

www.sintef.no



**SINTEF Unimed**Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1

Telefon: 22 06 73 00

Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere

FORFATTER(E)

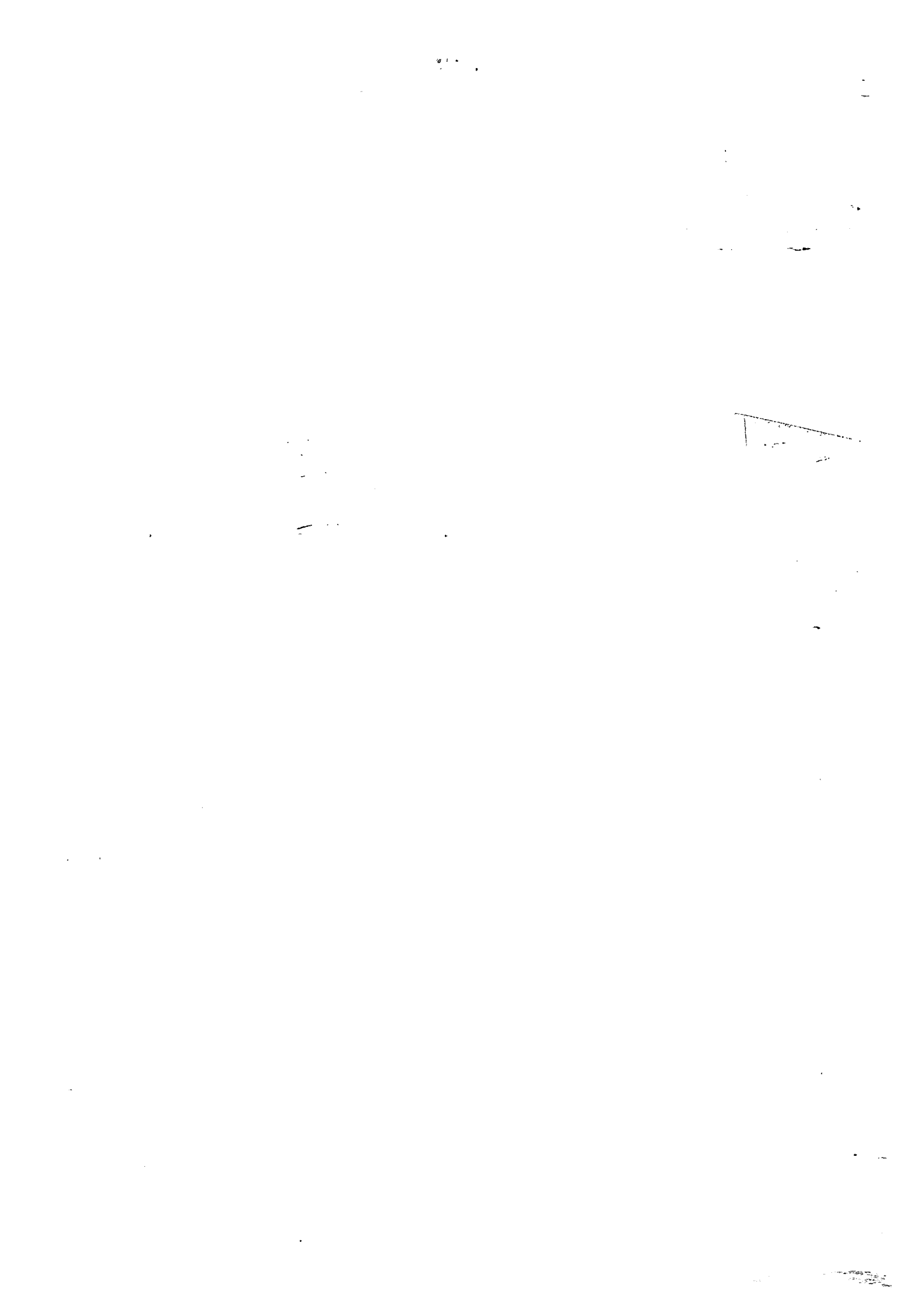
Nanna Kurtze, Arne H. Eide

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for rusmidler

RAPPORTNR. STF78 A035002	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Mari Trommald, avdelingsdirektør	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-02958-9	PROSJEKTNR. 78i530	ANTALL SIDER OG BILAG 42 sider
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE	DATO 10.03.03	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, forskningssjef <i>Torleif Ruud</i>	

	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1		
GRUPPE 2		
EGENVALGTE		

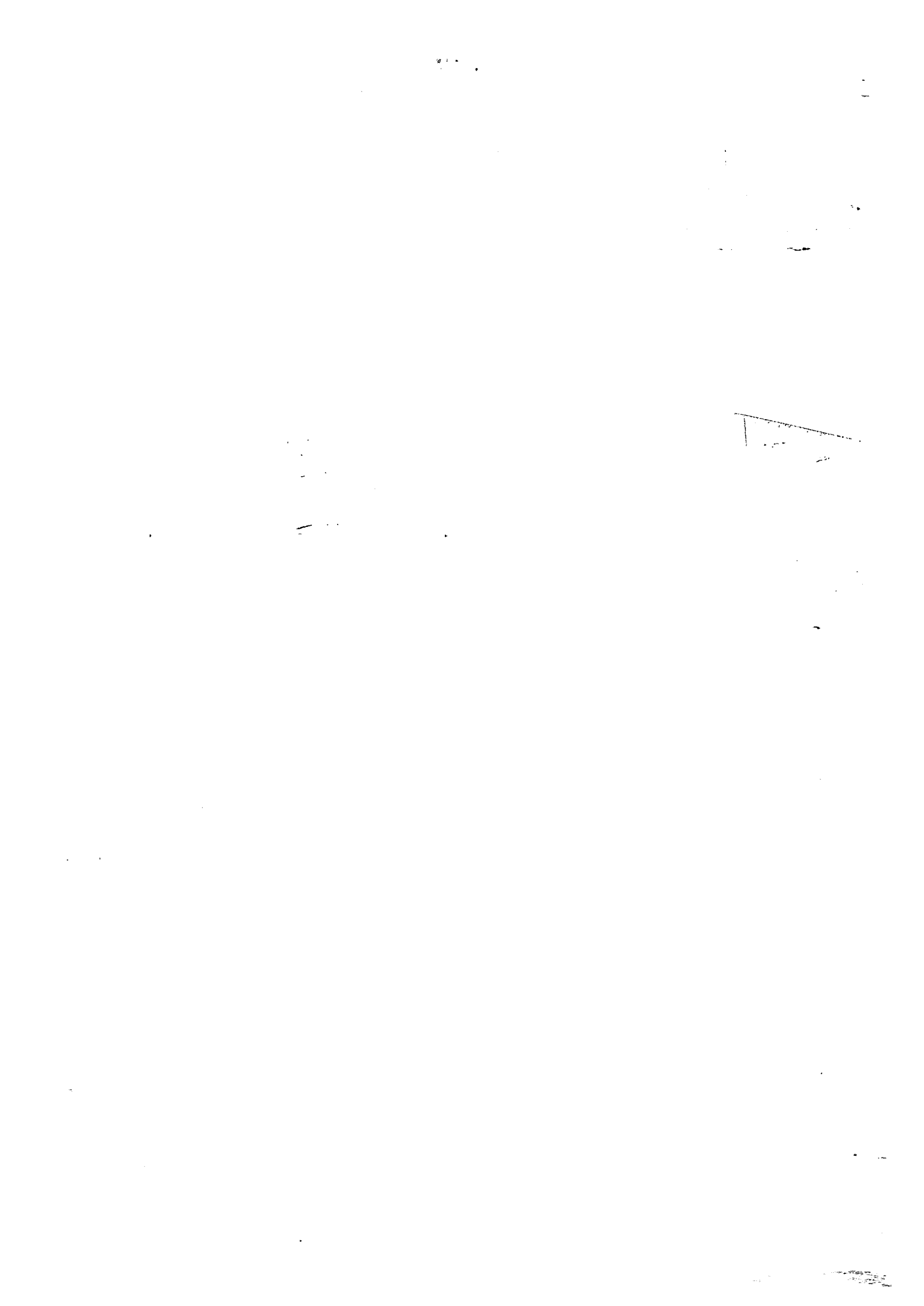


Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Mål og delmål for hele prosjektet	7
1.2 Mål for denne rapporten.....	7
1.3 Problemstillinger	8
1.4 Prosjektgruppe og arbeidsdeling	8
1.5 Arbeid med prosjektet	9
2 Tunge rusmiddelmissbrukere	11
2.1 Fire pasienter	11
2.2 Avgrensning av begrepet	13
2.3 Antall tunge rusmiddelmissbrukere i Norge	14
2.4 Overdosedødsfall	15
3 Mortalitet blant tunge rusmiddelmissbrukere	17
3.1 Livstruende overdoser og selvmordsforsøk	17
3.2 Mortalitet av andre årsaker	18
4 Somatiske sykdommer og helseproblemer	21
4.1 Somatiske sykdommer og helseproblemer generelt	21
4.2 Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner.....	22
4.2.1 Hepatitt A.....	22
4.2.2 Hepatitt B.....	22
4.2.3 Hepatitt C.....	23

4.2.4	HIV.....	23
4.3	Kreft.....	23
4.4	Hjerte/kar sykdommer.....	24
4.5	Hjernesker.....	24
4.6	Ernæringsproblemer.....	24
4.7	Tannhelseproblemer.....	24
4.8	Underlivsproblemer.....	24
4.9	Oppsummering av somatisk sykdom.....	25
5	Psykiske lidelser og helseproblemer.....	27
5.1	Psykiske lidelser og helseproblemer generelt.....	27
5.2	Spesifikke psykiske lidelser.....	29
5.2.1	Affektive lidelser.....	29
5.2.2	Angstlidelser.....	29
5.2.3	Personlighetsforstyrrelser.....	30
5.2.4	Psykososer.....	30
5.3	Norske undersøkelser med samme måleinstrument for psykisk helse.....	31
5.3.1	Veksthuset (1986-88).....	31
5.3.2	En 5-års etterundersøkelse fra Veksthuset (1993).....	32
5.3.3	En prospektiv studie av psykisk helse blant de første metadonbrukere (1994).....	32
5.3.4	Rus og Psykiatri (RoP) undersøkelsen (1997-98).....	32
5.3.5	"Nytte-Kostnad" undersøkelsen (1998-02).....	33
5.4	Norske undersøkelser med ulike metoder for måling av psykisk helse.....	33
5.4.1	Stoffmisbrukere i behandling (SiB undersøkelsen, 1992-1993).....	33
5.4.2	Kartlegging av samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk (1998-1999).....	33
5.4.3	Feltpleien (1999, 2000).....	34
5.4.4	Det nasjonale dokumentasjonssystemet, klientkartleggingsundersøkelsen (2000).....	34
5.4.5	Helseregionens utfordringer, SAMDATA (2002).....	35
5.5	To norske kartlegginger om rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser.....	35
5.5.1	Kartlegging av samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk.....	35
5.5.2	Helseregionens utfordringer, SAMDATA.....	36

5.6 Oppsummering av psykisk sykdom.....	37
6 Utviklingstendenser.....	39
6.1 Somatiske lidelser.....	39
6.2 Psykiske lidelser.....	39
6.3 Metoder for å følge helsetilstanden til tunge rusmiddelmisbrukere.....	39
LITTERATURLISTE	41



Sammendrag

Rapporten utgjør første del av et prosjekt på oppdrag fra avdeling for rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet. Hovedmål for hele prosjektet har vært å utarbeide en samlet strategi for helsetjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere. Denne rapporten omhandler første del som dreier seg om kartlegging av helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere.

Mortalitet

Somatiske og psykiske helseproblemer er en medvirkende årsak til økt mortalitet blant tunge rusmiddelmissbrukere. Overdoser og selvmord synes å være hyppigste dødsårsak.

Somatiske sykdommer og helseproblemer

Når det gjelder somatiske sykdommer og helseproblemer generelt, refereres det til den pågående "Nytte-Kostnad" undersøkelsen, SiB undersøkelsen og Feltpleien. 33% av utvalget i "Nytte-Kostnad" undersøkelsen oppga at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer og tilsvarende tall for SiB undersøkelsen var 17%. De somatiske sykdommene i "Nytte-Kostnad" undersøkelsen viser at det var mange og forskjellige somatiske plager. Feltpleien viser også til et sammensatt sykdomsbilde med flere somatiske lidelser. Det påpekes at kunnskap om og dokumentasjon av helseproblemer og utviklingen av helsetilstanden i målgruppen er lite tilfredsstillende.

Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner er en vanlig komplikasjon ved injeksjonsmisbruk. Dette er et økende problem. Intravenøs injisering kan medføre sårddannelser, betennelser med bylleutvikling og årebetennelse. Injeksjonene medfører også fare for komplikasjoner. Infeksjoner forårsaket av bakterier og sopp er vanlige. Vitale organer og organstrukturer kan rammes.

