

DOBBELTDIAGNOSER

Psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk

Andreas Holund



BAKTEPPE

- Narvik sykehus 1987-1991
- Allmennpraksis 1991 og fortsatt
- Nordlandsklinikken 1987 til og fra, men fast tilsetning side 2003
- Psykiatritjeneste 1997-2004
- SSBU 1980-1986
- Diverse tverrfaglig samarbeid

info@oticon.no

Pasienten.

- Mennesker med misbruks-/ avhengighets problemer uavhengig av rusmidler, kjønn og alder.
- Ikke et tilstrekkelig tilbud for de yngste pasientene med behov for mer habiliterende og langvarige tiltak.
- Som oftest er det behov for behandling av flere samtidige forekommende lidelser og problemer. Samvirket er størst mellom somatikk, psykiatri og barnevern
- Svært ofte i behov av lang tids oppfølging av et helhetlig og koordinert hjelpeapparat som arbeider målstyrt og systematisk.
- Stadig mer psykiatri.

Vi så det komme!

- For ca. 10-15 års siden kom en ny gruppe rusklinter. Vanskelig å handtere i en åpen avdeling på grunn av utagering, manglende struktur og ferdigheter, forvirring, etc..
- Ofte unge og ofte på tvang.
- Vanskelig å overføre til psykiatrien.
- Urealistiske forventninger.
- Ofte presentert som kriser, mens det i virkeligheten var snakk om tunge kroniske tilstander preget av destruktivt misbruk og alvorlig psykopatologi.
- Disse manglet adekvat hjelp og ble gjerne offer for et "Svarte-Per-spill", mellom kommune, psykiatri og rus!

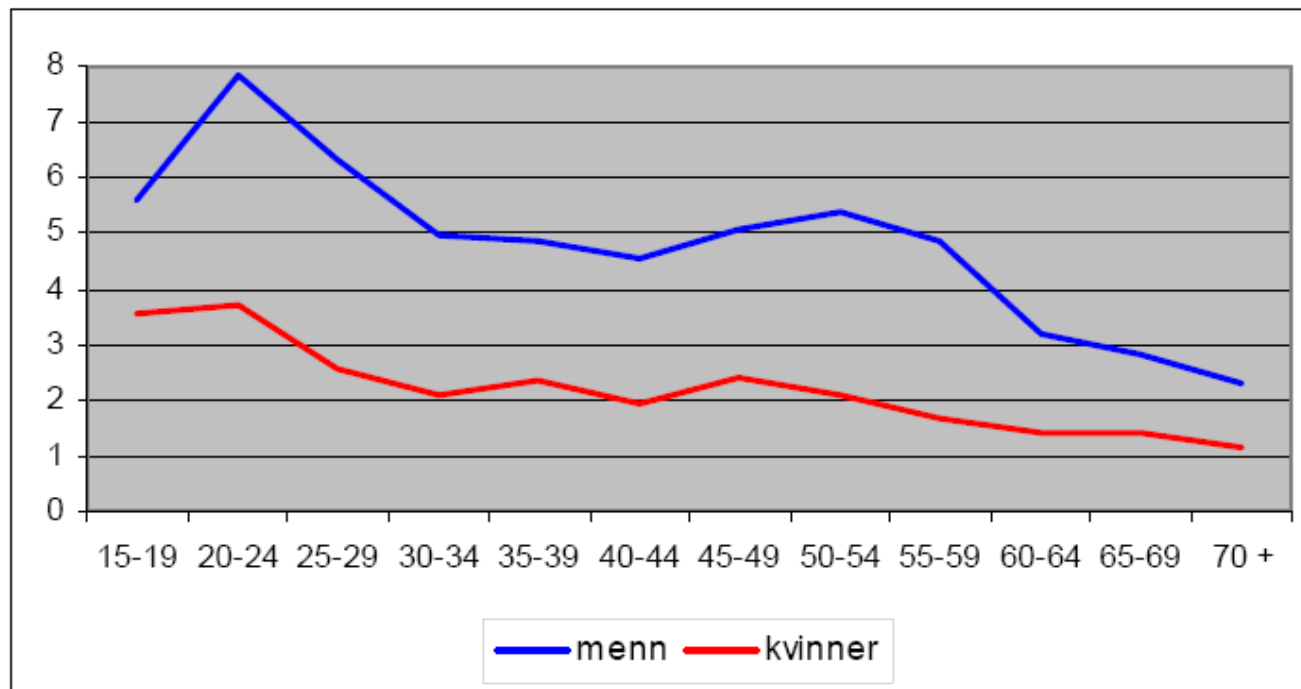
Utvikling.

