

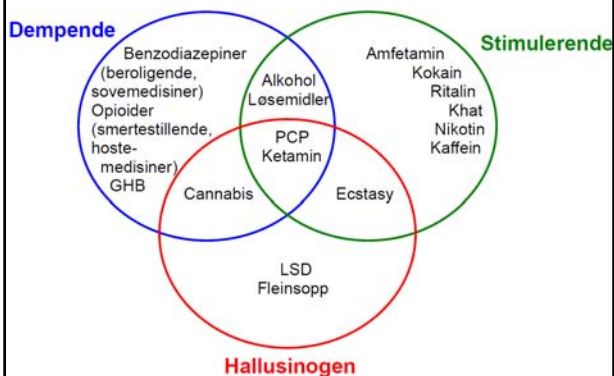
Rus og psykiatri

John Chr. Fløvig
Psykiater, PhD
Overlege Østmarka

RoP- lidelser: Rus og Psykiatri

- "Dobbeldiagnose"
- Samtidige alvorlige psykiske lidelse og ruslidelse
- Schizofreni og schizofrenilignende lidelser, bipolar lidelse type I, alvorlig depresjon og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
- Omfatter også andre psykiske lidelser som bipolar II, moderat depresjon, alvorlige angstlidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD samt andre alvorlige personlighetsforstyrrelser med betydelig funksjonssvikt
- De fleste har også somatiske lidelser
- Ofte flere psykiske og somatiske lidelser

Rusmidlenes virkninger



Hva er dette?

- Eufori og reduserte hemninger
- Angst eller agitasjon
- Mistenksomhet eller paranoide ideer
- Følelse av at tiden går svært sakte og/eller opplevelse av ideflom
- Svekket dømmekraft
- Svekket oppmerksomhet
- Forlenget reaksjonstid
- Illusjoner auditivt, visuelt eller taktilt
- Hallusinasjoner med bevart orientering
- Depersonalisasjon
- Derealisasjon

Fysiske tegn

- Økt matlyst
- Munntørrhet
- Konjunktival injeksjon
- Takykardi

Flere virkninger av cannabisbruk

- Søvnig
- Kvalme, oppkast kan forekomme
- Reduksjon i blodtrykket
- Irritasjon av luftveiene
- Svekket avstandsbedømmelse
- Latterkick
- Utadvendt i første fase, innadvendt i senere fase

Hva er dette?

- Angst
- Irritabilitet
- Skjelvinger
- Svette
- Muskelsmerter
- (Søvnløshet, økt drømmeaktivitet, hodepine, dårlig mage?)
- Varer fra timer opp til 7 dager
- (Ikke godt definert)

Skadelig bruk (F1x.1)

- Psykoaktive substanser brukes på en slik måte at det gir helseskade
 - Somatisk, f eks hepatitt eller
 - Psykisk, f eks depressiv episode
 - Er forbundet med uheldige sosiale konsekvenser av ulik art
- Klart identifiserbar skade
 - kritikk fra andre, arrestasjon, ekteskapsproblemer, akutt intoksikasjon eller bakrus ol er ikke tilstrekkelig

Avhengighetssyndrom (F1x.2)

- Minst 3 av følgende samtidig i løpet av foregående år:
 - Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
 - Problemer med å kontrollere substansinntaket..
 - Fysiologisk abstinensstilstand..
 - Toleranseutvikling..
 - Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser som følge av bruk..
 - Substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser..

Avhengighetssyndrom II

- Bruk av rusmidlet prioriteres fremfor andre aktiviteter som tidligere var viktigere

Ruslidelser vd psykisk lidelse

Epidemiologic catchment area (ECA), en stor undersøkelse i USA

	Substansbruks- lidelser %	Alkoholbruks- lidelser %	Stoffbruks lidelser %
Gen.befolkning	16,7	13,5	6,1
<u>Psykisk lidelse</u>			
Schizofreni	47	33,7	27,5
Bipolar lidelse	56,1	43,6	33,6
Alvorlig depressiv lidelse	27,2	16,5	18,0
OCD	32,8	24,0	18,4
Fobi	22,9	17,3	11,2
Panikk lidelse	35,8	28,7	16,7

Regier, Farmer et al 1990

TABLE 5. Lifetime and 12-Month Prevalences of Mental Disorders in a Survey of a Random Sample of the Adult Population of Oslo^a and in the U.S. National Comorbidity Survey

