

STF78 A06003

RAPPORT

Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne

Rolf W. Gråwe og Torleif Ruud

SINTEF Helse

Januar 2006

**SINTEF****SINTEF RAPPORT****SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne

FORFATTER(E)

Rolf W. Gråwe og Torleif Ruud

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A06003	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Anne-Grete Kvanvig	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03851-0	PROSJEKTNR. 78i054.30	ANTALL SIDER OG BILAG 21
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\PH\prosjekt\78i054.30\Rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Rolf Gråwe	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2006-01-12	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningsjef Torleif Ruud	

SAMMENDRAG

Hensikten med denne studien var å beskrive forekomsten av pasienter med både rus og psykiske lidelser (ROP-pasienter) i ulike deler av spesialisthelsetjenesten og finne ut om de skiller seg fra andre pasienter med hensyn til hvem som henviser dem til spesialisthelsetjenesten, deres behandlingsbehov, de behandlingstiltakene de mottar, samt behandlingssamarbeidet med spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.

Data i studien er basert på tre nasjonale kartlegginger av pasienter i psykisk helsevern og i rustiltak i 2003 og 2004. Det ble funnet at omtrent 10 % av pasientene som mottok behandling i psykisk helsevern (døgn og poliklinikk) og 47 % av pasienter med diagnose i rustiltak, hadde både rus og psykiske lidelser. Mange pasienter med psykiske lidelser innen rustiltakene manglet behandlingstiltak for sine psykiske lidelser, og mange pasienter innen det tradisjonelle psykisk helsevern manglet rusbehandlingstilbud.

ROP-pasienter skiller seg fra andre pasienter ved at de fordrer mer samarbeid med sosial- og trygdekontorer, og mange av dem mangler kommunale støttetiltak, behandlingskoordinator, individuell plan, behandling av dobbeltdiagnoseteam, daglige aktiviseringstiltak, og egne kommunale boligtilbud med og uten tilsyn. Resultatene tyder på at den diagnostiske og kliniske kompetansen for behandling av pasienter med ruslidelser og samtidige psykiske lidelser bør bedres både innen tradisjonelt psykisk helsevern og innen rustiltakene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykiske lidelser,	Mental disorders
GRUPPE 2	Rusmisbruk	Substance use disorders
EGENVALGTE	Helsevesen	Health Services

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Oppsummering	4
1 Innledning	7
2 Metode og utvalg	9
3 Resultater	11
3.1 Hvem henviste pasienter med rusproblemer?	11
3.2 Forekomst av psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmissbruk	11
3.3 Behandlingsbehov og behandlingstiltak	13
3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.	17
4 Diskusjon.....	19
Referanser	21

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Utvalg og behandlingstilknytning i de tre undersøkelsene.....	9
Tabell 3.1 Andelen med psykiske lidelser (alle diagnoser, inkludert bidiagnoser) blant personer med rusmiddelmissbruk i psykisk helsevern og i rusinstitusjoner (prosent).	12

Figuroversikt

Figur 3.1	Udekkede behandlingsbehov hos pasienter med og uten ruslidelser som mottok døgnbehandling i psykisk helsevern i 2003.....	14
Figur 3.2	Ønskelige behandlingstiltak for pasienter i poliklinisk behandling.....	15
Figur 3.3	Andeler av pasienter med ruslidelser og rus og psykiske lidelser (ROP) i rustiltak, med udekkede behov for ulike former for kommunale tiltak.	16
Figur 3.4	Andelen av pasienter i rustiltak med rus og psykiske lidelser (ROP) og med ruslidelser alene, som hadde udekkede behov for spesialisttiltak, eller som allerede hadde slike tiltak.....	17
Figur 3.5	Samarbeid med andre instanser for pasienter med og uten ruslidelser som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern.....	18
Figur 3.6	Andelen (%) pasienter der rustiltaket samarbeider med andre.....	18

Oppsummering

Hensikten med denne studien er å beskrive forekomsten av pasienter med både rus og psykiske lidelser (ROP-pasienter) i ulike deler av spesialisthelsetjenesten og finne ut om de atskiller seg fra andre pasienter med hensyn til hvem som henviser dem til spesialisthelsetjenesten, deres behandlingsbehov, de behandlingstiltakene de mottar, samt behandlingssamarbeidet med spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Data i studien er basert på tre nasjonale kartlegginger av pasienter i psykisk helsevern og i rustiltak i 2003 og 2004. Her er en punktvis sammenfatning av resultatene.

Henvisning og tidligere behandling av pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidig psykisk lidelse (rus og psykisk lidelse, ROP):

Dette ble kun registrert i studien av pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern.

- Med unntak av at flere pasienter uten rusproblemer (psykiatripasienter) enn ROP-pasienter var henvist fra psykiatrisk sengeavdeling (16 versus 10 %), var det ingen forskjeller mellom disse gruppene knyttet til hvem de ble henvist av.
- Omtrent halvparten av både psykiatripasientene og ROP-pasientene hadde tidligere mottatt behandling i primærhelsetjenesten.
- Signifikant færre ROP-pasienter (31 %) enn psykiatripasienter (40 %) hadde tidligere mottatt behandling fra poliklinikk i psykisk helsevern.
- Signifikant flere ROP-pasienter (18 %) enn psykiatripasienter (1 %) hadde tidligere vært behandlet ved rusinstitusjon/tiltak.

Forekomst av ROP

Pasienter som mottok døgnbehandling i tradisjonelt psykisk helsevern:

- Blant pasienter som mottok døgnbehandling i psykisk helsevern hadde 9 % (N=392) en rusdiagnose som hoveddiagnose eller som bidiagnose.
- Det var signifikant flere menn (67 %) enn kvinner (47 %) som hadde rusdiagnoser og ROP-pasientene var signifikant yngre enn psykiatripasientene.
- 56 % av ROP-pasientene hadde schizofreni-diagnoser (F 20-29). Ellers hadde 19 % affektive lidelser og 11 % personlighetsforstyrrelser.

Pasienter som mottok poliklinisk behandling i tradisjonelt psykisk helsevern:

- 11 % av pasientene (N=1 918) en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose.
- Det var betydelig flere ROP-pasienter enn pasienter med kun psykiske lidelser (psykiatripasienter) i alderskategorien 18 til 29 år (49 versus 26%).
- Det var signifikant flere menn blant ROP-pasientene enn blant psykiatripasientene (63 versus 36 %).

- Omtrent en-fjerdedel av ROP-pasientene hadde affektive diagnoser eller schizofrene psykoser, og omtrent en-femtedel hadde nevrotske/angstdiagnoser eller personlighetsforstyrrelser.

Pasienter som mottok behandling i rustiltak:

- $\frac{3}{4}$ av pasientene hadde ikke anført noen diagnose. 65 % av de som hadde anført å ha en alvorlig og behandlingstrengende psykisk lidelse, hadde ikke oppgitt psykiatrisk diagnose (annet enn rus). Dette betyr at ICD-10 diagnoser i liten grad benyttes av helsepersonell i rustiltak.
- Av de i rustiltakene som hadde oppgitt diagnose, hadde 47 % andre psykiske lidelser enn ruslidelser (dvs rus og psykiatri) i hoved- eller bidiagnose. Det er derimot usikkert hvorvidt de $\frac{1}{4}$ av totalen som hadde oppgitt diagnose er representativ for de som ikke hadde oppgitt diagnose.
- Gjennomsnittsalderen for ruspasienter med og uten psykiske lidelser var omtrent 40 år.
- De vanligste komorbide psykiatriske diagnosene (annet enn rus) var angstlidelser (ca 34 %), affektive eller stemningslidelser (ca 25%) og personlighetsforstyrrelser (ca 22%).
- 29 % av alle pasienter i rustiltak (N=903) var avkysset for å ha et behandlingstrengende alvorlig psykisk helseproblem.

