphr Res*, 20 (1-2): 153-6 1996 May.

Hagen H. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1994. Rapport 5/97 SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykehusforskning.

Hall W. What has population surveys revealed about substance use disorders and their co-morbidity with other mental disorders? *Drug and Alcohol Review* 1996;15: 157-70.

Halsteinli V. Utgifter og finansiering. I Samdata psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1996. SINTEF Unimed, Trondheim. Rapport 8/97, s. 115-141.

Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-63.

Hauge R, Østby L. Narkotikabruk i kommunene 1993-1996. Rusmiddeldirektoratet 1998.

Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S. Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics. *Psychiatr Serv*, 48(8):1058-63 1997 Aug

Holm K, Rusånes B. Rapport fra Frelsesarméens overnattingstilbud i tiden 6. januar til 15. mars 1997. Fyrlyskorpset, Frelsesarméens Kontaktsenter og Tiltak for bostedsløse med spesielle problemer, Rusmiddelsekretariatet, Oslo kommune. 1997.

ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Universitetsforlaget. Oslo 1999.

Johannessen T, Grjotheim K, Nilssen O. Forekomsten av dobbeltdiagnose i et utvalg av psykiatriske pasienter innlagt i Åsgård sykehus i 1992 og 1996. Upublisert manuskript, Universitetet i Tromsø.

Kessler RC, McGonagle KA, Shanyang Zhao, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.

Kielland KB, Sundheim T, Fæste E, Ommedal HP, Fremstad H, Grothe R, Asbjørnsen R, Lundgård S, Sofienlund E. Prosjekt straff/behandling i Oppland. Kompetansesenter for rusproblematikk i Hedmark og Oppland, Sanderud sykehus 1996.

Kringlen E. Psykiatri. Universitetsforlaget 1997.

Kringlen E. Foredrag Lillehammer 3. mai 1999. Kompetansesenter for rusmiddelproblematikk. Sanderud sykehus.

Kristensen FW. Cannabis og psykoser. Oversigtsartikkel. *Ugeskr Læger* 1994; 156: 2875-81.

Källvik K, Nysveen G, Wahlberg R. Rusomsorgen i Østfold. Behovsundersøkelse 1996. Østfold fylkeskommune.

Lassenius B, Nilsson, L-E. Missbrukare med svår psykisk störning i Stockholms län. *Socialstyrelsen, Artikelnr* 1994-13-19

Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*. Vol. 14, 1997 (English supplement).

Lavik NJ, Clausen SE, Pedersen W. Eating behaviour, drug use, psychopathology and parental bonding in adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 387-90)

Lia A. De vanskelige plasserbare – hvem er de? En undersøkelse foretatt av Rusmiddeletaten høsten 1998. *Rusmiddeletaten i Oslo* 1999.

von Limbeek J, Wouters L, Kaplan CD, Geerlings PJ, von Alem V. Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. *J Subst Abuse Treat*, 9(1):43-52 1992

Lohne P. Kontinuerlig behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk lidelse og stoffmisbruk. En prosjektbeskrivelse for et prosjekt på Tøyen i Oslo. *Tøyen DPS* 1998.

Longabaugh R, Rubin A, Malloy P, Beattie M, Clifford PR, Noel N. Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(4):778-85

Malmström U, Eriksson S. Svårt psykisk störda missbrukare - om vård och samverkan i Göteborgs och Bohus län samt Hallands län. *Socialstyrelsen, Artikelnr* 1995-85-11

McGuire PK, Jones P, Harvey I, Williams M, McGuffin P, Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophr Res* 1995 May; 15(3):277-81.

Meisler N, Blankertz L, Santos AB, McKay C. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Ment Health J* 1997;33(2):113-22

Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E

Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London.

Br J Psychiatry 1996 May;168(5):612-9

Modestin J, Nussbaumer C, Angst K, Scheidegger P, Hell D. Use of potentially abusive psychotropic substances in psychiatric inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1997; 247(3): 146-53

Mooney N. Neuropsykologi, et glemte område? *Stoffmisbruk* 5/1996

Mueser KT, Drake RE, Noordsy DL. Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1998;4:129-39.

Najavits LM, Weiss RD, Liese BS. Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *J Subst Abuse Treat*, 13(1):13-22 1996 Jan-Feb

Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and post-traumatic stress disorder in women. A research review. *Am J Addict*, 6(4):273-83 1997 Fall

Nielsen AL, Scarpitti FR, Inciardi JA Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders. The CREST Program. *J Subst Abuse Treat* 1996;13(4):349-58;

Nilsen BR, Kroll N. Forslag til behandlingstiltak for personer med sammensatte store psykiske lidelser og rusproblemer. Prosjekt Rus/psykiatri, Vefsn sykehus, Nordland fylkeskommune febr. 1998.