Disorder	Lifetime Prevalence (%)		12-Month Prevalence (%)	
	Oslo	National Comorbidity Survey	Oslo	National Comorbidity Survey
Alcohol abuse/dependence	22.7	23.5	10.6	9.7
Major depression	17.8	17.1	7.3	10.3
Simple phobia	14.4	11.3	11.1	8.8
Social phobia	13.7	13.3	7.9	7.9
Dysthymic disorder	10.0	6.4	3.8	2.5
Agoraphobia	6.1	5.3	3.1	2.8
Panic disorder	4.5	3.5	2.6	2.3
Generalized anxiety disorder	4.5	5.1	1.9	3.1
Drug abuse/dependence	3.4	11.9	0.9	3.6
Bipolar disorder	1.6	1.6	0.9	1.3
Nonaffective psychosis	0.4	0.7	0.2	0.5

^a DSM-III-R diagnoses based on interviews in 1994–1997 with the Composite International Diagnostic Interview in a random sample from the Norwegian National Population Register of the total population of individuals age 18–65 in the Oslo metropolitan area (N=308,237), with no stratification by age, gender, or household.

Kringlen, Torgersen, Cramer, 2001

Ruslidelser ofte oversett

- Rusproblem beskrives men får ikke diagnose
- Hvorfor?
 - manglende oppmerksomhet, kompetanse, fornektning, stereotypier, annet fokus, moralsk standpunkt, mangel på informasjon, kan ikke behandle, omtanke, unngå stigma, lette innleggelse ...

Konsekvenser av å ikke diagnostisere ruslidelse

- Feil diagnose
- Feil behandling
- Formidler at
 - Rusmisbruk er ikke viktig
 - Det er for skamfullt til at man kan ta det opp
 - Det er uvanlig med rus i akuttpsykiatri
- Fortsatt unngåelse av temaet
- Forspiller en anledning til påvirke pasienten

Hvorfor brukes rusmidler ved psykiske lidelser?

- Rusvirkning
- Spennende
- Sosialt
- Spenningsreduksjon og avslapning
- Reduksjon av plager og symptomer
- Søvn
- Redusere bivirkninger?

Andre grunner til komorbiditet

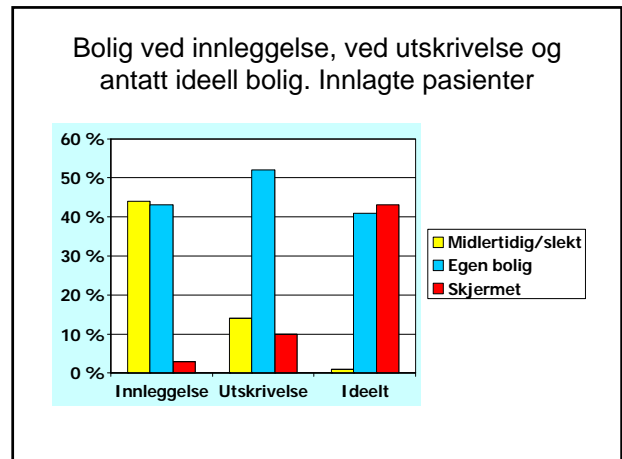
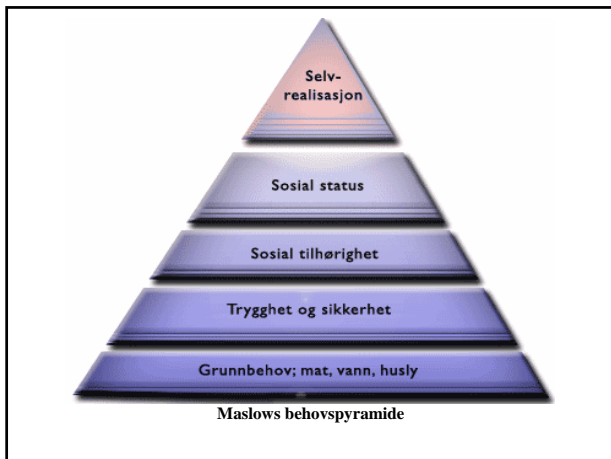
- Felles årsaker
 - Genetisk, psykologisk, sosialt
 - Gen- miljø interaksjoner
- Rusmisbruk årsak til psykisk lidelse
- Rus som forklaring på funksjonssvikt?
 - Ruser pasienten seg så mye som vi tror?

