

Rusmisbruk, behandling og brukerperspektiv

- en deskriptiv studie av pasienter med rusindusert psykose

Tore Berge

Juni 2011

Master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv
Institutt for helsefag
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Stavanger

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2011
FORFATTER: Tore Berge
VEILEDER: Jan Olav Johannessen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Rusmisbruk, behandling og brukerperspektiv
- en deskriptiv studie av pasienter med rusindusert psykose

Engelsk tittel: Drug abuse, treatment and users perspective
- a descriptive study of patients with drug-induced psychosis

EMNEORD/STIKKORD:

Rusindusert psykose, rusmiddelmisbruk, behandling, brukerperspektiv

ANTALL SIDER: 60

ANTALL ORD:

Sammenfatning: 10.738

Artikkel: 6.038

STAVANGER30.06.2011.....

DATO/ÅR

Forord

Jeg har mange mennesker å takke når arbeidet med denne masteroppgaven nå er ferdig. Først og fremst gjelder dette personer som på ulike måter er eller har vært involvert i Tips-prosjektet ved Stavanger universitetssykehus. Det har vært en glede å samarbeide med dere alle.

Jeg vil spesielt takke min veileder Jan Olav Johannessen for nyttig veiledning, og for gode oppmuntrende ord underveis i prosessen.

Tor Kjetil Larsen som først introduserte meg for SPSS.

Alle ved Oppdagelsesteamet ved Tips, og spesielt Robert Jørgensen som hjalp meg i forbindelse med datainnsamlingen.

Inge Joa for nyttige innspill og oversikt over datamaterialet.

En stor takk går også til Sverre Nesvåg og Espen Enoksen ved Kompetansesenteret for rusmiddelforskning i Helse Vest. Dere inspirerte meg til å gå i gang med dette masterstudiet, og bidro til jeg kunne ta en kort permisjon fra mitt arbeid, slik at jeg i en periode kunne fordype meg i masteroppgaven.

Jeg vil også rette en takk til mine medstudenter og lærere ved masterstudiet.

Oppgaveseminarene med dere underveis i studiet har vært til stor hjelp.

Helt til slutt vil jeg takke min kone og guttene mine, som har vært tålmodige når far uten forstyrrelser måtte ha ro og fred til å lese og skrive.

Sammendrag

Denne studien handler om rusmiddelmissbruk hos personer som opplever å bli psykotiske i tilknytning til inntak av rusmidler. Den handler også om hva slags rusbehandling disse personene har fått for sine rusmiddelproblemer, og hva slags type hjelp disse personene ønsker når de er i kontakt med behandlingsapparatet.

Hensikten med studien har vært å utforske rusmiddelmissbruk, behandlingshistorikk og rusrelaterte problemområder hos pasienter som ble inkludert i TIPS-prosjektet i Stavanger med diagnosen rusindusert psykose i perioden oktober 2008 – oktober 2010.

Formålet har vært å få vite mer om selve rusmiddelmissbruket før den rusinduserte psykosen. Et annet formål har vært å fremskaffe økt kunnskap om behandlingssammenheng før den rusinduserte psykosen og å undersøke hvordan pasientene med rusindusert psykose selv vurderer sine rusrelaterte problemer og hjelpebehov.

Kartleggingsverktøyet EuropASI ble benyttet i datainnsamlingen - et standardisert, strukturert verktøy som gjennomgående fokuserer på pasientenes egne vurderinger av problemer og hjelpebehov. Det ble således rettet fokus på pasientenes egne vurderinger på ulike rusrelaterte problemområder. På denne måten er tematikken relevant i forhold til brukerperspektivet.

Studien viste at pasientene med rusindusert psykose var unge menn med en sammensatt problematikk. De hadde alle hatt et høyfrekvent cannabis- og/eller amfetaminmissbruk. Hele 75 % av disse hadde høyfrekvent cannabismissbruk og 33 % hadde høyfrekvent amfetaminmissbruk. Det mest oppsiktsvekkende når det gjaldt rusmiddelmissbruket var fraværet av høyfrekvent opioidmissbruk.

Pasientene hadde i liten grad vært i behandling før den rusinduserte psykosen - i forhold til deres antall år med høyfrekvent bruk av illegale rusmidler, og vurderte i liten grad behov for hjelp på de fleste rusrelaterte områdene.

INNHALDSFORTEGNELSE

	<u>SAMMENDRAG</u>	4
1.0	<u>INNLEDNING</u>	7
1.1	BAKGRUNN	7
1.2	FORMÅL MED STUDIEN	8
1.3	PROBLEMSTILLING	11
1.4	BEGREPSAVKLARINGER	12
1.5	AVGRENSNINGER	14
2.0	<u>TEORI OG FORSKNING</u>	16
2.1	FOREKOMST AV RUSINDUSERT PSYKOSE	16
2.2	BEHANDLING OG RUSINDUSERT PSYKOSE	17
2.3	TIPS III	17
2.4	BRUKERPERSPEKTIV OG MEDVIRKNING	18
2.5	VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	19
3.0	<u>METODE</u>	22
3.1	UTVALG	22
3.2	DATAINNSAMLING	23
3.3	EUROPASI	24
3.4	METODISKE OVERVEIELSER	25
3.5	ETISKE OVERVEIELSER	26
3.6	FORSKNING PÅ EGET PRAKSISFELT	27
3.7	ANALYSE	27
4.0	<u>RESULTATER</u>	28
4.1	BAKGRUNNSDATA	28
4.2	RUSMIDDELMISBRUK	29
4.3	BEHANDLINGSHISTORIKK	33
4.4	EGENVURDERINGER	35
4.5	OPPSUMMERING	37
5.0	<u>DISKUSJON</u>	38
5.1	METODISKE REFLEKSJONER	39
5.2	BRUKERPERSPEKTIV OG EGENVURDERINGER	40
5.3	IMPLIKASJONER FOR PRAKSISFELTET	41
6.0	<u>KONKLUSJON</u>	41
	<u>LITTERATUR</u>	40

VEDLEGG 1. TABELLER	46
VEDLEGG 2. SØKEHISTORIE	61
VEDLEGG 3. SAMTYKKEERKLÆRING	62
VEDLEGG 4. EUROPASI – MANUAL	66

ARTIKKEL

FORFATTERVEILEDNING

Forkortelser:

RIP	Rusindusert psykose
TIPS	Tidlig oppdagelse og behandling ved psykoser
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1.0 Innledning

Denne studien handler om rusmiddelmissbruk hos personer som opplever å bli psykotiske i tilknytning til inntak av rusmidler. Den handler også om hva slags rusbehandling disse personene har fått for sine rusmiddelproblemer, og hva slags type hjelp disse personene ønsker når de er i kontakt med behandlingsapparatet. Min interesse for tematikken har utviklet seg over tid under mitt arbeid med dobbeldiagnoseproblematikk ved et psykiatrisk ungdomsteam for pasienter mellom 15 og 30 år. En stor andel av disse pasientene dropper ut av behandlingen, noe som er spesielt alvorlig for dem som sliter med psykosesymptomer.

Rusbehandling ble som følge av rusreformen (Ot.prp. nr.3 2002-03) i 2004 etablert som et nytt tjenestoområde innenfor spesialisthelsetjenesten, og fikk betegnelsen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den nye organiseringen er ment å føre til bedre og mer samordnede tjenester, og bedre behandlingsresultater. Organiseringen har ført til en tettere kopling mellom rusbehandlingsfeltet og psykisk helsevern. Samtidig har man de siste årene funnet høy forekomst av psykiske lidelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og høy forekomst av ruslidelser hos pasienter under behandling i psykisk helsevern (høringsutkast for ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse”, Helsedirektoratet 2010). Forskning viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykisk lidelser (Alonso et al. 2004). At noen mennesker blir psykotiske etter inntak av rusmidler kan betegnes som et fenomen i skjæringspunktet mellom rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse, og kan aktualisere flere typer behandlingstiltak både i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.

1.1 Bakgrunn

De siste tiårene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* omtalte gruppen med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk spesielt. Kartlegging har vist at rundt 4000 mennesker i Norge med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk hadde et utilstrekkelig behandlingstilbud (Statens helsetilsyn 2000).

Prosjektet Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS) har som målsetting å undersøke effekter av å etablere rutiner for tidlig oppdagelse og behandling av første-episode psykose. Omlag en tredjedel av de identifiserte pasientene i TIPS har vist seg å ha rusmiddelmissbruk som

tilleggsproblematikk (Larsen et al 2006). Pasienter med diagnosen rusindusert psykose har før 2007 ikke vært inkludert i prosjektet. Fra 2007 er imidlertid denne pasientgruppen inkludert i et eget prosjekt (TIPS III). Dette prosjektet har som mål å studere forekomst av rusindusert psykose, og i hvor stor grad en slik tilstand utvikler seg til andre typer psykoser. I tillegg er målsettingen å undersøke hvorvidt det finnes sårbarhetsfaktorer for en slik utvikling (TIPS III Studieprotokoll). I dette prosjektet er det, i tillegg til de kartleggingsprosedyrer som allerede er etablert i TIPS, lagt utvidet vekt på kartlegging i forhold til rusmisbruk og tidligere rusrelatert kontakt med behandlingsapparatet.

I den forbindelse startet TIPS og Kompetansesenteret for rusmiddelforskning i Helse Vest (KorFor) høsten 2008 et samarbeid for å kartlegge rusrelaterte problemområder hos disse pasientene. Instrumentet EuropASI ble valgt som egnet for dette formålet. Instrumentet er utviklet og konstruert for utredningsformål, behandlingsplanlegging og klinisk arbeid, og for evaluering og forskning. Det er standardisert og semistrukturert, og er utviklet for å kartlegge rusmiddelproblemer i et bredt perspektiv. I denne studien bruker jeg data fra EuropASI-kartleggingen i TIPS for å beskrive rusmiddelmisbruk, behandlingshistorikk og pasientenes egne vurderinger av problem og hjelpebehov på ulike rusrelaterte problemområder.

1.2 Formål med studien

Rusindusert psykose kan føre til hospitalisering og er svært alvorlig for den det gjelder. Pårørende, helsepersonell og andre fra ulike instanser er ofte involvert i forbindelse med slike innleggelse (politi, fastleger, legevakt m.m.). En fersk studie viser dessuten at pasienter med psykoselidelse og rusmiddelmisbruk oftere blir tvangsinnlagt enn pasienter med psykose uten rusmiddelmisbruk (Opsal et al, 2011).

Et av formålene med denne studien er å få yite mer om selve rusmiddelmisbruket før den rusinduserte psykosen. Forskning tyder på at pasienter med rusindusert psykose blant annet kjennetegnes ved større grad av rusavhengighet enn pasienter med andre typer psykoser og samtidig rusmisbruk (Caton et al 2005). Videre refereres det ofte til stoffene cannabis og amfetamin når man skal beskrive sammenhenger mellom rusmidler og psykotiske symptomer (Bratteteig, M. et al 2008). Man har så langt antatt at det i hovedsak er personer med høyt forbruk av cannabis og amfetamin som får rusindusert psykose. Det diagnostiske bildet av denne pasientgruppen er imidlertid komplekst. Utfordringen handler i stor grad om hvorvidt vi kan anta at det foreligger kausalitet mellom rusmiddelinntaket og psykoseutbruddet (Øydna

2006). Dette fordrer naturligvis at vi har nok kunnskap om rusmiddelinntaket før psykosen. Kunnskap om sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk og rusindusert psykose er viktig, fordi studier peker på at rusmiddelmissbruk kan øke risikoen for utvikling av mer alvorlig psykoseproblematikk (Ferdinand et al. 2005). Er det noe med selve rusmiddelmissbruket til noen av personene med rusindusert psykose som gjør at de har en høyere risiko for å utvikle alvorligere psykose? Studier som søker å avdekke eventuelle kjennetegn ved rusmiddelmissbruket hos pasienter med rusindusert psykose vil være nyttige for å kunne predikere hvilke pasienter som står i fare for å utvikle mer alvorlig, og i verste fall, vedvarende psykoser.

Et annet formål med studien er å undersøke hvordan pasientene med rusindusert psykose selv vurderer sine problemer og hjelpebehov. Det rettes således fokus på pasientenes egne vurderinger av hjelpebehov på ulike rusrelaterte problemområder. På denne måten blir tematikken relevant i forhold til brukerperspektivet i masterstudiet. Det redegjøres nærmere om dette under metodekapittelet (3.3).

Et siste formål med denne studien er å fremskaffe økt kunnskap om behandlingskontakt før den rusinduserte psykosen. Personer som har fått en rusindusert psykose kan ha hatt tidligere innleggelse. Noen av disse personene har kanskje skrevet seg ut eller blitt utskrevet fra psykiatriske døgnavdelinger før man visste om det dreide seg om rusindusert psykose eller om mer alvorlig psykoseproblematikk. Første gang en person med rusmiddelmissbruk blir psykotisk bør vedkommende ideelt sett være lenge nok innlagt til observasjon og utredning (rusmiddelbruk, psykiske symptomer, somatisk), rusfri, slik at man får det beste grunnlaget til å vurdere hvorvidt det dreier seg om en rusindusert eller annen type psykose (Øydna 2006). Slike avklaringer kan legge føringer for en rekke rettigheter knyttet til økonomiske ytelser, bolig, utdanning, arbeid og behandlingsopplegg. Personer som får en rusindusert psykose har muligens før selve psykoseutbruddet blitt henvist til rusbehandling i TSB uten at behandlingen er fullført. Avbrutt behandling kan handle om egenskaper ved pasientene og/eller om hvordan TSB organiserer behandlingstilbudet for denne pasientgruppen. En utfordring kan være manglende fokus på nødvendigheten av at disse pasientene er tilstrekkelig i kontakt med behandlingsapparatet (Crebbin et al 2009, Kristoffersen 2004). Risikoen for nytt psykoseutbrudd vil være stor dersom en person som for eksempel har hatt cannabisindusert psykose igjen røyker cannabis (Farell et al 2002). Et annet viktig poeng i denne sammenhengen er at pasienter med rusindusert psykose bør få et tilbud som er i

samsvar med risikoen disse pasientene har for å utvikle mer alvorlig psykose (Crebbin et al 2009). Noen vil mene at det å tåle rusmidler dårlig (sårbarhet) slik at man blir psykotisk, kan oppfattes som et forstadium til utvikling av alvorligere psykoselidelse. Hva slags implikasjoner bør i så fall dette ha for behandlingspraksis?

Jeg har konstruert to case for å illustrere disse utfordringene nærmere:

”Ola” er i dag en 30 år gammel frisk bilmekaniker. I 18-25 års alder hadde han et eskalerende rusmiddelmissbruk, som til slutt gjorde at han ble avhengig av å ruse seg, spesielt på cannabis. Han hadde på tross av dette fullført videregående skole, fikk etter hvert fagbrev, og mestret å følge opp arbeidet han hadde som bilmekaniker. I en liten periode i 25 års alder brukte han mer hasj enn tidligere og opplevde å bli veldig mistenksom. Familie, venner og arbeidskollegaer merket at han ble mer og mer fiendtlig innstilt overfor dem. En dag han ikke møtte opp på arbeid, dro en arbeidskollega hjem til ham på kvelden. Da kollegaen møtte Ola kom det fram at Ola var redd for at flere på jobben skulle drepe ham. Kollegaen tok kontakt med Olas familie som dagen etter tok Ola med til fastlegen. Ola ble der vurdert som psykotisk og ble senere samme dag innlagt til observasjon ved psykiatrisk avdeling. Etter fire uker ble han utskrevet med diagnose rusindusert psykose (RIP) til poliklinisk oppfølging. Det var da startet opp medikamentell behandling, som fastlegen besørget noen måneder videre. Imidlertid møtte han ikke til poliklinisk behandling de første ukene etter utskrivning, fordi han var nedstemt og hadde lite initiativ til å ta tak i livet sitt igjen. Han klarte så vidt å møte på arbeid, men hadde også dager hvor han ringte formannen på verkstedet og sa at han ikke kom på jobb. Poliklinisk behandler som hadde sendt Ola to brev med invitasjon til samtale uten at Ola møtte, kontaktet den psykiatriske posten hvor Ola hadde vært innlagt (og var henvist fra), for å drøfte situasjonen. Man konkluderte med at det verken var hensiktsmessig å avslutte kontakten eller å vente og se om Ola tok kontakt, men heller forsøke å kontakte Ola pr. telefon. Samme dag ringte en psykiatrisk sykepleier som Ola kjente fra posten til ham, og det ble bestemt at den polikliniske behandleren skulle komme på hjemmebesøk neste dag. Ola ble etter dette søkt inn til behandling på en korttidsinstitusjon for sine psykiske vansker og sin rusmiddelavhengighet. Det ble i forkant etablert et samarbeid mellom familien til Ola, fastlege, arbeidsgiver og institusjonen. Etter fire måneder ble Ola utskrevet og startet arbeidet igjen. Han ruset seg aldri etter innleggelsen ved psykiatrisk avdeling, fordi han i løpet av oppholdet der hadde fått en klar oppfatning av at det var en sammenheng mellom rusmiddelmissbruket og forvirringen han hadde opplevd.

”Per” er også 30 år gammel. Han er derimot ikke i arbeid, men bor i en kommunal satelittbolig og har diagnosen schizofreni. I 25 års alder hadde han ruset seg på illegale rusmidler i 7-8 år. Han var som Ola etter endt utdanning i et arbeidsforhold da han en kveld ble innlagt ved psykiatrisk avdeling. Bakgrunnen for innleggelsen var at hans foreldre tok kontakt med legevakt etter at Per hadde truet med å ta sitt eget liv. På avdelingen kom man fram til at Per hadde visuelle hallusinasjoner og vrangforestilling av paranoid natur. Han fikk antipsykotika-behandling og etter tre-fire dager var psykosesymptomene borte. Behandleren mente Per hadde hatt en rusindusert psykose, men det heftet usikkerhet ved diagnosen. Per reiste så hjem fra avdelingen etter å ha blitt henvist til en ruspoliklinikk. Han møtte ikke etter innkalling pr. brev fra ruspoliklinikken. Etter noen få måneders rusmisbruk ble han innlagt på psykiatrisk avdeling igjen på grunn av nye psykosesymptomer. Han hadde ikke maktet å fortsette sitt arbeid, misbrakte hasj, og hadde i stor grad isolert seg i leiligheten sin. Også denne gang reiste han hjem etter få dager når de verste psykosesymptomene hadde forsvunnet. I løpet av det neste halve året hadde han 5-6 tilsvarende innleggelser. Til slutt ble han innlagt og fikk schizofrenidiagnose på grunn av at psykosen ikke gikk tilbake i rusfrie perioder.

Faktorene som kan ha bidratt til at det gikk bra med Ola, kan være at behandlingsapparatet ikke ventet på at Ola skulle ta kontakt etter at han ikke møtte til innkallingene, men i stedet ringte ham, og foretok hjemmebesøk for å fortsette behandlingen. At han da fikk behandling for sine psykiske vansker og sin rusmiddelavhengighet, kan ha forhindret at Ola igjen gled inn i rusmisbruk og nye psykoser, uteble fra arbeidet, og ble for tilbaketrukket og sparsom med emosjonell kontakt med andre mennesker.

1.3 Problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske rusmiddelmissbruk, behandlingshistorikk og rusrelaterte problemområder hos pasienter som er inkludert i TIPS-prosjektet i Stavanger med diagnosen rusindusert psykose (RIP). Hva slags rusmiddelmissbruk, behandlingshistorikk og belastning på rusrelaterte problemområder har pasienter som blir inkludert i TIPS med diagnosen rusindusert psykose?

Forskningsspørsmål og hypoteser knyttet til problemstillingen:

1. Hva slags rusmiddelmissbruk har pasienter som blir inkludert i TIPS med diagnosen rusindusert psykose
Hypotese: Det er primært pasienter med høyfrekvent cannabis- og amfetaminmissbruk som får diagnosen rusindusert psykose i TIPS
2. I hvilken grad har pasientene med rusindusert psykose vært i rusbehandling tidligere
Hypotese: Pasientene med rusindusert psykose har i stor grad vært i rusbehandling tidligere
3. Hvordan vurderer pasientene selv hjelpebehov på ulike rusrelaterte problemområder
Hypotese: Pasientene vurderer i liten grad å ha behov for hjelp

1.4 Begrepsavklaringer

Rusmiddelmissbruk

Rusmiddelmissbruk som begrep står i et forhold til begrepet bruk (av rusmidler), og det er ikke lett å trekke grensen mellom disse begrepene. Begrepet er relativt flytende, og det finnes ingen entydig definisjon som gjelder for alle typer av rusmidler. For noen er det å innta rusmidler i seg selv misbruk (spesielt når rusmidlene er oppført på myndighetenes liste over ulovlige rusmidler), for andre kan det bero på hva slags rusmiddel som brukes, i hvilken mengde, og i hvilken sammenheng rusmiddelet brukes (Weihe 2004).

En formell tilnæringsmåte for å gjøre et skille er å benytte etablerte kartleggingsverktøy hvor standardiserte verdier og spørsmål inngår (se for eksempel Saunders et al 1993; Berman et al 2005). Både verdier angående mengde, bruksfrekvens, indikatorer for avhengighet og negative konsekvenser som følge av rusmiddelbruken, kan inngå i slike kartleggingsverktøy (ibid). Misbruksbegrepet kan knyttes til fysiske, psykiske, økonomiske og sosiale konsekvenser. Det å bruke et illegalt rusmiddel gir også en negativ konsekvens i seg selv, fordi det innebærer å begå en ulovlig handling.

Høyfrekvent rusmiddelmissbruk

I denne studien kartlegges i hovedsak det høyfrekvente rusmisbruket. EuropASI er konstruert for å måle slikt misbruk, og høyfrekvent rusmiddelmissbruk betegner i denne studien at pasientene benytter alkohol og/eller narkotika/medikamenter (Hidle 2007):

1. minst tre dager i uka (uavhengig av dosering) eller
2. i perioder med minst to sammenhengende dager i uken, til et nivå hvor normale aktiviteter vanskeliggjøres (som arbeid, skolegang, familieliv etc.)

Hensikten med disse definisjonene er å kunne registrere den problematiske bruken, og ikke mer tilfeldig eller eksperimentell bruk. Videre vil forståelsen av begrepet rusmiddelmisbruk i denne studien være knyttet til brukens negative mentale konsekvenser, da studien utforsker sammenhenger mellom rusmidler og psykose.

Psykososer

Psykose er en psykisk tilstand som kjennetegnes ved forstyrrelser i virkelighetsoppfatningen. Med det menes for eksempel at personer med psykose ofte oppfatter og opplever verden annerledes enn folk flest. Psykososer er fellesbetegnelsen for en sammensatt gruppe psykiske lidelser som innebærer at mennesker har nedsatt eller manglende realitetstestende evne. Når noen mister kontakten med virkeligheten på en slik måte, kalles det en psykotisk episode. Psykose kan beskrives som en forvirringstilstand, der hallusinasjoner og vrangforestillinger er noen av de mest typiske symptomene. Andre symptomer på psykose er forvirret tankegang, nedsatt motivasjon og forandring i følelser (Johannesen 2008).

En måte å klassifisere psykosesyntomer på er å inndeles dem i grupper for positive, negative og allmenne psykopatologiske plager. PANSS (Positive and negative syndrome scale) er et strukturert intervju som bruker denne inndelingen og hvor man vurderer graden av hvert symptom for seg selv på en skala fra 1 til 7 (Kay et al., 1987). Positive symptomer er noe som er kommet i tillegg hos pasienten, noe som ikke var der før psykososen (Johannesen 2008). De viktigste positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinatorisk atferd, storhetsideer og mistenksomhet. I tillegg kommer agitasjon, tankemessig desorganisering, og fiendtlighet. Negative symptomer betyr at noe har blitt borte hos pasienten (ibid), og slike symptomer vil være affektmatthet, tilbaketrukkethet, sparsom emosjonell kontakt med andre, problemer med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og ledighet i samtale eller stereotyp tankevirksomhet. Kriteriene på allmenn psykopatologi består av 16 symptomer. Det viktigste symptomet er kanskje det å ha uvanlig tankeinnhold. Andre symptomer er bekymring for somatisk sykdom, angst, skyldfølelse, depresjon, anspenhet og så videre.