Når det gjelder bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner, nevnes hepatitt A, B, C og HIV. Hepatitt A forekommer regelmessig blant norske stoffmisbrukere. Hepatitt B angriper lever og kan gi leverbetennelse og leverkreft. Den høye forekomsten av hepatitt B viser at det fortsatt er behov for en intensiv og systematisk innsats for å redusere blodsmitten hos rusmiddelmissbrukere. Det vaksineres for hepatitt A og B. Problemet er imidlertid at tunge rusmiddelmissbrukere i liten grad benytter seg av det tilgjengelige helsetilbudet. Hepatitt C er et av verdens store helseproblem og er en av hovedårsakene til kronisk leversykdom. Den største risikofaktor for hepatitt C er sprøytemisbruk. HIV-epidemien blant norske injiserende stoffmisbrukere har stabilisert seg på et lavt nivå. I 1990-årene ble omlag ti stoffmisbrukere smittet per år. Kvinner er mest utsatt.

Gruppen tunge rusmiddelmissbrukere har også et mangelfullt kosthold og for lite inntak av næringsstoffer. Jern var den største ernæringsmessige mangelen. Tannhelsen er også meget dårlig. Blant kvinner eksisterer det til dels mye ubehandlede underlivsproblemer.

Psykiske lidelser og helseproblemer

De vanligste psykiske lidelsene som rapporteres blant tunge rusmiddelmissbrukere er affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Affektive lidelser består både av depresjoner og bipolare lidelser. Depresjon og angst er trolig de mest

utbredte affektive lidelsene blant rusmiddelmisbrukere. Den høyeste forekomsten av bipolare lidelser finnes blant alkoholmisbrukere. Når det gjelder kjønnsfordeling, viser de fleste studier til en høyere forekomst av symptomidelser (angst, depresjon, somatisering) hos kvinner.

Personlighetsforstyrrelser synes å være like fremtredende blant tunge rusmiddelmisbrukere som blant psykiatriske pasienter. I begge gruppene er personlighetsforstyrrelser fire ganger så stor som i normalbefolkningen. Personlighetsforstyrrelser forekommer hyppigere hos stoffmisbrukere enn hos alkoholmisbrukere. Antisocial/dyssosial personlighetsforstyrrelse, hvor en utagerende atferd er typisk, forekommer hyppigst blant tunge stoffmisbrukere. For øvrig forekommer ofte flere personlighetsforstyrrelser samtidig, og jo flere personlighetsforstyrrelser, jo større er ofte omfanget av symptomidelser. Hvor både alvorlige affektive lidelser og / eller alvorlige personlighetsforstyrrelser forekommer samtidig med rusmiddelmisbruk brukes ofte uttrykket komorbiditet eller dobbeltdiagnose. Det finnes ingen enkle kausale sammenhenger mellom rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser.

Forekomsten av psykoser er svært varierende blant misbrukere. Forskning viser at andelen med psykoser kan variere mellom 0% og 20% i forskjellige studier. Det er ofte en høyere andel i eldre undersøkelser.

I løpet av de siste 20 årene er det gjennomført mange internasjonale undersøkelser om rusmiddelmisbruk blant psykiatriske pasienter. Resultatene fra studiene varierer en del, men flesteparten av studiene finner at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler i større grad enn andre.

Fem norske undersøkelser har brukt samme måleinstrument for kartlegging av personlighetsforstyrrelser hos stoffmisbrukere i behandling. Forekomsten i de ulike undersøkelsene er derfor lettere å sammenlikne. Alle undersøkelsene viser at klientene skårer høyest på utagerende og ustabile personlighetstrekk (antisosial, narsissistisk, histrionisk, passiv-aggressiv, borderline). Forekomsten av symptomidelser, målt med ulike måleinstrumenter, er høy i alle norske undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling (om lag 60%).

Psykiske lidelser kombinert med tung rusmiddelmisbruk er en stor faglig utfordring både i forhold til riktig diagnose, adekvat behandling/omsorg og realistiske forventninger til mulige atferdsendringer.

Utviklingstendenser

Det finnes lite systematisert dokumentasjon når det gjelder den somatiske og psykiske helsetilstanden blant tunge rusmiddelmisbrukere og endringer over tid.

1 Innledning

Avdeling for rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet har som oppdragsgiver beskrevet følgende mål og delmål for prosjektet der denne rapporten utgjør første del.

1.1 Mål og delmål for hele prosjektet

Hovedmål for hele prosjektet: Utarbeide en samlet strategi for helsetjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere. På basis av mandatet kan oppdraget videre beskrives i fire delmål.

Delmål:

- 1: Kartlegging av helsetilstanden hos rusmiddelmissbrukere
- 2: Beskrive status på tjeneste- og behandlingstilbudet i dag, om tilbudene fungerer etter intensjonene og om de møter målgruppens behov
- 3: Anslå hvilket tjenestebehov rusmiddelmissbrukeres helseproblemer krever, og identifisere eventuelle gap mellom disse og eksisterende tjenester
- 4: Eventuelt utvikle nye behandlingstilbud, dimensjonere/øke tilgjengeligheten, reorganisere/samordne eksisterende tiltak, prioritere mellom tiltak, osv.

Delmål 1 dekkes av denne rapporten om "Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere".

Delmål 2 – 4 dekkes av rapporten "Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere".

1.2 Mål for denne rapporten

Oppdragsgiver beskriver følgende mål for delprosjekt 1:

Mål: Å systematisere eksisterende kunnskap om helsetilstanden hos tunge rusmiddelmissbrukere.

Studien skal omfatte både *somatiske* og *psykiske* lidelser hos rusmiddelmissbrukere. Systematisk datainnsamling om den *psykiske helsetilstanden* hos rusmiddelmissbrukere blir viktig med tanke på utforming av tiltak og strategi for å møte pasienter med dobbeltdiagnose problematikk.

Resultat for delprosjekt 1 skal være ny kunnskap om helsetilstand hos rusmiddelmissbrukere og målemetoder for å følge utviklingen av helsetilstanden over tid.

1.3 Problemstillinger

1. Hvilke somatiske sykdommer og helseproblemer har tunge rusmiddelmisbrukere?
2. Hvordan er forekomsten av disse somatiske sykdommene og helseproblemene innen ulike grupper av tunge rusmiddelmisbrukere?
3. Hvilke psykiske lidelser og helseproblemer har tunge rusmiddelmisbrukere?
4. Hvordan er forekomsten av disse psykiske lidelsene og helseproblemene innen ulike grupper av tunge rusmiddelmisbrukere?
5. Hvordan er samtidig forekomst av alvorlige rusproblem, somatiske helseproblemer og psykiske helseproblemer hos tunge rusmiddelmisbrukere?
6. Hvordan bidrar somatiske og psykiske helseproblemer til økt mortalitet blant tunge rusmiddelmisbrukere?
7. Hvilke utviklingstendenser ser en når det gjelder somatiske og psykiske helseproblemer hos tunge rusmiddelmisbrukere?

1.4 Prosjektgruppe og arbeidsdeling

Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom følgende forskningsmiljøer:

- SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning
- Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitetet i Oslo
- Bergensklinikkene, Forskningsavdelingen
- Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål, Sanderud sykehus
- SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning hadde sendt inn prosjektforslag på vegne av alle de fem forskningsmiljøene på grunnlag av forhåndsdrøftinger av innbydelsen og et første utkast.

Prosjektgruppe for delprosjekt 1 har vært:

Kjell Bakken, Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål
Edle Ravndal, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Erik Iversen, Stiftelsen Bergensklinikkene, Forskningsavdelingen
Arne H. Eide, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
Nanna Kurtze, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

Arbeidet har vært ledet og koordinert av Nanna Kurtze og Arne H. Eide. Edle Ravndal har deltatt i skrivingen i sluttfasen.

Helge Waal, Seksjon for kliniske rusmiddelproblem, Universitetet i Oslo har bidratt med kommentarer og innspill på rapportutkast i ulike faser.

SINTEF Unimed har hatt ansvar for prosjektledelse (Torleif Ruud), koordinering og fremdrift. Det meste av skriveingen er også gjort av SINTEF Unimed. De andre i prosjektgruppen har bidratt med identifisering, gjennomgang av litteratur og fremleggelse av litteratur i prosjektgruppen. Alle har deltatt i drøftinger og utforming av konklusjoner.

1.5 Arbeid med prosjektet

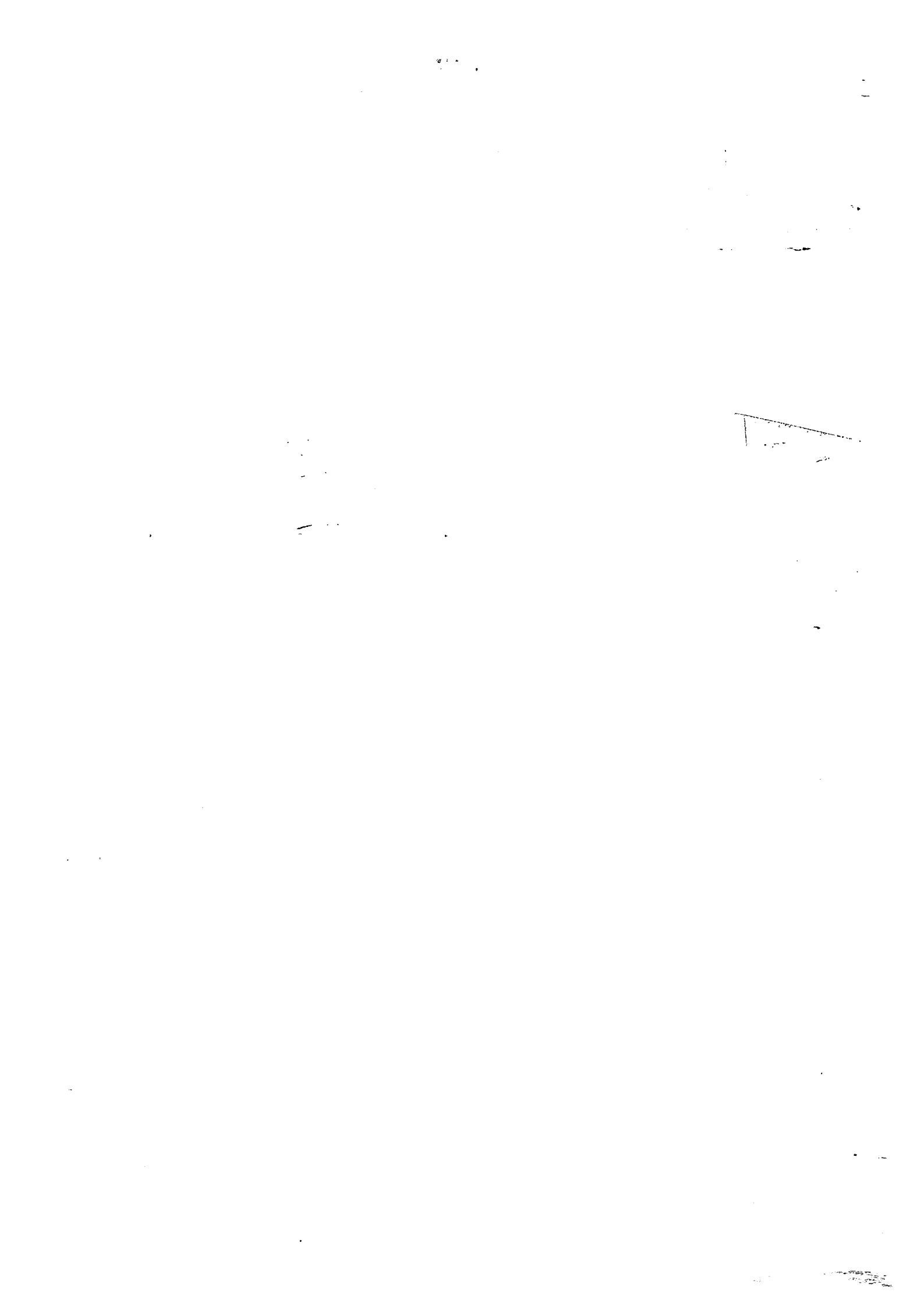
Arbeidet har vært begrenset til eksisterende artikler, dokumenter og data, noe som også var nødvendig ut fra den korte tiden som var til rådighet. Det er ikke gjort egne undersøkelser for å supplere data.

Det har vært en litteraturgjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning, men også av ikke publiserte data fra nyere norske studier.

Når det gjelder den internasjonale forskningen har fokus primært vært basert på oversiktsartikler og nyere originalartikler fra større internasjonale undersøkelser. Det har særlig vært lagt vekt på det som finnes av empirisk dokumentasjon på somatiske og psykiske helseproblemer hos tunge rusmiddelmissbrukere.