Noordsy DL, Drake RE, Teague GB, Osher FC, Hurlbut SC, Beaudett MS, Paskus TS Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics [see comments] *J Nerv Ment Dis*, 179(7):410-4 1991 Jul

Nunes EV, Quitkin FM, Donovan SJ, Deliyannides D, Ocepek Welikson K, Koenig T, Brady R, McGrath PJ, Woody G. Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial. *Arch-Gen-Psychiatry*. 1998 Feb; 55(2): 153-60

Ouimette PC, Ahrens C, Moos RH, Finney JW. During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. The influence of specific interventions and program environments *J Subst Abuse Treat*, 15(6):555-64 1998 Nov-Dec

Powers K, Hanssens DM, Hser YI, Anglin MD. Measuring the long-term effects of public policy: the case of narcotics use and property crime. *Management Science* 1991;37:627-44

Pull CB, Saunders JB, Mavreas V, Cottler LB, Grant BF, Hasin DS, Blaine J, Mager D. Concordance between ICD-10 alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by the AUDADIS-ADR, CIDI and SCAN: results of a cross-national study. *Drug Alcohol Depend*, 47(3):207-16 1997 Sep 25

Ramström J. De glömda narkotikamissbrukarna. SoS-rapport 1989:33. Socialstyrelsen. Stockholm.

Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scand* 1991, 83, 217-222.

Ravndal E, Vaglum P. Why do drugabusers leave the therapeutic community? *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement* 33, 1994, 48.

Ravndal E. Klientforskjeller – betydning for behandling og evaluering. I Waal H & Duchert F. *Behandling av rusproblemer – nytter det, og hva koster det?* Rusmiddeldirektoratet og SIFA. Oslo 1996.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990, 264;19: 2511-2518.

Reinås KT. En evaluering vedr. akutttilbudet ved Ila hybelhus, Thereses Hus og Bryn rehabiliteringssenter vinteren 1997/98, og en sammenligning med Fyrlyskorpsets akutttilbud etterjuls vinteren 1997. Oslo kommune, Rusmiddeletaten 1998.

Rossow I. Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction* 1994; 89:1667-73.

Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J Nerv Ment Dis*. 1998 Feb; 186(2): 87-95

Rådet for psykisk helse. Velferdsstatens forsømte gruppe. Oslo 1995.

Siegfrid N. A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 32(5):707-17, 1998 Oct.

Skog O-J. Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens. SIFA-rapport 1/90.

Skretting A. Ungdom og rusmidler. Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. 1996.

Skårderud F. Nervøse spiseforstyrrelser. Universitetsforlaget, Oslo 1994.

Solstad K, Buhaug H, Hatling T, Pedersen Pb. Delutredning Hovedstadsutvalget. STF78 A96529, SINTEF Unimed, Trondheim 1996.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet 1997.

Stortingsmelding nr. 27 (1997-98). Om kriminalomsorgen. Justis- og politidepartementet 1998.

Strandberg T. Sammanfattande slutrapport från Samverkansprojekt UBB "Örebromodellen". Beroendecentrum, Örebro 1999.

Tidey JW, Mehl-Madrona L, Higgins ST, Badger GJ. Psychiatric symptom severity in cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use characteristics and treatment outcome. *Drug-Alcohol-Depend.* 1998 Mar 1; 50(1): 9-17

Tómasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Nov; 92(5): 378-85

Ulfstad LM. Bostedsløshet i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektrapport 216-1997. Norsk institutt for byggforskning.

Vaglum P. Psychopathology and substance abuse: Clinical lessons from six Norwegian studies. *Psychiatria fennica* 1996; 27: 55-67

Voruganti LN, Heslegrave RJ, Awad AG. Neuroleptic dysphoria may be the missing link between schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis,* 1997 Jul, 185(7):463-5

Wasserman DA, Havassy BE, Boles SM. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment. *Drug Alcohol Depend,* 46(1-2):1-8 1997 Jun 6

Weaver T, Renton A, Stimson G, Tyrer P. Severe mental illness and substance misuse. *BMJ* 1999;318:137-8. (Editorial)

Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. *Schizophrenia Bulletin* 1998. 24(1):75-85

Ødegård E. På ulendte veier – evaluering av Stifinnerprosjektet. SIFA-rapport 5/96. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo 1996.

Ødegård E, Amundsen A. § 12-soning – om å implantere behandling innenfor en straffekontekst. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* 1998;15: 21-33.

Öjehagen A, Schaar I. Personer med svår psykisk störning och missbruk. Soci- alstyrelsen. *Psykiatriuppföljningen* 1999:1. Stockholm 1999.