- Pasientene er stadig;
 - ”tyngre”. Mye alvorlig psykiatri. DD.
 - yngre. Gjennomsnittsalder nærmer seg 30 år.
 - relasjonssvake
 - mer i behov av lengre opphold
 - mer i behov av kontinuerlig og langvarig bistand
 - mer i behov av et helhetlig og samarbeidende hjelpeapparat som kan arbeide koordinert og systematisk.
 - Kvinner !
 - Blandingsmisbruk. OBS alkohol

10.2 Alkoholforbruk og alder

I figur 12 har vi framstilt alders/livsfaseeffekten på grunnlag av data for årene 1985-2004.⁴⁰ Vi har skilt mellom kvinner og menn.

Figur 12 Alkoholforbrukets variasjon med alder/livsfase. Liter ren alkohol per år. Alkoholbrukere. Tverrsnittsdata 1985-2004.



Tabell 11 Kohortmatrise for alkoholforbruk. Menn. Cl ren alkohol per år.

Alder	Undersøkelsestidspunkt						Periodeeffekt ¹	Kohort	
	1979	1985	1991	1994	1999	2004	1979-04	Fødselsår	1979-04
16-20 ²	571	558	590	649	631	729	158*	1984-88	
21-25	576	630	538	684	853	1051	475**	1979-83	
26-30	546	495	541	590	454	777	231*	1974-78	
31-35	499	469	531	579	440	426	-73	1969-73	
36-40	519	454	434	435	543	496	-23	1964-68	
41-45	485	461	340	383	473	678	193	1959-63	108**
46-50	624	296	364	515	521	556	-68	1954-58	-19*
51-55	355	323	333	532	567	687	332**	1949-53	141
56-60	522	346	313	414	301	655	133*	1944-48	156
61-65		216	304	230	283	386	170	1939-43	-133
66-70		281	186	312	273	287	6	1934-38	-198**
71+		147	101	234	216	328	180	-1933	
Alle	488	427	423	491	485	612	124		
Alderseffekt	-349	-352	-372	-580	-764				

¹For aldersgruppene over 60 år perioden 1985-2004, ellers 1979-2004.

²15-20 i 1979. For 1985 og 1991, se note 43.

* Endringen var signifikant på 5% nivå. ** Endringen var signifikant på 1% nivå.

Tabell 12 Kohortmatrise for alkoholforbruk. Kvinner. Cl ren alkohol per år.

Alder	Undersøkelsestidspunkt						Periodeeffekt ¹	Kohort	
	1979	1985	1991	1994	1999	2004	1979-04	Fødsels-år	1979-04
16-20 ²	255	240	310	363	352	567	312**	1984-88	
21-25	242	326	190	299	323	543	300**	1979-83	
26-30	190	166	147	215	217	364	174**	1974-78	
31-35	179	196	211	222	162	263	84	1969-73	
36-40	176	244	174	252	206	253	77	1964-68	
41-45	172	211	160	181	235	217	45*	1959-63	-38
46-50	213	112	111	239	196	290	77**	1954-58	48
51-55	102	100	239	158	178	347	245**	1949-53	157
56-60	227	97	98	123	176	185	-42*	1944-48	7
61-65		151	120	100	66	253	102*	1939-43	76
66-70		139	76	110	92	125	-14	1934-38	-47*
71+		89	65	109	197	99	10	-1933	
Alle	179	192	175	208	211	293	114		
Alderseffekt		-187	-114	-189	-231	-417			

¹ For aldersgruppene over 60 år perioden 1985-2004, ellers 1979-2004.

² 15-20 i 1979. For 1985 og 1991, se note 43.

* Endringen var signifikant på 5% nivå. ** Endringen var signifikant på 1% nivå.