I tillegg til litteraturgjennomgangen av allerede publiserte resultater, har prosjektet fått tilgang til upubliserte data fra nyere undersøkelser som inneholder informasjon om helsetilstanden hos tunge rusmiddelmissbrukere. Dette gjelder særlig "Nytte-Kostnad" undersøkelsen.

Utredninger og offentlige publikasjoner er også gjennomgått med tanke på hva de sier om somatiske og / eller psykiske helseproblemer blant tunge rusmiddelmissbrukere. Siden det varierer mye i hvilken grad disse dokumentene omtaler helsetilstanden, har det vært begrenset tilgang på informasjon om helsetilstanden til tunge rusmiddelmissbrukere.



2 Tunge rusmiddelmissbrukere

2.1 Fire pasienter

"Tunge rusmiddelmissbrukere" er ikke noen ensartet gruppe. For å illustrere dette og gi de aktuelle undergruppene tunge rusmiddelmissbrukere en identitet som leseren kan kjenne igjen, presenteres her fire beskrivelser av tunge rusmiddelmissbrukere som er "tunge" på hver sin måte. Disse undergruppene er imidlertid i stor grad overlappende fordi det hos svært mange finnes blandingsmissbruk. Kjønnfordelingen med en kvinne og tre menn i disse eksemplene er omtrent som kjønnfordelingen blant tunge rusmiddelmissbrukere, men det er viktig å være klar over at det finnes en stor andel kvinner innen alle gruppene.

Pasient A: Sprøytenarkoman

"Kjell" er 36 år og søkes til MAR fra et sosialsenter i en sentrumsbydel i Oslo. Han har hatt mye kontakt med Feltpleien i Oslo siste år på grunn av dype byller etter heroininjeksjoner som han setter muskulært fordi han ikke lenger klarer å finne brukbare vener. Han har vært innlagt tre ganger i sykehus på grunn av sepsis, den ene gangen også med osteomyelitt. Han ble begge gangene utskrevet uten avtalt videre behandling, delvis fordi han ble opplevd som vanskelig og delvis fordi det ikke ble tid til å etablere kontakt med tiltaksapparatet før han måtte utskrives på grunn av plassmangel. Han bor på hospits, men det er søkt plass ved ett av Oslo's rehabiliteringssentre. Han har ingen kontakt med fastlegen.

Kjell er vokst opp i en av Oslos drabantbyer. Far var alkoholisert og delvis voldelig hjemme, og han flyttet da Kjell var 3 år. Han døde da Kjell var 8 år. Mor har stort sett arbeidet som hjemmehjelp og i vaskeri og beskrives som sliten og nervøs. Hun stiller likevel alltid opp. Kjell var hissig og urolig som liten og kom ofte opp i konflikter. Hjemme kunne han få sinnetokter som mor ikke maktet å stoppe. På skolen kom han i konflikt med lærerne og fikk arbeidsutplassering de siste årene i ungdomsskolen. Han tilhørte en liten gruppe som var kjent for rusmiddelmissbruk. På grunn av vanskene ble han plassert i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem flere ganger. Konflikter og bruk av rusmidler førte til at plasseringene ble mislykket. Han ble fengslet første gang som 17-åring og har en rekke dommer på i alt 7 år i ubetinget soning, stort sett for vinningskriminalitet og narkotikarelaterte lovbrudd. I tillegg er det to dommer for bruk av vold. Han har hatt noen kortvarige jobber, men han har aldri hatt fast ansettelse. Inntekten er sosialhjelp. Det har vært diskutert uføretrygd, men det har vært tvil om han vil fylle kriteriene.

Rusbruken startet med sniffing og alkoholbruk da Kjell var 9 år. Han kom da inn i en gjeng med noe eldre gutter. Han startet med cannabis da han var 13 år, amfetamin da han var 15 og heroin da han var 17. Han utviklet raskt et mønster med heroinsprøyter flere ganger daglig, vanligvis sammen med Rohypnol, noen ganger slemmet opp og blandet i injeksjonen, andre ganger som tabletter. Han har vært lagt inn til avrusing flere ganger og to ganger søkt til behandling sinstitusjon. Disse har han imidlertid skrevet seg ut fra etter få dager.

I kontakten preges Kjell av at han sjelden er edru og rusfri. Han har en litt røff kontaktform men er vennlig og delvis humoristisk i situasjoner hvor han ikke er truet eller føler seg dårlig behandlet. Han beskriver imidlertid dyp håpløshet i forhold til å få en tilværelse utenfor rusmiljøene, og at han blir stresset, urolig og delvis angstpreget de gangene han har vært

avvendt. I slike situasjoner har han betydelig tendens til å komme i konflikt og krangel. To ganger har han blitt så desperat at han har tatt overdoser rusmidler og har vært preget av likegyldighet om han ville overleve. Han har kontakt med sin mor, som imidlertid er gammel og nokså dårlig og neppe lever i mange år. For øvrig har han mest kontakter i rusmiljøene. Sosialsenteret har hatt vansker med utforming av tiltaksplan, delvis fordi Kjell ikke har møtt til avtalte samtaler.

Pasient B: Alkoholiker

"Trond" er en 43 år gammel mann som har vært innlagt flere ganger i psykiatrisk akuttavdeling. Han bærer preg av urotilstand og depresjon og er vurdert av innleggende lege som selvmordsfarlig. Han er dessuten to ganger innlagt i akuttmedisinsk avdeling med delirtilstander og derfra søkt overført til psykiatrisk avdeling på grunn alkoholrealterte psykoselignende reaksjoner. To ganger har han vært forsøkt behandlet i intermedieæravdeling men han har smuglet inn alkohol eller drukket på permisjoner og er derfor utskrevet. Alkoholbruken er de senere årene i økende grad blandet sammen med bruk av medikamenter, særlig benzodiazepiner i form av valium og flunitrazepam.

Sosialt sett er Trond helt uten arbeid og har vært det i flere år. Han arbeidet tidligere dels som selger og dels i restaurantbransjen men mistet arbeidet på grunn av økende alkoholmisbruk og fyll i arbeidssituasjonene. Han har en gammel mor som han oppsøker og ofte bor hos når han ikke bor hos forskjellige kvinnelige bekjentskaper og ulike venner. Personlighetsmessig er han ofte sjarmerende og belevn, men har de senere årene virket mer forflattet og forgrovet. Han har to ganger hatt alvorlige hodetraumer med bevissthetstap og det er usikkert om han har pådratt seg en hjerneskode. I klinisk undersøkelse viser han tegn til nedsatt hukommelse for nylæring spesielt, men han har ikke på lengre tid vært edru så lenge at hans egentlig funksjon har latt seg avklare. Edru klager han over angst, fortvilelse og ber innstendig om hjelp. Hans personlige nettverk er imidlertid helt oppbrukt, og i dag er han også langt på vei avvist av hjelpeapparatet, frasett oppsøkende virksomhet og avrusningstiltakene. Han har en gjeld av uklar størrelse, og drikker opp sin sosialhjelp omtrent med en gang han får den. Han har avvist frivillig administrasjon.

Pasient C: Dobbeltdiagnosepasient

"Hans" er 30 år og følges for tiden opp ved DPS. Foreldrene ble skilt da han var 11. Han bodde hos moren da faren flyttet til annen by. Det var konfliktfylt forhold til stefar, som imidlertid fulgte opp så godt han kunne. Det var ikke overgrep. Morens onkel hadde schizofreni.

Fra 15 års alder var det cannabismisbruk, etter hvert ganske jevnlig med amfetamin innimellom. Det var korte episoder med forbigående paranoide vrangforestillinger etter amfetaminbruk. Fra 20 års alder har misbruket også dreid seg om heroin og benzodiazepiner. Han ble innlagt for psykose første gang 21 år gammel. Han har etter det hatt gjentatte perioder med hallusinasjoner og vrangforestillinger. Totalt var det 9 innleggelser med diagnosen schizofren lidelse.

Behandling i rusinstitusjon har vært forsøkt, men strandet som følge av psykotisk gjennombrudd. Etter hvert i lange perioder har han vært deprimert. Behandlingsvanskene førte til at han i en periode sammenhengende var innlagt i 3 år på psykiatrisk langtidsavdeling. Det var stadig tilbakefall til alvorlig rusmisbruk av blandingstype, med betydelig innslag av heroin, som etter hvert dominerte. På bakgrunn av dette ble metadonbehandling foreslått. Etter en del vurderinger fram og tilbake ble det forsøkt. De siste 2 årene er han behandlet med metadon i tillegg til antipsykotisk medikasjon. Etter initial forbigående forverring under opptrapping av metadon, er det skjedd en klar stabilisering som har muliggjort utskrivning. Han har klart å etablere seg i bolig hvor han får en del støtte. Rusmiddelmisbruket er begrenset til sporadisk bruk av benzodiazepiner og cannabis. Han tar sin antipsykotiske medikasjon og møter stort sett opp til

behandlingsavtaler. Han har ikke hatt psykotiske episoder det siste året og har fått bedret kontakt med moren. Han er imidlertid mye alene og har lite sosialt nettverk utenom sine profesjonelle hjelpere, som inkluderer støttekontakt. Han har uføretrygd og har ikke kommet i gang med noe særlig aktivitet på dagtid.

Pasient D: Tung pillemisbruker

"Ingrid" er en 37 år gammel kvinne som ble innlagt i akuttinstitusjon for stoffmisbrukere etter mange forgjeves forsøk på plass i psykiatrisk avdeling. Hun har tidligere vært innlagt flere ganger i akuttmedisinsk avdeling, men har avbrutt oppholdene uten at det er kommet i stand noen langvarig behandling. Hun har flere ganger hatt krampeanfall, og også blitt innbrakt til politiet i forvirret og påfallende tilstand. Hun har 4 dommer for reseptfalsknerier. Tidligere sto hun på Fylkeslegens liste over medikamentmisbrukere som skulle ha spesielt tildelt lege, men etter at denne ble avvirket, har hun ikke hatt noen regelmessig legekontakt. Fastlegeordningen har ikke fungert og pasienten har gått til en rekke leger i forsøk på å få resept.

Ingrid kom første gang i kontakt med helsevesenet i prepuberteten. Hun hadde betydelige tilpasningsvansker med spisevansker og skolekonflikter. Forsøk på rådgivning gjennom PPT førte ikke til noen bedring og Barne- og ungdomspsykiatrisk hjelp var en mangelvare. Hun var selv dessuten uvillig, delvis ustabil og rømte i perioder hjemmenfra. Det er uklare opplysninger om vold i hjemmet. Far hadde antakelig et skjult alkoholproblem. Av familiens lege fikk Ingrid valium, og dette har gjennom årene økt til et omfattende bruk, delvis sammen med alkohol. Hun har også hatt flere uhell/ulykker med traumer som har ført til brudd og smerter som igjen er behandlet med paralgin forte. Hun har arbeidet som sekretær, men ble oppsagt på grunn av søvnighet/sløvhet i arbeidet sammen med mye fravær.

Tilknyttingen til familien er i dag svært anspent. Faren er død men resten av slekten hennes avviser kontakt etter flere skuffelser og vansker, deriblant har de savnet smykker og dessuten er det blitt borte medikamenter fra medisinskapet.

Pasienten har nå gjennom flere år vært uten arbeid og det er sendt uføresøknad med bakgrunn i personlighetsvansker, spiseforstyrrelser og mulige neurologiske skader som imidlertid ikke har latt seg utrede. Hun har periodisk bodd i hospits. Det er ikke opplysninger om prostitusjon. Hun lever av sosialhjelp og har en svær gjeldsbyrde. Hennes plager beskrives som sterk angst, muskelsmerter, krampeanfall og sosialt forfall. Det er søkt plass i psykiatrisk institusjon som henviser til rusomsorgen. Her oppleves hun med så vidt store psykiske vansker at systemet ikke makter henne før hun er blitt mer psykisk stabil.

2.2 Avgrensning av begrepet

Begrepet tunge rusmiddelmissbrukere har vært brukt en del i faglige diskusjoner i Norden. Det finnes ikke noe tilsvarende begrep i internasjonal litteratur. I en del internasjonal forskning defineres gruppen ved at det i tillegg til avhengighet også legges vekt på f.eks. "homelessness" (USA) eller at det er vanskelige å ha med å gjøre ("hard to reach", "deviant") (Sveits, Nederland).