Behandlingsbehov og behandlingstiltak hos ROP-pasienter

ROP-pasienter som mottok døgnbehandling i tradisjonelt psykisk helsevern:

- Signifikant flere ROP-pasienter enn pasienter uten rusmiddelproblemer (psykiatri-pasienter) hadde sosial stønad som hovedinntektskilde, og signifikant færre ROP-pasienter enn psykiatripasienter mottok uføretrygd.
- ROP-pasienter mottok signifikant sjeldnere medisiner og treningstiltak under oppholdet enn pasienter uten rusmiddelproblemer.
- 28 % av ROP-pasientene mottok et rus behandlingstilbud under oppholdet.
- Det var ønskelig eller et udekket behov for rusbehandlingstilbud for 51 % av ROP-pasientene.
- Det var signifikant sjeldnere ønskelig med langvarige døgntilbud og dagtilbud, samt oftere ønskelig med polikliniske tilbud, til ROP-pasienter enn pasienter uten ruslidelser.
- Signifikant flere ROP-pasienter enn psykiatripasienter hadde et utilstrekkelig behandlingstilbud som skyldtes manglende behandlingskompetanse.
- Det var signifikant oftere ønskelig med kommunale boligtilbud med og uten tilsyn for ROP-pasienter enn psykiatripasienter.

ROP-pasienter som mottok poliklinisk behandling i tradisjonelt psykisk helsevern:

- Signifikant flere ROP-pasienter mottok sosial stønad og færre hadde egen inntekt og trygd som hovedinntektskilde.
- Signifikant færre ROP-pasienter enn pasienter uten rusmiddellidelser ble behandlet med medisiner og gruppebehandling.
- 46% av ROP-pasientene mottok rusbehandlingstiltak.
- De var signifikant mer ønskelig eller et udekket behandlingsbehov for pårørendesamtaler og treningsopplegg enn de uten rusmiddellidelser.
- Signifikant flere ROP-pasienter hadde individuell plan.
- Det var ingen gruppeforskjeller mht å ha utilstrekkelig behandlingstilbud som skyltes manglende kapasitet eller kompetanse.
-

ROP-pasienter som mottok behandling i rustiltak:

- Det var signifikant flere ROP-pasienter som mottok trygd og færre som mottok sosial stønad som hovedinntekt.
- Signifikant færre ROP-pasienter enn pasienter med kun rusmiddelmisbruk som hadde individuell plan.
- Signifikant færre ROP-pasienter hadde udekkede kommunale tilbud (pleie- og omsorgstilbud, støttekontakt, individuell plan, aktiviseringstiltak).
- Det var ingen gruppeforskjeller mht udekkede behov for A-etat, skole/utdanning/opplæring, trygdeytelser, og rustiltak (LAR, avrusning, døgn/dag/poliklinisk tilbud). Flere ROP-pasienter hadde udekkede behov for trygdeytelser, psykiatriske dag- og døgntilbud (mange ROP-pasienter hadde allerede psykiatriske polikliniske tilbud), samt psykiatrisk ungdomsteam.
- ROP-pasienter hadde signifikant oftere et utilstrekkelig behandlingstilbud som skyltes manglende kompetanse og kapasitet enn pasienter kun med rusmiddellidelser.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten

Det var ingen data på dett for de som mottok poliklinisk behandling.

- ROP-pasienter som mottok døgnbehandling i tradisjonelt psykisk helsevern: Mens det ikke var noen gruppeforskjeller mht behandlingssamarbeid med pårørende, fastlege, psykiatrisk poliklinikk, kommunale pleie- og omsorgstiltak, kommunalt psykisk helsearbeid, ambulante team, somatisk helsehjelp, skole/arbeid/A-etat, var det oftere behandlingssamarbeid mellom ROP-pasienter sosialtjenesten, trygdekontorer og politi/fengsel enn for pasienter uten rusmiddeldiagnoser.
- ROP-pasienter som mottok behandling i rustiltak: Det var signifikant flere ROP-pasienter enn ruspasienter som hadde samarbeid med psykisk helsevern (25%), kommunalt psykisk helsearbeid, pårørende og trygdekontorer.

1 Innledning

Fra 2003 ble de fylkeskommunale sykehusene overtatt av staten og drevet av de regionale helseforetakene (helsereformen). Som et ledd i opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid (St.prp. nr. 63 (1997-98)) ble rusreformen iverksatt fra og med 2004. Denne medførte at driften og ansvaret for alle de spesialiserte helsetiltakene til rusmisbrukere som tidligere var drevet av fylkeskommunene, ble overført til staten ved de regionale RHF'ene (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). Det ble samtidig vedtatt endringer både i sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i helseforetaksloven. Fra 2004 fikk de regionale helseforetakene et sørge-for ansvar for alle spesialiserte behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Dette ansvaret omfatter avrusing, utredning og kartlegging av behandlingsbehov, spesialisert poliklinisk og døgnbasert behandling, sosialpedagogiske tiltak, og institusjonsplasser som tvangsbehandler rusmiddelmisbrukere (iht sosialtjenesteloven §§ 6-2,6-2a og 6-3). Den største endringen var knyttet til at de tidligere fylkeskommunale rusinstitusjonene ble overtatt av de regionale helseforetakene. Dette angikk 74 polikliniske og døgnbaserte institusjoner (32 offentlige og 42 private) med omtrent 2200 ansatte. Ved alle RHF'ene, men unntak av Helse Midt-Norge, har disse institusjonene blitt knyttet til de lokale helseforetak i regionene. Ved Helse Midt-Norge ble det opprettet et eget helseforetak med ansvar for det rusfaglige behandlingstilbudet i regionen.

Etter innføring av rusreformen har rusmiddelmisbrukere også fått pasientrettigheter (iht pasientrettighetsloven) som innebærer tidsfrister for rett til evaluering/fornytt evaluering/behandling, juridisk rett til behandling ("rettighetspasient") og rett til valg av behandlingssted. Ellers gjelder rett til medvirkning og informasjon, regler om samtykke, regler om journalinnsyn, klageadgang, pasientombudsordning, med mer for rusmiddelmisbrukere på samme måte som andre pasientgrupper. Det har også kommet særskilte bestemmelser i pasientrettighetsloven om legemiddelassistert behandling (LAR).

Kommunene har fortsatt et hovedansvar for å forebygge og avhjelpe rusproblemer (jfr sosialtjenesteloven § 3-1 og § 6-1). Formålet med rusreformen var å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere og et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ble ansett som avgjørende for å oppnå dette. Den kommunale sosialtjenesten skal nå "bistå med å etablere et behandlingssopplegg". Lovendringer som rett til individuell plan og spesialisthelsetjenestens plikt til å varsle kommunen om utskrivning av ruspasienter og pasientenes videre behov, skal sikre at det finner sted et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Før rusreformen opererte man vanligvis med to behandlingkategorier for rusmiddelmisbrukere. Det var spesialisthelsetjenestebehandling ved psykiatrisk poliklinikk eller døgninstitusjon (som skjedde i liten grad, bortsett fra de psykiatriske ungdomsteamene), og behandling ved fylkeskommunale rusinstitusjoner. Etter innføring av rusreformen i 2004, har dette endret seg og det er vanlig å operere med fire kategorier eller hovedgrupper av kombinasjoner ruslidelser og psykiske lidelser. Dette sier også noe om hvor behandlingsansvaret bør være.

Rusmisbruk	Psykisk lidelse	
	Lette lidelser (angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser)	Alvorlige lidelser (dobbeltdiagnoser)
Lett rusmisbruk	A: Eks: angst og depresjon Ansvar: omsorgstilbud fra primærhelsetjenesten	B: Eks: Alvorlig angst/depresjon, bipolar lidelse, psykose med periodevis hasjmisbruk. Ansvar: behandling av psykisk helsevern
Alvorlig rusmisbruk (ofte rusmiddelavhengighet eller bruk av injiserende stoffer)	C: Eks: angst og depresjon parallelt med bruk av injiserende stoffer. Ansvar: behandling av rusinstitusjoner/tiltak	D: Eks: residiverende psykose/alvorlig personlighetsforstyrrelse med periodevis/alvorlig rusmisbruk. Ansvar: døgn/spesialinstitusjon psykisk helsevern.

