

Rolf W. Gråwe (red.)

Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse



**Kunnskapsbaserte behandlings-
tiltak innen rus- og avhengighetsmedisin**

**Kombinerte behandlingstiltak
for personer med samtidig
rus- og psykisk lidelse**

ROLF W. GRÅWE (RED.)

Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse

Kunnskapsbaserte behandlingstiltak
innen rus- og avhengighetsmedisin



FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019 by
Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

1. utgave / 1. opplag 2016

ISBN: 978-82-450-2915-4
ISBN (trykt): 978-82-450-1945-2

Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen

Sats: Type-it AS, Trondheim
Forsidedesign ved forlaget

Prosjektet har mottatt støtte fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

Innhold

Forord	11
Kombinerte tiltak for samtidige lidelser	11
Redaktørens forord	13
Om forfatterne	15

Innledning: Kunnskapsbasert behandling av personer med ROP-lidelser

17

Rolf W. Gråwe

Beskrivelse av programmet: Kombinerte behandlingstiltak mot rusmiddellidelser og samtidige psykiske lidelser	22
Oversikt over behandlingsprogrammets moduler	23
Svar på vanlige spørsmål om programmet	24
Hvordan brukes behandlingsprogrammet?	27
Check-in/innledning	29
Check-out/avslutning	29
Antall deltakere i gruppen	30
Koordinering av tiltak	30
Antall sesjoner og varighet	30
Hva er viktig for å få til et godt læringsmiljø i en gruppe?	31
Oversikt over enkeltsesjonene i modulene	32

MODUL I

Kartlegging og diagnostisering

35

Rolf W. Gråwe

Inntaksskjema	36
Noen anbefalinger når det gjelder kartlegging av ROP-lidelser	38
Diagnostikk	41
Avhengighetssyndrom ICD-10	43
Skadelig bruk ifølge ICD-10	44

Rusmiddelutløste og primære/rusuavhengige psykiske lidelser	46
Kliniske rustilstandskoder i ICD-10-CM, amerikansk versjon (www.apapracticecentral.org)	48

MODUL 2

Motiverende tiltak 51

Rolf W. Gråwe

Motiverende samtalemetoder for personer med ROP-lidelser	52
Motiverende samtaler: Forslag til fremgangsmåte i de fire første sesjonene av ROP-programmet	60
Sesjon 1: Introduksjon til integrerte behandlingstiltak	61
Sesjon 2: Ønske om endring	62
Sesjon 3: Målsettinger	62
Sesjon 4: Handlingsplan	64
Klinisk vurdering	66

MODUL 3

Kognitiv atferdsterapi mot rusmiddelbruk og psykiske problemer: KAT-ROP 67

Rolf W. Gråwe

Sesjon 1: Varselsignaler og risikosituasjoner for sprekke og tilbakefall	68
Sesjon 2: Krisepplan	72
Sesjon 3: De vanligste psykiske lidelsene – psykoedukasjon om pasientenes psykiske lidelser	75
Sesjon 4: Forstå rusmiddelproblemer og psykiske lidelser	78
Hvordan virker rusmidlene på hjernen vår?	79
Sesjon 5: Sammenhenger mellom min rusmiddelbruk og mine psykiske plager	81
Sesjon 6: Meste rustrang og abstinenser	82
Sesjon 7: Mestre drikketrykk/ruspress fra andre	86
Sesjon 8: Mestre ubehagelige følelser	88
Sesjon 9: Utfordre negative tanker	92

MODUL 4

Behandling av rus- og psykiske lidelser med legemidler 93

Aase Grebstad

4.1 Generelle råd og anbefalinger om valg av legemidler ved ROP-lidelser	95
Valg av legemidler	95
4.2 Medikamentklasser	98
Antipsykotika	98
Antidepressiva	104
Anxiolytika	114

