

Et både og-tilbud



Pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse bør inkluderes i psykisk helsevern. Vi trenger pakkeforløp for å sikre at rusmiddelproblemene deres blir utredet.

TEKST

Cecilie Skule

ILLUSTRASJON

Andrea Ferkingstad

PUBLISERT 2. november 2020

EMNER

Ruslidelser

psykiske lidelser

ROP-lidelser

Helsetilsynet (2019) slår fast at behandlingstilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) er mangelfullt. Konklusjonen er basert på et landsomfattende tilsyn ved poliklinikkene i distriktpsikiatriske sentre (DPS), der Helsetilsynet fant lovbrudd i hele 18 av 20 tilsyn. Blant temaene som går igjen, er at DPS-ene ikke fanger opp, kartlegger og beskriver rusmiddelbruk på en faglig tilfredsstillende måte. Videre finner de at det er mangelfull avdekking og utredning av både rusmiddelproblemer og somatisk helse, og svikt i oppfølgingen av mindreårige barn som bor sammen med foreldre med rus- og psykiske lidelser. I tillegg avdekker tilsynet uklarhet i ansvarsforhold og arbeidsdeling mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og mellom fastleger og DPS.

Frem til Rusreformen i 2004 lå ansvaret for behandlingstiltak til pasienter med rusmiddelproblemer hos fylkeskommunen, og var regulert etter sosialtjenesteloven. Ved innføringen av Rusreformen ble fagområdet «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB) etablert.

LES OGSÅ

Det banale som det basale

En bok for dem som jobber med ROP-pasienter, både med forebygging og i spesialisthelsetjenesten.

En nasjonal faglig retningslinje – ROP-retningslinjen – ble lansert i 2012, og et omfattende implementeringsarbeid skulle sikre nødvendig kompetanseheving i helsetjenesten, slik at pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse skulle få utredning og behandling for begge problemene. Etableringen av det nye fagområdet sikret pasienter med rusmiddelproblemer rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, men medførte også at pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse fikk sitt behandlingstilbud i enten psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse er én av de fire gruppene Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) [Meld. St. 7 (2019–2020)] ønsker å prioritere høyere. Blant disse pasientene vil det være en del som strever med å møte til poliklinisk behandling ved et DPS. Behandlingen bør derfor tilrettelegges slik at det blir færrest mulige avbrudd i oppfølgingen, og ansvarsforhold på tvers av nivåer og fagområder må ikke stå i veien for helhetlig og samordnet hjelp (Helsedirektoratet, 2012).

Seksten år etter Rusreformen (2004) og åtte år etter ROP-retningslinjen (2012) er det altså fortsatt betydelig svakheter ved behandlingstilbudet (Helsetilsynet, 2019). Jeg vil peke på noen forhold som kan ha medvirket til at målene med Rusreformen og ROP-retningslinjen fortsatt ikke er fullt ut realisert, og vil konsentrere meg om to av hovedfunnene ved ROP-tilsynet: mangelfull kartlegging og utredning av rusmiddelproblemer, og uklar ansvarsdeling mellom psykisk helsevern og rusmiddelbehandling. Jeg vil også drøfte mulige forklaringer på svikten i behandlingstilbudet.

LES OGSÅ

Psykologen trenger hjelp

Tror man at hensikten med tilbakemeldingssystemer er å avdekke kausalitet, er det forståelig at man avfeier det.

Ligner andre pasienter

Ettersom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ofte opptrer samtidig, er det viktig at behandlere spør pasienter med psykiske lidelser om deres rusmiddelvaner. Tilsynets oppsummeringsrapport (2019) finner at det ved flere DPS var påfallende få pasienter med rusmiddeldiagnoser, til tross for at det er en kjent økt risiko for rusmiddelproblemer blant dem som har psykiske lidelser. Underdiagnostisering av rusmiddelproblemer kan indikere at det både mangler faglig eierskap til rusmiddelproblemer i psykisk helsevern, og at spesialisert rus- og avhengighetsbehandling ikke alltid når ut til den store gruppen av pasienter med rusmiddelproblemer i DPS-poliklinikkene.