Psykosesymptomene kan variere over tid, de kan være kortvarige eller langvarige og variere fra person til person. Dersom psykosesymptomene varer lengre enn en måned, taler vi som regel om mer alvorlige psykoser enn rusinduserte psykoser. I denne studien defineres slike som primærpsykoser. Jeg velger imidlertid ikke å differensiere primærpsykoser nærmere, da dette ligger utenfor rammene for denne studien.

Rusindusert psykose (RIP)

Ved rusinduserte psykoser er symptomene framkalt av effekten av psykoaktive rusmidler, og oppstår vanligvis etter noen timer eller dager etter inntak av rusmidlene. I følge internasjonale diagnosesystem forutsetter diagnosen RIP at psykosesymptomene forsvinner delvis innen en måned og fullstendig etter seks måneder (ICD-10), eller at psykosesymptomene forsvinner innen en måned etter rusmiddelinntak (DSM 4). I tillegg er det et kriterium at psykosen skal ha vart minst to døgn og skal ha startet innen to uker etter opphør av rusmiddelinntak (ICD-10). Rusindusert psykose kalles også for rusutløst psykose og substansbetinget psykose. I denne studien har jeg valgt å bruke betegnelsen rusindusert psykose.

Rusbehandling

Behandling brukes i denne studien med en utvidet betydning om tiltak som kan ha relevans for endring i problembelastning eller mestring av problembelastning, uavhengig av hvem som gjennomfører tiltaket. Eksempler på behandlingstiltak kan være poliklinisk avrusning, avrusning i institusjon, poliklinisk behandling, institusjonsbehandling, dagtilbud, medikamentell behandling m.v. Behandlingsbegrepet er ikke begrenset til behandling i tradisjonelle behandlingsinstanser for rusmiddelmissbruk, men kan også gjelde rusbehandling i psykiatrisk og/eller somatisk sykehus.

1.5 Avgrensninger

Det finnes ulike metoder for å måle rusmiddelmissbruk. En måte er å telle antall enheter som brukes av de ulike rusmidlene pr. tidsenhet. En annen er å kategorisere bruken i henhold til bestemte diagnostiske kriterier, slik det gjøres i diagnosesystemene ICD -10 og DSM IV. Kriteriene som brukes i disse systemene er litt forskjellige, men handler i hovedsak om en sterk trang til å bruke rusmidler, vansker med å kontrollere bruk, abstinensproblemer, toleranseutvikling, vansker med hensyn til sosiale forpliktelser og fortsatt bruk til tross for åpenbare, negative konsekvenser. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og

avhengighetssyndrom, mens DSM IV benytter skillet mellom misbruk og avhengighet. I forhold til rusmiddelavhengighet skal det hos en person ha forekommet symptomer i minst tre av de overnevnte kategoriene i løpet av siste 12 måneders periode før det kan settes en avhengighetsdiagnose. Vi ser at dette kan omhandle både fysisk og psykisk avhengighet. En tredje måte for å måle rusmiddelmisbruk er å ta hensyn til at rusmiddelmisbruk er et sammensatt fenomen som kan påvirkes av mange forhold, og som i tillegg kan vurderes langs en dimensjon av alvorlighet (Lauritzen 2010). Alvorlighetsgraden er påvirket av hvilke rusmidler som brukes, hvor ofte, og på hvilke måter rusmidlene brukes (ibid). Det er denne måten å måle rusmiddelmisbruk som benyttes i denne studien. EuropASI er i hovedsak konstruert for å måle det høyfrekvente rusmiddelmisbruket. Instrumentet har imidlertid ikke mål for mengde brukt av de ulike rusmidlene, og er blitt kritisert for dette (Romelsjö 2004, Stenius & Room 2004).

I praksis kan det være vanskelig å skille mellom rusinduserte psykoser og andre psykoser med samtidig rusmiddelmisbruk, ettersom rusmiddelmisbruk og psykosesyntomer ofte opptrer samtidig (Mathias et al. 2008). Vi kan også tenke oss glidende overganger mellom disse tilstandene. Videre er det i ICD-10 klassifisert andre psykiske tilstander som også antas å være utløst av rusmidler. Akutt intoksikasjon (overdose) kan medføre forstyrrelse av bevissthetsnivå, kognisjon, persepsjon, følelser eller atferd, eller andre psykofysiologiske funksjoner og reaksjoner (Snoek & Engedal 2008). Abstinensstilstand oppstår når man slutter brått eller drastisk reduserer bruken av et psykoaktivt stoff som man har brukt over en viss tid. Tilstanden kan manifestere seg som intense fysiske og psykiske forstyrrelser som for eksempel kramper eller angst (ibid).

Til slutt kan nevnes at rusindusert psykose er en diagnose der det gjøres en antagelse om kausalitet mellom rusmiddelinntak og en forbigående psykose (Mathias 2008, Øydna 2006). I denne studien er det ikke mitt anliggende å problematisere denne antagelsen.

2.0 Teori og forskning

I dette kapitlet redegjøres nærmere for sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk og psykoser, forekomst av rusindusert psykose og aktuelt forskningsmiljø (TIPS) som denne studien er forankret i. Til slutt går jeg inn på brukerperspektivet og vitenskapsteoretisk ståsted som legges til grunn i studien.

Personer med psykoselidelser bruker mer rusmidler enn normalpopulasjonen (Kavanagh et al 2002). Rusmisbruk er utbredt blant pasienter med førstegangpsykose, selv om forekomsten av varierer mye i internasjonale studier; alkohol fra 3 til 35 %, illegale rusmidler fra 6 til 44 % (Larsen et al. 2006). I den skandinaviske TIPS-studien fant man at 23 % misbrukte eller var avhengige av stoff og 15 % misbrukte eller var avhengige av alkohol de siste seks måneder frem til behandlingsstart. Særlig unge menn var overrepresentert når det gjelder rusmiddelmissbruk (ibid). Samtidig rusmisbruk ved psykoser er av klinisk betydning ettersom det har en negativ effekt på prognose og kan påvirke behandlingsvalg (Kavanagh et al 2002). Når det gjelder rusindusert psykose, er det særlig inntak av cannabis, amfetamin, kokain, LSD og ecstasy som kan utløse slik type psykose (Bratteteig et al 2008). Det er likevel misbruk av cannabis og amfetamin som spesielt refereres til i forskningen, noe som sannsynligvis henger sammen med at dette er de illegale rusmidlene som brukes mest. I Norge er cannabis og amfetamin de vanligste rusmidlene nest etter alkohol (Statens institutt for rusmiddelforskning 2010). Disse to rusmidlene har vist seg å kunne utløse psykosesyntomer som likner på symptomene til pasienter med psykose uten rusmiddelmissbruk. For eksempel konkluderer en pågående norsk studie (2009-2012) med at det ikke er mulig ved akuttinnleggelser å se forskjell i psykosen hos pasienter som er psykotiske og som har brukt amfetamin, sammenlignet med de som er psykotiske og som ikke har brukt rusmiddelet (Medhus 2010). Når det gjelder cannabis, har det vært stor uenighet om en cannabisrelatert psykose kan skilles fra schizofreni (Bratteteig et al 2008).

2.1. Forekomst av rusindusert psykose

Det finnes foreløpig ingen sikre tall på forekomst av første-episode pasienter med rusindusert psykose (Kavanagh & Mueser 2007). Slike tall vil variere på bakgrunn av kulturelle forskjeller. Tallene i Rogaland er også usikre. Basert på en pågående studie vedrørende innsidens av førstegangpsykose pasienter (RIP) ved Stavanger universitetssjukehus, anslår man 10-15 nye tilfeller pr. år i en befolkning på 330 000 (Johannessen, 2010).

2.2 Behandling og rusindusert psykose

Det finnes foreløpig lite informasjon om behandling av rusindusert psykose (Høringsutkast til nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, helsedirektoratet 2010). Generelt når det gjelder personer med samtidig rus- og psykisk lidelse har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2008 utarbeidet en rapport som viste at det var liten forskjell i behandlingseffekt mellom ulike psykososiale behandlingstiltak. Dette er i tråd med en internasjonal undersøkelse som konkluderer med at det ikke finnes forskningsmessig belegg for å si at én behandlingsmodell for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser har bedre resultater enn andre (Jeffrey et al. 2005). I ovennevnte høringsutkast nøyer man seg med å påpeke at det bør utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose. Slik påpekning er viktig fordi studier tyder på at rusinduserte psykoser etter inntak av cannabis ofte utvikler seg til primærpsykoser, og kan være vanskeligere å differensiere fra disse (Arendt et al 2005). Det har sågar vært argumentert for at cannabisutløste psykoser skal behandles som primærpsykose og schizofreni (ibid).

2.3 Tips III

I TIPS III – prosjektet tar en sikte på å undersøke forekomst av rusindusert psykose, samt i hvor stor grad slike tilstander utvikler seg til primærpsykoser over tid. Arbeidshypotesen er at pasienter med rusutløst psykose utvikler schizofrenispekter diagnose i ca 25 % av tilfellene. Pasienter som blir henvist til TIPS blir intervjuet ved hjelp av strukturerte instrumenter for å vurdere grad av symptombelastning, samt diagnostisering. Dersom pasienten fyller inklusjonskriteriene (se 3.1 i oppgaven) kan utredningsteamet godkjenne pasienten som deltaker i undersøkelsen. Prosjektet blir grundig forklart (muntlig og skriftlig) og pasienten gir skriftlig samtykke for å inngå i undersøkelsen. I tillegg til kartlegging av biologiske, symptomatologiske, demografiske og kognitive karakteristika som kan kjennetegne en risiko for utvikling fra rusindusert psykose til primærpsykose, kartlegges rusmiddelmissbruk ved hjelp av instrumentene DRAKE, AUDIT, DUDIT og rusmiddelanalyser (blodprøve/urinprøve). DRAKE er en skala for klinisk vurdering av alkohol- og narkotikabruk, fra avholdenhet til avhengighet med institusjonalisering (Mueser et al 2003). AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) er et kartleggingsverktøy for avdekking av risikabel alkoholbruk, og er utviklet av WHO (Saunders et al 1993). DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) er et kartleggingsinstrument utviklet ved Karolinska Institutet i

Stockholm, og brukes for å identifisere problemfylt bruk av illegale rusmidler (Berman et al 2005). Disse kartleggingsverktøyene fanger opp siste 6 eller 12 måneders rusmisbruk.

2.4 Brukerperspektiv og medvirkning

Brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, får innflytelse på de beslutningsprosessene som fører til et tjenestetilbud (Rønning & Solheim 1998).

I NOU nr.18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene fra 2004 står der at *”medvirkning innebærer at tjenestemottaker får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. I likhet med kartlegging, samtykke og informasjon, er retten til medvirkning nært knyttet til det grunnleggende kravet om å vise respekt for den enkelte tjenestemottakers autonomi og integritet”*. Rett til medvirkning er regulert ved lov i Lov om pasientrettigheter § 3-1. På individnivå innebærer rettigheten at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse på dette tilbudet. På systemnivå vil brukermedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser. Vi kan også tenke oss et politisk nivå, der brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser som fører til politiske beslutninger (IS-1315 Rapport. Sosial og helsedirektoratet. 2006). Brukerperspektiv og brukermedvirkning er sentrale begrep i ulike kontekster av helse- og sosialtjenesten, og kan defineres eksplisitt i forhold til disse kontekstene (Humerfelt 2005).

I denne studien er det individnivået som søkes belyst. Det er imidlertid ikke begrepet brukermedvirkning, men begrepet brukerperspektiv som er relevant å fokusere på. Jeg søker ikke å utforske hvorvidt eller hvordan brukeren medvirker aktivt og får innflytelse på egen behandling, men hvordan brukeren forstår sin situasjon. Ordet perspektiv kan oversettes med utsikt (Kunnskapsforlaget 1986). Brukerperspektiv kan da forstås som brukerens utsikt. Jeg velger å differensiere mellom disse begrepene slik Humerfelt gjør (2005). Hun skriver at *”..brukermedvirkning er den aktivitet som brukerne deltar med, og som helse- og sosialarbeidere tilrettelegger for. Brukerperspektivet er brukernes forståelse av egen situasjon.”* (ibid:18). Dette innebærer at brukerperspektivet handler om å være involvert i en eller annen forstand, men ikke at brukeren nødvendigvis har mulighet til å påvirke en beslutningsprosess. En måte å involvere brukeren på slik at brukerperspektivet kommer fram, er rett og slett å spørre brukeren hvor viktig det er med hjelp i forhold til ulike problemområder. Erfaringer viser at pasienter som er intervjuet med EuropASI

gjennomgående er svært positive, og både behandlere og pasienter legger vekt på at nettopp brukerperspektivet står sentralt i intervjuet (Lauritzen 2010). Å involvere brukeren slik kan bidra til en mer gjensidig situasjonsdefinisjon i møtet mellom pasient og helsepersonell, og kan føre til økt ansvarliggjøring av brukerens forhold til egen behandlingsplan (ibid:79-81). At brukeren er involvert i egen behandling kan bedre prognosen. Profesjonell hjelp for personer med rusmiddelbruk er generelt sett i liten grad preget av formelle tvangstiltak, og ideen om at brukeren må "ville det selv" er utbredt i behandlingsøyemed. Dette er en generell utfordring i rusbehandling. Fra et behandlingsståsted kan det argumenteres for at brukere vil utnytte tjenestetilbudet bedre når de selv er involvert i behandlingen. Dette er i tråd med *det terapeutiske argumentet* (Rønning og Solheim 1998) som er basert på ideen om at man blir frisk av å være aktiv (Humerfelt 2005). Tanken er at brukere besitter ressurser som de kan ta i bruk for å delta i egen behandling. Brukerperspektivet forstås i denne studien ut fra et slikt terapeutisk incitament. Metoder for å engasjere brukeren i egen behandling kan være av stor betydning. Dette er vesentlig når det gjelder pasienter med rusindusert psykose, fordi det er en utfordring at flere av disse pasientene vil ha varierende grad av motivasjon for rusbehandling, spesielt ved akuttinnleggelser. Dette har naturlig nok sammenheng med at flere er avhengige av rusmidlene, og søker tilbake til steder hvor rusmidlene finnes. Det er en etablert konsensus i rusbehandlingsfeltet om at personer som har et problematisk forhold til rusmiddelinntak og søker andres hjelp på grunn av problemene, ofte vil være i en slags konflikt med seg selv (ambivalens) når det gjelder rusmiddelmisbruket (Fekjær 2004).

2.5 Vitenskapsteoretisk ståsted

I arbeidet med denne studien har målgruppen vært en gruppe mennesker som har fått en bestemt psykiatrisk diagnose. Dette aktualiserer mitt syn på psykisk lidelse, og utfordrer mitt vitenskapelige ståsted i arbeidet. For å redegjøre for dette vil jeg trekke fram to grunnleggende forskjellige posisjoner innen moderne vitenskapsteori.

Realisme-posisjonen forfekter en antagelse om at det finnes en verden, eller fenomener i verden, som er uavhengig av vår erkjennelse (Nortvedt & Grimen 2004). Med dette menes at virkeligheten eksisterer uavhengig av menneskers kjennskap til den. Tilhengere av en slik posisjon vil ha som utgangspunkt at vi kan tilegne oss kunnskap utover det som rendyrkede empirister vil hevde, nemlig at vitenskap kun skal beskjefte seg med det man kan observere og erfare. Realisme-tilhengere kan si at man kan anerkjenne fenomener som ikke nødvendigvis kan observeres direkte, for

eksempel ved å trekke fornuftige slutninger om sammenhenger. Realister vil derimot ikke mene at rasjonaliteten i en teori må implisere sannhet. De vil være åpne for at det vil kunne komme bedre tider for epistemiske (hva kan vi vite om verden og hvordan) situasjoner med ny erkjennelse og bedre teorier (ibid).

I vitenskapelig sammenheng vil tilhengere av den sosial konstruktivistiske posisjonen undersøke hvordan vi konstruerer og rekonstruerer vår virkelighet gjennom våre kategorier og tolkninger av verden. Vitenskapelig kunnskap sees som sosialt og kulturelt konstruert, og ikke som universelle sannheter uavhengig av tid og sted. Begrepet sosial konstruktivisme ble gitt stor oppmerksomhet i forbindelse med bokutgivelsen til Berger og Luckmann fra 1966, "The social construction of reality". Forfatterne av denne boken fokuserer på hvordan vi kan forstå prosesser som fører frem til menneskers hverdagslige kunnskap, kunnskap som ofte tas for gitt (Berger & Luckmann 1966). De viser hvordan samfunnsmedlemmer først etablerer subjektiv kunnskap om seg selv og samfunnet gjennom en sosialiseringsprosess, for deretter å vise hvordan denne kunnskapen blir institusjonalisert og gjort allmenn (ibid). På den måten kan sosial konstruktivisme sees som en videreutvikling av fenomenologien som vektlegger subjektiv meningsdannelse. En annen måte å si dette på er at menneskenes oppfattelse og forståelse av hva som er virkelig, i seg selv er et produkt av individers og sosiale gruppers interaksjon. Kunnskap om den sosiale realitet produserer på denne måten fortløpende den sosiale realitet (Nortvedt & Grimen 2004).

En grunnleggende forskjell mellom realisme og sosial konstruktivisme, er koblingen til subjekterkjennelse. Realismen handler om å se virkeligheten og redegjørelse for fenomener i verden uavhengig av en henvisning til erkjennende subjekter, og den godtar ikke at alle fenomener er sosiale konstruksjoner. En sosial konstruktivist vil derimot hevde at redegjørelse for fenomener i verden krever en henvisning til erkjennende subjekter av fenomenene. Det er ikke tilstrekkelig at det finnes erkjennende subjekter som lager slike redegjørelser. I selve redegjørelsen kreves det også henvisning til erkjennende subjekter (ibid). Sosialkonstruktivisten vil redegjøre for diagnosenes eksistens ved å henviser til Verdens helseorganisasjon (WHO) eller American Psychiatric Association (kollektiv av subjekter) som på et eller annet tidspunkt har klassifisert (erkjent) de psykiatriske diagnosene.

På et teoretisk nivå kan realismen og sosialkonstruktivismen videre posisjonere seg forskjellig i forhold til forståelsen av psykisk lidelse. Realistene vil kunne hevde at psykisk sykdom er noe som eksisterer og som har en spesifikk eksistens uavhengig av erkjennende subjekter. Videre vil de presisere at psykiske lidelser oppdages. Sosialkonstruktivistene vil derimot hevde at psykiske lidelser i hovedsakelig er influert av sosiale og kulturelle forhold, og at psykiske lidelser vel så mye blir oppfunnet som oppdaget. Realistene vil kunne se klassifikasjonssystemer som kategoriserer psykisk sykdom som uttrykk for et system som strukturerer noe som faktisk eksisterer. Vitenskapelig fremskritt på området kan forklares med bedre metoder for oppdagelse og klassifikasjon. Sosialkonstruktivister vil derimot hevde at fenomener som studeres i psykiatrien representerer en menneskeskapt virkelighet, strukturert av menneskeskapt språk og kultur. Videre vil de kunne hevde at forskning på dette området innebærer at forskeren egentlig bare studerer seg selv, og at dette ikke kan innebære noe nytt i betydningen viten om sammenhenger som eksisterer uavhengig av erkjennelsestsubjektet.

Psykisk lidelse i kategorisk forstand kan påstås å ha forskjellig utgangspunkt og årsaker. Noen psykiske lidelser (diagnoser) er lettere å forklare på bakgrunn av nevrobiologi og arvemateriale. En realist vil da kunne bruke intervensjonsargumentet for å proklamere lidelsens eksistens, dvs. at psykiske lidelser eksisterer fordi man kan gjøre noe med lidelsene, for eksempel gi antipsykotiske medisiner til pasienter med psykoser.

En fordel som den sosialkonstruktivistiske posisjonen kan ha på det praktiske nivå, er at personer med psykiske lidelser konstruerer sine opplevelser av hvilke problemer de har, og hvilke mulige løsninger som finnes, i samspill med andre mennesker. Mennesker konstruerer mening når de samhandler med andre. Posisjonen vil peke på at vi, fordi vi er mennesker, alltid vil prøve å finne en mening med de erfaringene vi gjør. Dette innebærer også å finne mening med den psykiske lidelsen. Mitt ståsted i denne diskusjonen er at psykisk lidelse i kategorisk forstand dessverre kan medføre at vi stigmatiserer mennesker (diagnosene blir merkelapper). Samtidig vil det å kategorisere psykisk lidelse til en viss grad være både naturlig og nødvendig for kommunikasjon mellom mennesker generelt, og spesielt for fagfolk som engasjerer seg i disse fenomenene. Diagnoser er et slags nyttig språk, en terminologi, som letter kommunikasjonen innad i fagmiljøer. Kategorisering kan dessuten bidra til en mer tilpasset behandling, og legge grunnlaget for framveksten av bedre kunnskap om psykisk lidelse gjennom forskning og metodeutvikling. Det som blir avgjørende er at bruk av kategorier ikke begrenser vår forståelse av menneskene, og at vi i tillegg ser det unike ved hvert menneske bak kategoriene.

3.0 Metode

Denne studien har et deskriptivt og hypotesegenererende design, og skal kartlegge relevante variabler på bakgrunn av valgt problemstilling. At studien er deskriptiv betyr i denne sammenheng at formålet er å beskrive rusmiddelmisbruk, behandlingshistorikk og egenvurderinger, og vise hvordan ulike relevante variabler fordeler seg mellom respondentene. Jeg har ikke gjort noen analyse av årsakssammenhenger. Heller ikke statistiske analyser av datamaterialet for å forsøke å generalisere fra utvalget til populasjonen. Til det siste er ikke utvalget stort nok.

Det eksisterer mange ulike verktøy for å kartlegge pasienters rusmiddelproblematikk. I denne studien benyttes EuropASI - et standardisert, strukturert kartleggingsverktøy som gjennomgående fokuserer på pasientenes egne vurderinger av problemer og hjelpebehov. Dette bidrar til at refleksjon rundt aktør/brukerposisjonen aktualiseres i intervjuet, og gjør at brukerperspektivet løftes fram i studien. I det følgende presenteres utvalget, datainnsamlingen og instrumentet som er brukt i datainnsamlingen, metodiske og etiske overveielser, refleksjoner rundt å forske på eget praksisfelt, og analyse av data.

3.1 Utvalg

Utvalget består av 12 pasienter som i tidsrommet oktober 2008 – oktober 2010 ble henvist til TIPS og som etter utredning i TIPS har fått diagnosen rusindusert psykose. I denne perioden fikk 15 pasienter slik diagnose i TIPS. 2 av disse pasientene er ikke kartlagt. Dette skyldes at de ikke møtte til gjentatte avtaler for gjennomføring av EuropASI. I ett tilfelle valgte jeg å trekke intervjuet fra datamaterialet. Informasjonen var ufullstendig og upålitelig på grunn av pasientens manglende evne til å besvare konkrete spørsmål. Fire av pasientene i utvalget har hatt cannabisutløste psykoser (ICD-10, F.12.5) og fire har hatt amfetaminutløste psykoser (ICD-10, F15.5), med hovedsakelig paranoide eller hallusinatoriske symptomer. De fire siste har hatt psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5).

I tillegg til disse 12 pasientene med RIP er seks pasienter med primærpsykose og rusmiddelmisbruk intervjuet. Disse er tatt med som en sammenlikning til pasientene med RIP, fordi dette er overlappende diagnosegrupper (Caton et al 2005).