En ekspertgruppe har skrevet en innstilling for Indenrigs- og Sunhetsministeriet i Danmark om tilbudene for hardt belastede rusmiddelmissbrukere (1). De sier at en avgrensning av de hardest belastede rusmiddelmissbrukerne er komplisert fordi ingen enkel beskrivelse vil være dekkende for mennesker med så mangeartede problem. Den danske ekspertgruppen definerer en hardt belastet rusmiddelmissbruker operasjonelt ved minst fire av følgende fem kriterier:

- stoffavhengighet som forstås som et massivt regelmessig injeksjonsmisbruk, ofte av flere forskjellige stoffer, kombinert med blandingsmisbruk med andre rusmidler

- tegn på personlighetsforstyrrelse, stor karakteravvikelse eller en form for psykiatrisk lidelse med en atferd preget av destruksjon og selvdestruksjon med suicidaloverveielser eller suicidalforsøk
- et lite eller ikke-eksisterende sosialt nettverk (bortsett fra i eget miljø), store sosiale problemer, som enten er primære eller følger av misbruket samt stort behov for omsorg og støtte som forutsetning for videre behandling
- fysiske helbredsdefekter som følge av misbruket i form av ødelagt kretsløp i armer og bein eller andre direkte skader etter injeksjon, manglende lemmer, store kroniske livstruende infektiose tilstander som HIV, kronisk leverbetennelse, hjerteklaffbetennelse, eller generelt nedbrutt helbred og
- flere avbrutte behandlingsforsøk bak seg og en i hvert fall aktuell åpenlys manglende evne til å reagere positivt på tilgjengelige behandlingstilbud

I denne rapporten kan ikke den danske definisjonen brukes, fordi den avgrenses til bruk av illegale stoffer i sprøyteform, mens egen rapport også skal inkludere tunge alkoholmisbrukere og tunge medikamentmisbrukere. Kravene om fire av de fem kriteriene ovenfor vil også utelukke en del av de som oppfattes som tunge rusmiddelbrukere.

Prosjektgruppen finner heller ikke noen tilfredsstillende definisjon i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 som Norge bruker (2), eller det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV som brukes mye i forskning og internasjonal litteratur (3). Diagnosene bygger primært på skillet mellom avhengighet eller misbruk, og på hvilke stoffer det gjelder. En avgrensning til avhengighet vil omfatte mange som ikke vil kalles tunge rusmiddelbrukere her i Norge og Norden.

Hensikten med å definere eller avgrense begrepet i denne rapporten, er å identifisere hvilke grupper rusmiddelbrukere som har særlig omfattende problemer de trenger hjelp med. Det skal ikke defineres noen ny diagnose, men rapporten skal gi et bilde av hvilken gruppe det tenkes på. Denne heterogene gruppen (som de fire pasientene ovenfor er eksempler på) kan være "tunge" på hver sin måte. For bruk i denne rapporten beskrives derfor de tunge rusmiddelbrukerne ved følgende tre dimensjoner som vanligvis er tilstede:

- **Alvorlig rusmiddelbruk med intensivt og langvarig misbruk av tunge stoffer**
- **Alvorlige fysiske og/eller psykiske lidelser og helseproblemer**
- **Alvorlig funksjonssvikt innen arbeidsmessig og sosial fungering**

Hos mange tunge rusmiddelbrukere er graden av problemer alvorlig innen alle disse tre områdene. Over tid vil et slikt misbruk vanligvis resultere i omfattende helsemessige og sosiale problemer. Dette gir seg utslag i manglende muligheter når det gjelder arbeidsliv og skole, og ofte i kriminalitet og prostitusjon. Særlig er de uten fast bolig en belastet gruppe når det gjelder arbeidsliv og skole, kriminalitet og prostitusjon. Dette gjelder også de som ikke har noe sted å bo.

2.3 Antall tunge rusmiddelbrukere i Norge

I følge rapport over narkotikasituasjonen i Norge (4) finnes det beregninger for antall sprøytemisbrukere. Slike beregninger er blitt foretatt tre ganger, i 1989, 1999 og 2001. Mens antallet i 1989 var anslått til mellom 4 000 og 5 000 var det i 1999 økt til 9 000 – 12 000. I 2001 anslås antallet til mellom 10 500 og 14 000 personer. Dette vil si tilnærmet en fordobling i løpet av de siste årene. Heroin er det klart dominerende stoffet ved injeksjon.

Det synes å ha vært en økning i konsumet av heroin som ikke bare har sammenheng med at det er blitt flere misbrukere, men også ved at doseringen per injeksjon har økt. En undersøkelse foretatt blant brukere av Sprøytebussen i Oslo, viser at det gjennomsnittlige heroinforbruket per gang har gått opp siden 1993.

Ved beregning i 1999 ble det også gjort et anslag på aldersfordelingen. Det er anslått at 10% av sprøytemisbrukerne er under 21 år, 45% mellom 21 og 30 år og 45% er 31 år eller eldre. De fleste som injiserer narkotika er menn. Kvinneandelen er anslått til å utgjøre omlag en tredjedel (5).

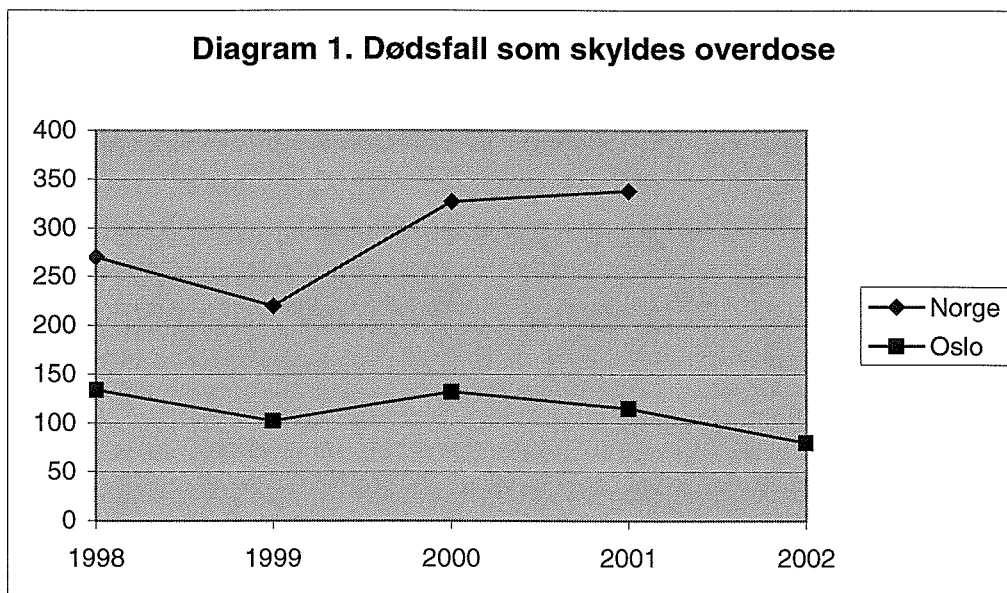
Misbrukerpopulasjonene er over tid blitt eldre. Det er all grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette. Fra en gang å ha vært et ungdomsproblem, er det i dag i ferd med å bli et sosialt problem, som i større og større grad er knyttet til middelaldrende misbrukere. I tillegg ser det ut til å være rekruttering i de eldre aldersgruppene, særlig blant menn. En mulig forklaring på dette er at det har skjedd en overgang til heroin blant tradisjonelle alkoholmisbrukere.

Det er videre blitt en større geografisk spredning av sprøytemisbruket i Norge, selv om Oslo fortsatt utgjør tyngdepunktet. Det antas at økningen i rekrutteringen av sprøytemisbrukere vil fortsette og at det demografiske rekrutteringspotensialet vil stige. Samtidig vil den registrerte økningen i bruken av lettere narkotiske stoffer blant ungdom i løpet av 1990 tallet kunne føre til økt rekruttering til sprøytemisbruk (5).

Det er omfattende dokumentert at den enkelte rusmiddelmisbruker ofte har svært sammensatte problemer, med betydelige somatiske og psykiske plager og en svak sosial integrasjon (6).

2.4 Overdosedødsfall

Diagram 1 viser utviklingen i antall dødsfall ved overdose som er registrert av KRIPOS i Oslo og i landet som helhet. Diagrammet viser at det i Oslo har skjedd en gradvis reduksjon av overdosedødsfall de tre siste årene. Tall for 2002 på landsbasis vil trolig foreligge i løpet av januar 2003 og vil da vise om det også er en nedgang i landet som helhet (Kilde: KRIPOS).



Tilsvarende tall fra Statistisk sentralbyrå ligger noe høyere (256 i 1999 og 374 i 2000 for landet som helhet). Antallet menn som dør av overdose er 3-6 ganger høyere enn antallet kvinner i følge tabellene i "Rusmidler i Norge 2002" (7).

3 Mortalitet blant tunge rusmiddelmissbrukere

Narkotikaproblemene kan ikke sees atskilt fra problemene som følger av alkohol. WHO anslår at alkoholbruken bidrar til over 10% av alle sykdommer, dødsfall og ulykker i Europa. Mellom 40% og 60% av alle dødsfall i Europa-regionen som skyldes tilsiktet og utilsiktet skade, kan føres tilbake til alkoholforbruk (8).

Rapporten Rusmidler i Norge 2001 gir ikke et fullstendig bilde av dødsfall som skyldes bruk av narkotika, da det må regnes med mørketall (9). Det egentlige antall døde kan være høyere på grunn av at registrerte narkotikadødsfall bare inkluderer dødsfall der selve dødsårsaken skyldes det narkotiske stoffet. Ofte dør stoffmisbrukere av blandingsforgiftninger og i mange tilfeller kan det være vanskelig å avgjøre hvilket stoff som er hovedårsaken til forgiftningsdødsfallet.

I hovedsak er narkotikadødsfall i Norge relatert til inntak av heroin, der stoffet er inntatt gjennom injisering. Det har vært en sterk øking i antall narkotikadødsfall på relativt kort tid. Dødstallene er mer enn firedoblet siden 1990. Økningen har særlig gjort seg gjeldende blant eldre misbrukere. Det er også en økning i 2000 blant de yngre. Menn er i større grad rammet av narkotikadødsfall enn kvinner. Kvinneandelen blant injeksjonsmisbrukerne utgjør omtrent 33%. Kvinneandelen blant dødsfallene ligger imidlertid under 20% (9).

Mye tyder også på at flere dør av sykdommer og skader som følge av narkotikamisbruk over lang tid. Drap, selvmord og ulykker, som skjer i narkotikarus, blir ikke regnet med blant de registrerte narkotikadødsfallene. Somatiske og psykiske helseproblemer er også en medvirkende årsak til økt mortalitet blant tunge rusmiddelmissbrukere.

Den årlige mortaliteten i Eskilds et al. undersøkelse var likevel "bare" på 2.7% i 1993 (10). Til sammenligning var den årlige mortalitet blant brukere av Sprøytebussen i 1998 på 4.7% (5). Denne forskjellen indikerer sannsynligvis en økende mortalitet. Basert på en gjennomgang av ulike typer undersøkelser og registerdata konkluderer Bretteville-Jensen og Ødegård i 1999 med en årlig dødelighet blant injiserende opiatmisbrukere mellom 3 og 4 % (ibid.).

Når det gjelder utvalg av stoffmisbrukere i Skandinavia (hovedsakelig heroinmisbrukere) som har vært i behandling, synes den årlige mortalitetsraten gjennomgående å være noe lavere. I 1990-årene synes den å ligge rundt 2 % (ibid.).

3.1 Livstruende overdoser og selvmordsforsøk

I St.prp. nr.1 oppgis antallet tungt problembelastede narkotikamisbrukere til å være fordoblet i løpet av 1990-årene, og anslås nå til 12-14 000 (11). Samtidig har det vært en kraftig økning i antallet overdosedødsfall med en topp i 2001 på 336 døde på landsbasis. Imidlertid ble det for første gang i 2001 registrert en viss nedgang i antallet overdosedødsfall i Oslo, mens det fortsatt økte i landet forøvrig. Økningen i antall overdosedødsfall skyldes trolig både flere misbrukere og økt dødelighet i misbrukergruppen.

Overdoser og selvmord er de hyppigste dødsårsakene blant tunge rusmiddelmissbrukere. Imidlertid viser forskningen at det kan være vanskelig å si noe sikkert om de bakenforliggende årsakene til overdoser og selvmordsforsøk. Den nasjonale undersøkelsen, "Stoffmisbrukere i behandling" (SiB) viser at nesten 46% av klientene hadde erfart en eller

flere livstruende overdoser (12). Omlag en tredjedel (33%) hadde rapportert en eller flere selvmordsforsøk. Selvmordsforsøk ble oftere rapportert blant de som hadde tatt overdoser. Det var en positiv sammenheng mellom antall livstruende overdoser og antall selvmordsforsøk. Klientene med slik atferd var karakterisert som blandingsmisbrukere, dårlig sosialt fungerende og med en atferd utsatt for HIV risiko.

I "Veksthus undersøkelsen" av stoffmisbrukere ved Veksthuset, Gaustad sykehus, Oslo var livstidsprevalensen for livstruende overdose 43% og andelen som noensinne hadde begått ett eller flere selvmordsforsøk var 47% (13). Undersøkelsen viser at ulike forhold var knyttet til henholdsvis livstruende overdoser og selvmordsforsøk. Hyppig bruk av opiater og antall måneder i døgntilrettelagt behandling var positivt relatert til livstruende overdoser, mens alvorlig depresjon og / eller klienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline) ble positivt relatert til selvmordsforsøk.