Rusmiddelproblemene blant pasienter ved DPS-ene kommer ikke alltid til overflaten av seg selv. Symptomene på psykiske lidelser kan fremstå på samme måte, uavhengig av om pasienten har et samtidig rusmiddelproblem. Medhus og kolleger (2013) undersøkte 285 pasienter innlagt i akuttpost med psykotiske symptomer. En del av pasientene hadde amfetamin i blod eller urin ved innleggelse. Forskerne fant likevel ingen forskjeller i psykotiske symptomer mellom pasienter med amfetaminutløst psykose og pasienter med schizofreni. Lignende funn gjorde jeg og kollegaer i en studie om depresjon og alkoholproblemer. Symptomene, mestringsopplevelsen og effektene av behandlingen var i hovedsak like hos pasientene med depresjon, uavhengig av om de i tillegg hadde samtidige alkoholproblemer (Skule, 2017). Uten faste rutiner for å spørre om rusmiddelvaner eller -problemer vil behandlerne derfor kunne overse pasienter som også kunne trenge hjelp med å redusere sitt rusmiddelforbruk.

LES OGSÅ

Skam, psykologi og ontologi

Fra et utviklingsperspektiv er skam en nødvendig del av barnets selvutvikling.

Krever tid og kompetanse

«Frykten for å støte pasienten kan hindre både pasienter og helsepersonell i å ta opp temaet»

Underdiagnostisering av rusmiddelproblemer i DPS-ene kan også ha sammenheng med et sterkere stigma knyttet til rusproblemer enn til andre psykiske lidelser. I en norsk registerstudie om selvmord hos pasienter som har vært i behandling for rusmiddelproblemer, inkluderes stigmaet forbundet med rusmiddelproblemer som en av flere belastninger hos denne gruppen (Walby, Myhre & Kildahl, 2020). En del

pasienter sier at det oppleves mer skamfullt å ha rusmiddelproblemer enn andre psykiske lidelser (Bjøntegård, Andresen & Skule, 2018).

Skam og skyld forbundet med rusproblemer angår ikke bare den som har rusmiddelproblemer og deres pårørende, men kan også påvirke behandlere og forskere i feltet (Muller, 2016). Pasienter som er intervjuet i forbindelse med Helsetilsynets landsomfattende tilsyn av tilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, sier at de erfarte vegring og usikkerhet hos behandlere når det gjaldt rusmiddelproblemer (Helsetilsynet, 2019). Slike funn kan bety at helsepersonell, på samme måte som andre i samfunnet, er påvirket av stigmaet knyttet til alkoholproblemer. Frykten for å støte pasienten kan hindre både pasienter og helsepersonell i å ta opp temaet, og dermed hindre at kartlegging av rusmiddelproblemer gjennomføres på en faglig god måte (Lid, Nesvåg & Meland, 2015; Nygaard, Paschall, Aasland & Lund, 2010).

Problemer med stigma og manglende kartlegging av rusmiddelproblemer er ikke uoverkommelige. I en studie fant man at pasienter innlagt i psykisk helsevern, under godt tilrettelagt kartlegging, rapporterte ærlig og korrekt om sitt rusmiddelforbruk (Helseth, Lykke-Enger, Aamo & Johnsen, 2005). En åpen og konkret kartlegging, gjerne med standardiserte kartleggings skjemaer, kan hjelpe både pasienter og behandlere med oversikt over omfang og mønster i rusmiddelbruk.

Riktig diagnostisering av samtidige rus- og psykiske lidelser kan også hindres av at døgnopphold i akuttavdelinger i psykisk helsevern vanligvis er av kort varighet, noe som gjør det vanskelig med omfattende strukturert kartlegging, som for eksempel PRISM-intervju (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness & Waal, 2012; Rognli, Medhus & Bramness, 2015). Behovet for raske avklaringer, slik det ofte er i akuttavdelinger, kan medføre risiko for at diagnoser settes på mangelfullt grunnlag. Det innebærer også fare for at psykotiske symptomer blir vurdert som rusutløste hos pasienter med rusmiddelproblemer. Konsekvensen av feildiagnostisering kan være for tidlig utskrivning og mangelfull utredning og behandling for psykoselidelsen (Øydnå, 2006). En studie fra USA viste for eksempel at pasienter med samtidig depresjon og rusmiddelproblemer hadde mindre sannsynlighet for å få behandling for depresjon enn pasienter uten rusmiddelproblemer (Han, Olfson & Mojtabai, 2017). Dette indikerer at pasienter med slike sammensatte tilstander er i risiko for å få et dårligere behandlingstilbud enn andre pasienter.