Betydning av ruslidelse

- Alvorlige symptomer
- Suicidalfare pga rusvirkning
- Symptomer bedres raskt uten rus
- Trenger mindre medisin for annen psykisk lidelse
- Gjør diagnostikk av andre psykiske lidelser vanskeligere
- Trenger nøye somatisk undersøkelse
- Mere sosiale problemer og kriminalitet
- Trenger behandling for ruslidelse

Faktorer ved rusmisbruk i psykiatriske institusjoner

- Korrelerer med ung alder, menn, mindre utdanning, kriminalitet, dyssosial atferd, lavere etterlevelse av behandling, boligproblemer, pengeproblemer, dårligere funksjon og dårligere behandlingsresultat
- Forårsaker sykdom, tilbakefall, reinnleggelse



- ### Somatiske forhold ved rus
- Hepatitt, mange med C
 - gi vaksiner mot A og B
 - Røyking hos ca ¾ ved schizofreni
 - tilbyr røykeplaster og motivering
 - OBS ernæring og vitaminer, svært varierende matinntak, både mengde og type, mye p-mat
 - Risikabel seksuell atferd, prevensjon, STD
 - Økt hyppighet av skader inkl i trafikk
 - Sjelden alkoholisk leverskade

- ### Rus som forklaring på funksjonssvikt
- Kanskje pasienten ikke kan det han ikke vil?
 - Hva skjer når han slutter å ruse seg?
 - Hvilket liv kan pasienten leve uten rus?
 - Hvordan leve et verdig liv?
 - Hvordan takles skam?
 - Hva trenger pasienten å sørge over?
 - Hvilken forklaring kan familien akseptere?

- ### Identitet
- Psykotiske pasienter har problemer med egen identitet pga sykdomsprosessen
 - De har også problemer med identitet pga svikt i rollefunksjoner
 - Pasienter med ruslidelser har en identitet som bruker av rusmidler
 - I behandlingen må pasientens egenskaper og personlighet bekreftes for å gradvis utvikle en identitet uavhengig av rusmisbruk
 - Arbeid er en kilde til identitet

Ruslidelser hos akuttinnlagte på Østmarka

Alkohol	19 %
Benzodiazepiner	8 %
Cannabis	7 %
Stimulantia	3 %
Opiater	2 %
Alle	32 %
Rus som hoveddiagnose	18 %

Fløvig et al, NJP 2009

Bagøien et al 2009: 39 %, 16 % som hoveddiagnose

Ruslidelser i akuttpost

- Mindre symptomer ved innleggelse
- Raskere reduksjon av symptomer
- Raskere bedring i funksjon
- Kortere innleggelse

Vaaler et al, General Hospital Psychiatry, 2006

Psykisk lidelse ved ruslidelse

- Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser
 - (Alonso et al., 2004; Kendler et al., 1995).
- Personer med stoffmisbruk har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse, henholdsvis 53 % og 37 %
 - (Regier et al., 1990b).
- Det er klar sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser, særlig, personlighetsforstyrrelser, angst inkl PTSD og depresjon
 - (Compton et al. 2007; Grant et al., 2004; Hasin et al. 2007).
- Diagnostiserer ofte ikke rutinemessig psykiske lidelser ved rusbehandling

Rusutløste tilstander

- Stemningssvingninger, depresjon og angst vanlig ved rus og etter rus
- Psykose særlig av sentralstimulerende midler, cannabis og hallusinogener
- Økt forekomst av schizofreni ved omfattende og tidlig bruk av cannabis
- Aktivt rusmisbruk kan gi handlingsmønstre som ses ved en personlighetsforstyrrelse

Bostedsløse

- 60 % rusmiddelproblem
- 32 % psykisk lidelse
- 25 % rusavhengighet og psykisk lidelse

Innsatte i fengsel

- Over halvparten rusmiddelmisbruk
- Høy andel personlighetsforstyrrelser
 - Dyssosial x10
- Ofte psykose, alvorlig depresjon, ADHD og angst

Komorbiditet i studier og i befolkning

- Lavere komorbiditet i befolkningsstudier enn i kliniske studier
 - De med størst problemer søker oftere behandling

Endringer i behandlingstilbud

- Psykiatriske ungdomsteam
 - Fra tidlig 80- tall
- Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)
 - Rusbehandling inn i helseforetakene fra 2004
- Ambulante tjenester