DOBBELDIAGNOSE

- Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykisk helse er godt dokumentert og gruppert slik:
- 1. Mennesker med psykiske lidelser som misbruker alkohol eller narkotika i perioder, når de får tilgang til det.
- 2. Mennesker med misbruksproblem som plages av psykiske symptomer, særlig angst og depresjon.
- 3. Mennesker med vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

- Den første gruppen er anbefalt behandlet i det psykiske helsevernet, den andre innen enhetene i rusforetaket. Begrepet "dobbeldiagnose" bør reserveres til den tredje gruppen, og hovedansvaret for plasseres i det psykiske helsevernet. Denne gruppen er en heterogen gruppe som trenger et differensiert behandlingstilbud. I tillegg er det en gruppe av rusmiddelmisbrukere med omfattende psykiske plager, som ikke oppfyller kriteriene for "dobbeldiagnose". Disse representerer en stor utfordring for samordning mellom tjenester fra behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern.

Rus og psykiatri

- Mange og sammensatte problemer: Dobbeltdiagnose er et mangedobbelt problem
- Uensartet gruppe, funksjonssvikt på mange områder
- Trenger bistand fra flere enn en hjelpeinstans
- Faller utenfor både rus/psykiatri/sos./helse
- Behov for bredt spekter av tjenester
- Behov for samarbeidsvilje/-evne og koordinert innsats
- Samarbeid tjenestenivåer
- Ulike utgangspunkt, hver sin tilnærming, eget lovgrunnlag

Behandling

- Utfordrer vanetenkningen
- Vanskelig. Stor slitasje. Komplisert
- Krever samarbeid
- Konkurransen i avvisning
- Kompetanse?
- Pas.gruppen forstyrrer/like ikke pas.
- Pas liker ikke behandlingsapp.
- Kostbare for samfunnet
- Uverdige liv. Problem for pårørende
- Dårlig prognose
- MEN: Spennende, allsidig læring, bedre ressursutnyttelse

Integrert behandling

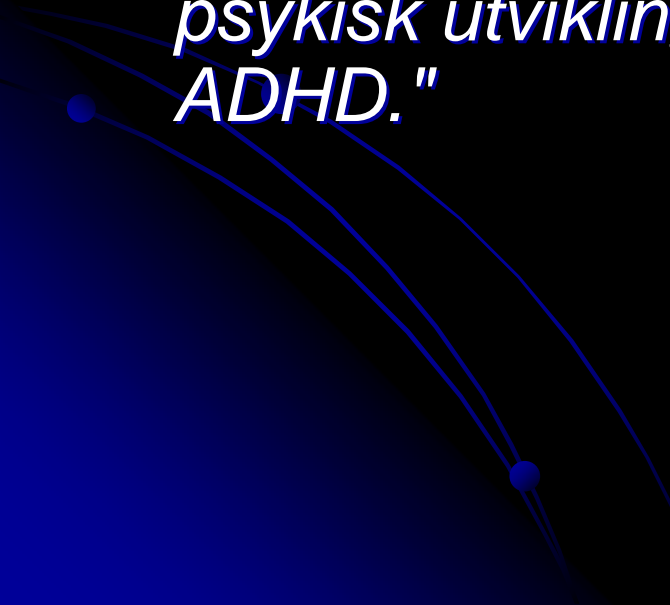
- Medisinsk, psykiatrisk, rusmedisinsk, 1./2./3. nivå. Fastlege fordel/ulempe?
- Sosiale tiltak
- Langsiktig perspektiv
- Kontinuitet
- Ordnete, ,skjermede boligforhold
- Arbeid og meningsfylt aktivitet
- Beh.app må være aktive, hjemmebesøk?
- Lokal tilpasning
- Samordne tiltak i en IP
- Store krav til organisering
- Barn? Pårørende?
- Forebygging?