Vedlegg I: Ordliste

Abstinens	Avholdenhet fra bruk av rusmidler. Brukes ofte også som forkortelse for ”abstinensreaksjoner”
Abstinensreaksjoner	Tidsbegrensede reaksjoner av psykisk eller somatisk art som kan oppstå når en person som har brukt legemidler eller rusmidler, slutter med disse. Reaksjonene er størst dersom bruken av midlene har vært langvarig og dosen høy, eller dersom seponering er brå. Alle rusmidler kan gi abstinensreaksjoner, men de er somatisk mest uttalte ved langvarig misbruk av opioider og alkohol.
ADHD	Attention deficit/hyperactivity disorder. Betegnelse på tilstander, spesielt i barndom og ungdom preget av oppmerksomhetssvikt, vansker med å modulere aktivitet og sviktende impuls kontroll
Affektive lidelser	Psykiske lidelser som virker inn på pasientenes stemning og humør: depresjon og dystymi ved unormal tristhet og mani ved unormal oppstemthet. Norsk synonym: stemningslidelser
Akse I, akse II. Alkohol	Se DSM Rusmiddel med i hovedsak dempende virkning, spesielt dempende på hemmende impulser. Lang tradisjon i vestlig kultur. Misbruk historisk mest utbredt i Norge på midten av 1800-tallet. Betydelige medisinske skadevirkninger, spesielt av nevrologisk art. Ved langvarig høyt misbruk stor risiko for abstinensreaksjoner
Amfetamin	Det vanligst brukte illegale sentralstimulerende rusmiddelet i Skandinavia. Brukes også som legemiddel mot narkolepsi og ADHD
Antisosal personlighetsforstyrrelse	Betegnelse i DSM-IV som stort sett svarer til begrepet dyssosial personlighetsforstyrrelse i ICD-10. I kriteriene for antisosal personlighetsforstyrrelse legges noe mer vekt på kriminell atferd og rusmisbruk.
Atferdsterapi	Betegnelse for psykiatrisk behandling som i utgangspunktet tar sikte på å få til endring i atferd. Dette kan oppnås gjennom individual- og gruppebehandling med spesielle samtaleteknikker. I noen sammenhenger kan benyttes systematiske belønninger og sanksjoner for å oppnå atferdsendring
Avhengighetssyndrom	Begrep i diagnosesystemet ICD-10 for beskrivelse av forhold til rusmiddel. Avhengighet utvikler seg etter gjentatt bruk av rusmiddel. Vanligvis har brukeren et sterkt ønske om å ta rusmiddelet, vansker med å kontrollere bruken av det, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser. Stoff- eller alkoholbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser. Oftest økt toleranse og noen ganger fysiske abstinensreaksjoner.
Barbiturater	Gruppe av medikamenter med beroligende og angstdempende virkning. De ble mye brukt i 1950- og 1960-årene. Virkningen ligner benzodiazepi-

	<p>nenes, men med mye større risiko for farlige overdoser. De fleste barbituratene er nå avregistrert, enkelte brukes i anestesi og som epilepsimidler. Misbruk av disse midlene er nå sjelden i Norge</p>
Behandlingsmotivasjon	<p>Uttrykk for ønske om å gjennomgå behandling eller slutte med misbruk av rusmidler, ofte forkortet til "motivasjon". I utgangspunktet et begrep av eksistensiell karakter. Påvirkning av behandlingsmotivasjon er et sentralt problem i behandling av misbrukere. Også strafferettslige tiltak har som målsetning å påvirke behandlingsmotivasjon</p>
Benzodiazepiner	<p>Gruppe av medikamenter med angstdempende virkning. Brukes også som sovemidler. Følgende midler er registret i Norge (salgsnavn i parentes): diazepam (Valium, Stesolid, Vival), oxazepam (Sobril, Serepax, Alopam), flunitrazepam (Rohypnol, Flunitrazepam), nitrazepam (Mogadon, Apodorm), alprazolam (Xanor) og klonazepam (Rivotril)</p>
Bipolar lidelse Buprenorfin	<p>Affektiv lidelse med minst én episode med mani. Syntetisk opioid (Temgesic, Subutex). Smertestillende legemiddel. Brukes til substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet. Kan også brukes som rusmiddel. Samtidig som det har en virkning som ligner på opiatenes, svekker det virkningen av opiatene (for eksempel heroin) dersom det tas samtidig.</p>
Cannabis	<p>Fellesbetegnelse for hasj og marihuana. Den mest virksomme komponenten er tetrahydrocannabinol (THC). Konsentrasjonen er størst i hasj, selv om konsentrasjonen i marihuana sannsynligvis er steget de siste årene som følge av "bedre" cannabisplanter. Gir i større doser effekt som kan sammenlignes med hallusinogenenes og kan dermed utløse psykoser. Ved jevnlig bruk akkumuleres THC i fettvev og skilles deretter langsomt ut. Cannabis er påvist i urin opptil 3 måneder etter siste inntak.</p>
Cluster	<p>Engelsk: sverm, klase, opphopning, gruppe. Uttrykket brukes om grupper av personlighetsforstyrrelser i DSM-IV. Cluster A (eksentriske, inkluderer paranoide, schizoide og schizotype), cluster B (dramatiske, inkluderer antisosiale, borderline, histrioniske, narsissistiske) og cluster C (engstelige, inkluderer tvangspregede, unnvikende, avhengige og passivt-aggressive)</p>
Depresjon	<p>Psykisk lidelse preget av nedsatt stemningsleie, redusert selvfølelse og energi, oftest redusert matlyst og libido. Ofte forbundet med søvnvansker og angst.</p>
Diagnose	<p>Fra gresk: <i>dia</i>: gjennom, <i>gnosis</i>: erkjennelse. I medisinen betegnelse på en sykdom, lidelse eller tilstand</p>
Dobbeltdiagnose	<p>Uttrykk som innebærer at en person har to forskjellige medisinske diagnoser. Er mest brukt om kombinasjonen psykisk lidelse og rusmisbruk (misbrukslidelse). Uttrykket dobbeltdiagnose brukes i Norge spesielt når den psykiske lidelsen er alvorlig</p>
DSM	<p>Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders,</p>