4.3 Andre medikamenter. Bruk av medikamenter i symptomatisk behandling og ved forebygging av tilbakefall til ruslidelser	117
Symptomatisk behandling	117
Forebygging av tilbakefall	118
Hypnotika	123
Medikamenter ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	124
Antiparkinsonmidler	125
4.4 Om arbeidsboken og presentasjon for pasientene	125

MODUL 5

Fysisk aktivitet 127

Robert Sjøholt

5.1 Introduksjon til helsepersonell	127
Når det banale blir det basale i rehabiliteringsprosessen	128
Fysiske aspekter	129
Psykiske aspekter	130
Sosiale aspekter	132
5.2 Forhold som stimulerer til fysisk aktivitet	133
Pasientene er på ulike stadier i sin tilfriskning	134
5.3 Fysisk aktivitet ved Ålesund behandlingssenter	138
Differensierte tilbud	139
Informasjon og kunnskap	140
Eksempel på organisering	140
Individuelle vurderinger	144
Målsettinger med den fysiske aktiviteten	147
Kontraindikasjoner og skader	148
Legemidler	149
5.4 Veien videre	150

MODUL 6

Familie- og pårørendetiltak 153

Rolf W. Gråwe

6.1 Familie- og pårørendetiltak	153
Forslag til familie-/pårørendetiltak	155
Forslag til fremgangsmåte i familie- og pårørendearbeidet rundt den enkelte pasient i rusbehandling	158
Pårørendeseminar	159
Gruppetilbud til familier	161
Gruppetilbud for pasienter – fokus på familie	162
6.2 Barn som pårørende	163
Viktige temaer som bør undersøkes	165

MODUL 7

Integrerte psykososiale behandlingstiltak for personer med rusmiddellidelser og samtidig angst og depresjon 167

Rolf W. Gråwe

Integrerte behandlingstiltak for personer med ROP-lidelser	170
Initiering av behandling	171
Psykoterapeutiske metoder	172
Psykoterapi: Viktig med realistisk behandlingsoptimisme	173
7.1 Integrert behandling av depresjon	174
Evaluerer og målinger	174
Viktige sammenhenger mellom depresjon og rusmiddelmisbruk	175
Behandling av mild til moderat depresjon	178
Behandling av moderat til alvorlig depresjon	179
Behandling av tilbakevendende depresjon	180
7.2 Integrert behandling av panikk-lidelse og agorafobi	182
7.3 Integrert behandling av generalisert angstlidelse	188
7.4 Integrert behandling av sosial angst / sosial fobi	194
Komorbiditet og differensialdiagnostiske vurderinger	196
Måling av sosial angst	198
Evidensbasert psykososial behandling	198
7.5 Integrert behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	202
Om PTSD	202
Komorbiditet og differensialdiagnostiske vurderinger	204
Måling av PTSD	204
Evidensbasert psykososial behandling	205
Forslag til behandlingsplan for personer med PTSD og samtidig ruslidelse	209

MODUL 8

Andre sentrale tiltak i pasientforløpet 213

Rolf W. Gråwe

8.1 Pasientforløp, ettervern og samarbeid med lokale helse- og omsorgstjenester	213
Samarbeid og pasientforløp	215
Helhetlige forløp og behandlingsplaner for pasienter med ROP	218
Integreringsprosjekter	223
8.2 Pasientsikkerhet	223
8.3 Deltakelse i brukerdrevne/brukerstøttede tiltak	226
8.4 Pasientundervisning	230
8.5 Fritid og vennskap	232
8.6 Mestre dårlig selvfølelse	235

Bruk av tvangstiltak og behandling i rusakutt 239*Rolf W. Gråwe*

9.1 Bruk av tvang i rusbehandling 239

Viktige forhold for spesialisthelsetjenesten vedrørende bruk av tvang 247

9.2 Behandling i rusakutt 249

Henvisninger til rusakutt 250

Litteratur 258

Forord

Helge Waal
Professor, dr.med.,
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo

Kombinerte tiltak for samtidige lidelser

Det er ikke veldig lenge siden rusmiddelproblemer og psykiske lidelser ble behandlet i atskilte systemer og tiltak. Rusmiddelproblemene ble først og fremst oppfattet som sosialtjenestens ansvar, og institusjonene var lagt til fylkene, ofte drevet av frivillige organisasjoner. Psykiske lidelser ble oppfattet som helsetjenestens ansvar og lagt til sykehus, enten fylkeskommunale eller statlige. Et av problemene med en slik forståelse og en slik tenkning var at de som både hadde rusproblemer og psykiske lidelser, ble behandlet av to ulike systemer med ulike metoder og dårlig samarbeid. De ble derfor iblant kalt «dobbeltdiagnosepasienter» og har ikke sjelden blitt kateballer i tiltaksapparatet. Ingen har hatt det helhetlige og samtidige ansvaret.

Mye har forandret seg. I dag vet vi at det er en høy samsykelighet. De som har psykiske vansker, har oftere rusmiddelproblemer enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette gjelder særlig de som har alvorlige psykiske lidelser. Det motsatte gjelder også: De som har ruslidelser, har oftere psykiske problemer og sykdommer enn folk flest. Nasjonalt og internasjonalt organiseres derfor tiltakene i samme organisasjon og med de samme ansvarsforhold. I Norge er ansvaret for rusbehandling lagt til helsetjenesten. Pasientrettighetsloven gjelder også for de som har samtidige lidelser, og både helseforetak og kommuner har ansvar for å tilby kombinerte hjelpetiltak. En nokså omfattende forskning har vist at behandlingen ofte blir best om den er organisert som såkalt «integrert behandling»; pasienten får samtidig behandling for ruslidelser og for psykiske vansker – og helst av samme behandler eller team. Helsedirektoratet har gitt ut retningslinjer som anbefaler en slik tilnærming, og de gir mange fruktbare råd for organisering og tiltak (Nasjonal faglig

retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, 2012; Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2016).

Behandlingstilbudet har derfor på mange måter blitt bedre, og mange får bedre hjelp. Men det er likevel langt igjen før vi kan si oss tilfredse. Dels er ansvarsforholdene mange steder fortsatt uklare, og «nissen flytter med på lasset» – pasienten kan fortsatt bli uklart plassert, eller dyttet fra det ene systemet til det andre fordi hovedansvaret ikke ses eller tas. Det er også langt igjen før alle de ulike ansvarspersonene erkjenner sitt ansvar for å løse felles problemer, ikke minst under trykket av mange oppgaver og trange budsjetter. Videre er det langt igjen før alle de involverte profesjonsgruppene har utviklet god nok kompetanse og forståelse – ikke minst om samarbeid, men først og fremst om gode og dårlige metoder. Hvordan skal den enkelte pasient best behandles for sine samtidige problemer, av hvilken profesjon, som samarbeider med hvilke andre? Et særlig tydelig problem er at mange føler seg hjelpeløse i konkret problemløsning og i utvikling av kontinuitet. Ofte savnes håndfaste anbefalinger og metodebeskrivelser, og resultatet er ikke sjelden mindre godt enn det burde være.

Det er her denne boken tar sikte på å fylle viktige tomrom og legge grunnlaget for en fruktbar utvikling videre. Den er både en lærebok som utfyller og kompletterer gjeldende lærebøker og veiledninger, og en praktisk manual med forslag og konkrete anvisninger.

Det betyr at boken sikter mot å dekke viktige og forsømte områder, og at den bør kunne bli et sentralt dokument og instrument for behandlere og for administrativt ansvarlige både i helseforetak og i kommuner.