Identifisering og utredning av pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser krever tid og kompetanse. Klinikere og tillitsvalgte påpeker at tidsrammene for å tilby behandlingsforløp av god kvalitet i psykisk helsevern er under press (Næs, 2019). Frykten for å støte pasientene ved å ta opp rusmiddelvaner, utrygghet i kartleggings situasjonen, kombinert med tidsnød, kan være medvirkende årsaker til at rusmiddelproblemer hos pasienter i DPS-poliklinikkene ikke fanges opp.

Uklar ansvarsfordeling

«Uten faste rutiner for å spørre om rusmiddelvaner eller -problemer vil behandlerne derfor kunne overse pasienter som også kunne trenge hjelp med å redusere sitt rusmiddelforbruk»

Etableringen av et eget fagområde for pasienter med rusmiddelproblemer har ført til et mer tilgjengelig behandlingstilbud, noe som viser seg ved at det har vært en klar økning i polikliniske konsultasjoner etter Rusreformen i 2004 og frem til 2017 (Helsedirektoratet, 2019). Men fortsatt finner vi et høyt antall pasienter med rusmiddelproblemer i DPS-poliklinikkene, noe som antakelig har sammenheng med at det ved de mest vanlige psykiske lidelsene, som angstlidelser og depresjon, er høyere forekomst av rusmiddelproblemer enn i befolkningen for øvrig. I studien gjennomført av Walby, Myhre & Kildahl (2020) fant de at i gruppen med pasienter som gjennomførte selvmord, var det nettopp de vanlige psykiske lidelsene som var hyppigst forekommende: alkoholavhengighet i kombinasjon med angst og/eller depresjon. Forfatterne peker likevel på at slike sammensatte tilstander kan ha mer kompliserte og underliggende årsaker, og anbefaler at det i både psykisk helsevern og TSB bør være kompetanse til å behandle kombinasjoner av ruslidelse og psykisk lidelse.

Problemene oppstår når behandlere i DPS ikke har kompetanse eller de nødvendige rammene til å sørge for integrert eller samordnet behandling for begge lidelsene. Etableringen av et eget fagområde for rusmiddelproblemer kan ha brakt med seg noen utilsiktede negative konsekvenser i form av økt skille mellom psykisk helsevern og rusmiddelbehandling, og dermed også et mindre helhetlig behandlingstilbud til pasienter med ROP-lidelser. Inndelingen i psykisk helsevern og TSB kan altså være noe av forklaringen på uklar ansvarsfordeling innad i spesialisthelsetjenesten for pasienter med ROP-lidelser.

Enkelte DPS har åpnet for å inkludere flere pasienter med ROP-lidelser i psykisk helsevern. Et eksempel er Bærum DPS, der inndelingen mellom poliklinikkene i TSB og psykisk helsevern er opphevet. Oppgaver som krever høy grad av spesialisering, ivaretas ved at ansatte organiseres i team og nettverk på tvers av poliklinikkene, i en form for matriseorganisering. Erfaringene er at kompetansen til å utrede og behandle både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blir mer jevnt fordelt gjennom en slik ordning. Det samme gjelder arbeidsbyrden. Omleggingen innebærer en dreining av nåværende praksis, og kan få positive konsekvenser i form av tettere samarbeid mellom spesialistene, redusert stigma og økt rusmiddelkompetanse i DPS.

Implikasjoner for helsetjenesten

«Det er snarere likheter enn forskjeller som kjennetegner forholdet mellom pasienter med ROP-lidelser og pasienter med psykiske lidelser uten komorbide rusmiddelproblemer»

Det landsomfattende tilsynet av behandlingstilbudet til pasienter med ROP-lidelser indikerer at mangler i behandlingstilbudet er regelen heller enn unntaket. Inndelingen i to fagområder innebærer at den mest spesialiserte kompetansen på henholdsvis psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ligger i hvert sitt fagområde, selv om mange av pasientene har begge lidelsene. Det er derfor en risiko for at pasienter med ROP-lidelser ikke får samme tilgang til, og heller ikke lik rett til behandling for psykiske lidelser som pasienter uten samtidige rusmiddelproblemer. Man kunne tenke seg at problemet kunne løses gjennom en strukturell og organisatorisk endring, som for eksempel en sammenslåing av fagområdene. Faren er imidlertid at behandlingstilbudet til pasienter som kun har rusmiddelproblemer, vil kunne bli skadelidende.