TIPS prosjektet har følgende inklusjonskriterier:

Folkeregistrert i Rogaland fylke, alder 15 – 65 år, snakke tilfredsstillende norsk i forhold til å kunne forstå og svare på spørsmål angående psykisk helse, ikke psykisk utviklingshemming, pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og/eller upassende/bisarr atferd, symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, og ikke være begrenset til noen korte øyeblikk, dessuten må pasienten skåre minst 4 på en eller flere av følgende PANSS-symptomene: Vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, storhetsideer, mistenksomhet og uvanlig tankeinnhold. Nåværende psykotiske episode er den første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet, dvs. pasienten har ikke mottatt antipsykotisk behandling, 16 mg perfenazin / dag eventuelt zuclepenthixol eller tilsvarende doser i mer enn 12 uker i denne episoden eller tidligere episoder. Det skal ikke være kjente medisinske kontraindikasjoner for bruk av antipsykotiske medikamenter. Det er ingen kjente nevrologiske eller endokrine forstyrrelser som kan ha forårsaket de nåværende psykotiske symptomene. Pasienten er villig og i stand til å avgi skriftlig samtykke. Pasienter som får endret diagnosen til en diagnose som ikke er inkludert i prosjektet i løpet av inklusjonsperioden, tas ut av forskningsdelen av undersøkelsen (TIPS III Studieprotokoll).

3.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen er basert på informert samtykke og er i overensstemmelse med inklusjonskriteriene nevnt i forrige kapittel. Intervjuene er foretatt av forfatteren i perioden 30.10.08 – 21.12.10. Intervjuene er i all hovedsak gjennomført ved den behandlingsinstansen som respondentene tilhørte på intervjutidspunktet (psykiatrisk døgnavdeling, poliklinikk, institusjon), men også noen få hos kommunal instans og et intervju hjemme hos respondenten. Tid og sted for intervjuene ble først avklart med de respektive behandlerne til pasientene. Intervjutid var gjennomsnittlig 70 minutter og varierte fra 44 til 90 minutter. Ingen av respondentene var synlig påvirket av rusmiddelbruk i intervjusituasjonen. Respondentene har gjennom informasjonsskriv om deltakelse i Tipsprosjektet blitt informert om forskningsprosjektet og dets hensikt. Respondentene har således samtykket skriftlig før personlig tilstedeværelse for gjennomføring av EuropASI-intervjuene. Melding om datainnsamlingen er på forhånd gitt REK (prosjekt nr. 015.03) av Tips-prosjektets leder.

Alle respondentene ble informert om hvor lang tid intervjuet tok og at opplysningene som ble gitt er underlagt taushetsbestemmelser. Respondentene ble informert om muligheten for å reservere seg fra deltakelse eller å reservere seg fra å svare på enkelte spørsmål som ble opplevd for sensitive eller på annen måte ga ubehag. Svarene respondentene har gitt ble kodet i EuropASI-manualen under intervjuene, deretter systematisert i en egen SPSS fil. EuropASI-manualen ble skannet til de respektive pasienters pasientjournal av sekretær i TIPS. Koding, oppbevaring og sletting av data er ellers gjort etter gjeldende rutiner i TIPS.

3.3 EuropASI

Addiction Severity Index (ASI) er et internasjonalt anerkjent kartleggingsverktøy som ble utviklet i USA for mer enn 25 år siden ved Center for Studies of Addiction, Department for Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia (McLelland et al 1980). Det er senere utgitt i europeiske versjoner (EuropASI) tilpasset ulike lands spesifikke forhold (Kokkevi & Hartgers 1995). Undertegnede er sertifisert til å bruke den norske versjonen av EuropASI fra 2007 gjennom kurs i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning. Det er mye internasjonal litteratur om ASI blant annet fra validitets- og reliabilitetsstudier, og instrumentet er kvalitetssikret med tanke på relevans og målenøyaktighet (ibid). Instrumentet er utviklet og konstruert for utredningsformål, behandlingsplanlegging og klinisk arbeid, og for evaluering og forskning. Det er standardisert og strukturert, og er utviklet for å kartlegge rusmiddelproblemer i et bredt perspektiv. Rus sees som et element i et ofte større og mer sammensatt problemkompleks. EuropASI har derfor en flerdimensjonal tilnærming. Hovedområdene er fysisk helse, utdanning/arbeid/økonomi, bruk av alkohol/medikamenter/narkotiske stoffer, familiehistorie/familie og sosiale relasjoner, psykisk helse og kriminalitet. Mange av variablene er kontinuerlige – det vil si at problemene kan beskrives langs en dimensjon. Intervjuet med cirka 180 spørsmål har siste 30 dager og ”tidligere i livet” som tidsvinduer. Noen spørsmål er også knyttet til siste 6 måneder. Karakteristisk for ”ASI-metoden” er at problemtyngde og hjelp/behandlingsbehov innen de syv områdene sammenfattes ved vurderinger gjort så vel av klientene selv som av intervjuerne. EuropASI-intervjuet omfatter også andre indikatorer på problemtyngde: matematisk belastningsindeks basert på de mest ”objektive” spørsmålene innen respektive område og klientvurderinger av hvor bekymret eller plaget en har vært av problemet innen respektive område de siste 30 dagene, og hvordan man vurderer sitt hjelpebehov.

3.4 Metodiske overveielser

Reliabilitet kan uttrykkes som en betegnelse på påliteligheten av de observasjonene som er foretatt og av de tallene som observasjonene er uttrykt gjennom. Det går dels på nøyaktigheten av selve observasjonene, registreringen og av tallmaterialets videre behandling, dels på påliteligheten av hver observasjon som et uttrykk for noe typisk ved den eller det en observerer (Undheim 1996). Høy reliabilitet vil sikre data en pålitelighet som gjør dem egnet til å belyse en problemstilling. I gjennomføringen av EuropASI-intervjuene var det av avgjørende betydning for å sikre reliabiliteten at pasientene ble veiledet gjennom spørsmålene. Dette fordi noen av begrepene har innebygde definisjoner (eksempelvis ”høyfrekvent bruk”), og fordi spørsmålene henledet til ulike tidsperioder.

Det er imidlertid ikke nok at observasjon, registrering og tallbehandling er nøyaktig og gir et pålitelig bilde av det som beskrives. Data må også være valide. Det tallmaterialet vi har, må være uttrykk for det vi egentlig ønsker å si noe om. Innala & Shannon (2007) refererer til tre validitetsbegreper av betydning for selvrapporing innenfor den intervjuformen EuropASI legger opp til. Et av begrepene er *innholdsvaliditet*. Dette omhandler hvorvidt instrumentet favner eller dekker det området eller begrepet som skal måles. Når det gjelder EuropASI vil en slik validitetsvurdering være knyttet til om variablene som er inkludert er tilstrekkelige og relevante for å måle høyfrekvent rusmiddelbruk. Likeledes kan vurderingen gjøres i forhold til hver av de syv områdene. Er for eksempel variablene som inngår i området for fysisk eller psykisk helse, kriminalitet osv. dekkende for å kunne gi en adekvat representasjon av den respektive problemdimensjonen? *Begrepsvaliditet* henviser til hvorvidt de målene man får, la oss si på ett område i instrumentet, korrelerer med mål på andre problemområder som antas å være relaterte. *Empirisk validitet* knytter an til hvorvidt den informasjonen som innhentes, her gjennom EuropASI, gir et pålitelig mål på det som for eksempel er pasientens reelle rusmiddelbruk osv. Denne formen for validitet anses som særdeles viktig i forhold til selvrapporterte problemer/problematferd (Farrington 2003). Kartlegging av rusmiddelbruk hos psykotiske pasienter reiser spørsmålet om vi kan stole på egenrapportering eller om rusmiddelanalyser må til. Pasientene kan benekte eller bagatellisere rusingen, hukommelsen om egen rus kan være redusert, eller de svarer det de antar er det sosialt akseptable svaret. Underrapportering av rusmiddelbruk er også funnet ved akuttmottak i psykiatriske sykehus (Carey & Correia 1998). Ideelt sett bør informasjon fra selvrapporing, observasjoner fra aktuelt pleiepersonell, komparentopplysninger og urinprøver kombineres. I

en studie fra Blakstad sykehus viste EuropASI at 54 % av alle pasienter som i 2001 ble innlagt med psykose, hadde ruset seg på ett eller flere rusmidler i måneden før innleggelse. 40 % av alle pasientene hadde brukt illegale rusmidler (Helseth et al 2001). Rusmiddelanalyser av de samme pasientene viste 34 % positive prøver (illegale rusmidler). Dette kan tyde på at pasienter rapporterer pålitelig om sitt rusmiddelmissbruk ved bruk av et standardisert intervju som EuropASI (ibid). Imidlertid har rusmiddelmissbruk utviklet seg i en retning av at det ofte benyttes flere rusmidler i kombinasjon. Det gjør at en slik rapportering som EuropASI legger opp til, blir vanskelig å få empirisk valid. Hvis man derimot aksepterer at rimelig sikre anslag er det som i de fleste tilfeller kan oppnås, gir EuropASI et nyansert bilde av aktuelt og tidligere rusmiddelmissbruk.

3.5 Ethiske overveielser

Forskning har ikke bare en kunnskapsside, den har også en etisk dimensjon som må prege alle stadier i prosessen fra valg av tema til bruken av resultatene. Forskning på psykisk lidelse er kanskje spesielt sårbar i så henseende. Det ble viktig under datainnsamlingen å skape en trygg relasjon mellom meg og respondentene. Jeg forklarte derfor hver enkelt hva undersøkelsen innebar og hva resultatene skulle brukes til. Det var også viktig at deltakerne fikk forståelsen av at de var nødvendige for prosjektet, men at deltakelse var frivillig og at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst. De hadde mulighet til selv på fritt grunnlag å avgjøre om de ville delta og fikk beskjed om at det var legitimt å reservere seg fra å svare på spørsmål. Om de valgte å ikke delta, ville ikke dette få noen konsekvenser for deres videre behandling. Spørsmålsstillingene i intervjuet virket til dels kjente, noe som nok minsket utryggheten. Ellers var alle deltakerne i studien ivaretatt av behandlere/hjelpere ved ulike hjelpeinstanser, og kunne bli ivaretatt om det skulle bli vanskelig for dem som følge av intervjusituasjonen.

Resultatene av undersøkelsen vil muligens kunne brukes til videre utvikling av behandlingstilbudet for pasientgruppen og gir dermed nytteverdi. Dette må veies opp mot det ubehaget som pasientene eventuelt ble påført i intervjusituasjonen. Deltakernes anonymitet og integritet er godt ivaretatt ved at materialet behandles konfidensielt. De som deltar i forskningsprosjektet er frivillige og informerte deltakere.

3.6 Forskning på eget praksisfelt

Jeg har jobbet med rusmiddelmissbrukere i mer enn ti år, de siste årene som klinisk sosionom. For det meste har jeg jobbet på en ruspoliklinikk innenfor et psykiatrisk sykehus, og min forståelse av rusmiddelmissbruk og behandling er preget av dette. Dette er en del av min forforståelse og den kan virke begrensende i forhold til min åpenhet til forskning om rusmiddelmissbruk og psykose. På den annen side har arbeidserfaringen gjort meg i stand til å gå dypere inn i noen av spørsmålene som reiser seg i intervjusituasjonen enn forskere som ikke kjenner rusproblematikken så godt. Jeg er vant til å betrakte rusmiddelproblemet hos pasienter som en del av et større problemkompleks. Ofte sliter pasientene med personlige og sosiale problemer som ligger til grunn for rusingen eller som kan være en følge av langvarig rusmiddelmissbruk. Spesielt viktig for meg har det vært å være bevisst på at EuropASI intervjuene ikke ble gjennomført med tanke på behandlingsplanlegging. Settingen var ikke et terapeutisk intervju, slik jeg er vant til. I den forbindelse hjalp nok den strukturerte EuropASI-manualen meg i intervjusituasjonene, respondentene forsto forholdsvis lett at møtene mine med dem handlet om å samle inn data i henhold til et fastlagt oppsett. På den måten var intervjuene i stor grad styrt av undersøkelsesopplegget. At jeg ikke var behandler for noen av respondentene var nok en fordel i forskningsprosessen. Dette gjorde at jeg i intervjusituasjonen ikke på forhånd hadde gjort meg opp en mening vedrørende respondentene om spørsmål som hadde med problemstillingen å gjøre.

3.7 Analyse

Analysen fokuserer på rusmiddelmissbruk før psykoseutbruddet, kontakt med behandlingsapparatet før psykoseutbruddet, og hvordan pasientene selv vurderer sine hjelpebehov på ulike rusrelaterte områder. Dataene fra EuropASI-intervjuene er systematisert i en egen fil med statistikkprogramvaren Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 18.0. I det følgende presenteres en frekvensfordeling av hvordan respondentene har svart på spørsmålene i intervjuene. Det dreier seg altså om en enkel analyse av hvordan forhold som rusmiddelmissbruk, behandlingskontakt og egenvurdering av hjelpebehov på rusrelaterte problemområder fordeler seg mellom respondentene.

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenterer jeg resultatene i studien – relatert til problemstillingen. Funnene er delt inn i tre kategorier; rusmiddelmisbruk, behandlingshistorikk og egenvurderinger. Resultatene beskrives ved hjelp av tekst og data fra utvalgte variabler fremstilles i tillegg i tabeller. Først noen relevante karakteristika ved utvalget:

4.1 Bakgrunnsdata

Det mest påfallende demografiske funnet viste at det var kun menn i gruppen pasienter med rusindusert psykose (Tabell 1.)

Tabell 1. Kjønnfordeling

	Kjønn		Total
	Mann	Kvinne	
Rusindusert psykose (RIP)	12	0	12
Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	4	2	6
Total	16	2	18

Nesten alle i RIP-gruppen (pasientene med rusindusert psykose) var i alderen 17 til 28 år. Gjennomsnittsalder i RIP-gruppen var 22.8 og 24.7 i gruppen med primærpsykose. Ingen i RIP-gruppen hadde vært eller var gift. Kun en i den andre gruppen hadde vært gift (skilt). 10 av 12 pasienter i RIP-gruppen hadde hatt regulert full- eller deltidsarbeid som vanligste beskjeftigelse de siste 3 årene. Ingen av pasientene i RIP-gruppen hadde fullført noen år med høyere utdanning.

Tabell 2. Alder

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Alder	17 – 22 år	8	3	11
	23 – 28 år	3	0	3
	29 – 34 år	1	3	1
Total		12	6	18

4.2 Rusmiddelmissbruk

Når tallmateriale fra relevante variabler her presenteres, er det viktig å ta forbehold om at det er anslag og ikke nødvendigvis eksakte angivelser som ligger til grunn for fremstillingen.

I noen tilfeller, spesielt når respondentene skal redegjøre for forhold som ligger flere år tilbake i tid, er det vanskelig å svare annet enn anslagsvis.

Cannabis

Når det gjaldt aktuell russituasjon (siste 30 dager) svarte 9 av 12 i RIP-gruppen at de hadde høyfrekvent bruk av cannabis. (Tabell 3). 8 av 12 svarte at de hadde høyfrekvent cannabisbruk siste 6 mnd. og 9 av 11 svarte at de har hatt et høyfrekvent cannabismisbruk ett år eller mer (i løpet av livet). Mer enn 50 % har hatt høyfrekvent cannabismisbruk tre år eller mer (Tabell 4).

Amfetamin

4 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager (Tabell 5). 4 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde høyfrekvent amfetaminbruk siste 6 mnd. 5 av 12 svarte at de har hatt et høyfrekvent amfetaminmisbruk ett år eller mer (i løpet av livet), og 4 har hatt høyfrekvent amfetaminbruk to år eller lenger (Tabell 6).

Tabell 3. Cannabisbruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt cannabis	0	3	1	4
siste 30 dager	1	0	2	2
	14	1	0	1
	15	0	1	1
	27	1	0	1
	30	7	2	9
Total		12	6	18

Tabell 4. Cannabis- antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Cannabis- år med	0	2	2	4
høyfrekvent bruk	1	1	1	2
	2	1	0	1
	3	2	1	3
	4	0	2	2
	5	1	0	1
	6	1	0	1
	7	2	0	2
	15	1	0	1
Total (1 missing)		11	6	17

Tabell 5. Amfetaminbruk siste 30 dager

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Antall dager brukt	0	6	3	9
amfetamin siste 30 dager	1	0	1	1
	2	1	0	1
	3	1	0	1
	12	1	0	1
	15	1	0	1
	20	1	0	1
	30	1	2	3
Total		12	6	18

Tabell 6. Amfetamin - antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Amfetamin- år med høyfrekvent bruk	0	7	3	10
	1	1	1	2
	2	1	1	2
	3	1	1	2
	4	1	0	1
	7	1	0	1
Total		12	6	18

Alkohol

3 av 12 i RIP-gruppen rapporterte om høyfrekvent alkoholbruk siste 30 dager.

4 av 12 i RIP-gruppen svarte at de i løpet av livet har hatt 1-4 år høyfrekvent alkoholbruk.

Dempende medisiner

Ingen i RIP-gruppen rapporterte høyfrekvent bruk av benzodiazepiner siste 30 dager, selv om 5 hadde brukt slike stoffer i perioden. Ingen svarte heller at de hadde hatt høyfrekvent bruk siste 6 mnd., men 5 oppga å ha hatt ett år høyfrekvent bruk i løpet av livet.

Opioider

Ingen av respondentene hadde brukt heroin siste 30 dager, siste 6 mnd eller hadde noen gang i livet hatt høyfrekvent heroinbruk. To hadde brukt andre opioider (eks. subutex) siste 30 dager, men ikke høyfrekvent bruk.

Andre rusmidler/medikamenter

Respondentene rapporterte om bruk av kokain, hallusinogener, sniffestoffer (løsemidler), ecstasy og anabole steroider, men ingen av disse stoffene peker seg ut som "høyfrekvent-stoffer". En respondent hadde høyfrekvent kokainbruk siste 30 dager, og to respondenter rapporterte henholdsvis 1 og 2 år med høyfrekvent bruk av ecstasy i løpet av livet.

Flere rusmidler/medikamenter per dag

5 av 12 svarte at de har bruk flere rusmidler/medikamenter 10-30 av de siste 30 dager (høyfrekvent). 5 av 12 svarte også at de har ett eller flere år med høyfrekvent bruk av flere rusmidler per dag (Tabell 8).

Tabell 7. Flere rusmidler/medik. pr. dag - bruk siste 30 dager

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Antall dager brukt flere rusmidler/medik. per dag siste 30 dager	0	5	3	8
	4	1	0	1
	10	2	0	2
	12	1	0	1
	15	1	0	1
	26	0	1	1
	30	1	1	2
Total		11	5	16

Tabell 8. Flere rusmidler/medik. per dag - antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Flere rusmidler pr. dag – år med høyfrekvent bruk	0	7	2	9
	1	2	1	3
	2	1	1	2
	3	1	1	2
	4	1	0	1
	8	0	1	1
Total		12	6	18

Oppsummering

Respondentene i RIP-gruppen svarte at de har brukt aller mest cannabis, dernest amfetamin – av de illegale rusmidlene. Alkohol og dempende medisiner (benzodiazepiner og lignende) er også relativt høyfrekvent brukt. Dette kan tyde på at i de tilfellene hvor det er brukt flere rusmidler per dag høyfrekvent, så gjelder dette kombinasjoner av cannabis, amfetamin, alkohol og dempende medisiner. Det som også peker seg ut er fraværet av høyfrekvent bruk av opioider.

Aktuelt rusmiddelmissbruk (siste 30 dager) skal reflektere aktuell rusindusert diagnose. Når det gjelder amfetamin har 4 fått en ”ren” amfetaminindusert psykose og 4 av respondentene rapporterte høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager. 9 av respondentene har rapportert høyfrekvent cannabisbruk siste 30 dager, og 4 har fått en ”ren” cannabisindusert psykose diagnose. 4 pasienter som har hatt psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5), har alle hatt høyfrekvent bruk av cannabis siste 30 dager i tillegg til bruk av andre rusmidler. Alle i RIP-gruppen hadde tidligere hatt eller hadde (siste 30 dager) høyfrekvent cannabismisbruk.

4.3 Behandlingshistorikk

Et av forskningsspørsmålene i denne studien er formulert ”i hvilken grad har pasientene med rusindusert psykose vært i rusbehandling tidligere”. Rusbehandling kan deles inn i kategoriene institusjonsbehandling (stor grad), poliklinisk behandling (middels grad) og annen type behandling (liten grad). Behandlingen som omtales i studien refererer seg til problemer knyttet til rusmiddelmissbruket og ikke primært mentale eller fysiske forhold. Slik behandling omfatter poliklinisk avrusning, avrusning i institusjon, poliklinisk vedlikeholdsbehandling (LAR), andre typer poliklinisk behandling, institusjonsbehandling, psykiatrisk sykehus, somatisk sykehus, fastlege og selvhjelpsgrupper (for eksempel AA/NA). Behandlingsformer som er kartlagt går altså utover de som tilbys i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ingen av pasientene med rusindusert psykose hadde mottatt behandling for alkoholproblemer, selv om 4 av 12 pasienter rapporterte høyfrekvent alkoholmisbruk av mellom 1-4 års varighet (Tabell 36). Tallene som følger nedenfor gjelder derfor kun behandling for problemer knyttet til illegale rusmidler og medikamenter.

Respondentene i RIP-gruppen rapporterte ingen behandlinger for stoff- og medikamentproblemer i legemiddelassistert behandling (LAR) eller på somatisk sykehus. Kun én behandling for stoff- og medikamentproblemer er rapportert i henholdsvis poliklinisk avrusning, avrusning i institusjon, behandlingsinstitusjon, psykiatrisk sykehus og annen type behandling (fastlege eller selvhjelpsgruppe). 5 polikliniske behandlinger er mottatt av de 12 pasientene med rusindusert psykose (Tabell 9.). Ingen enkelt pasient har vært i mer enn ett poliklinisk behandlingsforløp.

Tabell 9. Poliklinisk behandling – antall behandlinger

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Poliklinisk behandling – antall	0	7	3	10
	1	5	1	6
	2	0	1	1
	5	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 10. Institusjonsbehandling – antall behandlinger

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Institusjonsbehandling – antall	0	11	5	16
	1	1	0	1
	4	0	1	1
Total		12	6	18

Oppsummering

Totalt gjenspeiler resultatene at pasientene i RIP-gruppen i liten grad har vært i behandling før den rusinduserte psykosen – sammenlignet med hva de samme pasientene har svart når det gjelder antall år med høyfrekvent bruk av illegale rusmidler. Det er primært poliklinisk behandling pasientene i RIP-gruppen har mottatt.

Egenvurderinger

Seksjonen i EuropASI som omhandler fysisk helse er i stor grad innrettet mot injeksjonsrelaterte sykdommer. 5 av 12 i RIP-gruppen svarte at de ”noen gang” hadde tatt illegale rusmidler med sprøyter, og 2 av 12 i den samme gruppen svarte at de hadde tatt illegale rusmidler med sprøyter de siste 30 dagene. Seksjonen fanger i mindre grad opp andre tilstander som er relevante for rusmiddelmissbrukere, som ernæringsvikt eller hormonelle tilstander, hjertesvikt/rytmeforstyrrelser eller kognitive funksjonssvekkelser. Spørsmålet om kroniske sykdommer/plager er beheftet med stort tolkningsrom, og seksjonen gir ikke symptombilder. 6 av pasientene i RIP-gruppen svarte at de hadde lite eller ingen kroppslige plager, og 6 av pasientene i gruppen svarer at de ikke har ønske om behandling for kroppslige problemer.

Området vedrørende utdanning, arbeid og økonomi har relativt få spørsmål om skole- og utdanningsforhold. Spørsmålene om penger til egen forsørgelse er kontroversielle ved at de inkluderer både svart- og ikke betalt arbeid. 9 av 12 respondenter i RIP-gruppen svarer at de ønsker hjelp knyttet til dette rusrelaterte området (Tabell 11). 5 av disse 9 respondentene svarer at de har et svært høyt ønske om hjelp på dette problemområdet.