Redaktørens forord

Nyere behandlingsretningslinjer, forskning og erfaringskunnskap viser at det er best for pasienter med ROP-lidelser å motta behandling som dekker begge lidelser. Behandlingsrespons og prognose for begge lidelser avhenger samtidig av stabilitet og støtte på viktige områder som sosiale relasjoner, boligforhold, økonomiske forhold og yrkesliv. Vi har forsøkt å skrive boken slik at den både er en klinisk lærebok og en praktisk behandlingsmanual for helsepersonell. Vi har kalt den «kombinerte behandlingstiltak» nettopp fordi den dekker en kombinasjon av ulike tiltak. Hovedfokuset er rettet mot behandlingstiltak og i mindre grad mot sosiale følgeproblemer. De fleste av bokens temaer er også relevante for helse- og omsorgspersonell i førstelinjetjenesten med ansvar for personer som har rusproblemer.

Fagfeltet er ungt og preget av lite forskningsbasert kunnskap, og dette er derfor et første forsøk på å beskrive hvilke behandlingstiltak som er forsvarlige på feltet, og hvordan disse kan gjennomføres i praksis. Vi ønsker oss derfor tilbakemeldinger fra fagfeltet slik at vi kan fortsette arbeidet med å forbedre manualen.

Behandlingsprogrammet er bygd opp som en serie moduler som dekker de viktigste behandlingstiltakene for pasientgruppen. Hver av disse består av en mer lærebokaktig introduksjon til behandlere, etterfulgt av en klinisk manualdel. Det er laget en arbeidsbok for pasientene som er basert på innholdet i flere av modulene. Hensikten er at pasientene kan benytte arbeidsboken underveis i behandlingen, som et hjelpemiddel til å individualisere materialet. Modulene kan benyttes enkeltstående eller samlet.

Modulene dekker sentrale tiltak for pasienter med ROP-lidelser. Vi mener at servicetilbud som benytter tiltakene i disse modulene, driver en forsvarlig praksis. Behandlingstiltakene er i tråd med sentrale retningslinjer fra Helsedirektoratet. Vi mener at hovedmodulene i denne behandlingsmanualen representerer sentral kompetanse og behandlingstilbud som bør inngå i alle spesialisthelsetilbud til

pasienter med ROP-lidelser. Vi har ikke skrevet om belønningsbaserte behandlingstiltak (contingency management), tiltak fra den «tredje bølgen» av kognitive atferdsterapier (f.eks. ACT, mentalisering, DBT) eller om spesielle miljøterapi-modeller (f.eks. Minnesota-modellen eller 12-trinnsmodellen, medlemskapmodellen eller mentaliseringsbaserte modeller) i denne behandlingsmanualen. Samtidig som det er viktig at pasienter som mottar ROP-behandling i spesialisthelsetjenesten, har krav på å få et kvalitetsmessig likt tilbud, uavhengig av behandlingssted, er det også viktig å kunne tilby pasientene et mangfold i behandlingstilbudet, og det er viktig at de har reelle valgmuligheter innenfor fritt behandlingsvalg. Så fremt valg av miljøterapimodell og spesialtilbud ikke forringer de kombinerte behandlingstiltakene som er anbefalt i denne boken, vurderer vi at det er positivt for pasientene at det finnes et mangfold av miljøterapi-modeller. Vi tror at denne boken vil være et verdifullt bidrag til å sikre at pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser mottar forsvarlig behandling, og til å sikre at behandlingspraksisen og -kvaliteten kan bli mer lik i de ulike behandlingstilbudene.