	<p>som nå foreligger i 4. versjon (DSM-IV). Diagnosesystem for psykiatri utarbeidet av den amerikanske foreningen for psykiatri (American Psychiatric Association). Brukes mye i forbindelse med forskning på grunn av at det er utviklet klare operasjonelle kriterier for diagnosene. Dette sikrer at de brukes likt av ulike personer. Systemet har inndelt psykiatriske diagnoser i 2 akser: Akse II inneholder personlighetsforstyrrelsene, mens Akse I innebærer de øvrige psykiatriske lidelsene.</p>
Dynamisk psykoterapi	<p>Samtaletterapi, vanligvis individuelt, hvor siktemålet er å få til bedring av psykiske symptomer gjennom økt innsikt i interpersonelle reaksjoner, som til dels oppleves og tolkes i terapien</p>
Dyssosial personlighetsforstyrrelse	<p>Personlighetsforstyrrelse i ICD-10, som svarer til antisosial personlighetsforstyrrelse i DSM-IV. Preget av manglende evne til empati. Stor grad av selvhedelse, liten evne til å ta hensyn til andre. Ofte mye impulsivitet med liten evne til å tåle frustrasjon. Risiko for kriminalitet og rusmisbruk.</p>
Dystymi	<p>Psykisk lidelse som innebærer kronisk senket stemningsleie (tristhet) av flere års varighet</p>
Ecstasy	<p>Rusmiddel med kombinert sentralstimulerende og hallusinogen virkning, inntas oftest i tablettform</p>
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	<p>Personlighetsforstyrrelse i ICD-10 som svarer til borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-IV. Preget av ustabile følelser. Svingninger i stemning ofte fra dag til dag. To undergrupper: 1) Den impulsive som preges av tendens til impulsive handlinger uten tanke på konsekvenser. 2) Den ustabile som i tillegg har en underliggende mangel på selvfølelse, ofte tomhetsfølelse, tendens til intense og ustabile forhold til andre, ofte selvdestruktive handlinger inkludert selvmordsforsøk.</p>
Empati	<p>Innlevelse overfor andre mennesker</p>
Eufori	<p>Sinnsstemning - oftest forbigående og kortvarig - preget av intens glede. Kan oppstå ved bruk av rusmiddel</p>
Gjennomsnitt	<p>Den verdi som kommer fram ved å summere alle verdier i et materiale og dele på antall verdier</p>
Hallusinogen Hallusinasjoner	<p>Rusmiddel som kan gi hallusinasjoner Forestillinger eller opplevelser som oppfattes som reelle, men som er uten adekvate sanseinntrykk</p>
Halveringstid	<p>Den tid det tar for at mengden av en substans (f. eks. legemiddel eller rusmiddel) i blodet reduseres til det halve. Lengden på halveringstiden er forskjellig fra substans til substans.</p>
Hasj	<p>Rusmiddel i cannabisgruppen. Inneholder høy konsentrasjon av det aktive stoffet tetrahydrocannabinol (THC). Mest brukte cannabisstoff i Europa</p>
Heroin	<p>Ett av opiatene. Vanligst på det illegale markedet for misbruk. Kjentetegnes blant annet ved raskt innsettende virkning og ganske kort halveringstid. Virkningstiden er også kort og trangen til ny dose kan komme i løpet av noen timer.</p>

ICD-10	International Classification of Diseases (Internasjonal klassifisering av sykdommer), 10. utgave. Verdens helseorganisasjons diagnosesystem for sykdommer, sist revidert i 1992. Ett av kapitlene dreier seg om psykiske lidelser. ICD-10 er det vanligst brukte diagnosesystemet i klinisk praksis i det meste av Europa, inkludert Norge. Siste versjon ble innført i Norge i 1997. DSM og ICD har nærmet seg hverandre noe i de siste versjonene. Se litteraturlista.
Insidens	Nye tilfelle av en tilstand i en befolkning i en bestemt tidsperiode, ofte ett år. Angis oftest som antall personer per 100, 1000 eller 10 000.
Kodein	Ett av opiatene. Brukes i smertestillende legemidler. Risiko for avhengighet
Koffein	Svakt sentralstimulerende middel som finnes i kaffe, te og enkelte leskedrikker. Gir en viss tilvenning, moderate abstinensreaksjoner, men ellers få kjente skadevirkninger ved vanlig bruk.
Kognitiv	Fra latin: <i>cognitio</i> : viten. Faktorer og prosesser som har med erkjennelsesmessige og tankemessige funksjoner å gjøre, slik som oppfattelse (persepsjon), læring, hukommelse, tenkning og språk.
Kognitiv terapi	Samtalebehandling individuelt eller i grupper hvor siktemålet er å påvirke oppfattelse, lærings og tenkning på en slik måte at psykiske symptomer reduseres
Kokain	Rusmiddel med sentralstimulerende virkning. Vanlig i USA og deler av Europa, mer sporadisk brukt i Skandinavia.
Komorbiditet	Uttrykk for at en person har to eller flere medisinske lidelser samtidig.
Komparentopplysninger	Opplysninger fra andre enn pasienten, oftest familie.
Livstidsprevalens	Forekomst av en tilstand i løpet av livet.
Løsningsfokusert terapi	En type kognitiv terapi hvor siktemålet er å bidra til å finne alternative og mer funksjonelle mønstre for persepsjon og handling
Mani	Psykotisk affektiv tilstand preget av høyt aktivitetsnivå, ukritisk holdning, redusert søvn. Ofte hevet stemningsleie, men kan være blandet med underliggende depresjon. Ofte mangel på sykdomsinnsikt
Marihuana	Rusmiddel av cannabistype. Inneholder relativt lav konsentrasjon av det aktive stoffet tetrahydrocannabinol (THC). Mest brukte cannabisstoff i USA.
Median	Den verdi som deler materialet i to like store grupper, den ene med verdier som er høyere enn medianverdien, den andre med verdier som er lavere
Morfin	Ett av opiatene. Det vanligst brukte narkotiske legemiddelet i Norge til behandling av sterke smerter. Brukes enten i sprøyteform, i tablett under navnet Dolcontin eller i mikstur.
Metadon	Syntetisk opioid, brukes mye ved substitusjonsbehandling av heroinavhengighet. Viktige egenskaper: God absorpsjon i tarm og lang halveringstid og dermed virkningstid