Mangler i behandlingstilbud

- Manglende samarbeid/ integrering mellom rusbehandling og psykisk helsevern
- Manglende samarbeid horisontalt og vertikalt.
- Manglende behandlingstilbud, boliger og aktivitet
- Mangel på systematisk screening av ruslidelse og psykisk lidelse
- Psykiatriske poliklinikker behandler i begrenset grad personer med rusmisbruk/avhengighet

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

- IS-1948, 2012
- Fra 18 år
- Delt ansvar mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Samordning og integrering av tilbud
- Samhandling
- IP

Gradering av kunnskapsgrunnlaget

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

Gradering av anbefalinger

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

Grad	Anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende	Evidensnivå
1	Behandlingen bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg	
2	Behandlingen bør innrettes slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde	
3	Individuell plan bør utvikles for den enkelte som et middel til brukermedvirkning	
4	Behandlingsplan og målsetting om behandling skal utarbeides i samarbeid med brukeren	

5	Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det
6	Mulighet for å involvere pårørende bør revurderes kontinuerlig i behandlingsforløpet
7	Nære pårørende (voksne og barn) bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov og få tilbud om nødvendige støttetilbud uavhengig av behovene til den enkelte bruker
8	Tjenesteyter skal gi informasjon om tjenestetilbud til bruker og pårørende (for eksempel serviceerklæringer)

Hvor finner man pasientene?

- Psykisk helsevern
 - Særlig akuttavdelinger, rehabilitering og sterkavdelinger
- Tverrfaglig spesialisert behandling
- Bostedsløse
- Fengsel
- Vet mindre om kommunene, sosialkontor/ NAV, fastleger og øvrig kommunehelsetjeneste

Utredning

- Screening
- Kartlegging
- Diagnostisering
 - klinisk vurdering og verktøy
- Verktøy/ instrumenter
 - www.helsebiblioteket.no > Psykisk helse > Skåringsverktøy
 - ICD 10 (www.google.com: grnbook)
 - <http://folk.ntnu.no/floviq/p3>

	Grad	Anbefalinger om kartlegging	Evidensnivå
9		Spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV må om nødvendig aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre kartlegging	
10	C	Kartlegging skal ikke skje isolert, men være del av et eksisterende behandlingstiltak eller føre til tilbud om behandling og oppfølging i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten	4
11	C	Kartleggingsresultatet skal etter samtykke, følge personen for å unngå unødvendige gjentakelser	4
12	C	Kartlegging av rusmiddelets funksjon og motivasjon for endring anbefales gjort med verktøyene DUDIT-E eller Alcohol-E	4
13	C	Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har psykiske problemer, må rusmiddelbruk kartlegges	4

	Rusbruk	Ikke rusbruk
Fordeler	Demper angst etc.....	Bedre økonomi etc.....
Ulemper	Bli mer psykotisk etc.....	Tør ikke være sammen med venner etc.....

Stages and Processes of change

Prochaska and DiClemente, 1983

- Precontemplation
- Contemplation
 - consciousness raising- self reevaluation
- Action
 - self-liberation, helping relationship, reinforcement management
- Maintenance
 - counterconditioning, stimulus control

14	A	Kartlegging av problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyene CAGE eller AUDIT	1b
15	B	Kartlegging av problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler hos personer med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT	3
16	B	Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprøve bør vurderes som supplement til annen type kartlegging, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger	3
17	C	Når en person som er i kontakt med hjelpeapparatet har rusmiddelproblemer, må psykisk helse kartlegges	4
18	B	Kartlegging av symptomer på psykose hos personer med kjent ruslidelse anbefales gjort med verktøyet MINI	2a
19	B	Kartlegging av andre psykiske lidelser enn psykose anbefales gjort med MINI SCREEN	3

18: MINI PSYKOSE: K

CAGE screening for alkoholisme

- Have you ever felt you should **C**ut down on your drinking?
- Have people **A**nnoyed you by criticising your drinking?
- Have you ever felt **G**uilty about your drinking?
- Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of hangover (**E**ye opener)?