Tabell 11. Ønske om hjelp for problemer knyttet til utdanning, arbeid eller økonomi

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene	Ikke behov for hjelp	3	3	6
	Lite behov for hjelp	0	1	1
	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	3	2	5
	Svært stort behov	5	0	5
Total		12	6	18

Det gjøres en omfattende kartlegging av rusmiddel- og medikamentbruk i EuropASI og det er den høyfrekvente, problemfylte bruken som i hovedsak registreres.

Kriteriet om høyfrekvent bruk ligger til grunn for antall år brukt de forskjellige rusmidlene/medikamentene. Det er påfallende at forholdsvis få av respondentene svarte at de

ønsker å få hjelp til stoff/medikamentproblemene, sammenlignet med hvor mange som svarte at de var plaget eller bekymret av problemer med stoff/medikamenter. 8 av 12 svarte at de har hatt moderate til svært store plager eller bekymringer de siste 30 dager knyttet til problemer med illegale rusmidler/medikamenter. 5 av 12 svarte at det er betydelig eller svært viktig å få hjelp for de samme problemene (Tabell 12).

Tabell 12. Ønske om hjelp til stoff-/medikamentproblemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig for deg nå er det å få hjelp til disse problemene	Ingen behov for hjelp	6	3	9
	Moderat behov	1	2	3
	Betydelig behov	1	1	2
	Svært stort behov	4	0	4
Total		12	6	18

Kriminalitetsseksjonen i EuropASI har gjennomgående spesifiserte og detaljerte spørsmål om typer kriminalitet. Antall forbrytelser og lengdeangivelser i forbindelse med fengsling står sentralt. 9 av 12 i RIP-gruppen svarer at de anser å ha lite eller ingen strafferettslige problemer. 10 av 12 i samme gruppe svarer at det ikke er viktig for dem med hjelp med strafferettslige problemer.

9 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde betydelige eller svært store plager eller bekymringer knyttet til psykiske/følelsesmessige problemer. Det var imidlertid kun 3 av 12 som svarte at de hadde et betydelig eller svært stort ønske om hjelp for disse problemene (Tabell 13).

Tabell 13. Ønske om hjelp for psykiske/følelsesmessige problemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene	Ikke behov for hjelp	5	2	7
	Lite behov for hjelp	2	1	3
	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	1	1	2
	Svært stort behov	2	0	2
Total		11	4	15

4.5 Oppsummering

Det er kun menn som har fått rusindusert psykose. Gjennomsnittsalderen blant disse er lav. Respondentene svarte at de har brukt aller mest cannabis, dernest amfetamin – av de illegale rusmidlene. Det som peker seg ut er fraværet av høyfrekvent bruk av opioider i RIP-gruppen. Aktuelt rusmiddelmissbruk reflekterer i stor grad aktuell rusindusert diagnose. Når det gjelder amfetamin har 4 fått en ”ren” amfetaminindusert psykose diagnose og 4 av respondentene har rapportert høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager. 9 av respondentene har rapportert høyfrekvent cannabisbruk siste 30 dager, og 4 har fått en ”ren” cannabisindusert psykose diagnose. 4 pasienter som har hatt psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5), har alle også hatt høyfrekvent bruk av cannabis siste 30 dager, i tillegg til bruk av andre rusmidler. Alle i RIP-gruppen hadde tidligere hatt, eller hadde de siste 30 dagene hatt, høyfrekvent cannabismisbruk.

Resultatene viser at pasientene i liten grad har vært i behandling før den rusinduserte psykosen – sammenlignet med antall år med høyfrekvent bruk av illegale rusmidler. Det er i hovedsak poliklinisk behandling pasientene med RIP har mottatt.

Pasientene svarte at de i varierende grad hadde behov for hjelp for sine rusrelaterte problemer. Høyest var imidlertid ønsket om hjelp til utdanning, økonomi eller arbeid.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet drøfter jeg resultatene i studien relatert til tidligere forskning.

Begrensninger ved studien og reliabilitets- og validitetsspørsmål drøftes, og det reflekteres over resultatenes betydning for å belyse brukerperspektivet. Til slutt nevnes implikasjoner resultatene i studien kan ha for praksisfeltet.

Respondentene i denne studien har brukt mest cannabis, dernest amfetamin – av de illegale rusmidlene. Alkohol og illegale dempende medisiner er også relativt høyfrekvent brukt. Dette kan tyde på at i de tilfellene hvor det er brukt flere rusmidler per dag høyfrekvent, så gjelder dette kombinasjoner av cannabis, amfetamin, alkohol og dempende medisiner. Resultatene angående hvilke typer rusmidler som er mest brukt skiller seg ikke nevneverdig fra annen forskning. Crebbin m.fl. viste i en studie at cannabis var det mest brukte og amfetamin det nest mest brukte rusmidlet blant første-episode rusindusert psykose pasienter (Crebbin et al 2009). Det kan virke som det heller ikke er store forskjeller med tanke på hvilke illegale rusmidler som er mest brukt hos pasienter med rusindusert psykose i denne studien sammenlignet med pasienter med primærpsykose og samtidig rusmiddelmisbruk. Opsal m.fl. fant i sin studie av 103 første-episode psykose pasienter (primærpsykose) at 44 % av pasientene som misbrukte rusmidler etter inklusjon i Tips hadde brukt cannabis. Like mange (44 %) hadde brukt sentralstimulerende midler (Opsal et al 2011). Det kan imidlertid virke som at pasienter i RIP-gruppen har et noe høyere misbruk av cannabis. Det som synes oppsiktsvekkende i denne studien er fraværet av høyfrekvent bruk av opioider i RIP-gruppen. Opsal m.fl. fant at hele 32 % av pasientene misbrukte opioider.

Aktuell rus (siste 30 dager) resultatene reflekterer aktuell rusindusert diagnose. Når det gjaldt amfetamin hadde 4 av 12 fått en ”ren” amfetaminindusert psykose og 4 av disse respondentene rapporterte høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager. 9 av 12 respondenter rapporterte høyfrekvent cannabisbruk siste 30 dager, men bare 4 av disse hadde fått en ”ren” cannabisindusert psykose diagnose. Imidlertid hadde de 33 % pasientene i RIP-gruppen som hadde hatt psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5), alle hatt høyfrekvent bruk av cannabis siste 30 dager, i tillegg til bruk av andre rusmidler.

Et mindretall av pasientene i RIP-gruppen har vært i rusbehandling på tross av flere år med høyfrekvent rusmiddelbruk. Dette var ikke som forventet. Liten grad av rusbehandling før

psykoseutbruddet kan muligens skyldes at gjennomsnittlig alder er lav (22,8 år). Det er kanskje vanskeligere for unge enn eldre mennesker med rusmiddelproblemer å erkjenne behov for å oppsøke hjelp fra profesjonelle.

Det er påfallende at forholdsvis få av respondentene svarer at de ønsker å få hjelp til alkohol eller stoff/medikamentproblemene sammenlignet med hvor mange som er plaget eller bekymret av de samme problemene. 9 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde betydelige eller svært store plager eller bekymringer knyttet til psykiske/følelsesmessige problemer. Det var imidlertid kun 3 av 12 som hadde ønske om hjelp for disse problemene. Dette kan imidlertid sees i sammenheng med at flere av respondentene var innlagt ved psykiatrisk avdeling på intervju tidspunktet, og slik sett var fornøyd med den behandlingen de allerede fikk.

5.1 Metodiske refleksjoner

En metodisk svakhet ved denne studien når det gjelder utforskningen av behandlingshistorikk er at jeg kun har kartlagt antall behandlingstiltak. Varigheten av behandlingene, og hvorvidt behandlingene er blitt fullført eller ikke, fanges ikke opp av EuropASI. Det ville vært en styrke i studien hvis også slike variabler ble belyst. En kvalitativ-metodisk tilnærming til spørsmål knyttet til eksempelvis behandlingkontakt, kunne også sannsynligvis bidratt til å belyse relevante forhold ved behandlingshistorikken.

Når det gjelder resultater angående rusmiddelmissbruket kan det rettes kritikk angående empirisk validitet. Studien har ikke tatt høyde for å utforske hvilke mengder rusmidler som er brukt, men begrenser seg til antall tilfeller (som regel dager) rusmidlene er blitt brukt. I tillegg er det kun egenrapporteringen av antall dager rusmidlene er blitt brukt som er utforsket. En måte for å bidra til et mer fullstendig bilde av det aktuelle rusmiddelmissbruket, kunne vært å sammenstille egenrapporteringen med urinprøver foretatt ved aktuelle innleggelses, eller ved å innhente komperantopplysninger fra pårørende.

Innholdsvaliditeten når det gjelder egenvurderingene kan det også stilles spørsmål ved. EuropASI legger i intervjusituasjonene opp til at det innledningsvis – under de respektive rusrelaterte problemområdene (seksjonene) – stilles spørsmål som kan bidra til å påvirke respondentenes svar angående behov for hjelp i de respektive seksjonene. For eksempel er det en overvekt av spørsmål som angår økonomiske og arbeidsmessige forhold under seksjonen

”Utdanning, arbeid og økonomi”. Kun to av totalt 34 spørsmål i denne seksjonen omhandler utdanning. Dette vil kunne reflektere respondentenes svar på spørsmål vedrørende behov for hjelp. Likeledes består seksjonen ”Psykisk tilstand” av forholdsvis mange spørsmål vedrørende suicidalitet. Dette kan representere en skjevhet ved utvalget spørsmål i seksjonen. Videre er noen av spørsmålene i seksjonen direkte rusrelaterte og noen ikke rusrelaterte. Dette kan være et vanskelig skille for respondentene i denne studien. Seksjonen gir ikke et godt nok grunnlag for en valid og reliabel vurdering av pasienters psykiske tilstand (Lauritzen 2010). Det må som følge av dette også stilles spørsmåltegn ved innholdsvaliditeten når det gjelder egenvurderingene i studien.

5.2 Brukerperspektiv og egenvurderinger

Det er viktig at brukere gis anledning til å formidle hvordan de oppfatter seg selv og sin egen situasjon. Dette kan gjøres på ulike måter. Vi kan oppfordre brukere til å snakke fritt og åpent om sine bekymringer og plager, og hvor viktig det er å få hjelp når det gjelder problemene. Eller vi kan – som i denne studien – be om en rangering av hvor alvorlig brukere anser sine ulike problemer å være, og hvor viktig det er å få hjelp for problemene.

I begge tilfeller åpnes det for deltakelse og involvering fra brukerens side som innebærer vurderinger av problem og hjelpebehov. Vi kan betegne en slik type involvering fra brukerens side som en form for konsultasjon (Storm 2009). Brukeren tas med på råd som kan være vesentlige for oss som hjelpere. Konsultasjon innebærer imidlertid ikke at brukeren er sikret at hans eller hennes oppfatninger får gjennomslag eller tas til følge. Det behøver med andre ord ikke å medføre en påvirkning av tjenestetilbudet til brukeren.

Resultatene i denne studien viser at pasienter med rusindusert psykose både har evner og vilje til å involvere seg på denne måten. I hvilken grad pasientene bør ha mulighet til å påvirke beslutninger som angår deres tjenestetilbud, tas det imidlertid ikke stilling til. Dette ligger utenfor rammene for denne studien. Et viktig poeng er imidlertid at selv om vi legger til grunn det terapeutiske argumentet for brukerinvolvering, det vil si ideen om at involvering i egen behandling kan bedre prognosen, så vil det i noen situasjoner være slik at brukerne ikke kan involvere seg, som for eksempel ved sterk forvirring eller kognitiv svikt (Hanssen et al 2010).

5.3 Implikasjoner for praksisfeltet

Denne studien peker i retning av at det kan være en diskrepans mellom pasientenes rusrelaterte plager og bekymringer på den ene siden, og deres ønske om hjelp for de samme plagene og bekymringene på den andre siden. Gjennomgående er ønske om hjelp for rusrelaterte problemer rangert lavere enn hvor plaget eller bekymret pasientene er. Dette kan være et uttrykk for skepsis til den hjelpen som tilbys, eller det kan være uttrykk for ambivalens i forhold til hjelpen. Et brukerperspektiv må ta høyde for dette. En måte å møte denne utfordringen på, kan være å tilstrebe bedre fleksibilitet når det gjelder hvilke arenaer pasientene og den profesjonelle møtes på. I opptrappingsplanen for rusfeltet ble det tatt til orde for en mer oppsøkende og ambulerende virksomhet, og flere tilbud utenom normal arbeidstid, som kan møte brukerne der de er med motivasjonsstyrkende intervensjoner og oppfølging. Det kan synes som at tilnærminger til pasientene som kan bidra til å styrke motivasjonen for behandling og hjelp er av sentral betydning. Slik jeg vurderer dette, er det vesentlig at slike intervensjoner ikke er av konfronterende art, da økt stress hos pasientene kan bidra til dårligere prognose (Statens Helsetilsyn 2000). MI er en slik ikke-konfronterende tilnærming (Miller & Rollnick, 1991).

Pasienter med rusmiddelproblematikk og psykose har ofte en sammensatt problematikk. EuropASI kan i så måte være et nyttig instrument i så måte på grunn av sin flerdimensjonalitet. Det er videre av sentral betydning å bruke instrument som kan engasjere pasientene i forhold til egen behandling. Pasienter som blir intervjuet med EuropASI uttrykker tilfredshet over at deres vurderinger blir tatt på alvor. Det kan ansvarliggjøre pasienter i forhold til egen behandlingsplan (Lauritzen 2010).

6.0 Konklusjon

Studien viser at pasienter som i perioden oktober 2008 – oktober 2010 ble inkludert i TIPS med diagnosen rusindusert psykose i all hovedsak hadde et høyfrekvent cannabis- og/eller amfetaminmisbruk. 75 % av disse hadde høyfrekvent cannabismisbruk og 33 % hadde høyfrekvent amfetaminmisbruk. Det mest oppsiktsvekkende når det gjaldt rusmiddelmisbruket var fraværet av høyfrekvent opioidmisbruk.

Studien viser at hypotesen om at disse pasientene i stor grad har vært i rusbehandling kan avkrefte. Pasientene vurderer i varierende grad behov for hjelp på ulike rusrelaterte områder. Ønske om hjelp er høyest for problemer knyttet til utdanning, arbeid eller økonomi.

Litteraturliste

Alonso et al (2004). *12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) project 143. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;28-37.

Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., Munk-Jørgensen, P. (2005). *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases*. *The British Journal of Psychiatry* 187:510-515

Berger, P. og Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, NY. Anchor.

Berman A.H., Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F (2005). *Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample*. *European Addiction Research* 2005;11:22-31

Bjørndal, A., Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Gyldendal Norsk Forlag

Bratteteig M. m.fl. (2002). *Rusa eller gal. Sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser*. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.

Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen. IS-1315 Rapport. Sosial og helsedirektoratet. 2006.

Carey, K.B. og Correia, C.J. (1998). *Severe mental illness and addictions:assessment considerations*. *Addictive Behaviours* 23:735-748

Caton, C.L.M. et al (2005). *Difference between early-phase primary psychotic disorder with current substance use and substance-induced disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 62, 137-145

Crebbin, K. et al (2009). *First-episode drug-induced psychosis: a medium term follow up study reveals a high-risk group*. *Soc Psychiatry Epidemiology* 44:710-715

DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1994) 4.ed. Washington DC.: American Psychiatric Association.

Farell, M., Boys, A., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., Marsden, J., Singelton, N., Taylor, C. (2002). *Psychosis and drug dependence: results from a national survey prisoners*. *British Journal of Psychiatry* 181:393-398.

Farrington, D.P. (2003). *What has been learned from self-reports about criminal careers and the causes of offending? Report to Home Office*. Cambridge: Institute of Criminology, University of Cambridge

Fekjær, H. O. (2004). *RUS. Bruk. Motiver. Skader. Behandling. Forebygging. Historikk*. (2. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS

Ferdinand, R.F., van der Ende, J., Bongers, I., Selten J., Hulzink, A., Verhulst, F.C. (2005). *Cannabis – psychosis pathway independent of other types of psychopathology* Schizophrenia Research 79:289-295

Fremmedordbok (1986). Oslo. Kunnskapsforlagets ordbøker

Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A., Sommerseth., R.(2010) ”Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid.” I Hanssen, H. (red) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget.

Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, T.O., Johnsen, J. (2005). *Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 innlagt med psykose*. Tidsskrift for Den norske legeförening 125:1178-1180

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse – høringsutkast*.

Hidle, L., Lauritzen, G., Skretting, A. (2007). *En håndbok for opplæring og bruk av EuropASI intervjuer*. Statens institutt for rusmiddelforskning

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Willumsen E. (red). Universitetsforlaget.

Innala, C.& Shannon, D. (2007). *En kriterievalidering av brottsfrågora i svenska ADAD-instrumentet* (Allmän SiS-rapport 2). Statens institusjonsstyrelse SIS.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ISD-10) (1993). WHO. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ISD-10) (2005). Sosial og helsedirektoratet.

Jeffrey, D.P., Ley, A., McLaren, S., Siegfried N. (2005). *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse*. The Cochrane Database of Systematic reviews, Issue 4

Johannessen, J.O. (2008). *Hva er psykose?* Stiftelsen psykiatrisk opplysning, Stavanger.

Johannessen, J.O. (2010). Personlig meddelelse.

Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. *Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management*. Drugs 2002; 62:743-55.

Kavanagh, D. J. og Mueser, K. T. (2007). *Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disorder and Substance Abuse*.

- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, Vol. 13, no 2.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). *EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. European Addiction Research, 1, 208–210.
- Kristoffersen, J. (2004). *Dobbeltdiagnoser. En oppfølgingsstudie av pasienter med rusutløst psykose*. Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi.
- Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Ulrik, H., Johannessen, J.O., Opjordmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T.H. (2006). *Substance abuse in first-episode non-affective psychosis*. Schizophrenia Research 88:55-62
- Lauritzen, G. (2010). *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*. SIRUS-rapport nr.6/2010, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo 2010
- Lov om pasientrettigheter nr.63 (1999). I Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren , 2008-2009. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Mathias, S., Lubman, D.I., Hides, P. (2008). *Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum*. J Clin Psychiatry 69(3): 358-67.
- Medhus, S.E. (2010). <http://www.youtube.com/watch?v=X08ofpCIIOE> (lastet 2.januar 2011)
- McLelland, A.T, Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). *An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: The Addiction Severity Index*. The journal of Nervous and Mental Disease 168:26-33
- Miller, W.R. og Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford press.
- Mueser, K.T., Noorsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders*. The Guilford Press, New York.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). *Psykososial behandling av ikke-afektive psykoser*. Notat. Litteratursøk med sortering, April 2010.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Dobbeltdiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 - 2008.
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Opptrappingsplan for rusfeltet (2008). Helse- og omsorgsdepartementet.

Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, Ø., Elvik, I., Joa, I., Larsen, T.K. (2011) *Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up*. Acta Psychiatrica Scandinavia

Ot.prp. nr.3 (2002-2003). *Rusreform I*

Rønning, R. og Solheim, J. (1998). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Romelsjö, A (2004). *The addiction severity index (ASI) and the severity of dependence: How large are the associations?* Journal of Substance Use, 9 (3–4), 127–131

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993).

Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption

Addiction. 1993 88:791-804

Snoek, J.E., Engedal, K. (2008). *Psykiatri*. Akribe forlag.

Statens helsetilsyn (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Utredningsserie

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

Stenius, K. & Room, R. (2004). Measuring «addiction» in Europe: the diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions. *Journal of Substance Use*, 9 (3–4): 105–119

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Gyldendal akademisk.

Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*

TIPS III Studieprotokoll <http://www.tips-info.com/tips-iii> (lastet ned desember 2010).

Undheim, O.U. (1996). *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag*. Oslo: Universitetsforlaget

Weihe, Hans-Jørgen Wallin (2004). *Rus Nytelse, lidelse og handling*. Abstrakt forlag.

Øydna, A.T. (2006). *Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost* Tidsskrift for Norsk psykologforening 43:234-239

Tabeller

Tabell 14. Antall år fullført grunnskole/videregående skole

	Antall år fullført grunnskole/videregående skole						Total
	8år	9år	10år	11år	12år	13år	
Rusindusert psykose	0	1	0	7	3	1	12
Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	1	0	4	1	0	0	6
Total	1	1	4	8	3	1	18

Tabell 15. Alkoholbruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt alkohol	0	4	2	6
siste 30 dager	1	2	0	2
	2	2	0	2
	4	0	2	2
	8	1	0	1
	10	1	0	1
	20	1	0	1
	24	1	0	1
	26	0	1	1
	30	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 16. Benzo/sed - bruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	7	4	11
benzo/sed siste 30 dager	2	1	0	1
	4	2	0	2
	8	2	0	2
	30	0	2	2
Total		12	6	18

Tabell 17. Heroinbruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	12	5	17
heroin siste 30 dager	1	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 18. Methadone/subutex o.l. bruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	10	5	15
metadon/sub. siste 30 dager	2	1	0	1
	6	1	0	1
	30	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 19. Andre opiater/smertestillende bruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt andre opiater/smertestillende	0	11	5	16
siste 30 dager	1	1	0	1
	15	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 20. Kokainbruk siste 30 dager

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	11	6	17
kokain siste 30 dager	15	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 21. Hallusinogener bruk siste 30 dager

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	11	6	17
hallusinogener siste 30 d.	2	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 22. Sniffestoffer (løsemidler) bruk siste 30 dager

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	12	6	18
sniffestoffer siste 30 d.				
Total		12	6	18

Tabell 23. Andre (ecstasy, anabole steroider) bruk siste 30 dager

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt	0	9	6	15
andre stoffer siste 30 dager	1	1	0	1
	2	1	0	1
	7	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 24. Alkohol siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Alkohol – siste 6.mnd.	Ikke brukt	3	1	4
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	6	2	8
	1-3 ganger I uken	3	0	3
	Daglig eller nesten daglig	0	2	2
Total		12	5	17

Tabell 25. Cannabis siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Cannabis – siste 6.mnd	Ikke brukt	1	0	1
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	3	3	6
	1-3 ganger I uken	0	2	2
	Daglig eller nesten daglig	8	1	9
Total		12	6	18

Tabell 26. Amfetamin siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Amfetamin – siste 6 mnd.	Ikke brukt	1	1	2
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	7	3	10
	1-3 ganger I uken	4	0	4
	Daglig eller nesten daglig	0	2	2
Total		12	6	18

Tabell 27. Benzo/sed siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Benzo/sed – siste 6 mnd.	Ikke brukt	7	2	9
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	3	2	5
	1-3 ganger I uken	2	0	2
	Daglig eller nesten daglig	0	2	2
Total		12	6	18

Tabell 28. Heroin siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Heroin – siste 6 mnd.	Ikke bruk	12	5	17
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 29. Metadon/subutex siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Metadon/subutex siste 6 mnd.	Ikke brukt	10	4	14
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	0	1	1
	1-3 ganger I uken	1	0	1
	Daglig eller nesten daglig	0	1	1
Total (1 missing)		11	6	17

Tabell 30. Andre opiater/smertestillende siste 6 mnd.

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Andre opiater/smertestillende siste 6 mnd.	Ikke brukt	10	4	14
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	2	1	3
	Daglig eller nesten daglig	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 31. Kokain siste 6 mnd.

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Kokain – siste 6 mnd.	Ikke brukt	6	3	9
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	5	2	7
	1-3 ganger i uken	1	1	2
Total		12	6	18

Tabell 32. Hallusinogener siste 6 mnd.

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Hallusinogener – siste 6 mnd.	Ikke brukt	11	6	17
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 33. Sniftestoffer (løsemidler) siste 6 mnd.