Misbruk	Se rusmisbruk.
Motivasjon	Betegnelse for drivkreftene bak atferd. Brukes ofte som forkortelse for behandlingsmotivasjon eller motivasjon for å slutte med rusmisbruk
Narkotika	Fra gresk: narkōtikos: bedøvende. Medisinsk: betegnelse på opioider. I sosial og politisk sammenheng, synonym til "stoff": rusmidler, unntatt alkohol, løsemidler og nikotin (Opprinnelig entallsform: narkotikum, flertallsform: narkotika. I norsk språk brukes nå flertallsformen også som entall)
Nevrose	Gruppe psykiske lidelser preget av angst, depresjon, høyt utviklet skyldfølelse, hemninger, forsiktighet. Bevart realitetssans og skiller seg dermed fra psykose
Nikotin	Rusmiddel med svakt sentralstimulerende virkning. Uttalt tendens til avhengighet. Betegnelse som rusmiddel er kontroversiell. En rekke kjente skadevirkninger, de fleste knyttet til de vanligste metodene stoffet inntas på: inhalering i lunger eller diffusjon gjennom munnslimhinner
Nosologi	Den gren av medisinsk vitenskap som beskjeftiger seg med klassifisering av sykdommer
Nosologisk	Med hensyn til klassifisering. Klassifiseringsmessig
Opiater	Stoffer som utvinnes av opiumsplanten: opium, morfin, heroin og kodein. Morfin og kodein er vanlig brukt i medisinen som smertestillende legemidler. Dette er de egentlige narkotika. Uttalt tendens til å gi avhengighet. Stor risiko for livsfarlig hemming av respirasjon ved doser som bare er litt høyere enn de som brukes for å gi rus. Uttalt toleranseøkning. Ved langvarig høyt forbruk kan det oppstå meget uttalte abstinensreaksjoner ved brå seponering.
Opioider	Inkluderer foruten opiatene også syntetisk fremstilte midler som ligner opiatene i virkninger og bivirkninger. Blant de viktigste er metadon, petidin, ketobemidon (Ketogan), buprenorfin (Temgesic, Subutex)
Personlighetsforstyrrelser	Psykiske lidelser preget av sterkt avvikende personlighetstrekk med vedvarende atferdsmønstre som ikke er funksjonelle for den enkelte eller for miljøet omkring
Post traumatisk stresslidelse (PTSD)	Psykisk lidelse som oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis en del av bildet, ofte også selvmordstanker. Forløpet er svingende, men bedring kan forventes i de fleste tilfellene.
Prevalens	Forekomst av en tilstand i en befolkning i en viss tidsperiode, ofte ett år. Angis oftest som antall personer per 100, 1000 eller 10 000.
Prognose	Fra gresk <i>pro</i> (forut) og <i>gnosis</i> (erkjennelse). Antatt forløp av en (medisinsk) tilstand.

Psykoedukativ behandling	Behandlingsform som legger vekt på at pasient eller pårørende får økt kunnskap om sykdommen og dermed bedre blir i stand til å mestre den
Psykopati	Betegnelse for personlighetsforstyrrelse, tidligere brukt i ICD. Betegnelsen forekommer nå ikke i diagnosesystemene, men brukes fortsatt. Personer med psykopati har manglende evne til empati og skyldfølelse. De er ofte preget av impulsivitet, ustabilitet og selvhevdning. De kan virke sjarmerende og gi umiddelbar følelse av kontakt, men mangler evne til dypere relasjoner også i behandlingssammenheng. I diagnosesystemet ICD-10 ligner psykopati mest på dyssosial personlighetsforstyrrelse, men personer med psykopati kan også ha trekk som passer med emosjonelt ustabile og histrioniske personlighetsforstyrrelser. Psykopater har vanligvis ingen realitetsbrist
Psykose	Psykiatrisk tilstand preget av realitetsbrist
Residiv	Tilbakefall
Rus	Sinnsstemning med endret opplevelse av ego, omgivelser, situasjon og stemning, oftest - men ikke alltid - opplevd i positiv retning
Rusmiddel	Kjemisk substans som gir rusopplevelse
Rusmisbruk	Misbruk av rusmiddel. Betegnelse som inkluderer begrepene i ICD-10 "avhengighet" og "skadelig bruk". Uttrykket misbruk kan sees som motsetning til bruk. Forskjellen kan være subtil. Ved misbruk vil uheldige medisinske, psykologiske, sosiale eller legale konsekvenser av rusmiddelbruk være sentrale.
Schizofreni	Psykisk lidelse preget av endringer i tenkemåte og oppfattelse, ofte sammen med avflatet evne til følelser. Typisk er tankeforstyrrelse når det gjelder oppfattelse og kontroll. Ofte forbundet med hallusinasjoner. Forløpet kan være kronisk eller residiverende. Forekomst like hyppig hos kvinner og menn, men kvinner har ofte bedre prognose enn menn.
Schizotyp personlighetsforstyrrelse	Personlighetsforstyrrelse som i ICD-10 er klassifisert blant psykosene, i DSM-IV i cluster A blant personlighetsforstyrrelsene. Trekk som ligner schizofreni, men mindre uttalte.
Sentralstimulerende midler	Rusmidler som stimulerer sentralnervesystemet. De gir økt våkenhet, bedret selvfølelse, redusert søvnbehov og appetitt, raskere puls. Viktigst i Norge er amfetamin. Kokain klassifiseres ofte som egen gruppe, men er ikke vesensforskjellig fra amfetamin. Nikotin og koffein er svake sentralstimulerende midler
Seponere	Avslutte bruk av legemiddel (eller rusmiddel)
Skadelig bruk	Begrep i ICD-10 som beskriver forhold til rusmiddel. Innebærer bruk av rusmiddel i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk (som i tilfeller av hepatitt som følge av sprøytebruk, eller psykisk, f eks episoder med depressiv lidelse etter betydelig alkoholkonsum).