Diagnostikk

- Mange psykiske symptomer og psykiatrisk sykdom kan utløses, og vedlikeholdes, av rusmisbruk.
- Avrusning problematisk
- Kunnskap fra pårørende, PPT, helsesøstre, BUP, barnevern o.a.
- Kamouflerte "umotiverte" rusmisbrukere

Kjennetegn

- I følge Helsetilsynets kartlegging kan gruppen deles inn i to hovedgrupper med utgangspunkt i hvorvidt den enkelte har en lidelse hvor utagering utgjør et hovedelement i atferden eller ikke. Helsetilsynet deler også inn i følgende fire undergrupper avhengig av hvilken type psykisk lidelse det er snakk om:

- *"misbrukere med psykose,*
 - *misbrukere med alvorlig depresjon, alvorlig angst og lignende lidelser, alvorlige spiseforstyrrelser samt misbrukere med eksentriske personlighetsforstyrrelser,*
 - *misbrukere med alvorlig grad av utagerende personlighetsforstyrrelser, og*
 - *misbrukere med kognitiv svikt, spesielt lett psykisk utviklingshemmede og pasienter med ADHD."*
- 

Hva mener vi å vite som samspillet mellom rus og psykiatri.

- **Omfang**

- Befolkningsundersøkelser
- Misbruksproblematikk blant psykiatriske pasienter.
- Psykiske lidelser blant misbruksklienter.

- **"Høna eller egget?"**



Omfang!

Befolkningsundersøkelser

- Hvis en oppsummerer en rekke internasjonale studier kan en grovt sett si at:
 - Psykiske lidelser rammer mellom ca 35-50% av befolkningen i løpet av livet. Vanligst er fobier, alkoholmisbruk og affektive lidelser.
 - Hos menn er alkoholmisbruk og personlighetsforstyrrelser vanligst.
 - Hos kvinner er affektive lidelser og angstlidelser vanligst.

Livstidsforekomst av psykiske lidelser.

En sammenligning mellom ruspopulasjonen og befolkningen generelt!

	ROP	Oslo (Kringlen m.fl)
Bipolare lidelser	5%	2%
Depresjoner	44%	18%
Dystymi	40%	10%
Agorafobi/panikk	48%	11%
Sosialfobi	46%	14%
GAD	19%	5%
Spesifikk fobi	47%	14%
PTSD	19%	-
Somatisering	26%	4%
Tvangslidelser	8%	1.5%
Spiseforstyrrelser	9%	2%

Dobbeldiagnose-begrepet.

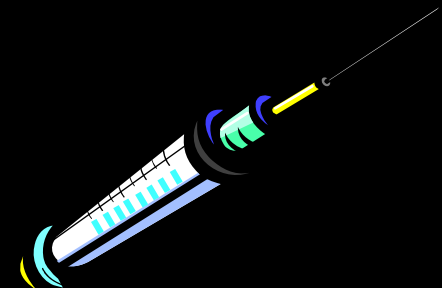
Hvem snakker vi om.

Kjennetegn!

- Som oftest blandingsmisbrukere med et kaotisk, destruktivt og ukritisk misbruksmønster. Alkohol, stoff, medikamenter om hverandre ut fra hva som er tilgjengelig.
- Hyppig skiftende behandlingskontakter (særlig lege).
- ”Kasteballer” i hjelpeapparatet.
- Hyppige akuttinnleggelser i somatikk og psykiatri.
- Oftere innlagt på tvang enn andre klientgrupper.
- Utslitte familier og sosiale nettverk.
- Raskere sykdomsutvikling.
- Overdødelighet.

Dobbeltdiagnose -begrepet. Hvem snakker vi om. Kjennetegn!


- Mye kontakt med politi, rettsvesen og kriminalomsorg.
- Ofte utagerende atferd.
- Dårlig bo -evne.
- Manglende sykdomsforståelse.
- Marginalisert i misbruksmiljøene.
- Vansker med å nyttiggjøre seg hjelpetiltak og velferdsordninger.
- Manglende eller svært mangelfull evne til egenomsorg og selvhjelp. Mangler struktur.
- Preget av lav selvtillit, motløshet og lav motivasjon.