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Sniftestoffer – siste 6 mnd.	Ikke brukt	11	6	17
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 34. Andre siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Andre – siste 6 mnd.	Ikke brukt	7	4	11
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	4	2	6
	1-3 ganger i uken	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 35. Flere rusmidler/medik. per dag siste 6 mnd.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Flere rusmidler/medikamenter per dag – siste 6 mnd.	Ikke brukt	3	2	5
	Ikke oftere enn 2-3 pr.mnd	4	1	5
	1-3 ganger i uken	3	0	3
	Daglig eller nesten daglig	0	2	2
Total (3 missing)		10	5	15

Tabell 36. Alkohol antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Alkohol – antall år høyfrekvent bruk	0	8	3	11
	1	2	1	3
	2	1	0	1
	3	0	1	1
	4	1	0	1
	5	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 37. Benzo/sed- antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Benzo/sed- antall år	0	7	4	11
høyfrekvent bruk	1	5	1	6
	13	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 38. Heroin- antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Heroin- antall år	0	12	5	17
høyfrekvent bruk	8	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 39. Metadon/subutex- antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Metadon/subutex- antall år	0	11	4	15
høyfrekvent bruk	2	0	1	1
	3	0	1	1
Total (1 missing)		11	6	17

Tabell 40. Andre opiater/smertestillende- antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Andre op../smertestill- antall år høyfrekvent bruk	0	12	5	17
	4	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 41. Kokain- antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Kokain - antall år	0	10	6	16
høyfrekvent bruk	4	1	0	1
Total (1 missing)		11	6	17

Tabell 42. Hallusinogener- antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Hallusinogener- antall år	0	12	6	18
høyfrekvent bruk				
Total		12	6	18

Tabell 43. Sniffestoffer (løsemidler) - antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Sniffestoffer- antall år	0	12	6	18
høyfrekvent bruk				
Total		12	6	18

Tabell 44. Andre stoffer - antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Andre- antall år	0	10	6	16
høyfrekvent bruk	1	1	0	1
	2	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 45. Poliklinisk avrusning – antall behandlinger

			Total
	Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Poliklinisk avrusning – antall 0	11	6	17
behandlinger 1	1	0	1
Total	12	6	18

Tabell 46. Avrusning i institusjon – antall behandlinger

			Total
	Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Avrusning i institusjon – 0	11	5	16
antall behandlinger 1	1	0	1
25	0	1	1
Total	12	6	18

Tabell 47. Legemiddelassistert (LAR) – antall behandlinger

			Total
	Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Legemiddelassistert (LAR) – 0	12	5	17
antall behandlinger 1	0	1	1
Total	12	6	18

Tabell 48. Psykiatrisk sykehus – antall behandlinger

Count

			Total
	Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Psykiatrisk sykehus – antall 0	11	6	17
behandlinger 1	1	0	1
Total	12	6	18

Tabell 49. Somatisk sykehus – antall behandlinger

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Somatisk sykehus – antall	0	12	5	17
behandlinger	1	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 50. Annen behandling – antall behandlinger

(selvhjelpsgrupper, fastlege)

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Annen behandling – antall	0	11	4	15
behandlinger	1	1	2	3
Total		12	6	18

Tabell 51. Plaget/bekymret av kroppslige problemer siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Plaget/bekymret av kroppslige problemer siste 30 dager	Ingen problemer	5	3	8
	Lite problemer	1	0	1
	Moderate problemer	3	1	4
	Betydelige problemer	2	2	4
	Svært store problemer	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 52. Plaget/bekymret for problemer knyttet til utd., arbeid eller økonomi siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	1	2	3
	Lite problemer	1	0	1
	Moderate problemer	2	3	5
	Betydelige problemer	4	0	4
	Svært store problemer	4	1	5
Total		12	6	18

Tabell 53. Plaget/bekymret siste 30 dager av problemer med alkohol

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	10	4	14
	Betydelige problemer	2	1	3
	Svært store problemer	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 54. Plaget/bekymret siste 30 dager av problemer med stoff/medik.

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	3	2	5
	Lite problemer	1	0	1
	Moderate problemer	2	0	2
	Betydelige problemer	3	3	6
	Svært store problemer	3	1	4
Total		12	6	18

Tabell 55. Hvor alvorlig anses strafferettslige problemer å være

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	7	6	13
	Lite problemer	2	0	2
	Moderate problemer	1	0	1
	Betydelige problemer	2	0	2
Total		12	6	18

Tabell 56. Hvor alvorlig anses problemer med kriminell atferd og tankegang å være

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	7	5	12
	Lite problemer	1	1	2
	Moderate problemer	1	0	1
	Betydelige problemer	3	0	3
Total		12	6	18

Tabell 57. Plaget/bekymret siste 30 dager av familieproblemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	4	2	6
	Lite problemer	0	2	2
	Moderate problemer	2	0	2
	Betydelige problemer	3	0	3
	Svært store problemer	3	2	5
Total		12	6	18

Tabell 58. Plaget/bekymret siste 30 dager for problemer i forhold til andre

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	5	4	9
	Lite problemer	2	2	4
	Moderate problemer	2	0	2
	Betydelige problemer	2	0	2
	Svært store problemer	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 59. Plaget/bekymret siste 30 d. av psykiske/følelsesmessige problemer

Count

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor plaget eller bekymret siste 30 dager	Ingen problemer	1	1	2
	Lite problemer	1	0	1
	Moderate problemer	1	0	1
	Betydelige problemer	6	1	7
	Svært store problemer	3	3	6
Total		12	5	17

Tabell 60. Ønske om behandling for kroppslige problemer

		SIP		Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg å få hjelp for problemene	Ingen behov	6	5	11
	Lite behov	2	0	2
	Moderat behov	1	1	2
	Betydelig behov	2	0	2
	Svært stort behov	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 61. Ønske om hjelp med alkoholproblemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg	Ingen behov	10	5	15
å få hjelp for problemene	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	0	1	1
	Svært stort behov	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 62. Ønske om juridisk hjelp for strafferettslige problemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg	Ingen behov	10	5	15
å få hjelp for problemene	Lite behov	0	1	1
	Betydelig behov	1	0	1
	Svært stort behov	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 63. Ønske om hjelp for problemer med kriminell atferd og tankegang

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg	Ingen behov	10	6	16
å få hjelp for problemene	Lite behov	2	0	2
Total		12	6	18

Tabell 64. Ønske om hjelp for familieproblemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg	Ingen behov	8	5	13
å få hjelp for problemene	Betydelig behov	3	0	3
	Svært stort behov	1	0	1
Total (1 missing)		12	5	17

Tabell 65. Ønske om hjelp for problemer i forhold til andre

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig nå er det for deg	Ingen behov	9	5	14
å få hjelp for problemene	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	1	0	1
	Svært stort behov	1	0	1
Total		12	5	17

Søkehistorie

Litteratursøk er foretatt august/september 2010 i databasene PubMed, Embase og Helsebiblioteket.no.

Nytt søk januar 2011 i PubMed, Embase, Helsebiblioteket.no., SweMed+ og Cinahl

Nytt søk Helsebiblioteket.no april 2011

Engelske søkeord: psychosis, substance-induced, first-episode, FEP, incidence, drug abuse, treatment.

Norske søkeord: psykose, rusindusert psykose, rusmiddelmissbruk, behandling

INFORMASJON TIL PASIENTER OG PÅRØRENDE I FORBINDELSE MED DELTAGELSE I TIPS II PROSJEKTET.

TIPS står for tidlig intervensjon (dvs. behandling) ved utvikling av alvorlige psykiske lidelser. Det er navnet på et prosjekt hvor vi forsøker å komme i kontakt med mennesker som har, eller er i ferd med å utvikle, slike alvorlige tilstander så tidlig som mulig. Hensikten er å tilby dem god behandling så raskt som mulig samtidig som vi følger opp pasientene og ser etter om behandlingen er god nok eller bør forbedres.

Vi gjennomførte et liknende prosjekt med navnet TIPS i 1997-2000 og kaller derfor denne studien TIPS II.

Forskning fra Norge viser at unge mennesker som utvikler alvorlige psykiske lidelser ofte går syke lenge før de får behandling. Vi vil derfor også undersøke hvor stor betydning en tidligst mulig behandling kan ha for hvordan det går med pasientene.

Vi vil sette alt inn på at den behandlingen som gis blir den best mulige. Prosjektet er lagt opp slik at man kan ta direkte kontakt med det såkalte Oppdagelses-Teamet (OT). I OT arbeider det psykologer, leger, sykepleiere og sosionomer som er spesielt trent i det å utrede mulige alvorlige forvirringstilstander (psykoser). Dersom du/din slektning er henvist via en allmennlege, eller dersom dere selv har tatt kontakt med OT, så har dere kanskje allerede snakket med noen av de som arbeider i disse teamene.

Fra første henvendelse til poliklinikk eller sykehuspost vil du få en primærbehandler som er lege/psykiater eller psykolog. Primærbehandleren er pasientens faste behandler og den som sammen med avdelingens overlege (dersom pasienten er innlagt) har ansvar for all utredning og behandling. Dersom pasienten er innlagt så vil han/hun også få en primærkontakt som er sykepleier eller hjelpepleier som er pasientens faste kontakt på avdelingen.

Et familieteam er en tredje spesialgruppe du eller dere vil få kontakt med. Dette består av medarbeidere på poliklinikken som har spesialutdannelse i familiearbeid. Disse vil ha samtaler med pasient og pårørende om hva det vil si å ha psykiske problemer, og hvordan man best kan legge forholdene til rette for det videre liv. Familieteamet arbeider tett med både primærbehandler og primærkontakt. Familien vil også få tilbud om å delta i grupper hvor de kan møte andre pårørdne og spesielle undervisningsopplegg omkring psykiske lidelser.

De første dagene etter at behandlingen er påbegynt vil det bli utført flere intervjuer i samarbeid med primærbehandler og primærkontakt. Disse intervjuene gir oss informasjon som har betydning både for forskningen og for å kunne gi best mulig behandling. Det tar ca 2 timer totalt å gå

gjennom disse intervjuene og de dekker stort sett emner som man også vanligvis vis stille spørsmål om ved start av behandlingen.

Forskningsdelen i TIPS II -prosjektet består i at vi gjør en oppfølging av alle pasientene etter 1, 2 og 5 år for å se om pasientene har oppnådd den bedring som vi håper på. Det er denne oppfølgingen vi ønsker din tillatelse til å gjennomføre. Utredningen som foretas ved behandlingsstart dning som alltid foretas.

Utredning ved innleggelse/behandlingsstart:

PANSS-intervjuet; er et intervju som utføres av primærbehandler i samarbeid med utredningsteamet og primærkontakten. Dette intervjuet tar ca 45 minutter og er et åpent intervju hvor man stiller generelle spørsmål om hvordan pasienten har det og om de eventuelle problemene pasienten strir med. PANSS-intervjuet utføres i løpet av den første uken etter innleggelsen eller oppstart av behandling.

SCID-intervjuet; er et interju som utføres på samme måte som PANSS; hensikten er å få klarlagt hvilken eller hvilke psykiske lidelser pasienten har, evtl. å vise at slike lidelser ikke foreligger. Dette er et såkalt strukturert intervju hvor man går gjennom en del spørsmål som er fastlagt i detalj på forhånd.

Utredning ved oppfølging etter 1,2 og 5 år:

Ved disse tidspunktene gjentas de to intervjuene som er nevnt over, samt de andre (kortere) intervjuene som ikke er beskrevet her. Vi er klar over at den samlede utredning vil være tidkrevende. Vi håper du har forståelse for at den er nødvendig for å få best mulig kunnskap om din tilstand, om behandlingen virker som den skal, og om hvordan din tilstand utvikler seg over tid. En psykose er en alvorlig tilstand som etter all sannsynlighet blir mindre alvorlig dersom man stiller diagnose og gjør en grundig vurdering av tilstanden så tidlig som mulig, og dersom man setter i gang med skikkelig behandling så snart som mulig.

Oppbevaring av data

Alle deltagere i prosjektet har taushetsplikt. Alle data vil bli oppbevart i låste arkivskap. De vil bli behandlet konfidensielt på samme måte som din medisinske journal. Alle data som har forbindelse med den behandlingen du mottar vil inngå i din journal. Andre typer data som er innsamlet vil bli slettet etter avsluttet prosjekt.

Undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komite og Datatilsynet.

Finansiering

Prosjektet bekostes av Helse Vest, Helse Stavanger.

Vi håper du er villig til å delta i prosjektet etter å ha lest denne brosjyren. Dersom du sier ja til å delta kan du naturligvis trekke deg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen. Dette vil ikke ha noen konsekvenser for din behandling. Har du spørsmål om dette, ta kontakt med din primærbehandler eller med en av oss.

Med hilsen

Jan Olav Johannessen
Sjeflege Rogaland Psykiatriske
Sykehus

Tor K. Larsen
Førsteamanuensis dr. med.
Prosjektleder TIPS II

SAMTYKKEERKLÆRING

Deltagelse i prosjektet: TIDLIG BEHANDLING AV PSYKOSE

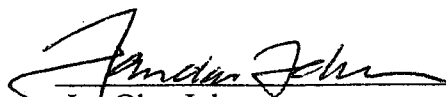
Jeg, Født.....

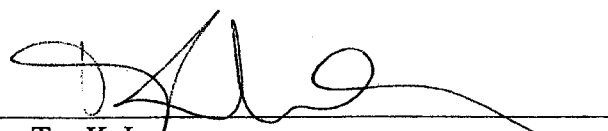
Adresse,.....

samtykker herved i å delta i en undersøkelse, TIPS-II prosjektet, i regi av Sentralsykehuset i Stavanger, psykiatrisk klinikk, Helse Stavanger.

1. Jeg har lest dette formularet, og vil delta i TIPS-II prosjektet. Hva prosjektet går ut på har blitt tilfredstillende forklart for meg. Min underskrift betyr også at jeg har fått min egen kopi av informasjonsbrosjyren og samtykkeerklæringen.

Dato: Underskrift _____


Jan Olav Johannessen
Sjeflege Rogaland Psykiatriske Sykehus


Tor K. Larsen
Førsteamanuensis dr. med.
Prosjektleder TIPS II

EuropASI

Addiction Severity Index

Europeisk tilpasning av The American 5th edition (McLellan 1992),
av A Kokkevi, C Hagers, P Blanken, EM Fahrener, G Pozzi,
E Tempesta, A Uchtenhagen (1994). Norsk oversettelse og tilretteleggelse av
Leif Hidle, Grethe Lauritzen og Astrid Skretting (1997)



Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Øvre Slottsgate 2 b, 0157 Oslo

Versjon 2007 ved Grethe Lauritzen, SIRUS og Heid Nøkleby, Tyrili Forskning og Utvikling

Instruksjoner

- 1 Fyll ut alle svarruter. Om nødvendig, bruk: X=Vet ikke/husker ikke
- 2 Spørsmål med **fet** nummerering er avgjørende objektive spørsmål som skal brukes i alvorlighetsvurderingen.
- 3 Etter hver del vil det være eget felt for kommentarer.

Alvorlighetsvurderinger

Alvorlighetsvurderingene er intervjuers vurdering av behandlingsbehov innenfor hvert problemområde, utover den behandling klienten/pasienten allerede har. Skalaen går fra 0, ingen behandling nødvendig, til 9, behandling nødvendig for livstruende forhold. Hver vurdering baseres på problemhistorie, aktuell tilstand og klientens/pasientens subjektive vurdering av behandlingsbehov innen et gitt område.

Klientens/pasientens vurderingsskala

- 0=Ingen problemer/behov for hjelp
- 1=Lite problemer/behov for hjelp
- 2=Moderate problemer/behov for hjelp
- 3=Betydelige problemer/behov for hjelp
- 4=Svært store problemer/behov for hjelp

Alvorlighetsprofil								
9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								
	Fysisk helse	Utd/arbeid/økon	Alkohol	Stoff/med.	Juridisk	Kriminalitet	Familie/sos.rel.	Psykisk helse

Klientens/pasientens problemskåre								
4								
3								
2								
1								
0								
	Fysisk helse	Utd/arbeid/øk	Alkohol	Stoff / med.	Juridisk	Kriminalitet	Fam./sos..rel.	Psykisk helse
4								
3								
2								
1								
0								
Klientens/pasienten behov for hjelp-skåre								

A. IDENTIFIKASJON / ADMINISTRASJON

Tiltakskode

A1 Klientens/pasientens initialer

A2 Fødselsdato (ddmmåå)

A3 Kjønn 1= Mann 2=Kvinne

A4 Type tiltak

0=Ingen tiltak

1=Poliklinisk avrusning

2=Avrusning i institusjon

3=Poliklinisk vedlikeholdsbehandling
(metadon, Subutex, ol.)

4=Poliklinisk behandling (uten
vedlikeholdsbehandling)

5=Institusjonsbehandling

6=Dagtilbud

7=Psykiatrisk sykehus

8=Somatisk sykehus

9=Andre.....

.....

A5 Foreligger vedtak/hastevedtak fra fylkesnemnd om barnevern/ sosiale tjenester?
0=Nei 1=Ja

A6 Inntaksdato (ddmmåå)

A7 Dato for intervjuet (ddmmåå)

A8 Tidspunkt begynt :

A9 Tidspunkt avsluttet :

A10 Intervjuet ved 0=Inntak 1=Oppfølging nr 1 2=Oppfølging nr 2, osv

A11 Type kontakt 1=Personlig tilstedeværelse 2=Telefon

A12 Intervjuers initialer

A13 Spesielle forhold

0=Ingen spesielle forhold

1=Klienten/pasienten avbrøt

2=Intervjuer avbrøt

3=Klienten/pasienten tydelig ruspåvirket

4=Annet

B. GENERELL INFORMASJON

- B1 Oppholdssted (*før evt innleggelse*) 1=Større by (> 100.000)
 2=Middels by/bygd (10-100.000) 3=Liten by/bygd (<10.000)
- B2 Bostedskommune (*oppholdssted, skriv navn og kod SSBs kommunekode*).....
- B3 Hvor lenge har du bodd i denne kommunen? (år, mnd)
- B4 Eier du eller din familie den boligen du nå bor i? 0=Nei 1=Ja
- B5 Vanligste bosituasjon siste 6 måneder (*ved like lange perioder, velg siste*)
 1=Med partner og barn 6=Med venner
 2=Med partner alene 7=Alene
 3=Med barn alene 8=I institusjon/fengsel
 4=Med foreldre 9=Uten stabil bosituasjon
 5=Med annen familie
- B6 Alder
- B7 Nasjonalitet (*statsborgerskap, se håndbok for landskode*)
- B8 Fødeland (*se håndbok for landskode*)
 Klient/pasient
 Far
 Mor
- B9 I løpet av de siste 30 dager, har du vært innlagt i det vi kan kalle et kontrollert miljø?
 0=Nei
 1=Fengsel
 2=Rusmiddelinstitusjon
 3=Somatisk sykehus
 4=Psykiatrisk sykehus
 5=Kun avgiftning/avrusning
 6=Annet kontrollert miljø (*beskriv*)
- B10 Hvis kode 1-6, i hvor mange dager av de siste 30?
- B11 Fra hvilken dato regnes siste 30 dager bakover (ddmmåå)

Kommentarer

C. FYSISK HELSE

- C1 Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (dvs over natten, ta med overdoser, delirium tremens; beskriv)
- C2 Hvor lenge siden er det du sist var innlagt på sykehus for kroppslige skader eller sykdommer? (år, mnd)
- C3 Har du noen kroniske kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførselen din? 0=Nei 1=Ja (beskriv under kommentarer)
- C4 Hvordan er din tannhelse?
0=Tilfredsstillende 1=Dårlig 2=Svært dårlig
- C5 Har du noen gang vært smittet av hepatitt? (gjelder hepatitt b eller c)
0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare
- C6 Har du blitt testet for HIV? 0=Nei 1=Ja 2=Vet ikke
- C7 Hvis ja, hvor mange måneder siden?
- C8 Hva var siste testresultat?
0=HIV-negativ 1=HIV-positiv 2=Vet ikke 3=Vil ikke svare
- C9 Har lege sagt at du skal bruke medikamenter regelmessig for noen kroppslig skade eller sykdom? 0=Nei 1=Ja
(kod ja selv om klienten/pasienten velger ikke å bruke evt medikamenter)
- C10 Mottar du trygd eller sykepenger for noen kroppslig skade eller sykdom?
(ikke ta med psykiske årsaker) 0=Nei 1=Ja
- C11 Har du vært til behandling hos lege for noen kroppslig skade eller sykdom de siste 6 månedene? 0=Nei 1=Ja
- C12 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd kroppslige problemer? (ikke direkte rusrelaterte)
- Klientens/pasientens vurderingsskala** (vurderingsskala 0-4)
- C13 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse kroppslige problemene de siste 30 dagene?
- C14 Hvor viktig er det for deg nå med behandling for disse kroppslige problemene?

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

C15 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for medisinsk behandling?
(utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

C16 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

C17 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

D. UTDANNING, ARBEID OG ØKONOMI

- D1 Antall år med grunnskole/videregående skole (*totalt antall fullførte år*)
- D2 Antall år med høyere utdanning (*universitet, høyskole, totalt antall år*)
- D3 Har du et yrke eller spesielle ferdigheter innen noen områder?
 0=Nei 1=Ja (*spesifiser under kommentarer*)
- D4 Har du gyldig førerkort? 0=Nei 1=Ja
- D5 Hvor lenge har ditt lengste sammenhengende arbeidsforhold vart?.....
 (*inkl ubetalt el. svart arbeid, men ikke stoffsalg/prostitusjon*) (år, måneder)
- D6 Hvor lenge har din lengste periode med arbeidsløshet vart? (år, mnd)
- D7 Vanligste (eller siste) beskjeftigelse eller yrke? (*se håndbok for kode*)
 (*spesifiser under kommentarer*)
- D8 Vanligste beskjeftigelse de siste 3 årene (*ved like lenge, velg siste*)
 0=Uten arbeid 5=Militærtjeneste
 1=Full tid (min 35 t per uke) 6=Pensjonert/trygdet
 2=Deltid (regulert arbeidstid) 7=Hjemmевærende m/barn
 3=Deltid (uregelmessig) 8=I fengsel, institusjon, el.
 4=Student/skoleelev 9=På arbeidsmarkedstiltak
- D9 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært i arbeid?
 (*ikke ta med stoffsalg/prostitusjon*)
- D10 Derav antall døgn med sykemelding/egenmelding?

Har du mottatt penger til egen forsørgelse fra noen av følgende kilder de siste: 30 dg 6 mnd

- | | | 0=Nei | 1=Ja |
|-----|--|----------------------|----------------------|
| D11 | Eget arbeid (<i>legalt, svart arbeid, sykepenger</i>) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D12 | Studielån/stipend | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D13 | Dagpenger som arbeidsløs | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D14 | Sosialhjelp | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D15 | Yrkesmessig attføring | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D16 | Medisinsk rehabilitering | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D17 | Uføretrygd | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D18 | Ektefelle, familie eller venner (<i>penger til personlig bruk</i>) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D19 | Stoffsalg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D20 | Annen kriminalitet | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D21 | Prostitusjon | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D22 | Andre kilder, spesifiser (<i>f.eks. spill/tipping, lån, arv</i>)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- D23 Hva har vært din største inntektskilde de siste 30 dagene? (kode 11-22).....
- D24 Hvor stor gjeld har du? (kroner)
- D25 Hvor mange mennesker er avhengige av deg som forsørger? (f.eks. bidragsplikt).....

D26 Hvor mange av de siste 30 dager har du opplevd problemer i forhold til arbeid/arbeidsløshet? (må ha vært arbeidssøkende eller i arbeid; se håndbok)
(hvis kriteriene ikke oppfylles, kod N)

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvis N i D26, må det også kodes N i D27 og D28 (se håndbok)

D27 Hvor plaget eller bekymret har du vært for disse problemene knyttet til arbeid/arbeidsløshet de siste 30 dagene?

D28 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse problemene knyttet til arbeid/arbeidsløshet?

D29 Hvor mange av de siste 30 dager har du opplevd bekymringer/problemer knyttet til din situasjon når det gjelder utdanning, arbeid eller økonomi?.....

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

D30 Hvor plaget eller bekymret har du vært for disse problemene knyttet til utdanning, arbeid eller økonomi de siste 30 dagene?