Stemningslidelse	Synonym til "affektiv lidelse"
Stoff	Illegalt rusmiddel eller legemiddel brukt illegalt i rushensikt. Synonym til "narkotika"
Tardive dyskinesier	Ufrivillige bevegelser som kan være forårsaket av medikamenter mot psykose (neuroleptika)
Toleranseøkning	Egenskap ved de fleste rusmidler som fører til at samme dose gir mindre virkning ved langvarig, jevnlig bruk. Kroppen "tolererer" dermed høyere doser. Graden av toleranseøkning varierer med stoff og er størst for opioidene
Ustabil personlighetsforstyrrelse	Se emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Vedlegg 2: Tverrsnittundersøkelsen ved norske psykiatriske institusjoner

Etter oppdrag fra Statens helsetilsyn gjør SINTEF Unimed hvert 5. år en registrering av pasienter innlagt i psykiatriske sykehus og sykehjem. Registreringen ble sist gjort 1.11.94 og resultater er publisert blant annet av Helge Hagen i 1997 og Gråwe med flere 1997.

Registreringen ble gjort av den behandler som kjente pasienten best. Det skulle krysses for misbruk av enten alkohol eller stoff/medikamenter der dette ble ansett for å være en vesentlig årsak til at pasienten ble innlagt eller en viktig faktor å ta hensyn til i behandlingsopplegget. Tilsvarende registreringer har vært gjort hvert 5. år siden 1979. Hagen beskriver situasjonen for de vel 8000 pasientene som på registreringstidspunktet var døgn- eller dagpasienter ved alle psykiatriske institusjoner, de psykiatriske sykehjem inkludert. Viktigste diagnose hos innlagte: Schizofreni hos 40% av pasientene ved psykiatriske sykehus, 60% ved de psykiatriske sykehjemmene. Sammenlignet med tidligere registreringer ble det funnet sterkt økende forekomst av personlighetsforstyrrelser, spesielt blant pasienter under 30 år. Bare 1% av de innlagte i psykiatriske sykehus hadde henholdsvis stoff/medikamentmisbruk og alkoholmisbruk som hoveddiagnose, men hos langt flere spilte rusmidler en betydelig rolle for innleggelsen eller planleggingen av behandlingen.

Datagrunnlaget inneholder ytterligere informasjon om dobbeltdiagnoser og dette blir referert noe mer inngående her fordi det ikke tidligere er publisert.

Vi har spesielt sett på situasjonen for de 3060 som var dag- eller døgnpasienter på de psykiatriske sykehusene. Der var andelen med misbruk større enn på de psykiatriske sykehjemmene.

Mens det blant alle pasientene var innlagt like mange kvinner som menn og like mange over og under 40 år, dominerte unge menn blant de som hadde problemer med misbruk. I alt var det innlagt 497 personer (321 menn og 176 kvinner) med misbruk. De utgjorde 16% av pasientene. Blant pasienter under 40 år misbrukte 19%.

Av mannlige innlagte hadde 21% misbruk. Flest misbrukte alkohol. Av kvinnene misbrukte 11% og deres misbruk var likt fordelt mellom alkohol og stoff/medikamenter. I gruppen under 40 år var andelen som misbrukte: menn 24%, kvinner 13%.

Schizofrene, 1246 personer: Litt færre (14%) misbrukte rusmidler enn i totalgruppen. Schizofrene misbrukte i større grad stoff/medikamenter og i mindre grad alkohol, spesielt sammenlignet med innlagte med affektiv psykose der forholdet var motsatt. Andelen yngre schizofrene som misbrukte alkohol, var som hos de eldre, men mye flere misbrukte stoff slik at andel misbrukere blant schizofrene under 40 år var 18%, blant schizofrene over 40 år 9%. Andelen schizofrene som misbrukte var omvendt proporsjonalt med alder, størst andel fantes i gruppen 18-29 år. Av schizofrene under 40 år innlagt akuttavdelingene misbrukte 27% rusmidler.

Affektive psykoser, 420 personer: Denne gruppen var eldre enn de andre diagnosegruppene i det langt de fleste var over 40 år. De som misbrukte utgjorde en mindre andel (10,2%) enn for de andre pasientene med psykose. Også i denne gruppen misbrukte pasienter under 40 år mer (14%) enn de over 40 år (8%), men i begge aldersgrupper dominerte alkoholmisbruk.