Hensikten med denne studien er å beskrive forekomsten av ROP-pasienter i ulike deler av spesialisthelsetjenesten og finne ut om de atskiller seg fra andre pasienter med hensyn til hvem som henviser dem til spesialisthelsetjenesten, deres behandlingsbehov, de behandlingstiltakene de mottar, samt behandlingssamarbeidet med spesialisthelsetjenesten og første- og andrelinjetjenesten. Dette inkluderer også vurderinger av tilstrekkeligheten av behandlingstiltakene. Studien er basert på tre studier som er utført av SINTEF Helse i 2003 og 2004, dvs rett før eller rett etter rusreformen. Data fra studiene er fra voksne pasienter fra følgende studier:

- 1) alle døgnbehandlede pasienter i psykisk helsevern (ikke rusinstitusjoner) i november 2003 (Hagen & Ruud, 2004),
- 2) alle polikliniske pasienter i psykisk helsevern (ikke rusinstitusjoner) i september 2004 (Gråwe et al., 2005), og
- 3) alle pasienter i registrerte rusinstitusjoner/tiltak i 2003 (Gundersen et al, 2004).

Ingen av disse studiene var primært rettet mot pasienter med rus og psykiske lidelser (ROP). Vi kjenner ikke til at det er utført noen nasjonalt generaliserbare eller populasjonsbaserte studier med et primært fokus på ROP-pasienter. Denne studien fokuserer primært på gruppe B, C og D (se over), det vil si rusmiddelbrukere som behandles på døgnavdeling eller poliklinisk i psykisk helsevern for voksne, samt voksne pasienter som behandles ved rusinstitusjoner/tiltak. Gruppen med lette psykiske lidelser og mindre alvorlig rusmiddelbruk og som ofte behandles av fastlegene, omfattes ikke av denne studien.

2 Metode og utvalg

Metodebeskrivelsene for gjennomføring av de tre ovennevnte studiene omtales kort da de er beskrevet i større detalj i respektive utgivelser. En metodeoversikt av de tre studiene er vist i tabell 2.1. Det ble brukt mer arbeid på sammenstilling av datasettene i studiene enn først forutsett. Dette var et viktig arbeid som var nødvendig for å kunne gjøre variablene fra de tre pasientpopulasjonene så sammenlignbare som mulig.

Tabell 2.1 Utvalg og behandlingstilknypning i de tre undersøkelsene.

Utvalg & tidspunkt	Antall og svarprosent	Utvalgsbeskrivelse
Pasienter i døgntilrettelagt, psykisk helsevern; 20 nov. 2003	N = 4 243 Svarprosent ca 100	Alle pasienter ved psykiatriske døgninstitusjoner (inkludert sykehjem, DPS, akuttavdelinger)
Pasienter i poliklinisk behandling ved DPS; uke 38 2004	N = 21 527 Svarprosent ca 100.	Poliklinisk behandling (N = 19441; 90%); dagbehandling (N = 1724; 8%); ambulant behandling (N = 1 162; 5%)
Pasienter i rusinstitusjoner; 20 nov 2003	N = 3 390. 70% av rusinstitusjonene deltok i studien.	Korttids- eller polikliniske tiltak (avrusning, PUT, med mer)(N = 2 067; 61%); langtids behandlingstiltak (kollektiver)(N = 660; 19,5%); omsorgstiltak (langtids botilbud med tilsyn, evangeliesenter, med mer) (N = 663, 19,5%)

Studie I: Pasienter med døgntilrettelagt i psykisk helsevern for voksne. Behandlerne til alle pasienter som var innlagt ved psykiatrisk døgnavdelinger fylte ut et spørreskjema som omhandlet sosiodemografiske opplysninger (alder, kjønn, sivil status, utdanning, arbeid, inntekt, boligforhold), forhold knyttet til henvisning og innleggelse (tvang, førstegangsinnleggelse, øyeblikkelig-hjelp, med mer), kliniske og behandlingssmessige forhold (diagnose, rusmiddelmisbruk, spiseforstyrrelser, farlighetsvurderinger, grad av bedring, behandlingssamarbeid), samt vurderinger av ønskelige behandlingsformer/tiltak og om disse ble vurdert som tilstrekkelige.

Studie II: Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Alle behandlere ved DPS fylte ut et spørreskjema som omhandlet pasientenes bakgrunnsopplysninger, henvisende instans, tidligere behandling kliniske forhold (diagnose, rusproblemer, suicidproblemer, tvang, individuell plan), aktuelle og ønskelige behandlingstiltak, og om tiltakene ble betraktet som tilstrekkelige.

Studie III: Pasienter i rusinstitusjoner/tiltak. Et spørreskjema ble utfyllt av behandlere for hver klient som mottok døgn- eller poliklinisk behandling. Skjemaet omhandlet informasjon om klientenes bakgrunnsopplysninger, deres rus- og helseproblemer, behandlingssamarbeid og koordinering av samarbeidet, faktiske og ønskelige hjelpe- og behandlingstiltak

(kommunale, økonomi/arbeid, fra rusomsorg/psykiatri/somatikk), og om tilbudet ble ansett som tilstrekkelig.

Det ble utført en god del arbeid knyttet til å forsøke å kategorisere de ulike rustiltakene på meningsfulle måter. Det var spesielt vanskelig å kategorisere ulike døgntilbud som omsorgs- og støttetiltak, kortvarige og langvarige tiltak, rehabiliteringstiltak, ettervernstiltak, evangeliesenter, med mer. Dette ble forsøkt på grunnlag av pasientdata og kjennskap til tiltakene. Til vår overraskelse var det få forskjeller med hensyn til pasientkarakteristika og innholdet i de uliketilbudene. Dette førte til at vi unnlot å foreta noen kategoriseringer av de ulike rustiltakene og i stedet valgte å behandle dem under ett. Dette kan selvsagt ha ført til at noe av de heterogene aspektene i tiltakene ikke har kommet frem.

3 Resultater

3.1 Hvem henviste pasienter med rusproblemer?

Det var ikke data på henvisende instans i studien om pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern, og om pasienter i rusinstitusjoner/tiltak. Dette ble kun registrert i studien av pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern. De fleste pasienter i poliklinisk behandling var henvist av fastlege (63 %), psykiatrisk sengeavdeling (16 %) og av annen psykiatrisk poliklinikk (15 %). Med unntak av at flere pasienter uten rusproblemer (psykiatripasienter) enn ROP-pasienter var henvist fra psykiatrisk sengeavdeling (16 versus 10 %), var det ingen forskjeller mellom disse gruppene knyttet til hvem de ble henvist av. Omtrent halvparten av psykiatri og ROP-pasientene hadde tidligere mottatt behandling i primærhelsetjenesten. Signifikant færre ROP-pasienter (31 %) enn psykiatripasienter (40 %) hadde tidligere mottatt behandling fra poliklinikk i psykisk helsevern ($X^2=44.5$, $df=1$, $p=.000$). Flere ROP-pasienter (18 %) enn psykiatripasienter (1 %) hadde tidligere vært behandlet ved rusinstitusjon/tiltak ($X^2=1473.3$, $df=1$, $p=.000$).

3.2 Forekomst av psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmissbruk

Forekomst av ruslidelser blant pasienter i psykisk helsevern. Blant pasienter som mottok døgnbehandling i psykisk helsevern hadde 9 % (N=392) en rusdiagnose som hoveddiagnose eller som bidiagnose. Det var signifikant flere menn (67 %) enn kvinner (47%) som hadde rusdiagnoser og ROP-pasientene var signifikant yngre enn psykiatripasientene. Hele 42 % av ROP-pasientene var mellom 18 og 29 år gammel (24 % for psykiatri-pasientene). Det var flere psykiatripasienter enn ROP-pasienter i alle eldre alderskategorier. Hele 56 % av ROP-pasientene hadde schizofreni-diagnoser (F 20-29). Ellers hadde 19 % affektive lidelser og 11 % personlighetsforstyrrelser. Dette henger selvsagt sammen med at andelen med psykoselidelser var høy blant de som mottok døgnbehandling (47 %, alle døgninstitusjoner) sammenlignet med de som mottok poliklinisk behandling (15%). En oversikt over fordelingen av psykiatriske diagnoser for pasienter med ruslidelser er vist i tabell 2.