Utgivelsen ble initiert i samarbeid mellom Ålesund behandlingssenter og undertegnede som et prosjektarbeid med målsetting om å beskrive god og evidensbasert praksis for behandling av personer med rus- og psykiske lidelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har benyttet behandlingsprosedyrer fra Ålesund behandlingssenter og andre rusklinikker i landets helseforetak. Spesialist i rus- og avhengighetsmedisin Aase Grebstad og fysioterapeut Robert Sjøholt ved Ålesund behandlingssenter har skrevet modulene om henholdsvis behandling med legemidler og fysisk aktivitet. Aase Grebstad har også bidratt betydelig i kvalitetssikringen av de øvrige modulene. Vi takker Rådet for psykisk helse, som var søkerorganisasjon for prosjektet, og som støttet oss i søknadsprosessen til Extra-stiftelsen. Vår største takk går til ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering, som støttet arbeidet med å skrive denne behandlingsmanualen. I tillegg vil vi takke leder ved Ålesund behandlingssenter, Kari Marie Remo Nesseth, og alle fagpersoner og brukerrepresentant tilknyttet prosjektet der. Ved St. Olavs Hospital var tidligere leder av KoRus Midt-Norge, Reidar Hole (1966–2014), en god støttespiller under gjennomføringen av prosjektet.

Trondheim, april 2016

Rolf W. Gråwe

Redaktør

Om forfatterne

Rolf W. Gråwe

Forsker, spesialist i klinisk psykologi ved St. Olavs Hospital Universitetssykehuset i Trondheim HF, og professor i rusmedisin ved Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.

Aase Grebstad

Overlege, spesialist i psykiatri og spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ved Ålesund behandlingssenter og Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Helse Møre og Romsdal HF.

Robert Sjøholt

M.Sc., spesialfysioterapeut ved Ålesund behandlingssenter, Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Helse Møre og Romsdal HF.

Innledning

Kunnskapsbasert behandling av personer med ROP-lidelser

Rolf W. Gråwe

Effektive behandlingstiltak ved rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) bygger på metoder som har vitenskapelig støtte (evidensbasert), og som er forankret i god klinisk praksis og erfaring fra ledende fagmiljøer (kunnskaps- eller erfaringsbasert). National Institute on Drug Abuse (NIDA) i USA gir følgende gode prinsipper for effektiv behandling av rusmiddellidelser (National Institute on Drug Abuse, 2012):

1. Rusmiddelavhengighet er en kompleks, men behandlingsbar lidelse som påvirker hjernefunksjoner og atferd.
2. Ingen enkeltstående behandling er tilstrekkelig for alle. Tiltak må tilpasses individets rusmiddelavhengighet, situasjon og spesielle problemer.
3. Behandling skal være lett tilgjengelig, og tidlig intervensjon øker sjansen for positivt utfall.
4. For at behandlingen skal være effektiv, må den være rettet mot individets rusmisbruk og tilknyttede medisinske, psykologiske, sosiale, yrkesmessige og strafferettslige problemer, samt være tilpasset individets alder, kjønn, etnisitet og kultur.
5. Fordi recovery fra rusmiddelavhengighet er en prosess over lang tid, er det avgjørende at pasienter blir i behandling over tid, og at man tilbyr strategier som fremmer behandlingsgjennomføring.
6. Atferdsterapi, inkludert individuelle, gruppebaserte og familiebaserte tiltak, er den vanligste formen for behandling av rusmiddelavhengighet.
7. Medisiner er en viktig del av behandlingen for mange pasienter, særlig i kombinasjon med rådgivning eller andre atferdsterapier.
8. En persons behandlingsplan og individuelle plan må følges kontinuerlig og tilpasses endrede behov.

9. Fordi komorbide psykiske lidelser er vanlig hos personer med rusmiddelavhengighet, skal behandlingen være rettet mot begge (eller alle) lidelsene.
10. Medisinsk assistert avrusning er kun det første steget i rusbehandling. Det skal legges vekt på motiverende tiltak mot mer langvarig abstinens eller tiltak for rusfrihet.
11. Behandlingen trenger ikke å være frivillig for å være effektiv. Sanksjonerende tiltak fra familie, yrkesliv og/eller rettssystemet kan bidra til økt behandlingsdeltakelse.
12. Rusmiddelbruk bør måles kontinuerlig under behandling fordi det kan hjelpe mange til å motstå rustring, og det kan sikre tilpassede behandlingstiltak ved tilbakefall.
13. Behandlingsprogrammer skal teste for, behandle og gi skadereduserende tiltak mht. HIV/AIDS, hepatitt B og C, tuberkulose og andre infeksjonslidelser.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) oppsummerer også følgende mer spesifikke evidensbaserte behandlingstiltak:

Opioidavhengighet: Metadon, buprenorfin og naltrekson: Effekten forsterkes av parallelle psykososiale tiltak, særlig kognitive atferdsterapier.