Personlighetsforstyrrelser, 338 personer: Andelen innlagte under 40 år var mye større enn over 40 år. Andel misbrukere var omtrent like stor i begge aldersgrupper, omkring 22%. De eldre misbrukte mest alkohol, de yngre mest stoff.

Andre diagnoser Pasienter med misbruk utgjorde 14% av 134 pasienter med angst og fobier, 11% av 166 med lettere depresjoner og 2 av 22 pasienter med tvangslidelser. Andelen misbrukere var større blant 69 pasienter med spiseforstyrrelser i form av bulimi (20%). Blant de 119 som hadde anorexi var det alt i alt litt færre som misbrukte (15%), spesielt var det færre med alkoholmisbruk.

Type avdeling

Akuttavdelingene og sterkavdelingene hadde størst andel misbrukere, henholdsvis 20% og 33%. Blant pasientene under 40 år på akuttavdelingene misbrukte 24% og blant de schizofrene under 40 år samme sted 27%. Blant schizofrene var her altså gruppen som misbrukte større enn blant pasienter med andre diagnoser. På sterkavdelingene var det motsatt, sannsynligvis fordi det der var en stor gruppe pasienter med personlighetsforstyrrelser og misbruk.

Andre særtrekk ved misbrukerne sammenlignet med andre pasienter

Misbrukerne var yngre, andelen menn var større, de hadde lavere utdanningsnivå, bodde mer alene, hadde høyere selvmordstendens (både selvmordstrusler og selvmordsforsøk), sammenlignet med øvrige psykiatriske pasienter innlagt psykiatrisk sykehus. De var oftere innlagt på tvang. Misbrukerne hadde dårligere kontakt med venner og familie og de hadde sjeldnere egen bolig og sjeldnere lønnet arbeid.

Konklusjoner

Selv om bare omkring 16% av innlagte på norske sykehus 1. november 1994 hadde betydelige rusproblemer, var andelen større i viktige undergrupper. Viktigste i denne sammenhengen var kanskje at 27% av schizofrene under 40 år, innlagt på akuttavdelinger hadde betydelige rusproblemer. Misbrukerne hadde ellers typiske sosiodemografiske kjennetegn som ikke atskiller seg fra det man finner ved nesten alle undersøkelser av lignende typer: de var yngre, oftere menn, med dårligere utdanning, fattigere på relasjoner til venner og familie, dårligere økonomi og boligforhold. Spesielt blant yngre schizofrene innlagt akuttavdelinger var andelen med betydelig misbruk høy. Kan disse representere en gruppe som mangler et mer langsiktig behandlingsopplegg og som derfor lettere blir innlagt akuttavdelinger? Etersom flere undersøkelser viser at schizofrene med misbruk innlegges oftere enn andre schizofrene, er det grunn til å anta at andelen misbrukere blant schizofrene totalt er lavere enn det som finnes blant schizofrene innlagt på akuttavdelinger.

Undersøkelsen viste noe lavere forekomst av rusmisbruk enn flere andre undersøkelser av psykiatriske pasienter. Dette kan ha å gjøre med at terskelen for å krysse for misbruk i denne undersøkelsen var ganske høy. Det er kjent fra andre undersøkelser at misbruk ofte kan overses i psykiatrien. Kanskje hadde norske psykiatriske pasienter i 1994 noe lavere andel misbrukere enn tilsvarende pasienter i andre land. Det var en økning av andelen pasienter med rusproblemer ved de psykiatriske sykehusene fra 8,4% 1989 til 14,4% 1994 (Gråwe et al 1997). Riktignok er det usikkert hvor mye av økningen som skyldtes at pasientene gjennomsnittlig var yngre i 1994 på grunn plassreduksjonen ved sykehusene, en reduksjon som i hovedsak førte til utskrivning av eldre schizofrene pasienter med lite misbruk.

Vedlegg 3: Helhetlig psykiatriplanlegging (HPP)

Dette var i utgangspunktet ikke et forskningsprosjekt, men et redskap for psykiatriplanlegging i kommunene. Det ble utviklet gjennom et samarbeid mellom helsetjenesten på kommune- og fylkesnivå i Nordfjordeid og Trondheim og organiseres nå gjennom SINTEF Unimed. Det består av et sett av spørreskjemaer beregnet for behandlere i kommunene og er stadig i bruk. Spørreskjemaene inneholder en lang rekke spørsmål med relevans for vår kartlegging. Det blir spurt om psykiatrisk diagnose på en måte som gir grunnlag for klassifisering i de viktigste diagnosekategoriene. Dette gjelder spesielt de pasientene som har alvorlig psykisk lidelse. Flere spørsmål omhandler type og omfang av rusmisbruk. Datafiler fra en rekke kommuner er samlet inn og disponeres av SINTEF Unimed som planlegger nærmere publisering etter hvert. Prosjektleder har fått oversendt data omkring pasienter med kombinasjon alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk.

De pasientene som ble inkludert i kartleggingen skulle tilfredsstille følgende kriterier:

1. Psykisk lidelse
2. Nåværende eller forventet funksjonssvikt når det gjaldt egenomsorg, arbeid/daglig aktivitet, sosial kontakt eller avvikende atferd
3. Antatt behov for hjelp i ett år eller mer framover.