I poliklinikk-undersøkelsen i 2004 hadde 11 % av pasientene (N=1 918) en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose. Det var betydelig flere ROP-pasienter enn pasienter med kun psykiske lidelser (psykiatripasienter) i alderskategorien 18 til 29 år (49 versus 26%)($X^2=532$, $df=7$, $p=.000$). Det var også signifikant flere menn blant ROP-pasientene enn blant psykiatripasientene (63 versus 36 %)($X^2=544$, $df=1$, $p=.000$). 38 % av ROP-pasientene hadde intet eller lite rusmiddelmissbruk uken før behandlingsstart, og 54 % hadde et middels eller stort bruk. Tilsvarende tall for psykiatripasientene (de uten rusdiagnose) var 86 og 9 %. De med rusdiagnoser fordelte seg hovedsaklig på fire andre psykiatriske diagnosegrupper. Omtrent en-fjerdedel av ROP-pasientene hadde affektive diagnoser eller schizofrene psykoser, og omtrent en-femtedel hadde nevrotiske/angst-diagnoser eller personlighetsforstyrrelser.

Forekomst av psykiske lidelser blant pasienter i rusinstitusjoner/tiltak. Det ble ikke innhentet data om pasientenes kjønn i denne studien. Gjennomsnittsalderen for ROP-pasienter (N=991) var 39 år (SD=11.5) og de uten psykiske lidelser (N=2 366) var 40 år (SD=12.9). Det var små forskjeller i diagnosefordelinger og forekomster av ulike lidelser mellom

ruspasienter i avrusnings/akuttiltak, ruspasienter som mottok døgnbehandling, og ruspasienter som mottok poliklinisk behandling. Fordi pasienter med døgntilbud i omsorgstiltak, vernehjem, rehabiliteringstiltak og evangeliesenter var sammenlignbare med hensyn til forekomst av ruslidelser og psykiske lidelser, ble disse slått sammen med pasienter i øvrige døgntiltak (institusjoner/avdelinger/ klinikker i og utenfor psykisk helsevern, ruskollektiver, A-senter, med mer). 74 prosent (N=2 515) hadde ikke anført noen diagnose. Dette betyr at helsepersonell på rusinstitusjoner i liten grad benytter diagnostisk nomenklatur. Av de 875 med oppgitt diagnose hadde 409 (47 %) andre psykiatriske diagnoser enn ruslidelser i hoved- eller bidiagnose. Det er derimot usikkert hvorvidt de 26 % av totalen som hadde oppgitt diagnose er representativ for de som ikke hadde oppgitt diagnose. Med denne usikkerheten kan man si at 47 % av pasienter i rustiltak har andre psykiske lidelser enn ruslidelser (dvs rus og psykiatri, ROP). De vanligste komorbide psykiatriske diagnosene (annet enn rus) var angstlidelser (ca 34 %), affektive eller stemningslidelser (ca 25%) og personlighetsforstyrrelser (ca 22%). En oversikt over komorbide psykiatriske diagnoser i de tre studiene er vist i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Andelen med psykiske lidelser (alle diagnoser, inkludert bidiagnoser) blant personer med rusmiddelmissbruk i psykisk helsevern og i rusinstitusjoner (prosent).

	Psykisk helsevern, døgn (N=392)	Psykisk helsevern, poliklinikk (N=1 918)	Rus- institusjoner (N=409)
F 0-09 Organiske lidelser	0	2	1
F 20-29 Schizofreni, schizotyp og paranoid lidelse	56	24	2
F 30-39 Affektive lidelser	19	26	25
F 40-48 Nevrotiske, belastningsrelaterede og somatoforme lidelser	6	20	34
F 50-59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	2	1	2
F 60-69 Personlighetsforstyrrelser	11	18	22
F 70-79 Psykisk utviklingshemming			
F 80-89 Utviklingsforstyrrelser			
F 90-98 Atferds/følelsesmessige forstyrrelser i barne- og ungdoms- alderen	6	9	14
Total	100	100	100

Det ble også spurt om pasientene hadde et alvorlig psykisk helseproblem som trenger behandlingstiltak. Her var det angitt "ja" for 29 % (N=903), "nei" for 58 % (N=1 785), og "vet ikke" for 13 % (N=400). For å kunne beskrive behandlingsbehov og behandlingstiltak for de med psykiske lidelser best mulig, har vi i de videre analysene derfor kun inkluderte de som hadde anført å ha et alvorlig psykisk helseproblem og som trengte behandlingstiltak for dette (dvs 29% av alle, N=997).

3.3 Behandlingsbehov og behandlingstiltak

Pasienter som mottok døgnbehandling i psykisk helsevern.

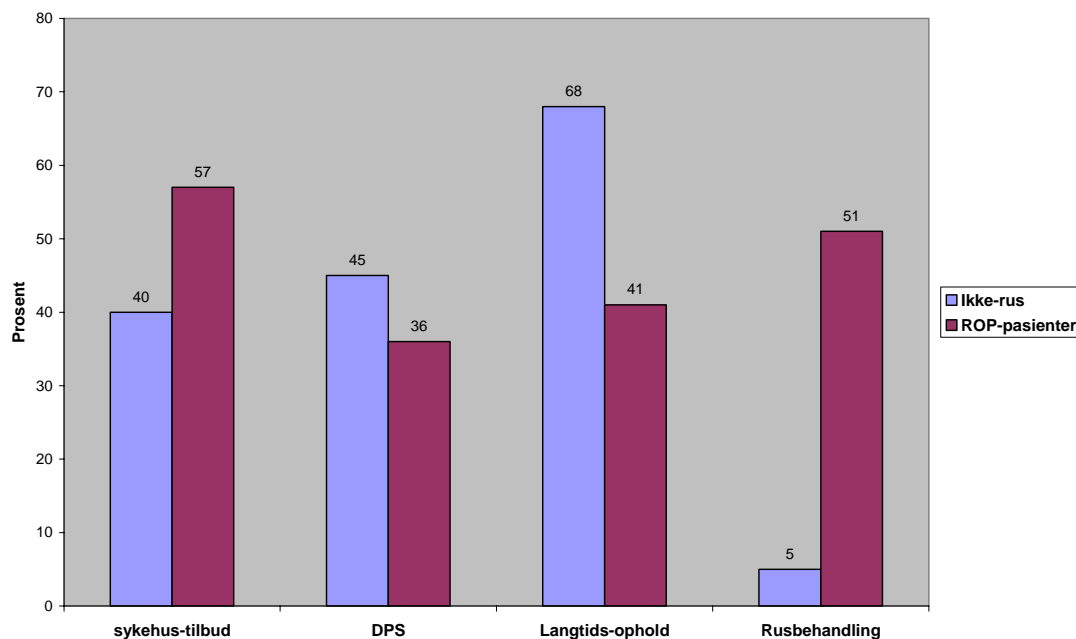
Signifikant flere ROP-pasienter enn psykiatrispasienter hadde sosial stønad som hovedinntektskilde (16 versus 4 %), og signifikant færre ROP-pasienter mottok uføretrygd (11 versus 24 %)(chi-square tests, alle $p < .001$). Det var ingen eller små forskjeller med hensyn til inntekt fra eget arbeid, å være forsørget av andre, og alderspensjon. Det ble ikke innhentet opplysninger knyttet til individuell plan i denne studien.

Det var ingen forskjell mellom de med rusdiagnoser og de øvrige med hensyn til andelen som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp eller andelen med førstegangsinleggelse. Det var tendens til at prosentmessig flere ROP-pasienter ble innlagt på tvungen undersøkelsesparagraf enn psykiatrispasientene (14 versus 8 %).

Behandlingstilbud som ble gitt under oppholdet i institusjonen bar preg at det ble gitt noe sjeldnere medisiner (82 versus 89%) til ROP-pasienter og de deltok sjeldnere på treningsopplegg (23 versus 32 %)(chi-square test, alle $p \leq .001$). Det var ingen forskjeller med hensyn til bruk av gruppeterapi og pårørendesamtaler. ROP-pasienter mottok derimot i større grad et rustilbud enn de uten ruslidelser (28 versus 2 %). Behandlerne vurderte også i hvilken grad pasientene hadde blitt bedre i løpet av oppholdet på en syvpunkts-skala (mye dårligere til svært mye bedre). Det var ingen forskjell mellom pasienter med og uten rusproblemer med hensyn til grad av bedring.

Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til ønskeligheten av tilbud (dvs at det var udekkede behandlingsbehov) som medisiner, behandlingssamtaler, gruppeterapi, pårørendesamtaler, og treningsopplegg. Det var derimot i meget stor grad ønskelig med mer rusbehandlingstilbud til ROP-pasienter enn de uten ruslidelser (51 versus 5 %)($X^2=883$, $df=1$, $p=.000$). En oversikt over udekkede (dvs ønskelige) behandlingstilbud for pasientgruppene er vist i figur 3.1. Det var angitt for 9 % av ROP-pasientene (mot 4 % av de uten rusproblemer) at de hadde et utilstrekkelig behandlingstilbud hadde det på grunn av manglende behandlingskompetanse ($X^2=30$, $df=1$, $p=.000$). Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til at et utilstrekkelig tilbud skyldtes det at pasientene ikke ønsket det eller manglende kapasitet. Det var ikke flere ROP-pasienter enn de uten ruslidelser som var angitt å være behandlet på feil sted.

Figur 3.1 Udekkede behandlingsbehov hos pasienter med og uten ruslidelser som mottok døgntilbud i psykisk helsevern i 2003.



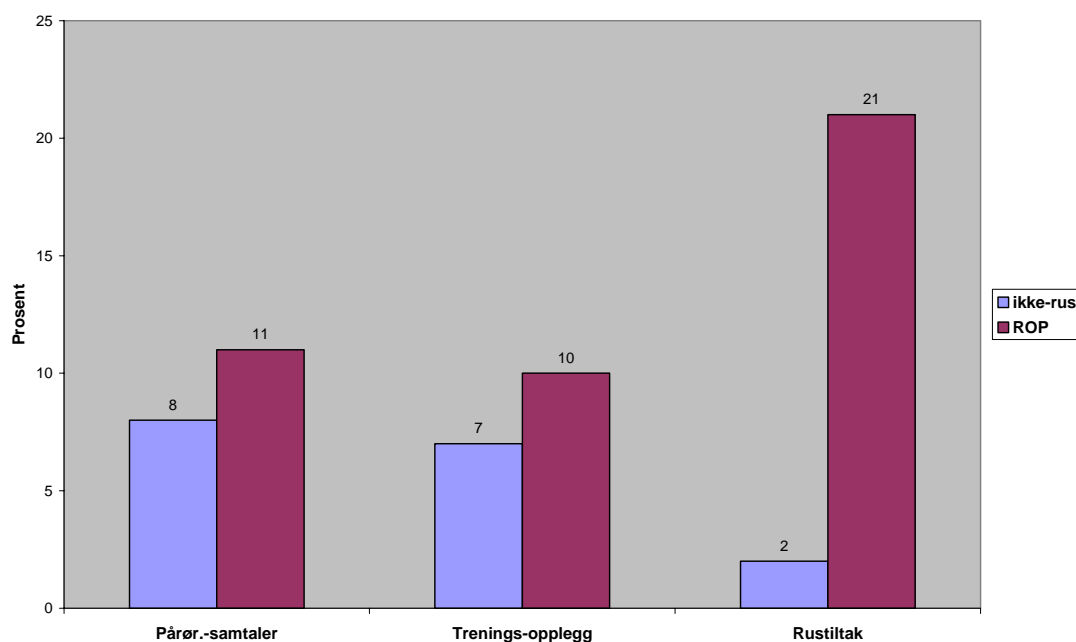
Med hensyn til hvilke døgntilbud som var ønskelige for pasientene, så var det store forskjeller mellom de med og de uten ruslidelser. Det var langt mer ønskelig med langvarige døgntilbud (intermediærpost, langtidspost, rehabiliteringspost) for psykiatripasienter (68 %) enn for ROP-pasienter (41 %) ($X^2=25$, $df=3$, $p=.000$). Det var ingen forskjeller med hensyn til ønskeligheten av mer kortvarige døgntilbud (16-18%), mens det for hele 18 % av ROP-pasientene var anført at det var behov for "andre" typer døgntilbud (mot 5 % hos psykiatri-pasientene). Disse vurderingene var derimot ubesvart for over 50 % av pasientene. Når det gjelder ønskeligheten av ulike typer kommunale tiltak (ubesvart for omtrent 40 %), var det en tendens til at det var mer ønskelig for flere ROP-pasienter med kommunale døgntilbud (bolig) med og uten tilsyn (59 %) enn for pasienter uten ruslidelser (47 %). Det var også mer ønskelig med poliklinisk behandlingstilbud for ROP-pasienter enn for de uten ruslidelser (67 versus 59 %) ($X^2=21.2$, $df=3$, $p<.000$). For pasienter uten ruslidelser var det derimot mer ønskelig med dagtilbud i regi av psykisk helsevern eller kommunen (35 %) enn det var for ROP-pasienter (20 %).

Pasienter som mottok poliklinisk behandling i psykisk helsevern.

Det var flere ROP-pasienter enn psykiatripasienter som hadde oppført sosial stønad som hovedinntektskilde (16 versus 3 %). Det var motsvarende flere psykiatripasienter som hadde lønnet arbeid (21 versus 14 %) eller ulike former for trygdeytelser (68 versus 60 %) som hovedinntekt ($X^2=815$, $df=9$, $p=.000$).

Det var flere psykiatripasienter enn ROP-pasienter som mottok behandling med medisiner (66 versus 50 %) ($X^2=178.7$, $df=1$, $p=.000$) og gruppebehandling (18 versus 10 %) ($X^2=79.2$, $df=1$, $p=.000$). Motsatt mottok langt flere ROP-pasienter egne rusbehandlingstiltak (46 versus 1 %) ($X^2=6001.3$, $df=1$, $p=.000$). Når det gjelder hvilke behandlingstiltak som de ikke mottok og som var ønskelige, var gruppene sammenlignbare med hensyn til behandling med medisiner (ca 15 %), med samtaler med behandler (ca 14 %), og med gruppebehandling (ca 11 %). Det var derimot signifikant mer ønskelig å tilby ROP-pasientene mer pårørendesamtaler ($X^2=14.1$, $df=1$, $p=.000$), mer treningsopplegg ($X^2=17.5$, $df=1$, $p=.000$), og mer rusbehandlingstiltak ($X^2=1576.2$, $df=1$, $p=.000$). Prosentandelene er angitt i figur 3.2.

Figur 3.2 Ønskelige behandlingstiltak for pasienter i poliklinisk behandling.



Det var ikke registrert data på samarbeidstiltak med øvrige institusjoner og etater i denne studien. Det var signifikant flest ROP-pasienter som hadde individuell plan (25 versus 19 %)($X^2=37.4$, $df=1$, $p=0.000$).

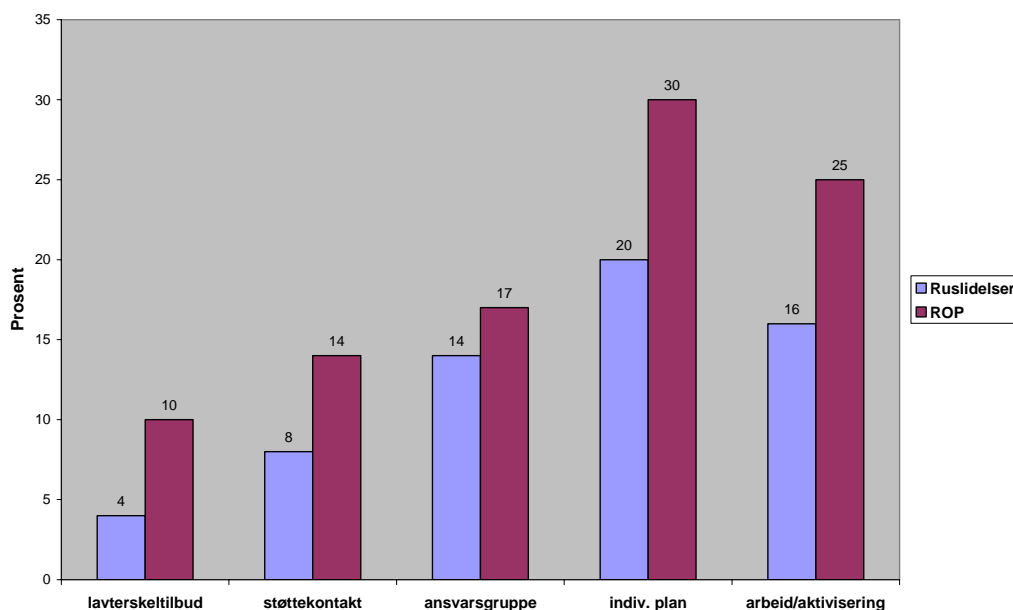
Det var signifikant flere ROP-pasienter (28%) enn psykiatrispasienter (20 %) som hadde et utilstrekkelig behandlingsbehov som skyldtes at pasientene selv ikke ønsket mer hjelp eller tilbud (28 versus 20 %)($X^2=64.4$, $df=1$, $p=.000$). Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til at et utilstrekkelig behandlingstilbud skyldtes manglende kompetanse (ca 2 %) eller kapasitet (ca 5 %). Det betyr at i den grad behandlingspersonellet opplevde at behandlingstilbudet var utilstrekkelig for ROP-pasienter, så forklarte de det med at ROP-pasientene selv ikke ønsket mer hjelp og ikke andre forhold.