I det pågående "Nytte-Kostnad" prosjektet av stoffmisbrukere i behandling som er en prospektiv multisenter studie gjennomført av SIRUS (1997-2003), deltok 482 klienter i 20 ulike tiltak (14). 59% av utvalget rapporterte at de hadde hatt livstruende overdoser, det vil si en klar økning fra de tidligere refererte undersøkelsene. Disse klientene hadde i tiden før første intervju i gjennomsnitt 6.8 overdoser gjennom hele livsløpet. De hyppige overdosene må blant annet ses i sammenheng med den utstrakte blandingsbruken, og den bør også vurderes i forhold til suicidal atferd. Kvinnene hadde noen flere overdoser enn mennene, og det var en klar tendens til flest overdoser i den eldste aldersgruppen. Faktisk var det dobbelt så mange overdoser i den eldste aldersgruppen (>30 år) sammenlignet med den yngste (<30 år) aldersgruppen (68 vs. 32%). 42% av klientene hadde begått ett eller flere selvmordsforsøk (ingen kjønnsforskjeller).

En australsk studie undersøkte 329 heroinmisbrukere angående erfaringer med ikke-fatale overdoser (15). To tredjedeler (68%) rapporterte at de hadde hatt en eller flere overdoser. Det vanligste gjennom hele livsløpet var i gjennomsnitt tre ikke-fatale overdoser. Det var ingen kjønnsforskjeller. Majoriteten (62%) av de seneste overdosene hadde inntruffet i sammenheng med inntak av andre rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og andre opiater. Analyser viste at tre uavhengige faktorer var signifikant forbundet med ikke-fatale overdoser: flere år med jevnlig bruk av heroin, større heroin avhengighet og større inntak av alkohol.

3.2 Mortalitet av andre årsaker

Selvom narkotikadødsfallene i Norge i hovedsak utgjøres av overdosedødsfall forekommer også mortalitet av andre årsaker blant tunge rusmiddelbrukere. En norsk undersøkelse med 10 års oppfølging av alle pasienter som ble behandlet for forgiftning viser at mortalitetsraten var høyest blant rusmiddelbrukere. Den vanligste årsaken til død var selvmord (21%), hjertesykdom (17%), opiatmisbruk (15%) og ulykker/sår (13%) (16).

En prospektiv undersøkelse over en 5-års periode (1988-1993) ble foretatt blant klienter fra Veksthuset (17). Undersøkelsen viser at antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelser var de beste prediktorer for dødelighet kontrollert for andre viktige variabler som også hadde betydelig sammenheng med dødelighet (tidligere antall overdoser og totaltid tilbragt i fengsel før død).

En svensk undersøkelse viser til 5 års oppfølging av stoffmisbrukere med selvmordsforsøk. Nesten halvparten av gruppen (45%) rapporterte at de hadde forsøkt å begå selvmord på et eller annet tidspunkt i livet. Den vanligste oppgitte grunnen til selvmordsforsøk var tap av en person de elsket og følelse av ensomhet. Etter 5 år viste de som hadde begått selvmordsforsøk til mer depressive symptomer og alvorligere psykiske problemer enn de som aldri hadde gjort et selvmordsforsøk (18).

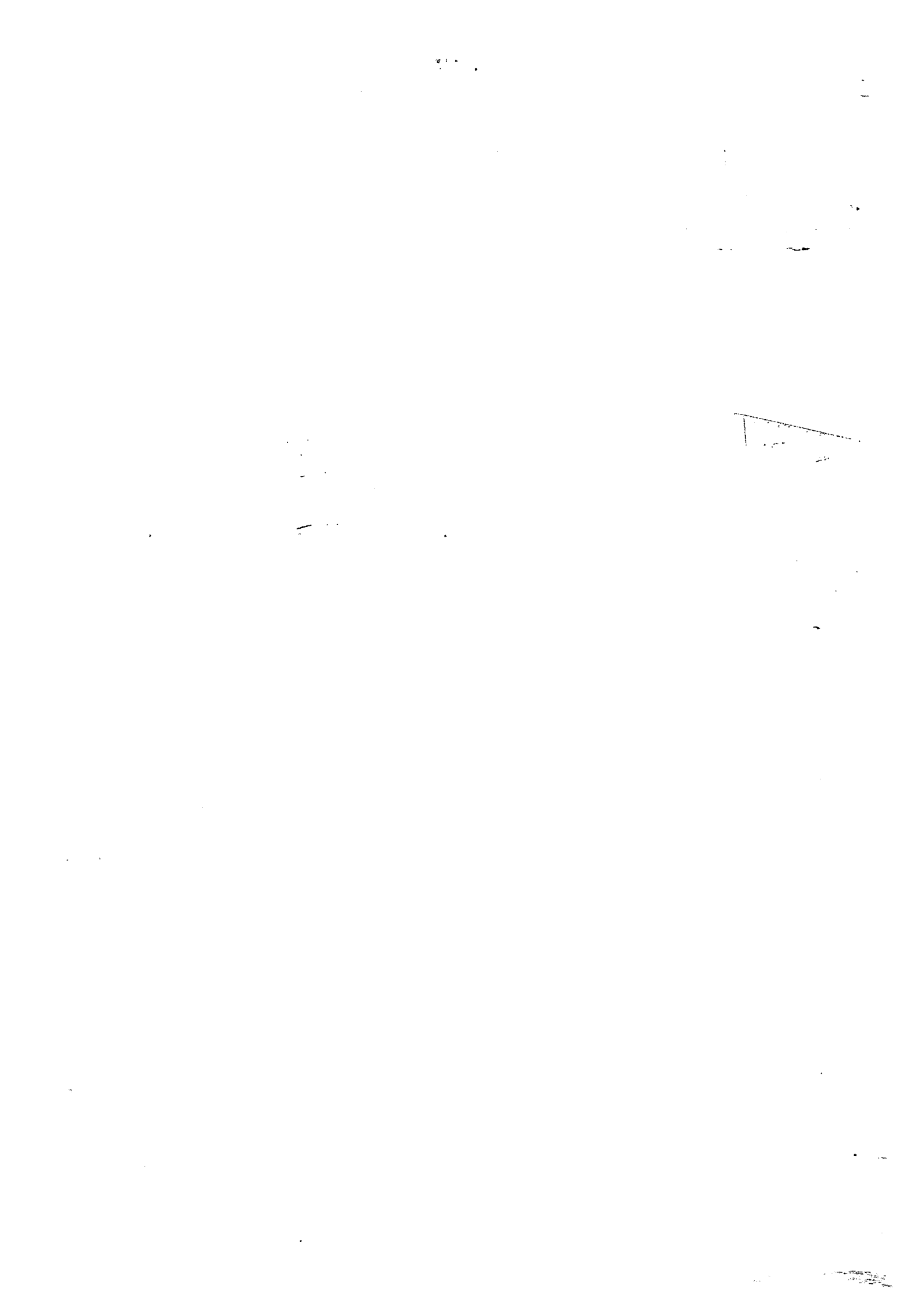
En 33 års oppfølgingsstudie av heroinavhengige menn i USA fra 1962-1964 (n= 581) viste at antall døde økte jevnt med tiden (19). Imidlertid var heroinmønsteret bemerkelsesverdig stabilt for gruppen som helhet. Heroinmisbruket hadde for noen blitt et livsløp forbundet med

alvorlige helse- og sosiale konsekvenser. I løpet av 33 år var 22% døde av forgiftning eller overdose. De neste mest vanlige årsakene til død var leversykdom (15%), kreft (12%) og hjerte/kar sykdommer (12%). Femtifem dødsfall (20%) inntraff på grunn av drap, selvmord eller ulykke. Tre dødsfall skyldtes defekt i immunforsvaret.

Ved den første oppfølgingen i 1974-1975 var 14% av de opprinnelige 581 heroinavhengige døde. Gjennomsnittsalderen for de 439 gjenlevende som ble intervjuet, var 37 år. Av disse viste 38% til ingen opiatbruk gjennom urinanalyser. Ved den andre oppfølgingen i 1985-86 var 28% av de opprinnelige 581 personene døde. Gjennomsnittsalderen på de 354 som ble intervjuet var 48. Urinanalyser viste at 41% av disse 354 personene testet negativt på opiater. Ved den siste og tredje oppfølgingen etter 33 år (1996-1997) var tilnærmet halvparten (49%) av de opprinnelige 581 personene døde. Gjennomsnittsalderen på de 242 som ble intervjuet var nå 57 år. Av disse testet 56% negativt på opiater (19). Fordelen ved longitudinelle studier og særlig slike som denne, er at de kan vise til psykososiale konsekvenser forbundet med heroinbruk over lang tid.

I følge Rusmidler i Norge 2001:64 (9) finnes det ikke noe fullstendig bilde av dødsfall som skyldes bruk av alkohol. Rapporten viser dødsfall hvor alkohol og alkoholskader ansees som underliggende årsak. Årene fra 1996-98 viser at alkoholrelaterte dødsfall har en svak nedadgående tendens. Slike dødsfall er fire ganger så utbredt blant menn som blant kvinner. Hovedtyngden av dødsfallene skjer etter fylte 45 år. Dødelighet som følge av levercirrhose fra perioden 1971-98 viser en gradvis økning frem til midten av 1980 årene, fulgt av en avtagende tendens i årene etter. De tre siste årene ligger de lavere enn noensinne. Forskjellen i dødelighet mellom menn og kvinner på grunn av levercirrhose er mindre enn for dødsfall som skyldes alkohol generelt.

Når det gjelder alkoholmisbruk oppleves sosiale skadevirkninger blant mange, som større enn helseskadene. Familieproblemer og trafikkulykker blir ofte sett på som viktigere enn helseproblemer. SIRUS konkluderer med at alkoholmisbrukere har en høy dødelighet, der 4 av 10 alkoholmisbrukere dør før fylte 60 år. Statistikk over dødelighet fra 1988-92 viser at antall dødsfall som skyldes alkoholavhengighet eller langvarig alkoholmisbruk, er sju ganger høyere enn antallet dødsfall som skyldes narkotikamisbruk (20).



4 Somatiske sykdommer og helseproblemer

Kapitelet viser først kort til somatiske sykdommer og helseproblemer generelt. Deretter er somatiske sykdommer og helseproblemer delt inn i underkapitler som tar for seg sentrale sykdommer som følge av misbruket. Dette gjelder bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner, kreft, hjerte/kar sykdommer, hjerneskader, ernæringsproblemer, tannhelseproblemer og underlivsproblemer. Tilslutt er det en kort oppsummering.

4.1 Somatiske sykdommer og helseproblemer generelt

Konsekvensen av langvarig alkohol- og narkotikamisbruk vil være forskjellig ut fra en rekke forhold som varierer fra person til person og over tid - til dels også avhengig av kontekst. Avhengig av inntak, type og blanding av rusmidler, og bruk over tid, vil kroppen utsettes for ulike typer helseproblemer og skader.

Her vil en først og fremst ta for seg de fysiske konsekvensene. Bruk av narkotiske stoffer og høyt alkoholforbruk påfører kroppens organer midlertidige eller varige skader. Mest utsatt er lunger, lever, blodomløp, hjerte og hjerne. Immunforsvaret svekkes generelt, både under inntak av alkohol og på lengre sikt. Uheldige effekter som kan forekomme under en enkel rusepisode kan være blødninger, små infarkt, hjertebank, hjertekramper og epileptiske anfall. Kronisk bruk av rusmidler kan føre til kraftig slitasje på kroppen. Enkelte skader vil derfor være uopprettelige. I tillegg kan de sterkeste stoffene gi fysiske abstinenser som svetting, kvalme og dårlig søvn.

I den pågående "Nytte-Kostnad" undersøkelsen av 482 klienter i 20 ulike tiltak, var aldersgjennomsnittet på 31 år med en spredning fra 14 til 54 år (14). Kjønnssammensetningen var lik i alle tiltakstypene med omtrent 1/3 kvinner. 33 % av utvalget oppga at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen. Tilsvarende tall for SiB - undersøkelsen var 17% (6).

42% av utvalget i "Nytte-Kostnad" undersøkelsen hadde vært til behandling hos lege for en kroppslig plage i løpet av det siste halvåret før de begynte i rekrutteringstiltak (henholdsvis 53% av kvinnene og 37% av mennene). Når det gjaldt kroniske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen, oppga omtrent halvparten (52%) av metadonklientene og 41% av klientene i de små tiltakene at de hadde slike plager.

De somatiske sykdommene i "Nytte-Kostnad" studien er vanskelige å kategorisere fordi helseplagene er så forskjellige. De hyppigste plagene var astma, ryggplager, hepatitt C, allergier og migrene. Ellers varierte det fra epilepsi, psoriasis, Tourettes syndrom, bruddskader, betennelser, bronkitter, ødelagte lunger, leddgikt, diabetes, etc. Studien viser at det er mange og forskjellige somatiske plager.