D31 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for problemer knyttet til utdanning, arbeid og økonomi?

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

D32 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp med problemer knyttet til utdanning, arbeid og økonomi generelt
(utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

D33 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

D34 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

E. BRUK AV ALKOHOL OG STOFF/MEDIKAMENTER

Forklaring til rusanamnese neste side

A. *Forsøkt*: Har du noen gang forsøkt rusmiddelet/medikamentet?

0=Nei

1=Ja

B. *Første gang*: Hvor gammel var du første gang du forsøkte rusmiddelet/medikamentet?
Kod alder.

C. *Bruk siste 6 måneder, hyppighet* (inkludert siste 30 dager)
(siste 6 mnd før dato som kodet i B11)

0=Ikke brukt rusmiddelet

1=Brukt rusmiddelet noen ganger, men ikke oftere enn 2-3 ggr pr mnd

2=Brukt rusmiddelet 1-3 ganger i uken

3=Brukt rusmiddelet daglig eller nesten daglig

D. *Bruk siste 30 dager*: Antall dager siste 30 dager (samme periode som er referert til i B11)

E. *Debutalder for høyfrekvent (alvorlig) bruk*: Det året da klienten/pasienten begynte å bruke rusmiddelet *enten* A) minst tre dager i uka (uavhengig av dosering), *eller* B) i perioder med minst to sammenhengende dager i uka til et nivå hvor normale aktiviteter vanskeliggjøres, som arbeid, skolegang, familieliv og andre aktiviteter for rekreasjon, eller vanlige dagligdags aktiviteter som bilkjøring o.l.

F. *Antall år*: Som ett år regnes minst seks måneder med bruksfrekvens som ved debutalder for høyfrekvent bruk.

G. *Bruksmåte*:

1=Oralt

2=Nasalt

3=Røyking

4=Ikke intravenøs injeksjon (ikke i blodåre)

5=Intravenøs injeksjon (i blodåre)

- - -

Alkohol, regelmessig bruk: Refererer til enhver alkoholbruk i minst tre dager i uka, inkludert alkohol til beruselse, som beskrevet under.

Alkohol til beruselse: Opplevd beruselse eller eksempelvis fem eller flere standarddrinker per dag, minst tre dager i uka, *eller* mengde alkohol til beruselse inntatt minst to etterfølgende dager i uka til det stadium hvor psykiske eller somatiske symptomer viser seg og/eller normale aktiviteter vanskeliggjøres, som arbeid, skolegang, familieliv, andre rekreasjonsaktiviteter, eller vanlige dagligdags aktiviteter som bilkjøring o.l.

- - -

Ved foreskrevet medikament: Kod som bruk, og skriv kommentar.

Rusanamnese

		<i>A.</i> <i>For-</i> <i>søkt</i> <i>(0=nei</i> <i>1=ja)</i>	<i>B.</i> <i>Første</i> <i>gang</i> <i>(alder)</i>	<i>C.</i> <i>Bruk</i> <i>siste 6</i> <i>mnd</i> <i>(hyppig-</i> <i>het)</i>	<i>D.</i> <i>Bruk</i> <i>siste</i> <i>30 dg</i> <i>(antall</i> <i>dager)</i>	<i>E.</i> <i>Debut</i> <i>høyfrekvent</i> <i>bruk</i> <i>(alder)</i>	<i>F.</i> <i>Antall</i> <i>år</i> <i>(høy-</i> <i>frekvent</i> <i>bruk)</i>	<i>G.</i> <i>Bruks-</i> <i>måte</i>
E1	Alkohol, regelmessig bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Alkohol til beruselse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Metadon, Subutex o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Andre opiater/ smertestillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Dempende medisiner (bzd, sed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8	Amfetaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	Hallusinogener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11	Sniffestoffer (løsemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12	Andre (designstoffer, steroider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13	Flere rusmidler/ medik. per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- E14 Har du noen gang tatt stoff med sprøyte? 0=Nei 1=Ja
- E15 Alder første gang
- E16 Antall år (*minst en sprøyte i året er lik et år*)
- E17 Antall måneder siste halvår (*minst en sprøyte i mnd er lik en mnd*)
- E18 Antall dager siste 30 dager
- E19 Har du de siste 6 månedene brukt sprøyte som andre har brukt før deg?.....
 1=Ikke 2=Noen ganger 3=Ofte
- Hvor mange ganger har du hatt **E20** Alkoholutløst delirium tremens
(se håndbok for definisjoner) **E21** Overdose med stoff/medikamenter

Tidligere type behandling og antall behandlinger for rusmiddelproblemer:

- | | Alkohol | | Stoff/
med | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E22 Poliklinisk avrusning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E23 Avrusning i institusjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E24 Poliklinisk vedlikeholdsbehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E25 Annen poliklinisk behandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E26 Institusjonsbehandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E27 Dagtilbud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E28 Psykiatrisk sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E29 Somatisk sykehus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E30 Annen behandling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- E31 Hvor mange måneder har din lengste periode med rusfrihet vart etter behandling? Alkohol Stoff/
med.
- E32 Hvilket rusmiddel har klienten/pasienten størst problem med?
 Kod 1-13 eller 00=Ingen problem, 15=Alkohol og stoff/med (*dobbel avhengighet*), 16=Misbruk av flere stoffer. *Ved usikkerhet, spør klienten/pasienten.*
- E33** Hvor lenge varte din siste periode med rusfrihet fra dette rusmiddelet? (ååmm) (*ikke ta med rusfrihet under opphold i institusjon/fengsel*) 00=Aldri rusfri

E34 Hvor mange måneder er det siden denne rusfriheten opphørte?
00=Fremdeles rusfri

Hvor mye penger vil du si at du har brukt de siste 30 dagene på (kr):

E35 Alkohol

E36 Stoff/medikamenter

E37 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært til poliklinisk behandling for alkohol eller stoff/medikamentmisbruk?
(dvs dager i aktiv behandling, se håndbok)

Hvor mange av de siste 30 dagene har du hatt problemer med (se håndbok):

E38 Alkohol

E39 Stoff/medikamenter

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

E40 Problemene med alkohol?

E41 Problemene med stoff/medikamenter?

Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse:

E42 Problemene med alkohol?

E43 Problemene med stoff/medikamenter?

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp for sitt:

E44 Alkoholmisbruk (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

E45 Stoff/medikamentmisbruk (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

E46 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

E47 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

F. LOVBRUDD

F1 Er dette inntaket etter pålegg eller forslag fra rettsvesenet?
(domstol, kriminalomsorg) 0=Nei 1=Ja

F2 Har du for tiden en betinget dom eller er løslatt på prøve?
0=Nei 1=Ja

Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt for følgende:

F3 Besittelse av stoff

F4 Salg av stoff

F5 Vinningsforbrytelser (innbrudd, tyveri, svindel, utpressing, heleri)

F6 Voldsforbrytelser (ran, overfall, mishandling, voldtekt, drap)

F7 Andre forbrytelser (se håndbok)

F8 Hvor mange av disse tiltalene medførte domfellelser

Hvor mange ganger i livet har du blitt tiltalt/innbrakt for følgende:

F9 Gateuro, løsgjengeri, offentlig beruselse

F10 Kjøring i påvirket tilstand

F11 Andre overtredelser av veitrafikkloven
(skjødesløs kjøring, fartsovertredelser, uten førerkort, osv)

F12 Hvor lenge har du vært i varetekt eller fengslet i ditt liv? (åamm)

F13 Hvor lenge varte ditt siste fengselsopphold? (åamm)

F14 Hva var dette for? (bruk kode 3-7, 9-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste)
(ikke skriv inn bokstaven F, men f.eks. 03)

F15 Venter du nå på tiltale, rettssak eller domsavsigelse?
0=Nei 1=Ja

F16 For hva? (bruk kode 3-7, 9-11, ved flere tiltaler kod den alvorligste)

F17 Hvor mange av de siste 30 dagene har du vært i varetekt eller til soning?

F18 Hvor mange av de siste 30 dagene har du drevet med illegal virksomhet
for å skaffe penger?

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

Hvor alvorlig anser du dine nåværende:

F19 Strafferettslige problemer å være? (ikke sivilrettslige)

F20 Problemer med kriminell atferd og tankegang å være?

Hvor viktig er det for deg nå med:

F21 Juridisk hjelp for disse strafferettslige problemene?

F22 Hjelp for disse problemene med kriminell atferd og tankegang?

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for:

F23 Rettslig hjelp? (utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

F24 Hjelp med kriminell atferd og tankegang?
(utover den hjelp klienten/pasienten allerede har)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

F25 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

F26 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

G. FAMILIEHISTORIE

Har noen av dine slektninger hatt hva du vil kalle et betydelig alkohol/stoff/medikamentmisbruk eller psykiske problemer som førte til eller som burde ha ført til behandling?

		Alkohol	Stoff/med	Psyk. probl.	
G1	Morssiden				
	a	Mormor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b	Morfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c	Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e	Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f	Andre nærstående personer (se nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Farssiden				
	a	Farmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b	Farfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c	Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e	Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f	Andre nærstående personer (se nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Søsken				
	a	Bror 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b	Bror 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c	Søster 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d	Søster 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e	Stesøsken (se nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kod som følger:

0=Klart nei for alle slektninger i kategorien

1=Klart ja for en slektning i kategorien

X=Usikker eller "vet ikke"

N=Aldri vært noen slektninger i kategorien

Tante, onkel: Søsken av foreldre

Andre nærstående personer: Stefar, stemor eller inngiftet tante eller onkel som bodde sammen med klienten/pasienten i løpet av oppveksten

Stesøsken: Stebror eller stesøster som bodde sammen med klienten/pasienten i løpet av oppveksten

(Kod slektning med størst problemer i tilfeller med flere personer i kategorien)

Kommentarer

H. FAMILIE OG SOSIALE RELASJONER

H1 Sivilstand
1=Gift 3=Enke/enkemann 5=Skilt
2=Gjengift 4=Separert 6=Aldri gift

H2 Hvor lenge har du hatt denne sivilstanden? (år, måneder)
(aldri gift, regn fra 18 år)

H3 Er du fornøyd med denne sivilstanden?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

H4 Hvor mange barn har du?

H5 Hvor mange barn har du daglig omsorg for?

H6 Vanligste bosituasjon siste 3 årene (ved like lange perioder, velg siste)
1=Med partner og barn 6=Med venner
2=Med partner alene 7=Alene
3=Med barn alene 8=I institusjon/fengsel
4=Med foreldre 9=Uten stabil bosituasjon
5=Med annen familie

H7 Hvor lenge har du bodd på denne måten?
(år, måneder) (hos foreldre eller familie, regn fra 18 år)

H8 Er du fornøyd med denne måten å bo på?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

Bor du (bodde du før eventuell institusjonsbehandling) sammen med noen som:

H9 For tiden har problemfylt bruk av alkohol?
0=Nei 1=Ja

H10 For tiden har problemfylt bruk av narkotiske stoffer/medikamenter?
0=Nei 1=Ja

H11 Hvem er du mest sammen med på fritiden?
1=Familie, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
2=Familie, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
3=Venner/bekjente, uten nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
4=Venner/bekjente, med nåværende problemer med alkohol/stoff/medikamenter
5=Er mest alene

H12 Er du fornøyd med å bruke fritiden slik?
0=Nei 1=Likgyldig 2=Ja

H13 Hvor mange nære venner har du?

For H14—H28, kod som følger:

- 0=Klart nei for en/noen i kategorien
- 1=Klart ja for en/noen i kategorien
- X=Usikker eller ”vet ikke”
- N=Aldri vært noen i kategorien

Vil du si at du har hatt et nært og godt forhold til noen av følgende personer i ditt liv:

H14 Mor	<input type="checkbox"/>
H15 Far	<input type="checkbox"/>
H16 Søsken	<input type="checkbox"/>
H17 Kjæreste/ektefelle	<input type="checkbox"/>
H18 Egne barn	<input type="checkbox"/>
H19 Venner	<input type="checkbox"/>

Har du over tid opplevd store problemer (av tilstrekkelig varighet og intensitet slik at hele relasjonen settes i fare, ikke hovedsakelig rusrelatert) i forhold til:

(Forutsetter kontakt; dersom det ikke har vært noe kontakt eller vedkommende er død siste 30 dager, kod N)

	0=Nei	1=Ja	Siste 30 dager	Tidligere i livet
H20 Mor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H21 Far			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H22 Søsken			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H23 Kjæreste/ektefelle			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H24 Egne barn			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H25 Annen viktig familie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H26 Nære venner			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H27 Naboer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H28 Arbeidskolleger			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har noen av disse personene (H20—H28) mishandlet deg?

	0=Nei	1=Ja	Siste 30 dager	Tidligere i livet
H29 Følelsesmessig			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(krenket eller såret deg, mobbing, trusler, ydmykelser, nedverdigelser)				
H30 Fysisk (påført deg fysisk skade)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H31 Seksuelt (påtvungne seksuelle tilnærmelser eller seksuelle handlinger)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H32 Har du opplevd alvorlige krenkelser/overgrep fra andre (enn H20-28) (beskriv)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvor mange av de siste 30 dager har du hatt alvorlige konflikter:

H33 Med din familie/slektninger

H34 Med andre personer (*utenom familie*)

Klientens/pasientens vurderingsskala (*vurderingsskala 0-4*)

Hvor plaget eller bekymret har du vært de siste 30 dagene av disse:

H35 Familieproblemene?

H36 Problemene i forhold til andre

Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse:

H37 Familieproblemene?

H38 Problemene i forhold til andre

Intervjuers alvorlighetsvurdering (*vurderingsskala 0-9*)

H39 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp med familieproblemer og/eller problemer i forhold til andre?
(*utover den hjelp klienten/pasienten allerede har*)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

H40 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja

H41 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer

I. PSYKISK TILSTAND

Hvor mange ganger har du fått behandling for psykiske eller følelsesmessige problemer ved hjelp av

- I1 Innleggelse
- I2 Poliklinisk behandling (sekvenser)
- I3 Mottar du trygd eller sykepenger for en psykisk lidelse?
0=Nei 1=Ja (skriv kommentar)

Har du hatt en lengre periode (som ikke har direkte å gjøre med bruk av alkohol/stoff/medikamenter) hvor du har: (siste 30 dager: flere dager, tidligere i livet: minst 2 uker)

- 0=Nei 1=Ja
- | | Siste 30 dager | Tidligere i livet |
|---|--------------------------|--------------------------|
| I4 Vært alvorlig deprimert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I5 Hatt alvorlig angst eller anspenthet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I6 Opplevd vansker med å forstå, konsentrere deg eller huske | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I7 Opplevd hallusinasjoner (også kortvarig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I8 Opplevd vansker med å kontrollere voldelig atferd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (hver gang, også ved rusmiddelbruk) | | |
| I9 Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk problem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I10 Opplevd alvorlige tanker om å ta ditt eget liv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (hver gang, også ved rusmiddelbruk) | | |
| I11 Forsøkt å ta livet av deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (hver gang, også ved rusmiddelbruk) | | |
| I12 Hvor mange ganger har du forsøkt å ta livet av deg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I13 Hvor mange av de siste 30 dagene har du opplevd disse psykiske/ følelsesmessige problemene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Klientens/pasientens vurderingsskala (vurderingsskala 0-4)

- I14 Hvor plaget eller bekymret har du vært av disse psykiske/ følelsesmessige problemene de siste 30 dagene?
- I15 Hvor viktig er det for deg nå med hjelp for disse psykiske/ følelsesmessige problemene?

Når intervjuet finner sted, er klienten/pasienten:

0=Nei 1=Ja

- I16 Tydelig deprimert/tilbaketrukket
- I17 Tydelig fiendtlig
- I18 Tydelig angstfull/nervøs
- I19 Har problemer med virkelighetsoppfatning,
tankeforstyrrelser, paranoide tanker
- I20 Har problemer med å oppfatte, konsentrere seg, huske
- I21 Har selvmordstanker

Intervjuers alvorlighetsvurdering (vurderingsskala 0-9)

- I22 Hvordan vil du vurdere klientens/pasientens behov for hjelp for psykiske/
følelsesmessige problemer? (utover den behandlingen som allerede gis)

Vurdering av tiltro

Er informasjonen over betydelig fordreid av:

- I23 Klientens/pasientens feilaktige fremstillinger? 0=Nei 1=Ja
- I24 Klientens/pasientens manglende evne til å forstå? 0=Nei 1=Ja

Kommentarer



22. desember 2006

Rusmisbruk, behandling og brukerperspektiv

- en deskriptiv studie av pasienter med rusindusert psykose

Ingress:

TIPS III – prosjektet ved Stavanger Universitetssykehus tar sikte på å undersøke forekomst av rusindusert psykose og i hvor stor grad slike tilstander utvikler seg til alvorligere psykoselidelser. Arbeidshypotesen er at pasienter med rusindusert psykose utvikler schizofrenispekter diagnose i ca 25 % av tilfellene. Denne artikkelen handler om rusmiddelmissbruk hos noen av disse pasientene. Den handler også om hva slags rusbehandling disse pasientene har fått for sine rusmiddelproblemer, og hva slags type hjelp de ønsker når de er i kontakt med behandlingsapparatet. Artikkelen er basert på en studie hvor EuropASI er benyttet - et standardisert, strukturert kartleggingsinstrument som gjennomgående fokuserer på pasientenes egne vurderinger av problemer og hjelpebehov. Dette bidrar til refleksjon rundt aktørposisjonen, og brukerperspektivet løftes fram.

Nøkkelord: Rusindusert psykose, rusmiddelmissbruk, behandling, brukerperspektiv

Introduksjon

De siste tiårene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* omtalte gruppen med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk spesielt, og gruppen ble i 1998-1999 anslått til 4000 mennesker i Norge (Statens helsetilsyn 2000). To tredjedeler var menn. Rusbehandling ble som følge av rusreformen (Ot.prp. nr.3 2002-03) i 2004 etablert som et nytt tjenestoområde innenfor spesialisthelsetjenesten, og fikk betegnelsen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den nye organiseringen er ment å føre til bedre og mer samordnede tjenester, og bedre behandlingsresultater. Organiseringen har ført til en tettere kopling mellom rusbehandlingsfeltet og psykisk helsevern. Samtidig har man de siste årene funnet høy forekomst av psykiske lidelser i TSB og høy forekomst av ruslidelser hos pasienter under behandling i psykisk helsevern (Høringsutkast for ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser”, Helsedirektoratet 2010). Det er påvist at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykisk lidelser (Alonso et al 2004). At noen mennesker blir psykotiske etter inntak av rusmidler kan betegnes som et fenomen i skjæringspunktet mellom rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse, og aktualiserer flere typer behandlingstiltak både i TSB og psykisk helsevern.

Prosjektet Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS) har som målsetting å undersøke effekter av å etablere rutiner for tidlig oppdagelse og behandling av første-episode psykose. Omlag en tredjedel av de identifiserte pasientene i TIPS har vist seg å ha rusmiddelmissbruk som tilleggspromblematikk (Larsen et al. 2006). Pasienter med diagnosen rusindusert psykose har før 2007 ikke vært inkludert i prosjektet. Fra 2007 er imidlertid denne pasientgruppen inkludert i et eget prosjekt (TIPS III). I dette prosjektet er det, i tillegg til de

kartleggingsprosedyrer som allerede er etablert i TIPS, lagt utvidet vekt på kartlegging i forhold til rusmisbruk og tidligere rusrelatert kontakt med behandlingsapparatet.

I den forbindelse startet TIPS og Kompetansesenteret for rusmiddelforskning i Helse Vest (KorFor) høsten 2008 et samarbeid for å kartlegge rusrelaterte problemområder hos disse pasientene. Instrumentet EuropASI ble valgt for dette formålet. Instrumentet er utviklet for å kartlegge rusmiddelproblemer i et bredt perspektiv. I denne artikkelen presenteres noen av resultatene fra EuropASI-kartleggingen i TIPS.

Problemstilling, hypoteser og formål

Hensikten med studien har vært å utforske rusmiddelmisbruk, behandlingshistorikk og rusrelaterte problemområder hos pasienter som er inkludert i TIPS-prosjektet i Stavanger med diagnosen rusindusert psykose (RIP). Hva slags rusmiddelmisbruk, behandlingshistorikk og belastning på rusrelaterte problemområder har pasienter som blir inkludert i TIPS med diagnosen rusindusert psykose? Artikkelen søker å belyse følgende forskningsspørsmål:

1. Hva slags rusmiddelmisbruk har pasienter som blir inkludert i TIPS med diagnosen rusindusert psykose

Hypotese: Det er primært pasienter med høyfrekvent cannabis- og amfetaminmisbruk som får diagnosen rusindusert psykose i TIPS

2. I hvilken grad har pasientene med rusindusert psykose vært i rusbehandling tidligere

Hypotese: Pasientene med rusindusert psykose har i stor grad vært i rusbehandling tidligere

3. Hvordan vurderer pasientene selv hjelpebehov på ulike rusrelaterte problemområder

Hypotese: Pasientene vurderer i liten grad å ha behov for hjelp

Formålet med studien har vært å få vite mer om selve rusmiddelmissbruket før den rusinduserte psykosen. Pasienter med rusindusert psykose kjennetegnes ved større grad av rusavhengighet enn pasienter med andre typer psykoser og samtidig rusmisbruk (Caton et al 2005). Det refereres ofte til stoffene cannabis og amfetamin når man skal beskrive sammenhenger mellom rusmidler og psykotiske symptomer (Bratteteig et al. 2008). Man har så langt antatt at det i hovedsak er personer med høyt forbruk av cannabis og amfetamin som får rusindusert psykose. Det diagnostiske bildet av denne pasientgruppen er imidlertid komplekst. Det er komplisert å bevise kausalitet mellom rusmiddelinntak og psykoseutbrudd (Øydna 2006, Mathias 2008). En slik sammenheng fordrer at vi har kunnskap om rusmiddelinntaket før psykosen. Kunnskap om sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk og rusindusert psykose er også viktig; noen studier peker på at rusmiddelmissbruk kan øke risikoen for utvikling av mer alvorlig psykoseproblematikk (Ferdinand et al. 2005). Er det noe med selve rusmiddelmissbruket til noen av personene med rusindusert psykose som gjør at de har en høyere risiko for å utvikle alvorligere psykose?

Et annet formål med denne studien har vært å fremskaffe økt kunnskap om behandlingskontakt før den rusinduserte psykosen. Personer som har fått en rusindusert psykose kan ha hatt tidligere innleggelse i TSB eller psykisk helsevern. Første gang en person med rusmiddelmissbruk blir psykotisk bør vedkommende ideelt sett være lenge nok innlagt til observasjon og utredning (rusmiddelbruk, psykiske symptomer, somatisk), rusfri, slik at man får det beste grunnlaget til å vurdere hvorvidt det dreier seg om en rusindusert eller annen type psykose (Øydna 2006). Slike avklaringer kan legge føringer for en rekke rettigheter knyttet til økonomiske ytelser, bolig, utdanning, arbeid og behandlingsopplegg. Personer som får en rusindusert psykose har muligens før selve psykoseutbruddet blitt henvist til rusbehandling i TSB uten at behandlingen er fullført. Dette kan i så fall både handle om

egenskaper ved pasientene og/eller om hvordan TSB organiserer behandlingstilbudet for denne pasientgruppen. En utfordring kan være manglende fokus på at disse pasientene er tilstrekkelig i kontakt med behandlingsapparatet (Kristoffersen 2004, Crebbin et al 2009). Risikoen for nytt psykoseutbrudd vil være stor dersom en person som for eksempel har hatt cannabisindusert psykose igjen røyker cannabis (Farell et al. 2002). Et viktig poeng i denne sammenhengen er at pasienter med rusindusert psykose bør få et tilbud som er i samsvar med risikoen disse pasientene har i forhold til å utvikle mer alvorlig psykose (Crebbin et al. 2009). Noen vil mene at det å tåle rusmidler dårlig (sårbarhet) slik at man blir psykotisk, kan oppfattes som et forstadium i forhold til utvikling av alvorligere psykose. Hvilke implikasjoner bør i så fall dette ha for behandlingspraksis?