20	B	Forenklet kartlegging av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD anbefales gjort med spørsmål fra MINI PLUS eller ASRS 6	3
21	D	Kartlegging av angst og depresjon anbefales gjort ved bruk av SCL-10	3
22	B	Somatisk utredning, inklusiv utredning av tannhelse skal gjøres spesielt med tanke på de sykdommene som personer med ulike typer rusmiddelbruk er mest utsatt for å få	3
23	B	Det bør gjøres en kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminalitet, for eksempel ved bruk av EuropASI	3
24	B	Det bør gjøres en kartlegging av personens erfaring og motivasjon for utdanning og arbeid i tillegg til funksjonsevne og mestring	3
25		Det bør vurderes å gjøre en risikovurdering når det gjelder selvmord hos ROP- pasienter	

20: MINI PLUS ADHD: W

26	B	Atferdsmønstre som utgjør en risiko for voldelig atferd, bør utredes med sikte på adekvate behandlings- og oppfølgings-tiltak. Eksempler på verktøy er VRS-10, HCR-20	3
27	B	Personer med gjentatte innleggelse for psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rusmidler, bør vurderes utredet for risiko for voldelige handlinger	3

	Grad	Anbefalinger om diagnostisering	Evidens-nivå
28		Når det er mistanke om at en person har en ROP-lidelse, må det foretas en diagnostisk utredning av både ruslidelse og psykisk lidelse og sammenhengen mellom dem	
29		Bruk av diagnoseverktøy må alltid kombineres med en grundig klinisk vurdering	
30	C	Psykiatriske diagnoser som er basert på utredning under rus-påvirkning eller kort tid etter rusmiddelbruk, bør revurderes etter minimum 4 uker med rusfrihet	4
31	C	Når rusfrihet er viktig for å diagnostisere alvorlig psykisk lidelse, og pasienten ikke er i stand til å oppnå dette via polikliniske tiltak, bør opphold i institusjon innen psykisk helsevern vurderes for bedre å sikre rusfrihet	3

32		Opphold i institusjon skal bestå av en kombinasjon av tilbud om utredning, behandling og planlegging av videre tiltak	
33		Når det er vanskelig å oppnå rusfrihet eller innleggelse, må spesialisthelsetjenesten aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre diagnostiseringen	
34	D	Utredning av nevrokognitive funksjoner skal alltid vurderes som ledd i utredningen	4
35	C	Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse anbefales gjort med verktøyene MINI PLUS, SCID-I eller PRISM	3
36	C	For utredning av personlighetsforstyrrelse anbefales å bruke kriteriene i ICD-10 eller SCID-II som korrigeres med kriteriene i ICD-10	3

	Grad	Anbefaling behandling for ROP-pasienter	Evidensnivå
37	B	Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres	3
38	B	Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan	2a
39	A	Behandling i oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, bør gis til personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling	1a
40		Oppfølging fra et oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, må starte opp selv om personen på henvisningstidspunktet mangler bolig	
41		Mobiltelefon/sms bør tas i bruk for å opprettholde kontakten	

42	B	Døgnbasert institusjonsbehandling bør vurderes som supplement til oppsøkende tiltak eller som alternativ når oppsøkende og hjemmebaserte tjenester viser seg å være utilstrekkelige	2b
43	D	Bruk av rusmidler under døgnbehandling bør vanligvis ikke føre til utskrivelse	4
44		Det må sikres at personer får tilfredsstillende oppfølging for å ivareta kontinuitet og unngå brudd i behandlingen. Dette gjelder også ved alle utskrivelser fra døgnbehandling	
45	D	Tilknytning til hjemsted/hjemkommune bør opprettholdes under institusjonsopphold for å oppnå kontinuitet i behandlingen	4

Utskriving ved rusatferd

- Innebærer et brått brudd på et behandlingsopphold
 - kan være svært uheldige fordi kontinuitet er viktig
- Nødvendig å innarbeide sanksjoner som ikke innebærer brudd i behandlingen
- Utskrivelsen bør være tidsbegrenset
- Det må sørges for god oppfølging også i tiden utenfor institusjon

46		Dersom en person har bolig ved innleggelse i institusjon, bør denne beholdes under innleggelsen	
47		Dersom en person er bostedsløs ved innleggelse, må institusjon og kommune sammen begynne arbeidet med å finne bolig	
48		Kjønnsspesifikk behandling bør vurderes	
49	B	Det bør tilbys behandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju til personer som har behov for det	2b
50	B	Det bør vurderes å ta i bruk læringsbasert behandling (contingency management) for å stimulere til redusert rusmiddelmissbruk	2a

Psykologisk behandling ved rusavhengighet er effektiv

- Kognitiv atferdsterapi
- Rådgiving/ Counselling
- Psykoedukasjon
- En lang rekke terapier for spesielle grupper eller situasjoner
- Motivational interviewing
- Brief intervention/ Minimal intervensjon

Motivational interviewing (MI)