Metadonklientene og klientene i de små tiltakene oppga hyppigst å ha hatt kroppslige plager de siste 30 dagene før rekrutteringsintervjuet (henholdsvis 12 og 13 dager). Klientene i døgntiltakene og i de psykiatriske ungdomsteamene (PUT'ene) oppga henholdsvis 8 og 2 dager (14).

Feltpleien er et gatenært, lavterskeltilbud for stoffmisbrukere under Rusmildeletaten i Oslo kommune. I første halvår av 1999 hadde Feltpleien omlag 500 klienter. Disse hadde et sammensatt sykdomsbilde med flere somatiske lidelser. De mest utbredte helseproblemene

var: hepatitt C / ulike kombinasjoner av hepatitt B, C og aktiv A, abscesser, kroniske luftveislidelser og lungebetennelse. Det påpekes at kunnskap om og dokumentasjon av helseproblemer og utviklingen av helsetilstanden i målgruppen er utilfredsstillende (21).

4.2 Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner

Intravenøs injisering kan medføre sårddannelser, betennelser med bylleutvikling og årebetennelse. Resultatet kan bli vedvarende dårlig venefunksjon (kronisk venøs insuffiensi). Dette rammer særlig beina og resulterer gjerne i kroniske sår. I enkelte tilfeller kan det også føre til amputasjon.

Infeksjoner i hud og bløtdeler er en vanlig komplikasjon ved injeksjonsmisbruk (22). Ved Legevakten i Oslo ble det behandlet 179 pasienter med slike infeksjoner i løpet av de siste fire månedene i 1998, mot 46 i samme tidsperiode i 1993. Dette antyder et økende problem. Hos 112 pasienter ble det funnet en eller flere abscesser, 63 fikk antibiotikabehandling i tillegg. 37 pasienter ble bare behandlet med antibiotika. Ingen pasienter utviklet livstruende bakterielle infeksjoner.

Mange stoffmisbrukere injiserer narkotika i de dype venene i lysken eller halsen. Denne type injeksjoner medfører fare for en rekke komplikasjoner, bl.a. tromboser. Behandlingen av dyp venetrombose kan være vanskelig hos denne typen misbrukere. Dette skyldes ulike faktorer som dårlig venøs tilgang, fare for blodsmitte til helsepersonale, asosial atferd og dårlig pasientetterlevelse (23).

Infeksjoner forårsaket av bakterier og sopp er vanlige komplikasjoner til intravenøst stoffmisbruk. En rekke vitale organer og organstrukturer, f.eks. hjerteklaffer, store arterier, skjelett, ledd og sentralnervesystemet kan rammes (24).

Mange stoffmisbrukere lider også av blodinfeksjoner. Når det gjelder bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner vil en særlig nevne hepatitt A, B, C og HIV. Bakterielle infeksjoner kan ramme alle organer og vev. Virusinfeksjoner kan være både akutte og kroniske, primært HIV og leverbetennelse (hepatitis B og C). Begrenset utbredelse av HIV blant stoffmisbrukere kan skyldes at de har begrenset den innbyrdes kanyle- og sprøytedeling. Høy forekomst av hepatitt B viser imidlertid at det fortsatt er behov for en intensiv og systematisk innsats for å redusere blodsmitten hos stoffmisbrukere.

4.2.1 Hepatitt A

En risikofaktor for hepatitt A – infeksjon er smitte først og fremst fekal/oralt, i liten grad gjennom sprøytebruk. Sykdommen forekommer vanligvis som sporadiske tilfeller blant misbrukere. Unntaksvis oppstår større utbrudd og epidemier. På grunn av økende antall tilfeller med hepatitt A blant stoffmisbrukere ble dette fulgt opp spesielt ved molekylære epidemiologiske undersøkelser. Hepatitt A forekommer nå regelmessig (endemisk) blant norske stoffmisbrukere (25).

4.2.2 Hepatitt B

Hepatitt B forårsakes av hepatitt B-virus og angriper lever og gir leverbetennelse. 3-5% er kroniske bærere av virus (HbsAg-positive) dersom de smittes i voksen alder. Kronisk bærertilstand fører til leverbetennelse eller leverkreft i en stor del av tilfellene. Hepatitt B-vaksine har vært tilgjengelig fra tidlig på 1980 tallet.

Når det gjelder Hepatitt A og B kan det imidlertid vaksineres for det og kronisiteten er liten. Imidlertid er det et problem at tunge rusmiddelbrukere i liten grad benytter seg av det tilgjengelige helsetilbudet på området.

4.2.3 Hepatitt C

Hepatitt C er et av verdens store helseproblemer med en prevalens på verdensbasis på 3% (26). Hepatitt C - viruset er blitt en av hovedårsakene til kronisk leversykdom verden over (27). Den største risikofaktoren for hepatitt C er sprøytemisbruk. Undersøkelser har vist at 80-100% av de intravenøse stoffmisbrukere er smittet når det gjelder hepatitt C. Hos 75% utvikles dette til en kronisk infeksjon. Omtrent 25% av de smittede vil i løpet av 20-30 år utvikle skrumplever og i enkelte tilfeller leverkreft (1). Hos pasienter med hepatitt C - virus relatert levercirrhose er insidensen av levercellekreft (hepatocellulært karsinom) 3-5% per år (28;29).

I en undersøkelse av stoffmisbrukere fra Sprøytebussen i 1997 var 61% smittet av hepatitt (personlig meddelelse, A. Eskild, tidligere Folkehelsa). Den tilsvarende prosenten blant sprøytemisbrukere i "Nytte-Kostnad" studien var 60%. I samme undersøkelse var 86% av metadonklientene og 80% av klientene i de store tiltakene smittet av hepatitt C (14).

4.2.4 HIV

Blant de norske injiserende stoffmisbrukerne eksploderte HIV-epidemien i 1984 (30). Over 200 personer ble smittet i løpet av et par år. I 1990-årene er bare omlag ti stoffmisbrukere smittet pr. år. Ved årsskiftet er litt over 400 stoffmisbrukere meldt til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) med HIV-infeksjon (31). Mye tyder på at kvinner er mest utsatt, dels fordi de injiserer oftere, dels fordi de prostituerer seg og dels fordi de har seksualpartnere blant andre stoffmisbrukere (32).

Trolig kan den positive utviklingen fra slutten av 1980-årene tilskrives betydelig atferdsendring blant stoffmisbrukere. Utstrakt HIV testing og åpenhet gjorde at de kjente HIV-positive kunne holdes utenfor sprøytedelingen. Forbedret tilgjengelighet av rene sprøyter gjorde det sannsynligvis enklere å treffe de rette valgene. I tillegg ble de HIV-positive tilbudt rehabilitering og dermed trukket ut av miljøene med sprøytedeling (31). I de siste årene har andelen HIV-smittede blant sprøytemisbrukere ligget stabilt på ca. 5%.

I "Nytte-Kostnad" studien oppga 88% at de var testet for HIV, men kun 2.7% oppga at de var HIV-smittet (14). Av disse klientene var halvparten i metadontiltakene. Tilsvarende tall for SiB-undersøkelsen var 4%. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller (6).

Tiltross for positiv utvikling fra 1980-årene er situasjonen imidlertid labil. Epidemiene med virale hepatitter (33) viser at stoffmisbrukere i stor utstrekning deler sprøyter. Flere hundre nye tilfeller kan oppstå dersom HIV på ny introduseres i gruppen.

4.3 Kreft

Alkoholkonsumet er lavere i Norge enn i de fleste vestlige land og derfor er alkoholassosierte kreftformer relativt sjeldne.

Høyt alkoholinntak er knyttet til økt risiko for ulike typer av kreft i munnhule, svelg, spiserør og strupe. Kreft i munnhule og svelg er relativt sjeldne i Norge og hyppigst hos eldre. Det er en økende forekomst hos menn, men ikke blant kvinner. Prognosene er ulik for de enkelte sykdommene og med best utsikter for kreft i munnhule og dårligst for kreft i svelg (34).

Strupekreft er ti ganger så hyppig blant menn som blant kvinner og viser en økende forekomst hos begge kjønn (34). Når det gjelder kreft i munnhule er de fleste studier utført på menn. En rekke studier har imidlertid inkludert kvinner og viser til at inntak av alkohol er en signifikant risikofaktor for begge kjønn.

4.4 Hjerte/kar sykdommer

Høyt forbruk av alkohol over lang tid vil øke blodtrykket, svekke hjertemuskelen, nedsette pumpefunksjon og vil kunne forårsake åreforkalking. Betennelse på hjerteklaffene (endocarditis) forekommer hyppig. Når det gjelder hjerte/kar sykdommer er problemet todelt. Den ene har sammenheng med sprøytebruk og blodsmitte (sepsis). Det er høy og økende andel av hjerteklafflidelse og tendens til lungeabscesser ved infiserte embolier (blodpropp).

Hos intravenøse stoffmisbrukere har det vært en betydelig økt insidens av høyresidig endokarditt i de senere år. Mer enn 80% av tilfellene hos narkomane har høyresidig endokarditt. Hos intravenøse stoffmisbrukere med feber, frostanfall og bilyd over hjerte kan en også mistenke endokarditt. Forsatt er dødelighet ved endokarditt høy. Imidlertid er prognosen hos narkomane ved høyresidig endokarditt god (35).

4.5 Hjernesker

Hos tunge rusmiddelbrukere er det høy frekvens av hjernesker. Disse er som oftest knyttet til traumer, surstoffmangel ved overdoseepisoder, hjerneinfeksjoner, blødninger etc. Hos tunge alkoholmisbrukere kan det også være degenerative sykdommer knyttet til B-vitaminmangel.

4.6 Ernæringsproblemer

En norsk undersøkelse om ernærings situasjonen for tunge rusmiddelbrukere ble publisert høsten 2002 (36). 169 rusmiddelbrukere (58% kvinner) med en aldersspredning fra 18 til 57 år, ble rekruttert fra 16 ulike lavterskeltilbud i Oslo (hospitser, hybelhus, omsorgssentre etc). Utvalget ble personlig intervjuet om nåværende og tidligere kost og kostrelaterte levevaner. Undersøkelsen viser at gruppen som helhet hadde et spesielt og ofte mangelfullt kosthold og for lite inntak av næringsstoffer. Frukt og grønnsaker var nesten fraværende i kostholdet. Det spesielle ble derfor den svært store andelen av energi fra sukker på hele 38% blant kvinnene og 26 % blant mennene. Inntaket av vitaminer var generelt meget lavt. Sammenlignet med den norske normalbefolkningen lå gruppen som helhet dårligere an ernæringsmessig. Situasjonen var spesielt dårlig blant kvinnene hvor hele 28% lå under grensen for underernæring. Den største ernæringsmessige mangelen var jernmangel. Om lag to tredjedeler av kvinnene og en tredjedel blant mennene hadde klar jernmangel. En så dårlig ernæringsmessig situasjon gjør kroppen enda mer utsatt for påkjenninger som infeksjoner og sykdommer, og sannsynligvis også for økning i toleranse og nedsatt evne til omsetning av stoff, med dertil økt fare for overdose.

4.7 Tannhelseproblemer

Det finnes få nasjonale og internasjonale undersøkelser som spesifikt tar opp tannhelsen til tunge rusmiddelbrukere. Imidlertid vites det fra nasjonale undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling at tannhelsen er meget dårlig. Det er særlig tre forhold som spiller inn. Det ene er den dårlige ernærings situasjonen, det andre er at opiatmisbrukere spiser mye sukker og sukkerholdig mat. Det siste forholdet gjelder at rusmiddelbrukere har en utstrakt redsel og eller motvilje for å oppsøke tannhelsetjenesten.

4.8 Underlivsproblemer

Det er vel kjent at det eksisterer til dels mye ubehandlede underlivsproblemer blant kvinner som misbruker rusmidler (primært illegale). Det finnes imidlertid få både nasjonale og internasjonale undersøkelser som tar opp dette temaet på en metodisk god måte. Imidlertid

ble klientene i "Nytte-Kostnad" prosjektet spurt om frekvens av legebesøk siste halvåret før de ble intervjuet første gang. Over halvparten (53%) av kvinnene hadde vært hos lege, mens bare 37% av mennene hadde vært det. Den større andelen av legebesøk hos kvinnene skyldes trolig en større andel av underlivsplager hos kvinnene (14).