Pasienter i rusinstitusjoner/tiltak

Det var signifikant flere ROP-pasienter enn pasienter kun med ruslidelser (ruspasienter) som hadde attføring (26 versus 19%) og uføretrygd (22 versus 17%) som hovedinntektskilde (chi-square test, alle $p\leq.001$). Det var derimot signifikant flere ruspasienter enn ROP-pasienter som hadde sosial stønad som hovedinntekt (23 versus 15%)($p\leq.001$). Det var ingen eller små forskjeller med hensyn til inntekt av eget arbeid, å være forsørget av andre, og alderspensjon.

Det var signifikant færre ROP pasienter som hadde individuell plan ($X^2=33.7$, $df=3$, $p=.000$), ansvarsgruppe i hjemkommunen ($X^2=17.4$, $df=3$, $p=.001$), og en koordinator for ens samlede hjelpetilbud ($X^2=33.3$, $df=3$, $p=.000$). Likeså var det signifikant færre ROP-pasienter som hadde udekkede kommunale hjelpetiltak som: pleie- og omsorgstiltak ($X^2=50.6$, $df=2$, $p=.000$), støttekontakt ($X^2=26$, $df=2$, $p=.000$), samt individuell plan ($X^2=39.6$, $df=2$, $p=.000$). ROP-pasienter hadde også større udekket behov for daglige aktiviseringstiltak ($X^2=36.1$, $df=2$, $p=.000$). En oversikt over udekkede behov for kommunale hjelpetiltak er vist i figur 3.3.

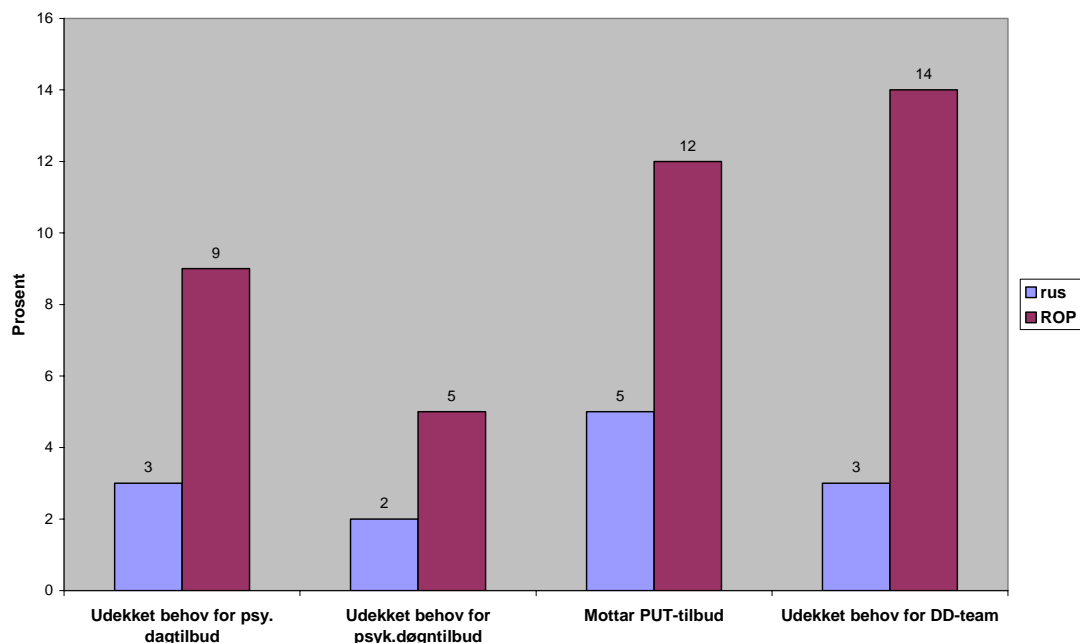
Figur 3.3 Andeler av pasienter med ruslidelser og rus og psykiske lidelser (ROP) i rustiltak, med udekkede behov for ulike former for kommunale tiltak.



Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til udekkede behov for tiltak fra A-etat, og skole/kurs/opplæringstiltak da signifikant flere ROP-pasienter enn rus-pasienter allerede mottok slike tilbud (chi-square test, alle $p \leq .001$). Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til udekkede behov for rustiltak (LAR, avrusing, døgn/dag/polikliniske tilbud), mens det var signifikant flere ROP-pasienter som hadde udekkede behov for psykiatriske dagtilbud ($X^2=52.2$, $df=2$, $p=.000$) og døgntilbud ($X^2=29.6$, $df=2$, $p=.000$). Selv om det ikke var noen gruppeforskjeller med hensyn til udekkede behov for poliklinisk behandling (samt av dobbelt-diagnoseteam), så hadde signifikant flere ROP-pasienter allerede et slikt tilbud (chi-square test, alle $p \leq .001$).

Mens det var flere rus-pasienter enn ROP pasienter som hadde udekkede behov knyttet til trygdeytelser ($X^2=5$, $df=1$, $p=.024$) og tiltak fra psykiatriske ungdomsteam ($X^2=12$, $df=1$, $p=.002$), var det flest ROP-pasienter som hadde udekkede hjelpebehov knyttet til spesialisttiltak knyttet til skole/kurs/voksenopplæring ($X^2=6$, $df=1$, $p=.017$), dagtilbud fra rustiltak ($X^2=11$, $df=1$, $p=.001$), og døgntilbud fra rustiltak ($X^2=41$, $df=1$, $p=.000$) (figur 3.4). Det var også signifikant flere ROP-pasienter enn rus-pasienter som mottok tiltak fra psykiatrisk ungdomsteam ($X^2=9$, $df=1$, $p=.002$) og nesten signifikant flere som mottok tiltak fra dobbeltdiagnoseteam ($p=.058$).

Figur 3.4 Andelen av pasienter i rustiltak med rus og psykiske lidelser (ROP) og med ruslidelser alene, som hadde udekkede behov for spesialisttiltak, eller som allerede hadde slike tiltak.