- Prinsipper
 - Reflektiv lytting
 - Utvikle diskrepans
 - Gå med motstand ("Roll with resistance")
 - Støtt troen på egen evne ("Self-efficacy")
- Modifisert ("Adaptation") ⇒ AMI
 - Kartlegge atferd/ rusbruk osv og gi resultat til pasient ("Feed-back")

Motivational interviewing

- Empatisk utforskende holdning mest effektiv
- Optimistisk holdning viktig: det er mulig å gjøre noe med det
- Unngå konfrontasjon, da låser pasienten seg
- Prøv å få pasienten selv til å formulere grunner til å endre atferd
"Change talk"

MI med bare en sesjon

- 60 minutter samtale
- 200 skoleelever, 16-20 år gamle
- Cannabis 66 % reduksjon etter 3 mnd
- Alkohol 39 % reduksjon
- Tobakk 21 % reduksjon
- Kontrollgruppen økte bruken

McCambridge & Strang, 2004

"Drinkers checkup"

- Første sesjon: detaljert kartlegging
 - Pustetest for alkohol
 - Brief Drinker Profile
 - 1 times nevropsykologisk test- batteri
- Andre sesjon: tilbakemelding av resultater
- 57% reduksjon i drikking etter 6 uker
- Jo mere konfronterende jo mere drikking

Miller et al 1988, 1993

Oppsøkende behandlingsteam/ ACT-team

- Når vanlig poliklinisk behandling ikke virker
- Langsiktig og bør omfatte:
 - Medikamentell behandling og oppfølging
 - Arbeid med støtte (supported employment)
 - Psykoedukasjon for å styrke brukerens mestringsstrategier
 - Samarbeid med brukerens nærmeste som støttespillere om det å forstå brukerens sykdom
 - Kunnskapsbasert psykoterapi
 - Trygg bolig

51	C	Det bør gis opplæring i psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende.	4
52		Det anbefales å gjennomføre en funksjonskartlegging som inkluderer kognitive funksjoner både når det gjelder utdanning og yrkesrettede tiltak	
53		Personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold	
54		I forebygging av tilbakefall bør man så langt som mulig unngå brudd i etablerte behandlingsrelasjoner	
55		Tjenesteytere bør hjelpe brukeren til å forstå rusen rolle og betydning slik at målsettingen for behandlingen kan forankres hos brukeren	

56	C	Behandling av den enkelte psykiske lidelse bør følge direktoratets nasjonale retningslinje for den aktuelle psykiske lidelsen selv om pasienten også har en ruslidelse	3
57	C	Behandling av ruslidelsen bør følge anerkjente metoder for rusbehandling selv om personen også har en psykisk lidelse	3
58	B	For psykosepasienter i stabil fase bør det tilbys gruppebehandling over lengre tid (over 6 måneder) med vekt på opplæring, sosial ferdighetstrening og gjensidig brukerstøtte	2b
59		På grunn av stor risiko for senere å utvikle schizofreni, bør det utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose	
60		Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke	

61		Dersom det ikke skjer vesentlig bedring av angstlidelsen eller depresjonen ved rusfrihet, må begge lidelsene fortsatt behandles	
62	C	Ved hyperkinetiske forstyrrelser / AD/HD anbefales psykososial behandling av ruslidelsen, også når personen ikke får medikamentell behandling	3

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

68		Små kommuner kan ved behov inngå samarbeid med andre kommuner for slik å sørge for at nødvendig kompetanse finnes	
69		Personer med ROP-lidelse bør alltid få allmenntilleggs oppfølging av fastlege	
70		Dersom enkelte pasienter ikke ønsker individuell plan, bør det likevel utarbeides planer for samhandling og koordinering av tjenester	

71		Kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud som er tilpasset den enkelte brukers hjelpebehov	
72		Bolig skaper trygge rammer og forutsigbarhet og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon	
73		Tilbud om oppfølging i bolig, eventuelt gjennom bofellesskap bør være tilgjengelig for alle som trenger det, enten i selvstendig bolig eller i bofellesskap	
74		Det bør tilbys meningsfulle aktiviteter i samsvar med den enkeltes behov. Om mulig bør disse gjøres yrkesrettede	

	Grad	Anbefalinger for behandling i spesialisthelsetjenesten	Evidensnivå
75	D	Helseforetaket bør samordne vurderinger og inntak for at pasienter med en ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud	4
76		I alle helseforetak bør det etableres rutiner for tidlig å avdekke og følge opp personer med ROP-lidelser	
77		TSB skal ha kompetanse til å behandle personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse	
78		Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser	