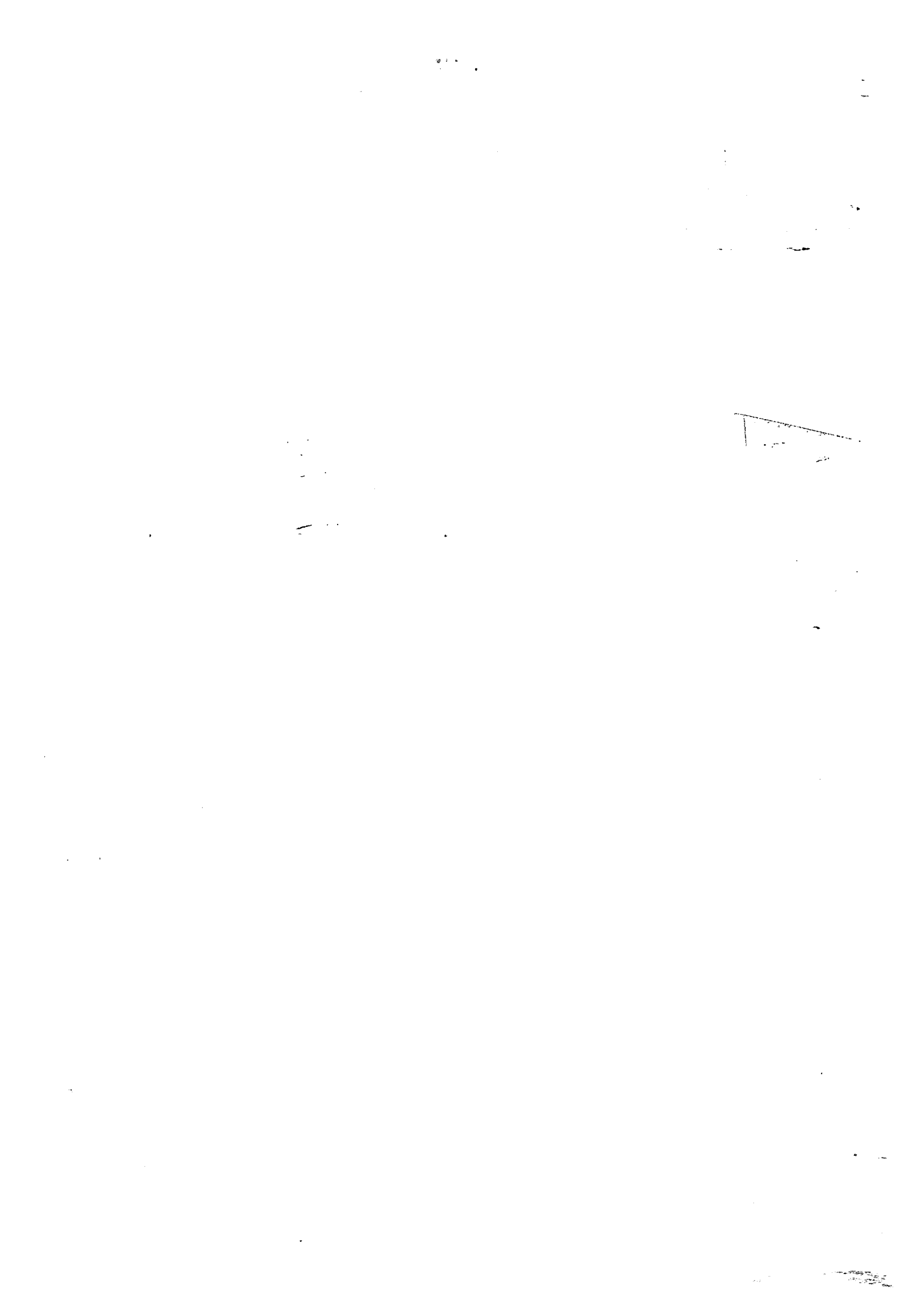
4.9 Oppsummering av somatisk sykdom

Når det gjelder somatiske sykdommer og helseproblemer generelt, refereres det til den pågående "Nytte-Kostnad" undersøkelsen, SiB undersøkelsen og Feltpleien. 33% av utvalget i "Nytte-Kostnad" undersøkelsen oppga at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer og tilsvarende tall for SiB undersøkelsen var 17%. De somatiske sykdommene i "Nytte-Kostnad" undersøkelsen viser at det var mange og forskjellige somatiske plager. Feltpleien viser også til et sammensatt sykdomsbilde med flere somatiske lidelser. Det påpekes at kunnskap om og dokumentasjon av helseproblemer og utviklingen av helsetilstanden i målgruppen er lite tilfredsstillende.

Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner er en vanlig komplikasjon ved injeksjonsmisbruk. Dette er et økende problem. Intravenøs injisering kan medføre sårdannelser, betennelser med bylleutvikling og årebetennelse. Injeksjonene medfører også fare for komplikasjoner. Infeksjoner forårsaket av bakterier og sopp er vanlige. Vitale organer og organstrukturer kan rammes.

Når det gjelder bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner, nevnes hepatitt A, B, C og HIV. Hepatitt A forekommer regelmessig blant norske stoffmisbrukere. Hepatitt B angriper lever og kan gi leverbetennelse og leverkreft. Den høye forekomsten av hepatitt B viser at det fortsatt er behov for en intensiv og systematisk innsats for å redusere blodsmitten hos rusmiddelmisbrukere. Det vaksineres for hepatitt A og B. Problemet er imidlertid at tunge rusmiddelmisbrukere i liten grad benytter seg av det tilgjengelige helsetilbudet. Hepatitt C er et av verdens store helseproblem og er en av hovedårsakene til kronisk leversykdom. Den største risikofaktor for hepatitt C er sprøytemisbruk. HIV- epidemien blant norske injiserende stoffmisbrukere har stabilisert seg på et lavt nivå. I 1990-årene ble omlag ti stoffmisbrukere smittet per år. Kvinner er mest utsatt.

Gruppen tunge rusmiddelmisbrukere har også et mangelfullt kosthold og for lite inntak av næringsstoffer. Jern var den største ernæringsmessige mangelen. Tannhelsen er også meget dårlig. Blant kvinner eksisterer det til dels mye ubehandlede underlivsproblemer.



5 Psykiske lidelser og helseproblemer

Kapitlet viser først kort til noen sentrale internasjonale og nordiske epidemiologiske undersøkelser angående psykisk helse i normalbefolkningen. Videre omhandler kapitlet psykiske lidelser og helseproblemer blant tunge rusmiddelbrukere generelt. Deretter følger en oversikt over de vanligste psykiske lidelsene hos tunge rusmiddelbrukere. Tilslutt følger utvalgte norske og internasjonale undersøkelser med tall over forekomst av ulike typer lidelser. Helt til slutt er det gjort en kort oppsummering av kapitlet.

En grov oppsummering viser at psykiske lidelser rammer mellom 1/3 og 1/2 av befolkningen, og omtrent 1/4 rammes i løpet av året. Fobier, alkoholmisbruk og affektive lidelser er mest vanlige. Det er vanligst med misbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser hos menn, mens affektive lidelser og angstlidelser er vanligst hos kvinner (37).

En epidemiologisk studie fra Oslo viste at 12-måneders prevalens av psykiske lidelser var 32.8% og livstidsforekomst var 52.4% (38). Alkoholmisbruk/avhengighet og alvorlig depresjon hadde høyest 12-måneders prevalens og livstidsforekomst.

Det er gjort mange kartleggingsundersøkelser internasjonalt for å undersøke samtidig forekomst av psykisk sykkelighet og rusmiddelbruk i normalbefolkningen. Epidemiological Catchment Area (ECA)-studien fra USA er den mest kjente (n=20 291) (39). 13.5% av utvalget hadde alkoholavhengighet og 6.1% hadde stoffavhengighet. Blant de med alkoholproblemer hadde 37% en komorbid psykisk lidelse. Det høyeste tallet for komorbiditet ble imidlertid funnet blant de stoffavhengige, hvor mer enn halvparten (53%) hadde 4.5 ganger så stor sjanse for å ha en psykisk lidelse. Senere ble det gjort en mer representativ undersøkelse på 1990-tallet i USA (National Comorbidity Survey) (40). Funnene fra ECA studien, som fremdeles er mest kjent, ble stort sett bekreftet i den nye studien, bortsett fra at det fantes en høyere forekomst av depresjon.

Merikangas et al, (1998) har undersøkt sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykiske lidelser gjennom seks epidemiologiske studier i Europa og Nord-Amerika (Canada, Tyskland, Mexico, Nederland og USA) (41). Aldersspredningen var fra 14 til 64 år. Resultatene viser at både omfanget av komorbiditet og antallet komorbide forstyrrelser øker med rusproblemenes alvorlighetsgrad (særlig illegale stoffer). Mens det ikke var et spesielt temporalt mønster for debut av affektive lidelser i forhold til rusproblemer, syntes debuten for angstlidelser å komme før debuten av rusmiddelproblemer i alle deltagende land. Disse resultatene understreker viktigheten av tverrsnittsundersøkelser fra flere land for å kunne forstå mønster og risikofaktorer i samspillet mellom psykiske lidelser og rusproblemer.

I Sverige er det gjort flere kartleggingsundersøkelser av rusmiddelbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Utredninger fra Stockholm og Göteborg konkluderte med en prevalens på henholdsvis 10-15 per 10 000 (42) og 11 per 10 000 (43).

5.1 Psykiske lidelser og helseproblemer generelt

Når det gjelder psykiske lidelser og helseproblemer hos tunge rusmiddelbrukere skiller det grovt sett mellom tre typer sammenhenger:

- Den psykiske lidelsen er primær og er en av grunnene til at personen misbruker rusmidler
- Den psykiske lidelsen er sekundær til rusmiddelmissbruken
- Den psykiske lidelsen og rusmiddelmissbruken er samtidig uten årsak/virknings sammenheng (44)

I Norge brukes begrepet komorbiditet om en større gruppe pasienter med samtidig misbruk og både alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser. Disse psykiske problemene dreier seg om flere samtidige personlighetsforstyrrelser og / eller psykiske lidelser som angst og depresjon.

Bruk av narkotiske stoffer kan også ha en psykisk ettereffekt. Langvarig bruk kan medføre varige forstyrrelser. Forskningen er mangelfull når det gjelder hvordan rusmidlene påvirker hjernen over tid, og om de psykiske langtidseffektene.

Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant rusmiddelmissbrukere enn i befolkningen generelt viser både nordiske og internasjonale studier (38;39;41;45-48). Det er imidlertid problemer med å sammenlikne studier fordi det er brukt ulike måleinstrumenter. Det har foregått en debatt om hvilke instrumenter som er best egnet til å fange opp de ulike lidelsene. Strukturerte personlige intervju har tradisjonelt blitt ansett som en bedre metode enn ulike selvrapporteringsskjema. Av praktiske grunner har imidlertid spørreskjema blitt brukt i økende grad, uten at det er påvist større metodiske usikkerheter ved denne metoden enn ved personlige strukturerte intervju (49;50).

En større litteraturstudie er foretatt over perioden 1930 til 1990 om psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser hos stoffmisbrukere i behandling (51). Konklusjonen er at det kan skiller mellom tre hovedgrupper av psykiske lidelser hos stoffmisbrukere som nevnt ovenfor. Personlighetsforstyrrelser forekommer hos 65-85% av alle tunge stoffmisbrukere. Depresjoner av middels til alvorlig grad, enten alene eller i kombinasjon med angsttilstander, finnes hos 30-60%. I skandinaviske land finnes psykoser hos omlag 15% av stoffmisbrukerne.

Nyere studier viser at 50-80% av rusmiddelmissbrukere som er i behandling, har en psykisk lidelse (45;47;52;53). De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Personlighetsforstyrrelser er også en meget hyppig forekommende tilstand blant rusmiddelmissbrukere. Dette gjelder særlig antisosial, borderline, avoidant og paranoid personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelser synes å være like fremtredende blant psykiatriske pasienter og rusmiddelmissbrukere. I begge grupper er personlighetsforstyrrelser fire ganger så stor som i normalbefolkningen (54).

I Norge er det gjennomført forskjellige undersøkelser som dokumenterer høy forekomst av psykiske lidelser hos rusmiddelmissbrukere i behandling (48;55-60). Disse studiene er imidlertid basert på små utvalg og data er innhentet med ulike metoder. De representerer derfor et generaliseringsproblem samtidig som de er gjennomført på 1970- og 1980-tallet.

I løpet av de siste 20 årene er det også gjennomført mange internasjonale undersøkelser omkring rusmiddelmissbruk blant psykiatriske pasienter. Avhengig av hvilken type psykiske lidelser som studeres, varierer resultatene en del mellom de ulike landene. Mesteparten av studiene finner imidlertid at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler i større grad enn andre. Pasienter med schizofreni har økt tendens til bruk av særlig sentralstimulerende midler og cannabis.

Rusmiddelmissbruk er vanligst ved schizofreni og manisk depressive tilstander (61). Det har skjedd en økning blant schizofrene pasienter. Det rapporteres at mer enn halvparten av alle unge schizofrene menn er avhengig av alkohol eller narkotika i USA og Tyskland. En liknende utvikling har også funnet sted i større svenske byer. Trolig gjelder dette også Norge.