Rusmiddelscreening, en undersøkelse

- *Materiale og metode.* 65 pasienter i alderen 17 - 40 år (gjennomsnittsalder 27,8 år, 59 % menn) som ble innlagt i Blakstad sykehus i 2001 med psykose ble intervjuet om bruk av ulike rusmidler siste 30 dager før innleggelse
- *Resultater.* 54 % av pasientene rapporterte at de hadde ruset seg på ett eller flere rusmidler i måneden før innleggelse. 40 % av alle pasientene hadde brukt illegale rusmidler. Laboratorieprøvene var positive på illegale rusmidler hos 34 %, cannabis og amfetamin var hyppigst påvist

DOBBELDIAGNOSER - et systemproblem

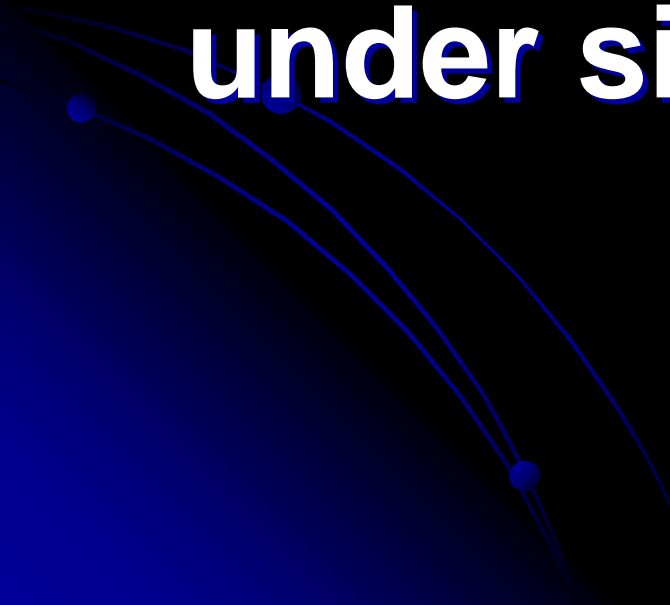
- Tilhørighet i to systemer
 - Ansvarsfraskrivning
 - Din ball først
 - Svarte Per
 - Kompetanseulikevekt
 - Fragmentering i stedet for kontinuitet
- 

ALLMENNEMEDISINSK EKSTREMSPORT

- Legetjenesten er "tilgjengelig" 24 timer i døgnet.
- Mange pasienter diagnostiseres/behandles i helger/natta
- Naturlig samarbeidspartner med øvrige kommunale helse- og sosialtjeneste
- Kunnskap om komorbiditet
- Mange leger er vant til å henvise og samhandle
- Godt nettverk til spesialisthelsetjeneste

Ulemper

- Allmennleger har dårlig tid
- Ofte mange og korte konsultasjoner
- Mangelfull informasjon om tidligere behandling, hvilke tiltak som allerede er iverksatt osv.
- Mangelfull kunnskap om rus og rusarbeid
- Liten evne til å samarbeide
- Tyr til medisinsk behandling av rusmiddelmissbruk
- Kreves tid til erkjennelses- og motivasjonsarbeid
- Språkvansker

- **Leger har dessverre lite undervisning om rusmidler og avhengighet under sin grunnutdanning**
- 

- Dette er et såpass tungt og omfattende arbeid at legen må finne medspillere og samarbeide med andre aktører: miljøarbeidertjenesten, - psykiaritjenesten, - sosialkontor, - barnevern, - familievernkontor, - bedriftshelsetjeneste, -helsestasjon, -skole, -Aetat, - trygdekontor, - VOP, -somatisk 2. linjetjeneste, - rusinstitusjoner/-poliklinikker, psykiatriske sykehus, LAR, mental helse, AA/NA, politi, familie og sikkert andre også
- Tilrettelegge, Tilby støtteterapi, kontroller etc
- Pårørendearbeid
- Medikamentell behandling?

Hva kan våre samarbeidspartnere forvente av legen

- Delta i et tverrfaglig arbeid rundt pasient
- Naturlig medlem av ansvarsgruppe
- Være behjelpelig med henvisning til nødvendig helsehjelp i 2. og 3. linjetjenesten
- Skrive nødvendige erklæringer til trygdekontor, aetat, sosialkontor, likningskontor osv

Utfordringer

- Bedre ruskompetanse hos leger
 - Bedre samarbeid med øvrige aktører
 - Samarbeid rus og psykiatri
 - Er fastlegeordningen en fordel for pasienter med rusproblemer?
 - Fjerne egenandelen hos rusmisbrukere og pasienter med alvorlig psykiatris sykdom.
- 