Alkoholavhengighet: Acamprosat, disulfiram, topiramet: Effekten av disse synes ikke å bli forsterket av parallelle atferdsterapier, jf. COMBINE-studien (Anton et al., 2006).

Atferdsterapier: Kognitiv atferdsterapi mot avhengighet av alkohol og sentralstimulerende stoffer; belønningsbaserte intervensjoner (contingency management) mot avhengighet av alkohol, opioider og stimulantia; oppfølging av primærhelsetjeneste i kombinasjon med belønningsbaserte tiltak mot avhengighet av alkohol/opiater/sentralstimulerende stimulantia; samtalebaserte motiverende tiltak mot avhengighet av alkohol og cannabis; matrisemodell*-tiltak mot avhengighet av sentralstimulerende stoffer; 12-trinns tiltak mot avhengighet av alkohol/sentralstimulerende stoffer/opioider; atferdsbaserte familietiltak er mer effektivt enn pasientrådgivning (counselling) ved rusmiddelavhengighet (generelt) og ved flere psykiske lidelser.

* Matrisemodell (matrix model): Terapeut gir psykoedukasjon, råd og støtte, og lærer pasienten mestringsstiltak mot tilbakefall og generelle positive atferdsendringer. Se Principles of drug addiction treatment, <http://www.drugabuse.gov/publications>

Disse prinsippene og anbefalingene er også i tråd med anbefalinger gitt av det norske Helsedirektoratet (f.eks. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, 2012; Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, 2016).

Det er vanligvis svært mange ulike tiltak som brukes overfor denne pasientgruppen. For eksempel anbefaler Berghuis og Jongsma i boken *The Addiction Progress Notes Planner* (2009) hele 51 behandlingstiltak mot rusproblemer, 18 tiltak mot rusutløste psykiske plager og 24 tiltak i avrusningsfasen. Her er noen av anbefalingene:

- | | |
|------------------------------------|---|
| Kartlegging | <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegg livssituasjonen med sikte på å fremme og opprettholde rusfrihet • Kartlegg pasientens opplevelse av skyld, skam og dårlig selvfølelse • Kartlegg stress og lær pasienten stressmestringsferdigheter • Henvisning til legeundersøkelse eller spesialisthelsetjeneste for kartlegging • Kartlegg uærlighet og løgner knyttet til rusbruken, og vektlegg betydningen av ærlighet for å bli rusfri • Kartlegg negativ innflytelse fra venner og andre • Undersøk rusbrukens rolle i forhold til mestrings av stress, ubehagelige emosjoner, ensomhet, tristhet, selvmedisinering m.m. • Identifiser forventninger om rusfrihet • Kartlegg negative kognitive selvinstruksjoner eller negative tanker som truer avholdenhet • Monitorer rustrang og mestringsmetoder • Lag liste over belønnende aktiviteter • Lag liste over hendelser, steder, situasjoner, følelser, kognisjoner med mer som trigger rustrang • Før opp grunner til å bli rusfri • Kartlegg pasientens opplevelse av hjelp, bedring og tilfredshet med tilbudet |
| Noen spesialisthelsetjenestetiltak | <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukative og motiverende tiltak i rusmiddelbehandling • Etabler forståelse for hva som opprettholder rusbruken • Spesielle behandlingstiltak i forbindelse med avrusning og avvenning • Legemiddelbasert behandling • Hjelp mot somatiske og psykiske problemer • Polikliniske samtaler eller gruppeterapi • Informer om forskjellen på sprekk og tilbakefall |