Et siste formål med studien har vært å undersøke hvordan pasientene med rusindusert psykose selv vurderer sine problemer og hjelpebehov. Det rettes således fokus på pasientenes egne vurderinger av hjelpebehov på ulike rusrelaterte problemområder. På denne måten blir tematikken relevant i forhold til et brukerperspektiv.

Brukerperspektiv og medvirkning

Brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, får innflytelse på de beslutningsprosessene som fører til et tjenestetilbud (Rønning & Solheim 1998).

I NOU nr.18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* fra 2004 står det at ”medvirkning innebærer at tjenestemottaker får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. I likhet med kartlegging, samtykke og informasjon, er retten til medvirkning nært knyttet til det grunnleggende kravet om å vise respekt for den enkelte tjenestemottakers autonomi og integritet”. Rett til medvirkning er regulert ved lov i Lov om pasientrettigheter § 3-1.

I denne studien vektlegges *brukerperspektivet* som et utgangspunkt for brukermedvirkning. Ordet perspektiv kan oversettes med utsikt (Fremmedordbok, Kunnskapsforlaget 1986). Brukerperspektiv kan da forstås som brukerens utsikt. Jeg velger å differensiere mellom disse begrepene slik Humerfelt gjør (2005). Hun skriver at ”..brukermedvirkning er den aktivitet som brukerne deltar med, og som helse- og sosialarbeidere tilrettelegger for. Brukerperspektivet er brukernes forståelse av egen situasjon.” (Humerfelt 2005:18). Dette innebærer at brukerperspektivet handler om å være involvert i en eller annen forstand, men ikke at brukeren nødvendigvis har mulighet til å påvirke en beslutningsprosess. En måte å involvere brukeren på slik at brukerperspektivet kommer fram, er å spørre brukeren hvor viktig det er med hjelp i forhold til ulike problemområder. Erfaringer viser at pasienter som er intervjuet med EuropASI gjennomgående er svært positive, og både behandlere og pasienter legger vekt på at nettopp brukerperspektivet står sentralt i intervjuet (Lauritzen 2010). Å involvere brukeren slik kan bidra til en mer gjensidig situasjonsdefinisjon i møtet mellom pasient og helsepersonell, og kan føre til økt ansvarliggjøring av brukerens forhold til egen behandlingsplan (ibid:79-81).

Profesjonell hjelp for personer med rusmiddelmissbruk er generelt sett i liten grad preget av formelle tvangstiltak, og ideen om at brukeren må ”ville det selv” er utbredt i behandlingsøyemed. Dette er en generell utfordring i rusbehandling. Fra et behandlingsstøsted kan det argumenteres for at brukere vil utnytte tjenestetilbudet bedre når de selv er involvert i behandlingen. Dette er i tråd med *det terapeutiske argumentet* (Rønning og Solheim 1998) som er basert på ideen om at man blir frisk av å være aktiv (Humerfelt 2005). Erfaringen er at brukere besitter ressurser som de kan ta i bruk for å delta i egen behandling.

Brukerperspektivet forstås i denne studien ut fra et slikt terapeutisk incitament. Det er metoder som har vist seg virksomme i å engasjere brukeren i egen behandling (Miller 1991). Dette er særlig viktige aspekter når det gjelder pasienter med rusindusert psykose; det er en

utfordring at flere av disse pasientene viser varierende grad av motivasjon for rusbehandling, spesielt i forbindelse med akuttinnleggelser. Det er en etablert konsensus i rusbehandlingsfeltet om at personer som har et problematisk forhold til rusmidler og søker andres hjelp på grunn av problemene, ofte vil være i en slags konflikt med seg selv (ambivalens) når det gjelder å avslutte rusmiddelmisbruket (Fekjær 2004).

Rusindusert psykose

Når det gjelder psykotiske tilstander med nær relasjon til rusmidler, skiller vi mellom psykoser som skyldes akutt rusforgiftning, rusabstinens og rusinduserte psykoser.

Rusinduserte psykoser varer en tid etter at aktuell forgiftningstilstand eller abstinensfase er over, og kan oppstå ved bruk av ulike rusmidler. Ved rusinduserte psykoser er symptomene framkalt av effekten av rusmidler, og oppstår vanligvis etter noen timer eller dager etter inntak av rusmidlene. I internasjonale diagnosesystem er kriterier for diagnosen at psykosesymptomene forsvinner delvis innen en måned og fullstendig etter seks måneder (ICD-10), eller at psykosesymptomene forsvinner innen en måned etter rusmiddelinntak (DSM 4). I tillegg er det et kriterium at psykosen skal ha vart minst to døgn og skal ha startet innen to uker etter opphør av rusmiddelinntak (ICD-10).

Andre psykoselidelser

Psykose er en psykisk tilstand som kjennetegnes ved forstyrrelser i virkelighetsoppfatningen. Med det menes at personer med psykose oppfatter og opplever den ytre verden annerledes enn folk flest. Psykoser er fellesbetegnelsen for en sammensatt gruppe psykiske lidelser som innebærer at mennesker har nedsatt eller manglende realitetstestende evne. Når noen mister kontakten med virkeligheten på en slik måte, kalles det en psykotisk episode. Psykose kan beskrives som en forvirringstilstand, der uvirkelige sanseopplevelser og alvorlige

misoppfatninger som ikke lar seg korrigere er noen av de mest typiske symptomene. Andre symptomer på psykose er forvirret tankegang, nedsatt motivasjon og forandring i følelser (Johannesen, 2008). En måte å klassifisere psykosesymptomer på er å inndele dem i grupper for positive, negative og allmenne psykopatologiske plager. PANSS (Positive and negative syndrome scale) er et strukturert intervju som bruker denne inndelingen og hvor man vurderer graden av hvert symptom for seg selv på en skala fra 1 til 7 (Kay et al. 1987). Positive symptomer er noe som er kommet i tillegg hos pasienten, noe som ikke var der før psykosen (Johannesen, 2008). De viktigste positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinatorisk atferd, storhetsideer og mistenksomhet. I tillegg kommer agitasjon, tankemessig desorganisering, og fiendtlighet. Negative symptomer betyr at noe har blitt borte hos pasienten (ibid), og slike symptomer vil være affektmatthet, apati, tilbaketrukkethet, sparsom emosjonell kontakt med andre, problemer med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og ledighet i samtale eller stereotyp tankevirksomhet. Kriteriene vedrørende allmenn psykopatologi består av 16 symptomer. Det viktigste symptomet er kanskje det å ha uvanlig tankeinnhold. Andre symptomer er bekymring for somatisk sykdom, angst, skyldfølelse, depresjon, anspenthet og så videre. Psykosesymptomene kan variere over tid, de kan være kortvarige eller langvarige og variere fra person til person. Dersom psykosesymptomene varer lengre enn en måned, taler vi som regel om mer alvorlige psykoser enn rusinduserte psykoser. Slike psykoselidelser har ofte betegnelsen primærpsykoser.

Høyfrekvent rusmiddelmissbruk

I denne studien er det i hovedsak det høyfrekvente rusmiddelmissbruket som er utforsket. EuropASI er konstruert for å måle slikt misbruk, og høyfrekvent rusmiddelmissbruk betegner at pasientene benytter alkohol og/eller narkotika/illegale medikamenter:

1. minst tre dager i uka (uavhengig av dosering) eller
2. i perioder med minst to sammenhengende dager i uken, til et nivå hvor normale aktiviteter vanskeliggjøres (som arbeid, skolegang, familieliv etc.)

(Hidle et al 2007, EuropASI – Addiction Severity Index - en håndbok for opplæring og bruk av EuropASI intervjuer)

Hensikten med disse strenge definisjonene er å kunne registrere den problematiske bruken, og ikke mer tilfeldig eller eksperimentell bruk.

Tidligere forskning

Personer med psykoselidelser bruker mer rusmidler enn normalpopulasjonen (Kavanagh et al. 2002). Rusmisbruk er generelt sett utbredt blant pasienter med førstegangpsykose, selv om forekomsten av dette varierer mye i følge internasjonale studier; alkohol fra 3 til 35 %, illegale rusmidler fra 6 til 44 % (Larsen et al. 2006). I den skandinaviske Tips-studien fant man at 23 % misbrukte eller var avhengige av stoff og at 15 % misbrukte eller var avhengige av alkohol de siste 6 måneder frem til behandlingsstart. Særlig unge menn var overrepresentert når det gjelder rusmiddelmisbruk (ibid). Samtidig rusmisbruk ved psykoser er av stor klinisk betydning etter som det har en negativ effekt på prognose og kan påvirke behandlingsvalg (Kavanagh et al. 2002). I forhold til rusindusert psykose er det særlig inntak av cannabis, amfetamin, kokain, LSD og ecstasy som kan utløse slik type psykose (Bratteteig et al. 2008). Det er likevel misbruk av cannabis og amfetamin som spesielt refereres til i forskningen, noe som henger sammen med at dette er de illegale rusmidlene som brukes mest. I Norge er cannabis og amfetamin de vanligste rusmidlene etter alkohol (Statens institutt for rusmiddelforskning 2010). Disse to rusmidlene har vist seg å kunne utløse psykosesymptomer som likner på symptomene til pasienter med psykose uten rusmiddelmisbruk. For eksempel konkluderer en pågående norsk studie med at det ikke er mulig, ved akuttinnleggelser, å skille

psykosesymptomer hos pasienter som er psykotiske og som har brukt amfetamin, fra psykosesymptomer hos pasienter som er psykotiske og som ikke har brukt rusmiddelet (Medhus 2010). I daglig klinisk praksis er det følgelig vanskelig å skille mellom rusinduserte psykoser og andre psykoser med samtidig rusmiddelmissbruk, ettersom rusmiddelmissbruk og psykosesymptomer ofte opptrer samtidig (Mathias et al. 2008). Der vil også være glidende overganger mellom disse tilstandene. I ICD-10 klassifiseres andre psykiske tilstander som også antas å være utløst av rusmidler. Akutt intoksikasjon kan medføre forstyrrelse av bevissthetsnivå, kognisjon, persepsjon, følelser eller atferd, eller andre psykofysiologiske funksjoner og reaksjoner (Snoek & Engedal 2008). Abstinensstilstand oppstår når man slutter brått eller drastisk reduserer bruken av et psykoaktivt stoff som man har brukt over en viss tid. Tilstanden kan manifestere seg som intense fysiske og psykiske forstyrrelser som for eksempel kramper eller angst (ibid).

Det finnes foreløpig ingen sikre tall på forekomst av første-episode pasienter med rusindusert psykose (Kavanagh & Mueser 2007). Tallene i Rogaland er også usikre. Basert på en pågående studie vedrørende innsidens av førstegangpsykose pasienter (RIP) ved Stavanger universitetssjukehus, anslår man 5 nye tilfeller pr. år i en befolkning på 100 000 (Johannessen, 2010). Det finnes også foreløpig lite informasjon om behandling av rusindusert psykose (Høringsutkast for ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser”, Helsedirektoratet 2010). En behandlingsslinje vil imidlertid etter planen bli presentert i nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av psykoser våren 2012 (Johannessen, 2011). Generelt når det gjelder personer med samtidig rus- og psykisk lidelse har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2008 utarbeidet en rapport som viste at det var liten forskjell i behandlingseffekt mellom ulike psykososiale behandlingstiltak. I overnevnte høringsutkast

nøyer man seg med å påpeke at det bør utvises en spesiell årvåkenhet overfor pasienter med cannabisutløst psykose. Slik påpekning er viktig fordi studier tyder på at rusinduserte psykoser etter inntak av cannabis ofte utvikler seg til primærpsykoser, og kan være vanskeligere å differensiere fra disse (Arendt et al 2005). Det har sågar vært argumentert for at cannabisutløste psykoser skal behandles som primærpsykose og schizofreni (ibid).

Metode

Utvalg

Utvalget består av 12 pasienter som i tidsrommet oktober 2008 – oktober 2010 ble henvist til TIPS og som etter utredning i TIPS har fått diagnosen rusindusert psykose (ICD-10, F1x..5). I denne perioden fikk 15 pasienter slik diagnose i TIPS. 2 av disse pasientene er ikke kartlagt. Dette skyldes at de ikke møtte til gjentatte avtaler for gjennomføring av EuropASI. I ett tilfelle valgte vi å trekke intervjuet fra datamaterialet, da informasjonen var ufullstendig og upålitelig på grunn av pasientens manglende evne til å besvare konkrete spørsmål. 4 av pasientene i utvalget hadde cannabisutløste psykoser (ICD-10, F.12.5) og 4 hadde amfetaminutløste psykoser (ICD-10, F15.5), med hovedsakelig paranoide eller hallusinatoriske symptomer. De 4 siste hadde psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5).

I tillegg til disse 12 pasientene med RIP er 6 pasienter med primærpsykose (ICD-10, F20-F29) og rusmiddelmissbruk intervjuet. Disse er tatt med som en sammenlikning til pasientene med RIP, fordi dette er overlappende diagnosegrupper (Caton et al 2005).

Inklusjonskriterier i TIPS

Folkeregistrert i Rogaland fylke, alder 15 – 65 år, snakke tilfredsstillende norsk i forhold til å kunne forstå og svare på spørsmål angående psykisk helse, ikke psykisk utviklingshemming,

pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og/eller upassende/bisarr atferd, symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, og ikke være begrenset til noen korte øyeblikk, dessuten må pasienten skåre minst 4 på en eller flere av følgende PANSS-symptomene: Vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, storhetsideer, mistenksomhet og uvanlig tankeinnhold. Nåværende psykotiske episode er den første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet, dvs. pasienten har ikke mottatt antipsykotisk behandling, 16 mg perfenazin / dag eventuelt zuclepenthixol eller tilsvarende doser i mer enn 12 uker i denne episoden eller tidligere episoder. Det skal ikke være kjente medisinske kontraindikasjoner for bruk av antipsykotiske medikamenter. Det er ingen kjente nevrologiske eller endokrine forstyrrelser som kan ha forårsaket de nåværende psykotiske symptomene. Pasienten er villig og i stand til å avgi skriftlig samtykke. Pasienter som får endret diagnosen til en diagnose som ikke er inkludert i prosjektet i løpet av inklusjonsperioden, tas ut av forskningsdelen av undersøkelsen (TIPS III Studieprotokoll).

Datainnsamling

Datainnsamlingen er basert på informert samtykke og er i overensstemmelse med inklusjonskriteriene nevnt i forrige kapittel. Intervjuene er foretatt av forfatteren i perioden 30.10.08 – 21.12.10. Intervjuene er i all hovedsak gjennomført ved den behandlingsinstansen som respondentene tilhørte på intervjutidspunktet (psykiatrisk døgnavdeling, poliklinikk, institusjon), men også noen få hos kommunal instans og et tilfelle hjemme hos respondenten. Tid og sted for intervjuene ble først avklart med de respektive behandlerne til pasientene. Intervjutid var gjennomsnittlig 70 minutter og varierte fra 44 til 90 minutter. Ingen av respondentene var synlig påvirket av rusmiddelbruk under intervjusituasjonen. Respondentene

har gjennom informasjonsskriv om deltakelse i Tipsprosjektet blitt informert om forskningsprosjektet og dets hensikt. Respondentene har således samtykket skriftlig før personlig tilstedeværelse for gjennomføring av EuropASI-intervjuene. Melding om datainnsamlingen er på forhånd gitt REK av Tips-prosjektets leder. Alle respondentene er informert om hvor lang tid intervjuet tar og at opplysningene som gis er underlagt taushetsbestemmelser. Respondentene ble informert om muligheten for å reservere seg fra deltakelse eller å reservere seg fra å svare på enkelte spørsmål som ble opplevd for sensitive eller på annen måte ga ubehag. Svarene respondentene har gitt ble kodet i EuropASI-manualen under intervjuene, deretter systematisert i en egen fil med statistikkprogramvaren Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 18.0.

Metodiske overveielser

Det finnes ulike metoder for å beskrive rusmiddelmisbruk. En måte er å telle antall enheter som brukes av ulike rusmidlene pr. tidsenhet. En annen er å kategorisere bruken i henhold til bestemte diagnostiske kriterier, slik det gjøres i diagnosesystemene ICD -10 og DSM IV. Kriteriene som brukes i disse systemene er litt forskjellige, men handler i hovedsak om en sterk trang til å bruke rusmidler, vansker med å kontrollere bruk, abstinensproblemer, toleranseutvikling, vansker med hensyn til sosiale forpliktelser og fortsatt bruk til tross for åpenbare, negative konsekvenser. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom, mens DSM IV benytter skillet mellom misbruk og avhengighet. I forhold til rusmiddelavhengighet skal det hos en person ha forekommet symptomer i minst tre av de overnevnte kategoriene i løpet av siste 12 måneders periode før det kan settes en avhengighetsdiagnose. Vi ser at dette kan omhandle både fysisk og psykisk avhengighet. En tredje måte for å måle rusmiddelmisbruk er å ta hensyn til at rusmiddelmisbruk er et sammensatt fenomen som kan påvirkes av mange forhold, og som i tillegg kan vurderes langs

en dimensjon av alvorlighet (Lauritzen 2010). Alvorlighetsgraden er påvirket av hvilke rusmidler som brukes, hvor ofte, og på hvilke måter rusmidlene brukes. Det er denne måten å måle rusmiddelmissbruk som er benyttet i denne studien.

I gjennomføringen av EuropASI-intervjuene var det av avgjørende betydning for å sikre reliabiliteten at pasientene ble veiledet gjennom spørsmålene. Dette fordi noen av begrepene har innebygde definisjoner (eksempelvis ”høyfrekvent bruk”), og fordi spørsmålene henledet til ulike tidsperioder. En validitetsvurdering vil være knyttet til om variablene som er inkludert er tilstrekkelige og relevante for å måle høyfrekvent rusmiddelmissbruk. Likeledes kan vurderingen gjøres i forhold til hver av de rusrelaterte problemområdene. Er for eksempel variablene som inngår i området for fysisk eller psykisk helse, kriminalitet dekkende for å kunne gi en adekvat representasjon av det respektive problemområdet? Empirisk validitet knytter an til hvorvidt den informasjonen som innhentes, her gjennom EuropASI, gir et pålitelig mål på det som for eksempel er pasientens reelle rusmiddelbruk osv. Denne formen for validitet anses som særdeles viktig i forhold til selvrapporterte problemer (Farrington 2003). Kartlegging av rusmiddelmissbruk hos psykotiske pasienter reiser spørsmål om vi kan stole på egenrapportering, eller om urin- og blodanalyser må til. Pasientene kan benekte eller bagatellisere rusingen, hukommelsen om egen rus kan være redusert, eller de svarer det de antar er det sosialt akseptable svaret. I en studie fra Blakstad sykehus viste man gjennom EuropASI at 54 % av alle pasienter som i 2001 ble innlagt med psykose, hadde ruset seg på ett eller flere rusmidler i måneden før innleggelse. 40 % av alle pasientene hadde brukt illegale rusmidler (Helseth et al 2001). Rusmiddelanalyser av de samme pasientene viste 34 % positive prøver (illegale rusmidler). Dette kan tyde på at pasienter rapporterer pålitelig om sitt rusmiddelmissbruk ved bruk av et standardisert intervju som EuropASI (ibid). Imidlertid har rusmiddelmissbruk utviklet seg i en retning av at det ofte benyttes flere rusmidler i

kombinasjoner. Det gjør at en slik rapportering som EuropASI legger opp til, blir vanskelig å få empirisk valid i forhold til detaljeringsnivået. Hvis man derimot aksepterer at rimelig sikre anslag er det som i de fleste tilfeller kan oppnås, gir EuropASI et nyansert bilde av aktuelt og tidligere rusmiddelmissbruk.

Resultater

Det var kun menn i gruppen pasienter med rusindusert psykose (Tabell 1). De aller fleste var mellom 17 og 28 år (Tabell 2). Gjennomsnittsalder i RIP-gruppen var 22,8 og 24,7 i gruppen med primærpsykose. Ingen i RIP-gruppen hadde vært eller var gift. Kun en i den andre gruppen hadde vært gift (skilt). 10 av 12 pasienter i RIP-gruppen hadde hatt regulert full- eller deltidsarbeid som vanligste beskjeftigelse de siste 3 årene. Ingen av pasientene i RIP-gruppen hadde fullført noen år utover videregående utdanning.

RUSMIDDELMISBRUK

Når det gjaldt aktuell russituasjon (siste 30 dager) svarte 9 av 12 i RIP-gruppen at de hadde høyfrekvent bruk av cannabis (Tabell 3). 8 av 12 svarte at de hadde hatt høyfrekvent cannabisbruk siste 6 måneder og 9 av 11 svarte at de har hatt et høyfrekvent cannabismisbruk ett år eller mer. Mer enn halvparten hadde hatt høyfrekvent cannabismisbruk tre år eller mer (Tabell 4). 4 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager (Tabell 5.). 4 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde høyfrekvent amfetaminbruk siste 6 måneder. 5 av 12 svarte at de har hatt et høyfrekvent amfetaminmisbruk ett år eller mer (i løpet av livet), og 4 hadde hatt høyfrekvent amfetaminbruk to år eller lenger (Tabell 6). 3 av 12 i RIP-gruppen rapporterte om høyfrekvent alkoholbruk siste 30 dager og 4 av 12 svarte at de i løpet av livet har hatt 1-4 år høyfrekvent alkoholbruk.

Ingen i RIP-gruppen rapporterte høyfrekvent bruk av illegale dempende medisiner siste 30 dager, selv om 5 hadde brukt slike i perioden. Ingen svarte heller at de har hatt høyfrekvent bruk av illegale dempende medisiner siste 6 mnd., men 5 oppga å ha hatt ett år høyfrekvent bruk i løpet av livet. Ingen av respondentene hadde brukt heroin siste 30 dager, siste 6 mnd eller hadde noen gang i livet hatt høyfrekvent heroinbruk. To hadde brukt andre opioider (eksempelvis subutex) siste 30 dager, men ikke høyfrekvent bruk.

Respondentene rapporterte om bruk av kokain, hallusinogener, sniffestoffer (løsemidler), ecstasy og anabole steroider, men ingen av disse stoffene pekte seg ut som "høyfrekvent-stoffer". En respondent hadde høyfrekvent kokainbruk siste 30 dager, og to respondenter rapporterte henholdsvis 1 og 2 år med høyfrekvent bruk av ecstasy i løpet av livet.

5 av 12 svarte at de hadde hatt høyfrekvent bruk flere rusmidler/medikamenter 10-30 av de siste 30 dager (Tabell 7). 5 av 12 svarte også at de hadde hatt ett eller flere år med høyfrekvent bruk av flere stoffer per dag (Tabell 8).

BEHANDLINGSHISTORIKK

Behandling som omtales i denne artikkelen refererer seg til tiltak som kan ha relevans for endring i problembelastning eller mestring av problembelastning, uavhengig av hvem som gjennomfører tiltaket. Behandling er ikke begrenset til behandling i tradisjonelle behandlingsinstanser for rusmiddelmissbruk, men kan også gjelde rusbehandling i psykiatrisk og/eller somatisk sykehus. Behandling omfatter poliklinisk avrusning, avrusning i institusjon, poliklinisk vedlikeholdsbehandling (LAR), andre typer poliklinisk behandling, institusjonsbehandling, psykiatrisk sykehus, somatisk sykehus, fastlege og selvhjelpsgrupper (for eksempel AA/NA). Behandlinger som er kartlagt går altså utover behandling som tilbys i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ingen av pasientene med rusindusert psykose hadde mottatt behandling for alkoholproblemer, selv om 4 av 12 pasienter rapporterte

høyfrekvent alkoholmisbruk av mellom 1-4 års varighet. Tallene som følger gjelder derfor kun behandling for problemer knyttet til illegale rusmidler og medikamenter.