79		Dersom diagnostisk utredning er gjort under ruspåvirkning eller abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet	
80		Selv om det ikke er mulig å oppnå rusfrihet, bør kartlegging gjennomføres, men resultatet må da tolkes i lys av rusmidelpåvirkningen	
81		Veiledning skal gis til ulike deler av kommunale tjenester og den bør inkludere akutt veiledning ved behov	

82	TSB skal kunne gi tilbud om behandling til personer som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, eventuelt i samarbeid med psykisk helsevern
83	Psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlig ruslidelse
84	Pasienter i psykisk helsevern med mindre alvorlig ruslidelse bør få tilbud om behandling av ruslidelsen samme sted, eventuelt gjennom samarbeid med TSB
85	Psykisk helsevern skal kunne gi tilbud om behandling av pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser

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

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

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

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

Basis-kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse med MINI PLUS, SCID-I eller PRISM SCL-10 for kartlegging av angst og depresjon Utredning av personlighetsforstyrrelser med ICD-10 eller SCID-II sammen med ICD-10 Kartlegging av AD/HD med MINI PLUS eller ASRS 6 Kartlegging av psykososiale forhold Utredning av somatisk sykdom Generell kunnskap om psykiske lidelser og samtidige ruslidelser Kartlegging av ruslidelse med AUDIT, DUDIT, CAGE Kartlegging av motivasjon med SATS, DUDIT-E og Alkohol-E
Tilleggs-kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> Kartlegging av psykososiale forhold med Europ ASI

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

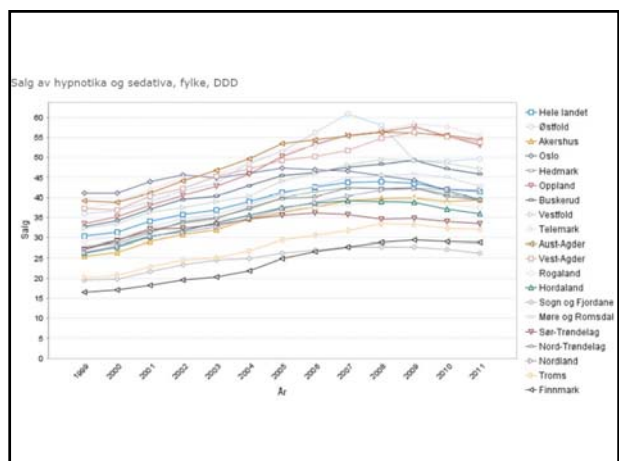
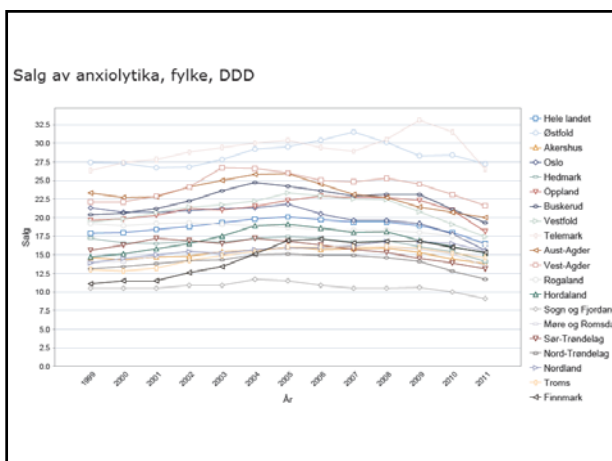
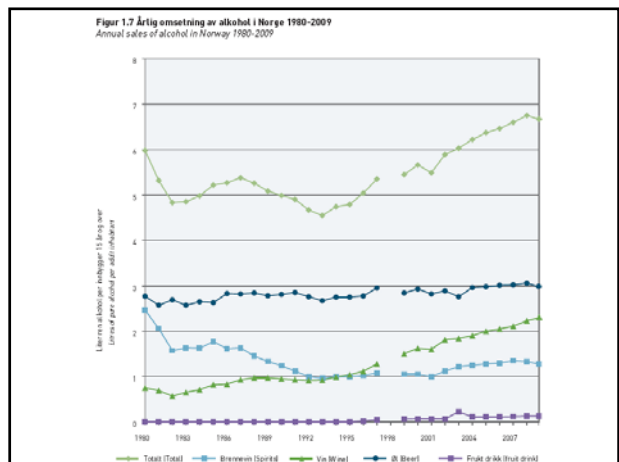
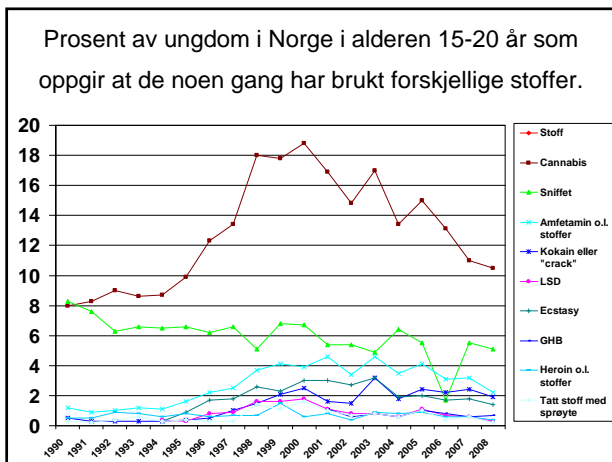
Basis-kompetanse	Kompetanse i relasjonsbygging Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen Psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende Tilbakefallsforebygging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