Basert på resultatene fra ROP-tilsynet og gjennomgangen ovenfor, vil jeg fremme to forslag til hvordan vi kan ivareta behandlingsbehovet til pasienter med ROP-lidelser: For det første utvikle pakkeforløp som sikrer utredning av rusmiddelproblemer i psykisk helsevern. En av fordelene med pakkeforløpene er kravene til kartlegging av rusmiddelproblemer i psykisk helsevern og vise versa i rusmiddelbehandling. Samtidig er pakkeforløpene inndelt i *enten* psykisk helsevern *eller* rusbehandling. Dersom nåværende pakkeforløp ikke kan ivareta behovet for integrering av behandlingen eller annen viktig samhandling mellom de to fagområdene, kan neste trinn være å utforme et forløp som sikrer pasienter med ROP-lidelser rett til helsehjelp på tvers av fagområdene psykisk helsevern og rusmiddelbehandling.

For det andre, inkludere heller enn å ekskludere pasienter med ROP-lidelser i psykisk helsevern. Det er snarere likheter enn forskjeller som kjennetegner forholdet mellom pasienter med ROP-lidelser og pasienter med psykiske lidelser uten komorbide rusmiddelproblemer (Medhus et al., 2013; Skule, 2017). Pasientene kan derfor i større grad enn i dag benytte seg av samme behandlingstilbud. Det ville være hensiktsmessig, ettersom pasientene med ROP-lidelser beveger seg innenfor både psykisk helsevern og rusmiddelbehandling (Lillevold, 2016). Dette er også i tråd med Helsedirektoratets (2012) anbefalinger av behandling for henholdsvis psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som innebærer å følge gjeldende faglige retningslinjer, uavhengig av komorbiditet.

De to tiltakene som er nevnt ovenfor, kan bidra til å styrke de delene av tjenesten der Helsetilsynet har påpekt svikt. Hvis det utvikles behandlingsforløp som sørger for sammenhengende og gode tilbud til pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser,

og pasientene inkluderes i et psykisk helsevern med kompetanse til å utrede og behandle rusmiddelproblemer, er helsetjenesten et skritt nærmere et både og-tilbud for denne pasientgruppen. Pasienter med sammensatte rus- og psykiske lidelser bør oppleve at hjelpen er tilgjengelig og av god kvalitet, uavhengig av om de blir henvist til psykisk helsevern eller rusbehandling.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 11, 2020, side 826-831

TEKST

Cecilie Skule, avdelingsdirektør psykisk helsevern og rusbehandling, medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF

KONTAKT: skule@helse-sorost.no

ILLUSTRASJON

Andrea Ferkingstad

+ Vis referanser

Bjøntegård, K.S., Andresen, J.F. & Skule, C. (19. september, 2018). Enhetlig og helt, ikke stykkevis og delt – om tilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. [Kronikk] .

Han, B., Olfson, M. & Mojtabai, R. (2017). Depression care among depressed adults with and without comorbid substance use disorders in the United States. , 291-300. <https://doi.org/10.1002/da.22592>

Helsedirektoratet (2012).

. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019).

. Rapport IS- 2825. Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004).

. Rundskriv 1-8/2004.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019).

. Meld. St. 7.

Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, O. & Johnsen, J. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 år innlagt med psykose. , 1178-1180.

Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J. & Waal, H. (2012). Feasibility of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) in an acute . <https://doi.org/10.1017/S1742646411000252>

Helsetilsynet (2019).

. Rapport fra Helsetilsynet 5/2019.

Lid, T.G., Nesvåg, S. & Meland, E. (2015). When general practitioners talk about alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. , 153-158. <https://doi.org/10.1177/1403494814565129>

Lillevold, H.J. (2016). Mellom to stoler. Utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. , 994-999.

Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J., Bramness, J.G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients

diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. , 17-21,
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.023>

Muller, A. (2016).

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/blogg/jeg-jobber-m...>

Nygaard, P., Paschall, M.J., Aasland, O.G. & Lund, K.E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. , 207-212. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq002>

Næs, S., og foretakstillitsvalgte kolleger i Norsk psykologforening (2019).
. <https://www.dagensmedisin.no>

Rognli, E.B., Medhus, S.E. & Bramness, J.G. (2015). Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? Kronikk. , , 249-251. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1365>

Skule, C. (2017).

. Dr.philos.-avhandling,

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Walby, F.A., Myhre, M.Ø., Kildahl, A.T. (2020).

. Nasjonalt kartleggingssystem

for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
www.uio.no/kartleggingssystemet <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5880>

Øydna, A.T. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. , 234-239.