Respondentene i RIP-gruppen rapporterte ingen behandlingsforløp i legemiddelassistert behandling (LAR) eller på somatisk sykehus. Kun én behandling er rapportert i henholdsvis poliklinisk avrusning, avrusning i institusjon, behandlingsinstitusjon, psykiatrisk sykehus og annen type behandling (fastlege eller selvhjelpsgruppe). Fem polikliniske behandlingsforløp er mottatt av de 12 pasientene med rusindusert psykose (Tabell 9). Ingen enkelt pasient har vært i mer en ett poliklinisk behandlingsforløp.

EGENVURDERINGER

Seksjonen i EuropASI som omhandler fysisk helse er i stor grad innrettet mot injeksjonsrelaterte sykdommer. 5 av 12 i RIP-gruppen svarte at de "noen gang" hadde tatt illegale rusmidler med sprøyter, og 2 av 12 i den samme gruppen svarte at de hadde tatt illegale rusmidler med sprøyter de siste 30 dagene. Seksjonen fanger i mindre grad opp andre tilstander som er relevante for rusmiddelmissbrukere, som ernæringssvikt eller hormonelle tilstander, hjertesvikt/rytmeforstyrrelser eller kognitive funksjonssvekkelser. Spørsmålet om kroniske sykdommer/plager er beheftet med stort tolkningsrom, og seksjonen gir ikke symptombilder. 6 av pasientene i RIP-gruppen svarte at de hadde lite eller ingen kroppslige plager, og 6 av pasientene i gruppen svarer at de ikke hadde ønske om behandling for kroppslige problemer. Området vedrørende utdanning, arbeid og økonomi har relativt få spørsmål om skole- og utdanningsforhold. Spørsmålene om penger til egen forsørgelse er kontroversielle ved at de inkluderer både svart- og ikke betalt arbeid. 9 av 12 respondenter i RIP-gruppen svarte at de ønsket hjelp for problemer knyttet til utdanning, arbeid og/eller

økonomi. 5 av disse 9 respondentene svarte at de hadde et svært høyt ønske om hjelp på dette problemområdet (Tabell 10).

Det er en interessant observasjon at forholdsvis få av respondentene med RIP svarte at de ønsket å få hjelp til stoff/medikamentproblemer sammenlignet med hvor mange som svarte at de var plaget eller bekymret av problemer med stoff/medikamenter. 8 av 12 svarte at de har hatt moderate til svært store plager eller bekymringer de siste 30 dager knyttet til problemer med illegale rusmidler/medikamenter. 5 av 12 svarte at det er betydelig eller svært viktig å få hjelp for de samme problemene (Tabell 11).

Kriminalitetsseksjonen i EuropASI har gjennomgående spesifiserte og detaljerte spørsmål om ulike typer kriminalitet. Antall forbrytelser og lengdeangivelser i forbindelse med fengsling står sentralt. 9 av 12 i RIP-gruppen svarer at de anser å ha lite eller ingen strafferettslige problemer. 10 av 12 i samme gruppe svarer at det ikke er viktig for dem med hjelp med strafferettslige problemer.

9 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde betydelige eller svært store plager eller bekymringer knyttet til psykiske/følelsesmessige problemer. Det var imidlertid kun 3 av 12 som svarte at de hadde et betydelig eller svært stort ønske om hjelp for disse problemene (Tabell 12).

OPPSUMMERING

Respondentene svarte at de har brukt aller mest cannabis, dernest amfetamin – av de illegale rusmidlene. Alkohol og dempende medisiner er også relativt høyfrekvent brukt. Dette kan tyde på at i de tilfellene hvor det er brukt flere rusmidler per dag høyfrekvent, så gjelder dette kombinasjoner av cannabis, amfetamin, alkohol og dempende medisiner. Det som også peker seg ut er fraværet av høyfrekvent bruk av opioider i RIP-gruppen.

Aktuelt rusmiddelmissbruk (siste 30 dager) reflekterer aktuell rusindusert diagnose. Når det gjelder amfetamin har 4 fått en ”ren” amfetaminindusert psykose og 4 av respondentene rapporterte høyfrekvent bruk av amfetamin siste 30 dager. 9 av respondentene har rapportert høyfrekvent cannabisbruk siste 30 dager, og 4 har fått en ”ren” cannabisindusert psykose diagnose. 4 pasienter som har hatt psykose etter bruk av to eller flere rusmidler (ICD-10, F19.5), har alle hatt høyfrekvent bruk av cannabis siste 30 dager, i tillegg til bruk av andre rusmidler. Alle i RIP-gruppen hadde tidligere hatt eller hadde (siste 30 dager) høyfrekvent cannabismisbruk. Det mest slående funnet vedrørende behandlingshistorikken er at pasientene i liten grad har vært i behandling før den rusinduserte psykosen - i forhold til hva de samme pasientene svarer når det gjelder antall år med høyfrekvent bruk av illegale rusmidler. Det er i hovedsak polikliniske behandlingsforløp pasientene med RIP har mottatt. Ingen av pasientene med rusindusert psykose hadde mottatt behandling for alkoholproblemer, selv om fire av disse pasientene rapporterte høyfrekvent alkoholmisbruk av mellom 1-4 års varighet. Det er et interessant funn at forholdsvis få av respondentene svarte at de ønsker å få hjelp til alkohol-, stoff/medikament- eller psykiske/følelsesmessige problemer sammenlignet med hvor mange som var plaget eller bekymret av de samme problemene.

Diskusjon

En metodisk svakhet ved denne studien som angår utforskning av pasientenes behandlingshistorikk, er at det kun er kartlagt antall behandlingstiltak. Varigheten på behandlingsforløpene, og hvorvidt behandlingene er fullført, fanges ikke opp av EuropASI. Det ville vært en styrke i studien hvis også slike variabler hadde blitt belyst. Når det gjelder resultater angående rusmiddelmissbruket kan det rettes kritikk angående den empirisk validiteten. Studien har ikke tatt høyde for å utforske hvilke mengder rusmidler som er brukt, men begrenser seg til antall tilfeller (dager) rusmidlene er blitt brukt. EuropASI har ikke mål for mengden som er brukt av de ulike rusmidlene, og er tidligere blitt kritisert for dette

(Romelsjö 2004, Stenius & Room 2004). Det er dessuten kun egenrapportering av antall dager rusmidlene er blitt brukt som er utforsket. For å få et mer fullstendig bilde av det aktuelle rusmiddelmissbruket, kunne man sammenstillet egenrapporteringen med urinprøver foretatt ved aktuelle innleggelser, eller hentet inn kompetentopplysninger fra pårørende.

Resultatene angående hvilke typer rusmidler som er mest brukt samsvarer med funn fra annen forskning. Crebbin m.fl. (2009) har vist at cannabis var det mest brukte og amfetamin det nest mest brukte rusmidlet blant første-episode rusindusert psykose pasienter. Det kan virke som det ikke er store forskjeller i hvilke illegale rusmidler som er mest brukt hos pasienter med rusindusert psykose i denne studien sammenlignet med pasienter med primærpsykose og samtidig rusmiddelmissbruk. Opsal m.fl. (2011) fant i sin studie av 103 første-episode psykose pasienter (primærpsykose) at 44 % av pasientene som misbrukte rusmidler etter inklusjon i TIPS hadde brukt cannabis, og at like mange (44 %) hadde brukt sentralstimulerende midler. Det som synes oppsiktsvekkende i denne studien er fraværet av høyfrekvent bruk av opioider i RIP-gruppen.

Nesten ingen (kun en) av pasientene i RIP-gruppen hadde vært i institusjonsbehandling på tross av flere år med høyfrekvent rusmiddelbruk. Dette var ikke som forventet. Liten grad av rusbehandling før psykoseutbruddet kan muligens skyldes at gjennomsnittlig alder er lav. Det er kanskje vanskeligere for unge enn eldre mennesker med rusmiddelproblemer å erkjenne behov for å oppsøke hjelp fra profesjonelle. Få av respondentene svarte at de ønsket hjelp for alkohol- eller stoff/medikamentproblemene sine sammenlignet med hvor mange som var plaget eller bekymret av de samme problemene. 9 av 12 i RIP-gruppen svarte at de hadde betydelige eller svært store plager eller bekymringer knyttet til psykiske/følelsesmessige problemer. Det var imidlertid kun 3 av disse 12 som hadde ønske om hjelp for disse

problemene. Dette kan muligens sees i sammenheng med at flere av pasientene var innlagt på psykiatrisk avdeling ved intervju tidspunktet, og slik sett var fornøyde med den behandlingen de allerede fikk.

Denne studien peker i retning av at det kan være en diskrepans mellom pasientenes rusrelaterte plager og bekymringer på den ene siden, og deres ønske om hjelp for de samme plagene og bekymringene på den andre siden. Gjennomgående er ønske om hjelp for rusrelaterte problemer rangert lavere enn hvor plaget eller bekymret pasientene er. Dette kan være et uttrykk for skepsis til den hjelpen som tilbys, eller det kan være uttrykk for ambivalens i forhold til hjelpen. Et brukerperspektiv må ta høyde for dette. Det er vesentlig at brukere gis anledning til å formidle hvordan de selv oppfatter seg selv og sin egen situasjon. Resultatene i denne studien viser at pasienter med rusindusert psykose både har evner og vilje til å involvere seg på denne måten. EuropASI kan være et nyttig instrument i så måte på grunn av sin flerdimensjonalitet. Det er videre av sentral betydning å bruke verktøy som kan engasjere pasientene i forhold til egen behandling. EuropASI har vist seg å være et verktøy som fører til at pasienter uttrykker tilfredshet over at deres vurderinger blir tatt på alvor, og det kan ansvarliggjøre pasienter i forhold til egen behandlingsplan (Lauritzen 2010). Et viktig poeng i den forbindelse er at selv om vi legger til grunn det terapeutiske argumentet for brukerinvolvering, det vil si ideen om at involvering i egen behandling kan bedre prognosen, så vil det kunne være rimelig at brukere i noen situasjoner ikke ønsker å involvere seg. Det kan også være noe ved brukeren som gjør at han/hun ikke kan involvere seg, for eksempel sterk forvirring eller kognitiv svikt (Hanssen et al 2010).

Det er rimelig å anta at en relativ stor andel av disse pasientene dropper ut av behandlingen, noe som er spesielt alvorlig når man sliter med psykosesymptomer. En måte å møte denne

utfordringen på, kan være å tilstrebe bedre fleksibilitet når det gjelder hvilke arenaer pasientene og den profesjonelle møtes på. I opptrappingsplanen for rusfeltet ble det tatt til orde for en mer oppsøkende og ambulerende virksomhet, og flere tilbud utenom normal arbeidstid, som kan møte brukerne der de er med motivasjonsstyrkende intervensjoner og oppfølging. Det kan synes som at tilnærminger til pasientene som kan bidra til å styrke motivasjonen for behandling og hjelp er av sentral betydning. Slik jeg vurderer dette, er det vesentlig at slike intervensjoner ikke er av konfronterende art, da økt stress hos pasientene kan bidra til dårligere prognose. MI er en slik ikke-konfronterende tilnærming (Miller & Rollnick 1991).

Konklusjon

Studien viser at pasientene med rusindusert psykose var unge menn med en sammensatt problematikk. De hadde hatt et høyfrekvent cannabis- og/eller amfetaminmisbruk.

Hele 75 % av disse hadde høyfrekvent cannabismisbruk og 33 % hadde høyfrekvent amfetaminmisbruk. Det mest oppsiktsvekkende når det gjaldt rusmiddelmisbruket var fraværet av høyfrekvent opioidmisbruk.

Hypotesen om at disse pasientene i stor grad har vært i rusbehandling kan avkreftes.

Pasientene har i liten grad vært i behandling før den rusinduserte psykosen - i forhold til antall år med høyfrekvent bruk av illegale rusmidler.

Pasientene vurderer i liten grad behov for hjelp på de fleste rusrelaterte områdene.

Ønske om hjelp er høyest for problemer knyttet til utdanning, arbeid eller økonomi.

SUMMARY:

The TIPS III-project at Stavanger University Hospital aims to investigate the occurrence of drug-induced psychosis and the extent to which these conditions develop into more serious psychotic disorders. The working hypothesis is that patients with drug-induced psychosis develop schizophrenia spectrum diagnosis in approximately 25% of the cases. This article describes the drug abuse of some of these patients. It also reflects the drug treatment these patients have received for their substance abuse problems, and what kind of help they want when in contact with treatment services. The article is based on a study using EuropASI, a standardized, structured assessment instrument that consistently focuses on the patients' own assessments of problems and assistance needs. This contributes to reflection concerning the position of the patient and puts the user perspective in focus.

Litteraturliste

- Alonso et al (2004) *12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) project 143. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;28-37.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., Munk-Jørgensen, P. (2005) *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases*. *The British Journal of Psychiatry* 187:510-515
- Bratteteig M. m.fl. (2002) *Rusa eller gal. Sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser*. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Caton, C.L.M. et al (2005) *Difference between early-phase primary psychotic disorder with current substance use and substance-induced disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 62, 137-145
- Crebbin, K. et al (2009) *First-episode drug-induced psychosis: a medium term follow up study reveals a high-risk group*. *Soc Psychiatry Epidemiology* 44:710-715
- DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.(1994) 4.ed. Washington DC.: American Psychiatric Association.
- Farell, M., Boys, A., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., Marsden, J., Singelton, N., Taylor, C. (2002) *Psychosis and drug dependence: results from a national survey prisoners*. *British Journal of Psychiatry* 181:393-398.
- Farrington, D.P. (2003) *What has been learned from self-reports about criminal careers and the causes of offending? Report to Home Office*. Cambridge: Institute of Criminology, University of Cambridge
- Fekjær, H. O. (2004) *RUS. Bruk. Motiver. Skader. Behandling. Forebygging. Historikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ferdinand, R.F., van der Ende, J., Bongers, I., Selten J., Hulzink, A., Verhulst, F.C. (2005) *Cannabis – psychosis pathway independent of other types of psychopathology* *Schizophrenia Research* 79:289-295
- Fremmedordbok (1986) Oslo. Kunnskapsforlagets ordbøker
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A., Sommerseth., R.(2010) ”Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid.” I Hanssen, H. (red) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget.
- Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, T.O., Johnsen, J. (2005) *Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 innlagt med psykose*. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125:1178-1180
- Hidle, L., Lauritzen, G., Skretting, A. (2007) *En håndbok for opplæring og bruk av EuropASI intervjuer*. Statens institutt for rusmiddelforskning

Humerfelt, K. (2005) "Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå" I Willumsen E. (red). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (1993). WHO. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) (2005). Sosial og helsedirektoratet.

Johannessen, J.O. (2008) *Hva er psykose?* Stiftelsen psykiatrisk opplysning, Stavanger.

Johannessen, J.O. (2010 og 2011) Personlig meddelelse.

Johannessen, J.O. (2011) Personlig meddelelse.

Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. (2002) *Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management*. *Drugs* 2002; 62:743-55.

Kavanagh, D. J. og Mueser, K. T. (2007) *Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disorder and Substance Abuse*.

Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987) *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 13, no 2.

Kristoffersen, J. (2004) *Dobbeltdiagnoser. En oppfølgingsstudie av pasienter med rusutløst psykose*. Spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi.

Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Ulrik, H., Johannessen, J.O., Opjordmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T.H. (2006) *Substance abuse in first-episode non-affective psychosis*. *Schizophrenia Research* 88:55-62

Lauritzen, G. (2010) *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*. SIRUS-rapport nr.6/2010, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo 2010

Lov om pasientrettigheter 2.juli 1999 nr.63

Mathias, S., Lubman, D.I., Hides, P. (2008) *Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum*. *J Clin Psychiatry* 69(3): 358-67.

Medhus, S.E. (2010) <http://www.youtube.com/watch?v=X08ofpCII0E> (lastet 2.januar 2011)

Miller, W.R. og Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford press.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse - høringsutkast, Helsedirektoratet desember 2010

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 *Effekt av psykososial behandling*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 - 2008.

NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Opptrappingsplan for rusfeltet (2008) Helse- og omsorgsdepartementet.

Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, Ø., Elvik, I., Joa, I., Larsen, T.K. (2011) *Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up*. Acta Psychiatrica Scandinavia

Ot.prp. nr.3 (2002-2003) Rusreform I

Rønning, R. og Solheim, J. (1998) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Romelsjö, A (2004) The addiction severity index (ASI) and the severity of dependence: How large are the associations? *Journal of Substance Use*, 9 (3–4), 127–131

Snoek, J.E., Engedal, K. (2008) *Psykiatri*. Akribe forlag.

Statens institutt for rusmiddelforskning 2010

Statens helsetilsyn (2000) *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Utredingsserie

Statens institutt for rusmiddelforskning 2010

Stenius, K. & Room, R. (2004) Measuring «addiction» in Europe: the diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions. *Journal of Substance Use*, 9 (3–4): 105–119

Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*

TIPS III Studieprotokoll <http://www.tips-info.com/tips-iii> (lastet ned desember 2010).

Øydna, A.T. (2006) *Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost* Tidsskrift for Norsk psykologforening 43:234-239

Tabeller

Tabell 1. Kjønnfordeling

	Kjønn		Total
	Mann	Kvinne	
Rusindusert psykose (RIP)	12	0	12
Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	4	2	6
Total	16	2	18

Tabell 2. Alder

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Alder	17 – 22 år	8	3	11
	23 – 28 år	3	0	3
	29 – 34 år	1	3	1
Total		12	6	18

Tabell 3. Cannabisbruk siste 30 dager

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Antall dager brukt cannabis siste 30 dager	0	3	1	4
	1	0	2	2
	14	1	0	1
	15	0	1	1
	27	1	0	1
	30	7	2	9
Total		12	6	18

Tabell 4. Cannabis- antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Cannabis- år med	0	2	2	4
høyfrekvent bruk	1	1	1	2
	2	1	0	1
	3	2	1	3
	4	0	2	2
	5	1	0	1
	6	1	0	1
	7	2	0	2
	15	1	0	1
Total (1 missing)		11	6	17

Tabell 5. Amfetaminbruk siste 30 dager

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Antall dager brukt	0	6	3	9
amfetamin siste 30 dager	1	0	1	1
	2	1	0	1
	3	1	0	1
	12	1	0	1
	15	1	0	1
	20	1	0	1
	30	1	2	3
Total		12	6	18

Tabell 6. Amfetamin - antall år høyfrekvent bruk

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Amfetamin- år med	0	7	3	10
høyfrekvent bruk	1	1	1	2
	2	1	1	2
	3	1	1	2
	4	1	0	1
	7	1	0	1
Total		12	6	18

Tabell 7. Flere rusmidler/medik. pr. dag - bruk siste 30 dager

		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	Total
Antall dager brukt flere	0	5	3	8
rusmidler/medik. per dag	4	1	0	1
siste 30 dager	10	2	0	2
	12	1	0	1
	15	1	0	1
	26	0	1	1
	30	1	1	2
Total		11	5	16

Tabell 8. Flere rusmidler/medik. per dag - antall år høyfrekvent bruk

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Flere rusmidler pr. dag –	0	7	2	9
år med høyfrekvent bruk	1	2	1	3
	2	1	1	2
	3	1	1	2
	4	1	0	1
	8	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 9. Poliklinisk behandling – antall behandlinger

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Poliklinisk behandling –	0	7	3	10
antall	1	5	1	6
	2	0	1	1
	5	0	1	1
Total		12	6	18

Tabell 10. Ønske om hjelp for problemer knyttet til utdanning, arbeid eller økonomi

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig er det for deg nå	Ikke behov for hjelp	3	3	6
å få hjelp med disse problemene	Lite behov for hjelp	0	1	1
	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	3	2	5
	Svært stort behov	5	0	5
Total		12	6	18

Tabell 11. Ønske om hjelp til stoff-/medikamentproblemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig for deg nå er det å få hjelp til disse problemene	Ingen behov for hjelp	6	3	9
	Moderat behov	1	2	3
	Betydelig behov	1	1	2
	Svært stort behov	4	0	4
Total		12	6	18

Tabell 12. Ønske om hjelp for psykiske/følelsesmessige problemer

				Total
		Rusindusert psykose	Primærpsykose med alvorlig rusmisbruk	
Hvor viktig er det for deg nå å få hjelp med disse problemene	Ikke behov for hjelp	5	2	7
	Lite behov for hjelp	2	1	3
	Moderat behov	1	0	1
	Betydelig behov	1	1	2
	Svært stort behov	2	0	2
Total		11	4	15

Forfatterveiledning (Fontene Forskning)

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 7500 ord, inkludert ingress, litteraturreferanser, sammendrag og nøkkelbegreper. Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Sammendraget skal oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen.

Kommentarer og debattinnlegg skal ikke være lengre enn 3500 ord, bokanmeldelser ikke lengre enn 2 000 ord.

Alt materiale skal være skrevet med dobbelt linjeavstand og god marg. Sidene skal være fortløpende paginert. Alt materiale skal sendes i en fil, med navnet på forfatteren som dokumentnavn. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson, og filen ha denne forfatterens navn. I selve teksten til artikkelen skal det ikke stå noe som kan identifisere forfatteren/forfatterne.

Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør helst unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de nummereres fortløpende og vil bli trykket som sluttnoter. Hver tabell eller figur leveres på egen side, med henvisning til hvor de skal stå i teksten.

Alt materiale skal sendes til fagredaktør Sissel Seim på e-post. Redaksjonen vurderer innkomne artikler og innkommet materiale. Vitenskapelige artikler sendes i anonymisert form til to uavhengige refereepersoner som vurderer dem på basis av en utarbeidet mal. Når artikkelen er bedømt, vil forfatteren/ene få tilsendt vurderingen. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den og sende artikkelen tilbake til redaktør. Avhengig av refereevurderingen kan forfatteren også bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny refereevurdering.

Språkvask av antatte artikler vil bli sendt til forfatteren (eventuelt den forfatter som er kontaktperson).

Manuskript returneres vanligvis ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem. Antatte artikler publiseres i tidsskriftet og senere elektronisk på tidsskriftets hjemmeside.

Innsending av artikler skal inneholde:

A. Eget oversiktsark:

Artikkelens tittel

Forfatteren/forfatterens navn, tittel og arbeidssted

Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post

Artikkelens lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.

Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

B. På neste side skrives artikkelens tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

C. Selve artikkelen med tittel, tekst og litteraturreferanser.

D. Eventuelle figurer og tabeller på egen side.

E. Hvis artikkelen antas for publisering leveres i tillegg tittel, sammendrag og nøkkelbegrepene på engelsk, samt bilde av forfatterne.

Copyright

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder senere uten å innhente tillatelse, men det skal da gå fram at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning, og det skal sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes.

Mal for litteraturliste

I løpende tekst oppgis forfatternavn, årstall og eventuelt sidehenvisning.

For eksempel: "Som Sandbæk (2001) viser", "som flere forskere har beskrevet (Slettebø 2000, Sandbæk 2001)".

Fullstendig litteraturliste plasseres sist i artikkelen, og skrives slik:

Monografier: Morris, Aldon D. og Carol McChurg Mueller (1992) *Frontiers in Social Movement Theory*. New Haven and London: Yale University Press

Antologier/Artikkelsamlinger: Sandbæk, Mona (2001) "Kan barneverntjenesten forholde seg til både foreldre og barn som brukere og aktører?" I Sandbæk, Mona (red) *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk side 19-30

Tidsskriftsartikler: Slettebø, Tor (2000) Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*, nr. 2, 2000, side 75 – 85.

Internetthenvvisninger

Forfatters etternavn, fornavn, dokumentets dato og tittel, webadresse, dato hentet ned.

Eksempel: Quinion, Michael B.

1996 <http://www.worldwidewords.org/articles/citation.htm> (hentet 10.1.1998).

Hvis dokumentet er datert internt kan du bruke den datoen for sitering. Hvis det ikke er noen dato, bruk dato for nedhenting. Eksempel: Quinion, Michael

B. (hentet 0.1.1998) <http://clever.net/quinion/words/citation.htm>.

Referanse i dokumentet for begge skal være: (Quinion 10.1.1998)

|