Det forelå inntil mai 1999 opplysninger om 2665 pasienter ved skjema utfylt av fagperson i 39 kommuner med samlet innbyggertall på 578 000. Av disse 2665 hadde vel 700 pasienter en nevrotisk lidelse. Disse er ikke inkludert i gjennomgangen nedenfor fordi det ikke var sikkert om de falt inn under vår definisjon av alvorlig psykisk lidelse. Av de 1928 med alvorlig psykisk lidelse, hadde 140 rusmisbruk enten som hoveddiagnose eller bidiagnose. Disse er her regnet som gruppen med dobbeltdiagnose.

Beregning av antall pasienter med dobbeltdiagnose ut fra registreringene i "Helhetlig psykiatriplanlegging"

	Antall i HPP	Prevalens per 10 000	Antall i Norge
Dobeltdiagnose	140	2,4	1 100
Alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse	1 928	33	14 900
Befolkningsgrunnlag	578 000		4 445 000

Dette innebærer altså at bare for vel 7% av de psykiatriske pasientene som kommunene registrerte, var rusmisbruk blant hoved- eller bidiagnosene. I tabellen er regnet ut prevalens av dobbeltdiagnose per 10000 innbyggere i de undersøkte kommunene. Det er også regnet ut hvor mange pasienter dette vil innebære i Norge. Bare 0,33% av befolkningen i disse kommunene er registrert som pasienter med alvorlig psykisk lidelse og oppfølgingsbehov. Det er en lav andel og innebærer sannsynligvis at den gruppen som er registrert, har meget betydelige problemer.

Også her fantes at de psykiatriske pasientene som misbrukte rusmidler var yngre enn de øvrige, andelen menn var mye høyere. Andelen som misbrukte rusmidler var også noe større i store kommuner over 40 000 innbyggere enn i små under 40 000. Resultater fra Oslo forelå ikke.

Schizofreni var største diagnosegruppen blant de som hadde dobbeltdiagnose. De utgjorde omkring 40%. 10% hadde affektive psykoser og 15 % hadde andre psykoser. Gruppen med misbruk blant pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse utgjorde omkring 20% og var klart større enn blant andre psykiatriske pasienter. Når det gjaldt de affektive psykosene kan det ikke sies noe om andelen bipolare i forhold til unipolare depresjoner. Omkring 5% av dobbeltdiagnosepasientene i HPP hadde rusmisbruk som hoveddiagnose, de øvrige som bidagnose. Bortsett fra høyere andel personlighetsforstyrrelser avvek ikke diagnosefordelingen vesentlig fra de pasientene som ikke misbrakte rusmidler.

Tabell 2 viser at dobbeltdiagnosepasientene hadde mye kontakt med psykisk helsevern. 1/3 av pasientene var for tiden innlagt i psykiatrisk institusjon som døgn- eller dagpasienter.

Aktuell kontakt med psykisk helsevern blant dobbeltdiagnosepasienter i HPP

	Antall	%
Poliklinisk	37	27,8
Dagpasient	7	5,3
Døgnpasient	35	26,3
Ikke kontakt	54	40,6
Total	133	100,0

2/3 av pasientene hadde fått neuroleptika mer enn 2 uker siste år, og 1/3 fikk depotneuroleptika.

For 113 av de 140 dobbeltdiagnosepasientene foreligger det opplysninger om aggressivitet og selvskading. 8% var truende eller fysisk aggressive eller med skremmende atferd, mens 24% var overaktive med aggressive faktorer. Mange hadde enkelte episoder med aggressivitet, slik at bare for 30% var det ingen problemer med aggressivitet.

Det kan konkluderes med at pasientene som ble kartlagt i Helhetlig psykiatriplanlegging hadde betydelige psykiske problemer og stort hjelpebehov. Andelen med dobbeltdiagnose var relativt liten, og det er vel sannsynlig at noen her er mistet. Dette kan ha sammenheng med at personer som primært var oppfattet som rusklienter mange steder ikke ble registrert, selv om mange av dem også kunne ha alvorlige psykiske problemer spesielt i form av personlighetsforstyrrelse eller depresjon.

De dobbeltdiagnosepasientene som ble kartlagt hadde mye kontakt med psykisk helsevern, en stor andel brukte psykofarmaka, spesielt neuroleptika. Det var også mange med tendens til utagering med aggressivitet og også noen med voldelig atferd.

Det er derfor rimelig å regne med at de data som foreløpig foreligger gjennom HPP gir en betydelig underregistrering av noen grupper dobbeltdiagnosepasienter. Det gjelder spesielt pasienter med personlighetsforstyrrelser som kanskje primært oppfattes som rusklienter og som derfor ikke er tatt med i registreringen av de psykiatriske pasientene i HPP.



Som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet ble det på oppdrag fra Statens helse-tilsyn gjort en utredning av omfanget av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk med behov for særskilte behandlingstiltak.

I forbindelse med utredningen ble det gjennomført en egen kartleggingsundersøkelse som beskrives. Rapporten gjennomgår forskningslitteratur omkring pasienter med "dobbeltdiagnose", og det foreslås tiltak for behandling og omsorg. Det foreslås utbygging av egne enheter for disse pasientene, med både sengeposter og poliklinisk behandling. Det legges også mye vekt på kommunale tiltak, i første rekke behovet for flere skjermede boliger. Bedre samhandling mellom de mange involverte instanser – inkludert justisetaten – antas sentralt.

Kartleggingen er gjennomført av prosjektleder Knut Boe Kielland som også har skrevet rapporten.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

Internett: www.helsetilsynet.no