Tvungen behandling

- Psykisk helsevernloven kap 3
 - Alvorlig sinnslidelse (ikke ruslidelser)
 - Ved rusutløst psykose så lenge det foreligger psykose
 - Evt. observasjon inntil 10 dager ved ruspåvirkning hvis overveiende sannsynlig psykose
- Helse- og omsorgstjenesteloven kap 10
 - Utsetter fysisk eller psykisk helse for fare
 - Omfattende og vedvarende misbruk
 - Andre tiltak ikke tilstrekkelige
 - Gravide hvis overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade

	Grad	Anbefaling om samhandling	Evidensnivå
86		Behandling av ROP-pasienter innenfor helseforetakene må skje i aktivt samarbeid med kommunene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for institusjoner uten driftsavtale med helseforetakene	
87		Når arbeidet med individuell plan er startet opp i spesialisthelsetjenesten, bør det så raskt som mulig, og i samsvar med tjenestemottakers samtykke, tas kontakt med riktig instans i kommunen for å etablere samarbeid om planprosessen videre	
88		Kommunen og NAV bør i samarbeid sørge for at alle personer med ROP-lidelser får et samordnet og integrert oppfølgingstilbud i kommunen	
89		Samarbeid mellom nivåer og innenfor nivåer bør skje gjennom samarbeidsavtaler som må formaliseres. For den enkelte person er det individuell plan som presiserer samarbeidet. Det bør utformes samarbeidsavtaler mellom enheter knyttet til enkeltpersoner	

90		Kommunenes rus- og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling	
91		Personer med ROP-lidelser må ha rask tilgang til hjelp når de trenger det. Samarbeidsavtaler bør derfor omfatte rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid, samt samarbeid rundt personer i krise/akutte tilstander	
92		Oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team med ansatte fra både spesialisthelsetjeneste og kommune bør vurderes for personer med sammensatte problemer og lavt funksjonsnivå	
93		Når personer med ROP-lidelser begår kriminelle handlinger, bør det etableres et samarbeid ved bruk av individuell plan mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og helsetjenesten i fengsel med sikte på behandling under fengselsopphold, samfunnsstraff, betinget fengselsstraff eller soning i behandlingstilstand	



Bruk av benzodiazepiner og hypnotika i psykiatri

- Vurder alternativer
 - Søvnhygiene og behandle primærlidelse
 - Psykoterapi vanligvis bedre ved angstlidelse
- Ikke foreskriv rutinemessig eller før kjent behov
 - Kortvarig søvnløshet er ikke farlig
- Sett alltid sluttdato ved behandlingsstart
 - Vanligvis 1-3 døgn, maks 1-2 uker
- Informer om ulemper til kroniske brukere
- Tilby hjelp til å slutte med benzodiazepiner og hypnotika

Avslutning

- Alkohol er vanligste rusmiddel ved psykiske lidelser og bruken øker
- Utredning med verktøy og klinisk skjønn
- Motivasjonsarbeid og kognitiv atferdsterapi har effekt på ruslidelser
- Lengre innleggelse med bred tilnærming kan ha god effekt ved alvorlig tilstand og behandlingsresistens
- Foreskriving av avhengighetsskapende medikamenter kan lett føre til nytt problem