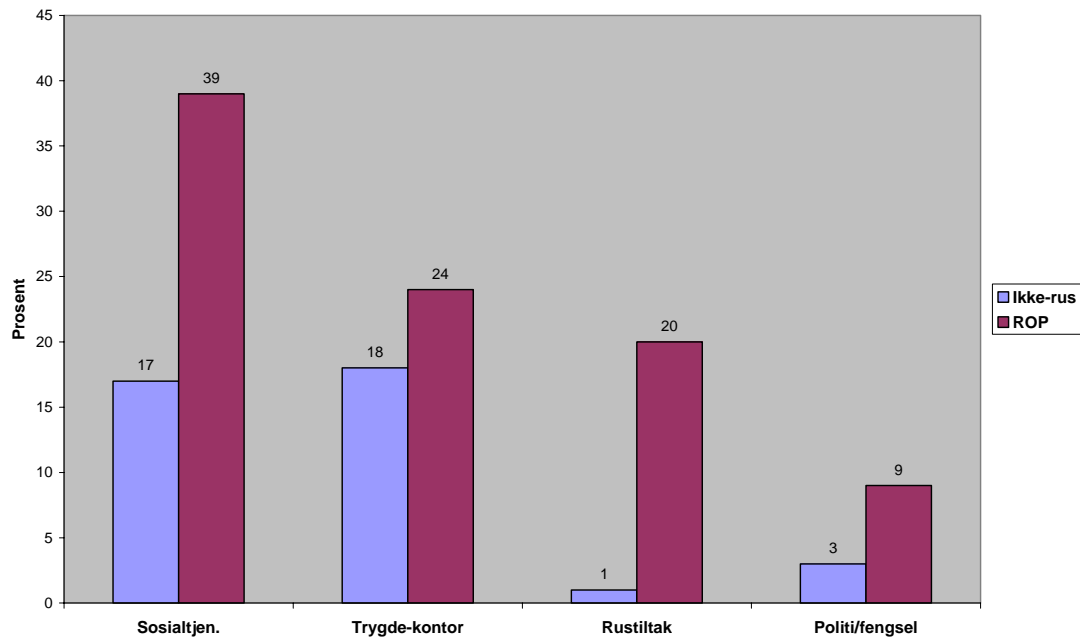


Med hensyn til vurderinger av tilstrekkeligheten av behandlingstiltakene som pasientene mottok på rustiltakene, så var det oftere angitt at årsakene til at det eksisterende tilbudet var utilstrekkelig skyldtes mangelfull behandlingskompetanse og kapasitet for ROP-pasienter enn rus-pasienter ($X^2=21$, $df=3$, $p=.000$). Mangelfullt samarbeid knyttet til pasientenes samlede behandlingstilbud var i liten grad oppgitt som grunn til at tilbudet ikke var tilstrekkelig. Mange pasienter med et utilstrekkelig tilbud ved rustiltakene ønsket ikke selv mer hjelp eller andre tilbud (ca 70%).

3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.

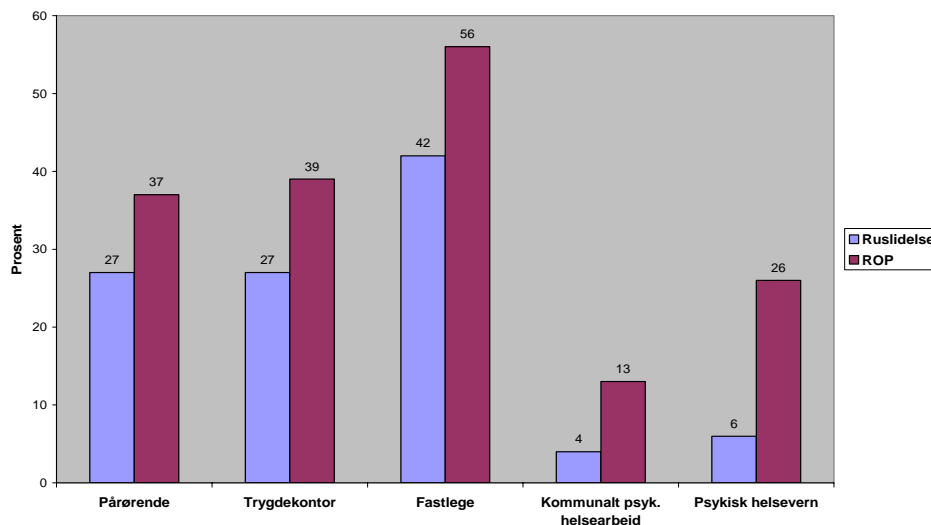
Det var ingen data på behandlingssamarbeid med øvrige instanser i studien av pasienter som mottok poliklinisk behandling i psykisk helsevern i 2004. Av de som mottok døgntilbud, så var det mest vanlig å samarbeide med pasientenes pårørende, fastlegene, psykiatrisk poliklinikk, og trygdekontorene. Mens det ikke var noen forskjeller mellom pasienter med og uten ruslidelser med hensyn til samarbeid med pårørende, fastlege, kommunale pleie- og omsorgstjenester, kommunalt psykisk helsearbeid, poliklinikk, ambulante team, somatikk, skole/arbeidssted og A-etat, så var det oftere et samarbeid med sosialtjenestene, trygdekontorer og politi/fengsel for ROP-pasienter enn for de uten ruslidelser (chi-square test, alle $p \leq .001$) (se figur 3.5).

Figur 3.5 Samarbeid med andre instanser for pasienter med og uten ruslidelser som mottar døgntilbud i psykisk helsevern.



Pasienter i rustiltak hadde mest kontakt med sosialtjenesten, barnevernet, fastlegen og trygdekontoret. Det var liten involvering (under ¼ av pasientene) for den enkelte pasient knyttet til skole/arbeidssted, A-etat, pleie- og ulike kommunale støtte/omsorgstiltak (lavterskeltilbud, hjemmetjenester, praktisk hjelp, støttekontakt) og psykisk helsetiltak (tilbud fra ungdomsteam, dobbeltdiagnosteam, annet rusteam psykisk helsevern, dag- eller døgntilbud). I figur 3.6 er det vist hvilke instanser rusinstitusjonene samarbeidet med for pasienter med (ROP) og uten psykiske lidelser. Det var signifikant flere ROP-pasienter som hadde samarbeidskontakt med psykisk helsevern, kommunale psykisk helsetiltak, pårørende og trygdekontor, enn pasienter kun med rusmiddelproblemer (chi-square test, alle $p \leq .001$). Det var ingen forskjeller med hensyn til samarbeid med sosialtjenesten, fastlege, arbeidssted, A-etat, politi og fengsel, somatisk sykehus, og organisasjoner som A.A. og N.A. Totalt sett hadde pasienter på rusinstitusjoner og rustiltak (de med og uten psykiske lidelser) mest samarbeid med sosialtjenesten (75%), fastlege (45%) og trygdekontor (30%).

Figur 3.6 Andelen (%) pasienter der rustiltaket samarbeider med andre.



4 Diskusjon

Hovedfunnene i denne undersøkelsen er at omtrent 10 % av pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern (poliklinikk og døgn) og 47 % av pasientene i rustiltak, var ROP-pasienter. På grunn av lite bruk av diagnoser i rustiltak, er det usikkert hvorvidt andelen innen rustiltak er representativ for de som ikke hadde oppgitt diagnose. Innen psykisk helsevern var disse typisk yngre og var oftere menn enn pasienter uten ruslidelser. Vanligste komorbide lidelser for ROP-pasienter innen tradisjonelle poliklinikker i psykisk helsevern var schizofreni (ca 1/4) og affektive lidelser (ca 1/4), og i psykiatriske døgninstitusjoner schizofreni (56%) og affektive lidelser (ca 1/5). Innen rustiltak var de vanligste komorbide lidelsene nevrotiske/angstlidelser (34%) og affektive lidelser (ca 1/4). ROP-pasienter innen rustiltak hadde oftere trygdeytelser som hovedinntekt enn pasienter uten psykiske lidelser, mens innen tradisjonelt psykisk helsevern hadde ROP-pasienter oftere sosial stønad som hovedinntekt enn de med kun psykiske lidelser. Når det gjelder behandlingstiltakene de mottok, så mottok 28 % av ROP-pasienter på psykiatriske døgninstitusjoner rusbehandlingstiltak, mens tilsvarende var 46 % for de på psykiatriske poliklinikker. 25 % av ROP-pasienter innen rustiltak hadde behandlingssamarbeid med psykisk helsevern. Fem prosent av ROP-pasienter innen rustiltak hadde udekkede behov for psykiatriske døgntilbud, 9 % for psykiatrisk dagtilbud, og 14 % for behandling av dobbeltdiagnoseteam. Mange ROP-pasienter innen rustiltak hadde allerede et psykiatrisk poliklinisk tilbud.

Når det gjelder samarbeidstiltak for ROP-pasienter, så hadde 20-25 % individuell plan (ikke registrert i psykiatrisk døgnbehandling) og psykiatriske døgn- og poliklinikker samarbeidet oftere med sosialkontorer, trygdekontorer og politi/fengsel vedrørende ROP-pasienter enn for pasienter uten ruslidelser. Innen rustiltakene hadde ROP-pasienter signifikant sjeldnere behandlingskoordinator, ulike former for kommunale hjelpetilbud (pleie- og omsorgstiltak, støttekontakt, daglige aktiveringstiltak og individuell plan), enn pasienter med kun ruslidelser.

