

Komorbide lidelser ved rusmiddelavhengighet må behandles

Pasienter med rusmiddelavhengighet har svært ofte psykiatriske tilleggslidelser. Mange har også somatiske sykdommer. Tilbudet til pasientgruppen er fortsatt mangelfullt og fragmentert.

Vi må regne med at omtrent 90 % av pasienter som behandles for rusmiddelavhengighet innen spesialisthelsetjenesten, har komorbide psykiatriske lidelser (1, 2). De fleste av disse lidelsene er rusmiddelavhengige og skal dermed i seg selv vurderes for behandlingsrettigheter. Disse lidelsene krever kvalifisert behandling. Psykiatriske lidelser innebærer ofte blant annet konsentrasjonsvansker, energiløshet, motløshet, unnvikelse, relasjonsvansker og atferdsavvik. De psykiatriske tilleggslidelsene medfører dermed redusert evne til å opprettholde motivasjon for endring, ta i bruk nye mestringsstrategier eller nyttiggjøre seg alminnelige hjelpetiltak. Tilbudet til disse pasientene kan derfor ikke begrenses til kun avhengighetsbehandling.

Pasientenes behov

Alle pasienter som er i behandling for rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten, bør tilbys kvalifisert diagnostikk av psykiatriske lidelser. Fagpersoner eller team som utdrene slike tilstander, må beherske utredning av både rusmiddelidelser, psykiatriske symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser. De må også kunne vurdere om det enkelte symptom er et uttrykk for rusmiddelpåvirkning, abstinens, somatisk sykdom, rusmiddelindusert eller rusmiddelavhengig psykiatrisk lidelse (3).

På bakgrunn av nyere forskning anbefales integrert behandling (behandling av begge lidelsene samtidig på samme sted i samme team, gjerne av samme terapeut) av samtidig psykiatrisk sykdom og rusmiddelidelse (4). I hovedsak har behandling av rusmiddelavhengigheten effekt på avhengigheten, mens behandling av den psykiatriske lidelsen har effekt på denne. En ubehandlet lidelse vil disponere for tilbakefall av den behandlede lidelsen. Frem til i dag har det store flertallet av disse pasientene ikke fått rettmessig helsehjelp for sine multiple lidelser. Dette til tross for at det finnes flere psykoterapeutiske metoder som kan ha effekt ved både rusmiddelavhengighet og psykiatrisk sykdom, og som lar seg integrere i en terapi som oppleves som helhetlig for pasienten. I tillegg bør alle pasienter få tilgang til vurdering av medikamentell behandling for de ulike lidelsene.

Søkelys på faglig kvalitet

Fagfeltet for behandling av rusmiddelavhengighet i Norge har utviklet seg fra å være omsorgsinstitusjoner, via sosialfaglige institusjoner til å bli spesialisthelsetje-

neste (5). I alle andre deler av spesialisthelsetjenesten er legespesialister obligatoriske fagpersoner i tverrfaglige team. Innen dette fagfeltet er enheter blitt godkjent som spesialisthelsetjeneste uten nødvendige spesialiststillinger. De to spesialitetene klinisk voksenpsykologi og psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer er spesialiteter for psykologer. Det opprettes nå en egen spesialitet innen rusmiddelmedisin for leger. Dersom pasientene skal få tilgang til det integrerte tilbudet de har behov for, bør begge typer psykologspesialister og både spesialist i rusmiddelmedisin og i psykiatri inngå i de tverrfaglige teamene. I tillegg vil det være behov for nevropsykolog, da en del av pasientene har en bakgrunn med hjerneorganisk dysfunksjon eller har utviklet en kognitiv svikt på bakgrunn av rusmiddelbruk eller påfølgende komplikasjoner. Antall lege- og psykologspesialiststillinger må dimensjoneres etter enhetenes størrelse. Ofte er det opprettet stilling for kun én spesialist som skal dekke behovet ved store institusjoner. Slike stillinger, uten mulighet for å ivareta alle spesialistopp-gavene og uten kolleger innen egen faggruppe, kan bli lite attraktive.

Til tross for at disse pasientenes behov for helhetlige tilbud er fremhevet i den nasjonale faglige retningslinjen (6), fortsetter tradisjonen med å organisere behandling av rusmiddelavhengighet og psykiatri i separate enheter. Pasienter med begge typer lidelser finnes i stort antall i begge typer avdelinger. Det er ressurskrevende å bygge opp samme dobbelkompetanse ved parallelle enheter. Det fører til konkurranse om de samme fagpersonene. I tillegg har en del institusjoner en avsides beliggenhet. Dette skaper utfordringer når det gjelder rekruttering av spesialister, og det vanskeliggjør løpende samarbeid med psykiatri, somatikk og førstelinje. Samhandling kan ikke kompensere for ulempene ved fragmentering og geografiske avstander.

Konklusjon

Dersom pasienter med komorbide lidelser skal få det spesialisthelsetjenestetilbudet de har krav på, må tilbudet styrkes vesentlig når det gjelder faglig kvalitet. Det må satses på solide fagmiljøer med nødvendig flerfaglig spesialistkompetanse og med tilgang til somatisk ekspertise. Det må satses mer på forskning innen dette feltet, både for å utvikle bedre behandlingsmetoder og for å stimulere de kliniske miljøene til fag-

utvikling. Et fragmentert, funksjonsfordelt og geografisk spredt spesialisthelsetjenestetilbud er lite hensiktsmessig ved langvarige og sammensatte lidelser. Det er bekymringsfullt at regjeringen er mer opptatt av kjøp av behandlingsplasser i private institusjoner enn å sikre at disse pasientene får et spesialisthelsetjenestetilbud av samme høye faglige kvalitet som andre.

Anne-Marit Langås
alanga@vestreviken.no

Anne-Marit Langås (f. 1958) er lege, spesialist i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri og har en ph.d.-grad innen komorbiditet ved rusmiddelidelser. Hun er forsker ved Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. Eur Addict Res 2003; 9: 8–17.
2. Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-time admitted patients from a catchment area. Eur Addict Res 2012; 18: 16–25.
3. Samet S, Nunes EV, Hasin D. Diagnosing comorbidity: concepts, criteria, and methods. Acta Neuropsychiatr 2004; 16: 9–18.
4. Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R et al. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? Subst Use Misuse 2012; 47: 1005–14.
5. Helsedepartementet. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv I-8. 2004. <http://regjeringen.no/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf> [4.4.2014].
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser. 2012; IS-1948. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf) [4.4.2014].

Mottatt 19.2.2014, første revisjon innsendt 31.3.2014, godkjent 2.4.2014. Redaktør: Kari Tveite.

Publisert først på nett.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no