Det ble i alle studiene spurt om grunnene til at behandlingstiltakene eventuelt var utilstrekkelige. På psykiatriske døgninstitusjoner var det flere ROP-pasienter enn pasienter uten ruslidelser som ble anført å motta et utilstrekkelig behandlingstilbud som skyldtes manglende kompetanse. På poliklinikkene var det ingen gruppeforskjeller med hensyn til å tilskrive årsakene til et utilstrekkelig tilbud til kapasitet eller kompetanse. De anførte i større grad (signifikant forskjell) at flere ROP-pasienter (28 %) hadde et utilstrekkelig tilbud fordi pasienten selv ikke ønsket mer hjelp. Innen rustiltakene ble det signifikant oftere tilskrevet manglende kapasitet og kompetanse som grunner for at tilbudet til ROP-pasienter var utilstrekkelig. Det var også en høy andel av sistnevnte ROP-pasienter som ikke ønsket mer hjelp.

Styrken til denne undersøkelsen er at den er basert på nasjonale data med meget høy svarprosent. Dette betyr at det i utgangspunktet er populasjonsdata med meget stor ekstern validitet. Del alle fleste pasienter registrert innen tradisjonelt psykisk helsevern hadde oppgitt ICD-10 diagnoser. Det er derimot kjent at korrekt identifikasjon av ruslidelser fordrer bruk av strukturerte kartleggingsverktøy, noe som sannsynligvis benyttes i liten grad. Dette gjør at det sannsynligvis er mørketall vedrørende ruslidelser innen psykisk helsevern. Innen rustiltakene hadde de fleste pasienter ikke oppgitt ICD-10 diagnoser. Det er mulig at helsepersonellet i rustiltak som fylte ut spørreskjemaene både manglet diagnostisk praksis/kultur og diagnostisk kompetanse (spesielt for andre lidelser enn ruslidelser). Dette

gjør selvsagt forekomsten av psykiske lidelser innen rustiltak for usikker. For å kunne kjøre statistiske analyser på gruppeforskjeller knyttet til behandlingsbehov/tiltak/samarbeid for pasienter på rustiltak, inkluderte vi i ROP-pasientene de som i separat spørsmål var angitt å ha behandlingstrengende alvorlig psykisk lidelse. Dette reduserer også presisjonsnivået og generaliserbarheten av data for disse pasientene. En annen svakhet ved studien er usikkerheter knyttet til kategoriseringer av rustiltakene. De ulike tiltakene er svært heterogene. Noen er spesialiserte og behandler avgrensede pasientgrupper (kvinner med alkoholproblemer, LAR, dobbeltdiagnoseteam kun for psykosepasienter, med mer), mens andre har et vidt spekter av pasienter. Det er fordeler og ulemper knyttet til å behandle alle under ett som i denne studien. Det er uansett behov for å forbedre det eksisterende nasjonale kodesystemet (som er PUT, døgn-kort, døgn- lang, akutt, rustiltak i psykisk helsevern, omsorgs/rehab.tiltak, og LAR) og i stedet lage kategorier som forener de som benyttes i minste basis datasett og kodingen innen spesialisthelsetjenesten. En annen svakhet med denne studien er at man ikke har mål på bedring eller behandlingseffekt. Det er vanskelig å evaluere behandlingstiltakene uten at man har pasientdata knyttet til opplevelse av nytten av slike tiltak og kliniske endringsmål. Det ble også vanskelig å gi meningsfulle resultater knyttet til henvisningspraksis da vi kun hadde noe data på dette fra den polikliniske kartleggingsstudien innen tradisjonelt psykisk helsevern.

Resultater som viser at pasienter med ruslidelser er yngre og oftere er menn enn pasienter med andre psykiske lidelser innen tradisjonelt psykisk helsevern, er i tråd med annen forskning. Forekomsten av ruslidelser innen tradisjonelle psykiatriske døgnavdelinger og poliklinikker er derimot klart lavere enn hva som er vist i epidemiologisk forskning med bruk av systematiske diagnostiske kartleggingsmetoder. Slike studier viser at rusrelaterte lidelser er blant de mest vanligste komorbide lidelser blant personer med psykiske lidelser og det er vanlig med livstidsprevalenser på mellom 17 og 27 % (Kessler et al, 1994). Mens livstidsprevalensen for ruslidelser i den generelle befolkning er 6 %, er den på 34 % for de med bipolare lidelser, 28 % for de med schizofreni, og 18 % for de med alvorlig depresjon, 12 % for de med angstlidelser (Regier et al., 1990). Selv om omtrent 10 % av pasientene i psykisk helsevern hadde ruslidelser (punktprevalens), så er dette tallet opplagt langt lavere enn hva som er den reelle forekomsten. Dette skyldes sannsynligvis det forhold at mange poliklinikker fremdeles ikke ønsker å få henvist pasienter med ruslidelser, men også det forhold at ruslidelser ikke blir identifisert på grunn av manglende bruk av strukturerte kartleggingsmetoder. Også forekomsten av psykiske lidelser blant pasienter i rustiltak, var lavere enn forventet. I en klinisk-diagnostisk undersøkelse av 287 voksne pasienter behandlet ved norske rusinstitusjoner i 1997 – 1998, var prevalensen for å ha andre psykiske lidelser i løpet av de siste tolv månedene omtrent 85 prosent (dvs manifest psykisk lidelse samtidig med ruslidelsen)(Bakken, Landheim & Vaglum, 2003). Det vil si dobbelt så høy som tallene fra rustiltakene i denne studien.

Denne studien viser at mange pasienter med psykiske lidelser innen rustiltakene mangler adekvate behandlingstiltak for sine psykiske lidelser, og mange pasienter innen det tradisjonelle psykisk helsevern mangler adekvate rusbehandlingstilbud. ROP-pasienter innen psykisk helsevern adskiller seg fra andre pasienter ved at de fordrer mer samarbeid med sosialkontorer og har mindre trygdeytelser. Innen rustiltakene er det motsatt. Der har pasienter med psykiske lidelser mer kontakt med trygdekontorene enn andre pasienter. Ellers mangler mange ROP-pasienter generelt kommunale støttetiltak, behandlingskoordinator, individuell plan, behandling av dobbeltdiagnoseteam, daglige aktiviseringstiltak, og egne kommunale boligtilbud med og uten tilsyn. Ellers viser denne studien at den diagnostiske og kliniske kompetansen for behandling av pasienter med ruslidelser og samtidige psykiske lidelser bør bedres både innen tradisjonelt psykisk helsevern og innen rustiltakene. Det er håp om at rusreformen, som trådte i kraft omtrent samtidig med disse undersøkelsene, vil føre til at flere med rus og psykiske lidelser vil få bedre rusbehandlingstiltak innen tradisjonelt psykisk helsevern, og at flere pasienter med psykiske lidelser på rustiltakene vil få mer behandling for sine psykiske lidelser. Det er også håp om at det blir et mer utstrakt behandlingssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og rusinstitusjoner/tiltak (begge veier), og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.

Referanser

Bakken K, Landheim A.S., Vaglum P. (2003). Primary and Secondary Substance Abusers: Do they differ in substance -induced and substance-independent mental disorders. *Alcohol & Alcoholism*, 38,54-59.

Gundersen T, Grut L, Loeb M, Ruud T, Eikeland T, Nesvåg S, Olsen E. Rusklienter og tjenester før "rusreformen". En tverrsnittundersøkelse. SINTEF Helse, rapport STF78 A044513.

Gråwe RW, Hagen H, Husum TL, Pedersen PB & Ruud T. Pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern for voksne – September 2004. SINTEF Helse, rapport STF778 A055013.

Hagen H & Ruud T. pasienter i psykisk helsevern for voksne – 20 november 2003. SINTEF Helse, rapport 3/04.

Kessler R, McGonagle K, Zhav S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19, 1994.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Ot.prp nr. 3 (2002-2003). Lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v.