Forskningen har etterhvert vist at det ikke finnes noen enkle kausale sammenhenger mellom stoffmisbruk og psykiske lidelser.

5.2 Spesifikke psykiske lidelser

De vanligste psykiske lidelsene som rapporteres blant tunge rusmiddelmisbrukere er følgende: Affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Det finnes ulike metoder for å kartlegge disse lidelsene. Innen klinisk praksis i det meste av Europa, inkludert Norge, brukes vanligvis diagnosesystemet ICD-10 (2). Forøvrig brukes det også ofte kliniske, ustrukturerte intervjuer. Innen forskning, undervisning og klinisk virksomhet brukes også det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV (3).

5.2.1 Affektive lidelser

Affektive lidelser består både av depresjoner og bipolare lidelser. Depresjon er trolig den mest utbredte affektive lidelsen blant rusmiddelmisbrukere. I forhold til depresjon spiller misbruket en større rolle enn for andre tilstander. Det er derfor viktig å skille mellom pasienter som har depresjon som følge av misbruket og de som har lidelsen uavhengig av det (62).

Bipolar lidelse har minst en episode med mani. Forekomst av bipolar lidelse varierer mellom studiene. Den høyeste forekomsten finnes blant alkoholmisbrukere. Enkelte hevder at det trolig er en tendens til å overdiagnostisere bipolar lidelse fremfor å sette personlighetsdiagnose, bl.a. fordi bipolar lidelse kan behandles medikamentelt (63).

Den nyeste og metodisk sterkeste norske undersøkelsen når det gjelder affektive lidelser er Rus og Psykiatri (RoP) undersøkelsen fra Hedmark og Oppland. Det var høy livstidsforekomst av psykiske lidelser som gjaldt angstlidelser og affektive lidelser (64). Resultater fra denne blir presentert under kapitlet Norske undersøkelser (kap 5.3.4).

I en undersøkelse av alkoholmisbrukere på Island ble det funnet en livstidsprevalens av bipolar lidelse på 2.8% og på affektiv lidelse 33% (53). Tilnærmet samme livstidsprevalens av bipolar lidelse hos alkoholikere (2.3% versus 1.0% i kontrollgruppen) ble funnet i en amerikansk undersøkelse (65). En undersøkelse av opiatmisbrukere viste at både livstidsprevalens og prevalens siste 12 måneder for bipolar lidelse var 0.4% (66). Dette er svært lavt.

En nylig gjennomgang av prevalens av stoffmisbruk blant personer med bipolar lidelse konkluderer med en høy grad av stoffmisbruk i denne gruppen (67). Dette støttes også av Cassidy et al. (68).

5.2.2 Angstlidelser

Det er høy forekomst av angstlidelser i de fleste undersøkelser og ofte er angst en del av et depressivt sykdomsbilde. Uavhengig av misbruket er det høy forekomst av angstlidelser blant alkoholmisbrukere. Som ved depresjon er det viktig å skille mellom pasienter som har angst som følge av misbruket og de som har lidelsen uavhengig av misbruket (62).

Schukit skilte mellom lidelser både uavhengig av misbruket og knyttet til (65). Denne studien viste høyere hyppighet av uavhengige angstlidelser hos alkoholmisbrukere sammenliknet med kontrollgruppen, henholdsvis 9% og 4%. Panikkangst og sosial fobi var hyppigst.

På Island viser en representativ studie av behandlingssøkende rusmiddelmisbrukere at livstidsforekomsten av symptomlidelser var 76%, 65% hadde en angstlidelse (53).

Når det gjelder kjønnsfordeling viser de fleste studier til en høyere forekomst av symptomlidelser (angst, depresjon, somatisering) blant kvinner (53;69;70). Dette gjelder også stoffmisbrukere (blandingsmisbrukere) (46;52;53).

Når det gjelder post traumatisk stress (PTSD) er det dokumentert at rusmiddelmissbrukere har atskillig høyere forekomst av denne lidelsen hos ungdom (71). Det er også høyere andel hos kvinner (72) enn hos menn (73).

5.2.3 Personlighetsforstyrrelser

I det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV deles personlighetsforstyrrelser (akse II) inn etter visse kriterier (3). Det skilles mellom elleve ulike personlighetsforstyrrelser som igjen kan inndeles i tre grupper:

- Det eksentriske (paranoid, schizoid, schizotyp) (cluster A)
- Det dramatiske (antisosial, histrionisk, narsissistisk, borderline) (cluster B)
- Det engstelige (unnnvikende, avhengig, tvangspreget, passiv-aggressiv) (cluster C)

En oversikt over ny litteratur viser at DSM-IV personlighetsforstyrrelser har høy forekomst blant stoffmisbrukere (3). 65-85% av alle tunge stoffmisbrukere har en eller flere personlighetsforstyrrelser. De vanligste er: antisosial, narsissistisk, histrionisk, borderline (cluster B), paranoid (cluster A) og avoidant (cluster C) (45;47;66;74-77). Forekomsten er fire ganger så høy som i normalbefolkningen.

Den største andelen av stoffmisbrukerpopulasjonen utgjøres av personer med antisosial personlighetsforstyrrelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse som er betegnelsen i ICD-10. Det som er betegnende for denne gruppen, er at de ikke er følsomme for andres lidelse og smerte, de er impulsive med lite hemninger og begår ofte kriminelle handlinger. Blant de innsatte i fengsel er gruppen overrepresentert.

En annen viktig gruppe av personlighetsforstyrrelser er de emosjonelt ustabile (borderline). Antallet personer med denne lidelsen synes å være noe økende. Karakteristiske trekk ved gruppen er et svingende humør, et dårlig selvbilde og at de er ustabile og destruktive. Ofte er misbruksdebuten tidlig i tenårene og det er en tendens til at kvinnene er i flertall.

5.2.4 Psykoser

Psykose er en psykiatrisk tilstand preget av realitetsbrist. Forekomst av psykoser er svært varierende blant misbrukere. Forskning viser at andelen med psykoser kan variere mellom 0% og 20% i forskjellige studier (51). Det er ofte en høyere andel i eldre undersøkelser. I en litteraturgjennomgang av psykiske lidelser hos stoffmisbrukere i behandling (1930-1990) anslår Fridell at omlag 15 % av stoffmisbrukerne har psykoser (51). De mest aktuelle psykosene er: schizofrene psykoser, paranoide psykoser, reaktive psykoser og vrangforestillinger. Misbruk av amfetamin, cannabis, hallusinogener og alkohol er typisk for denne gruppen. Andelen av opiatmisbrukere er derimot lavere her (62).

På Island fant Tómasson og Vaglum 6% med funksjonelle psykoser blant blandingsmisbrukere (53). En undersøkelse i Nederland blant heroinmisbrukere konkluderte med en forekomst på 5% schizofrene (78). I en nyere studie fra Baltimore av omlag 700 opiatmisbrukere som søkte metadonbehandling, var det en forekomst med schizofreni på 1% (66). I RoP-undersøkelsen forekom bare en person med schizofreni (64).

I ECA-undersøkelsen (Epidemiologic Catchment Area Study) var det blant alkoholmisbrukere en forekomst på 3.8% med schizofreni eller lignende psykoser. Det var enda høyere risiko for schizofreni eller lignende psykoser blant stoffmisbrukere. Studien viser at det var tre ganger så høy risiko for psykoser blant rusmiddelmissbrukerne som i normalbefolkningen (39).

5.3 Norske undersøkelser med samme måleinstrument for psykisk helse

Underkapitlene tar for seg de viktigste norske undersøkelsene på feltet. Av disse bruker fem undersøkelser det samme måleinstrumentet for psykisk helse: Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) basert på det amerikanske klassifikasjonssystemet. Disse er derfor lettere å sammenlikne. De øvrige undersøkelsene har ulike metoder for innhenting av data på psykisk helse. I tidsrekkefølge vil det være følgende studier.

I den første gruppen med samme måleinstrument inngår følgende studier:

- En undersøkelse av stoffmisbrukere ved Veksthuset, Gaustad sykehus, Oslo (1986-1988)
- En oppfølgingsundersøkelse av Veksthus materialet 5 år etter (1993)
- En prospektiv studie av psykisk helse blant metadonbrukere i Det nasjonale metadonprogrammet, Oslo (1994)
- Rus og psykiatri (RoP) undersøkelsen i Hedmark og Oppland (1997-98)
- "Nytte-Kostnad" undersøkelsen. En prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere i behandling, Oslo med omliggende fylker (1998-2002)

I den andre gruppen med ulike metoder for måling av psykisk helse inngår følgende studier:

- Stoffmisbrukere i behandling (SiB undersøkelsen). Nasjonal tverrsnittundersøkelse (1992-1993)
- En kartlegging av samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk (1998-1999)
- Rapport om tunge rusmiddelbrukere i Feltpleien, Oslo (1999, 2000)
- Den nasjonale klientkartleggingsundersøkelsen (2000)
- Helseregionens utfordringer SAMDATA (2002)

5.3.1 Veksthuset (1986-88)

Veksthuset ble opprettet på Gaustad sykehus, Oslo i 1982. Veksthuset er i dag en standardmodell i den internasjonale TC- bevegelsen (terapeutisk samfunn). Målsettingen med undersøkelsen var å kartlegge personlighetsavvik og psykiske belastninger hos en gruppe stoffmisbrukere, og se hvordan type og grad av psykiske belastninger hadde sammenheng med frafall i behandlingen (48).

Utvalget besto av 200 stoffmisbrukere som søkte seg til behandling på Veksthuset i perioden 1986-88. 144 av disse begynte i behandling, hvorav 31% var kvinner. Behandlingsprogrammet tok omlag 18 måneder og gjennomsnittsalderen var 27 år, gjennomsnittlig stoffkarriere var ti år, og blandingsmisbruken var dominerende. Psykiske belastninger og problemfylt oppvekst preget gruppen som helhet. 30% fullførte det første året av behandlingen og 20% hele programmet. Flere kvinner enn menn fullførte, henholdsvis 36% og 13%.

Angående selvrapporterte symptomer (SCL-90) skåret både kvinner og menn høyest på angst og depresjon. Gjennomsnittsskåren på depresjon ved inntak til behandlingen var 1.74. 81% av utvalget var klinisk "case" på depresjon (> 1.0). Kvinnene skåret gjennomgående høyere enn mennene på alle skalaer. Det å være kvinne i seg selv, og det å ha høye skårer på MCMI schizotyp var signifikante som prediktorer for fullføring av hele programmet.

Ravndals studie fra Veksthuset (79) viste at 96% av utvalget hadde minst en personlighetsforstyrrelse ved inntak til behandlingen. Klientene skåret høyest på MCMI borderline og passiv-aggressiv.

5.3.2 En 5-års etterundersøkelse fra Veksthuset (1993)

I 1993 ble en 5-års oppfølgingsundersøkelse foretatt av alle de 200 klientene som hadde søkt seg til Veksthuset i perioden 1986-88. 79% av det opprinnelige utvalget ble personlig intervjuet med de instrumenter som ble anvendt første gang. Klientene skåret igjen høyest på utagerende og ustabile personlighetstrekk (MCMI). Personlighetsforstyrrelser og nervøse symptomer (HSCL-25) ved første gangs intervju kunne ikke predikere hverken rusmiddelproblemer eller sosialt fungeringsnivå. Men både antisosial og narsissistisk personlighetsforstyrrelse var signifikant relatert til dødsrisiko i løpet av den femårige observasjonstiden. Antisosialitet, skåret etter et år i behandling, var derimot signifikant relatert til rusmiddelmisbruk ett og to år etter avsluttet behandling.

5.3.3 En prospektiv studie av psykisk helse blant de første metadonbrukere (1994)

De 50 første heroinmisbrukerne i Det nasjonale prøveprosjektet for metadon i Norge ble fulgt opp i forhold til psykisk helse i to år (80). Type og grad av psykiske problemer ble målt ved inntak og etter fire måneder for å undersøke en eventuell sammenheng med frafall. Både personlig strukturert intervju (SCID-II) og tre selvrapporteringsskjemaer (MCMI, HSCL-25, BDI) ble brukt for måling av personlighetsforstyrrelser og nervøse symptomer som angst og depresjon. I forhold til SCID-II hadde 69% en eller flere DSM-III-R personlighetsforstyrrelser. Antisosial var den hyppigste personlighetsforstyrrelsen og ble funnet hos 52% av klientene. I forhold til MCMI skåret klientene høyest på det utagerende cluster (antisosial, narsissistisk, histrionisk) både ved inntak og etter fire måneder. Etter to års oppfølging var 67% av klientene fortsatt i behandling. De som hadde falt ut, hadde høyere skårer på nervøse symptomer som angst og depresjon og signifikant høyere skårer på MCMI borderline og passiv-aggressiv. Et overraskende funn var at klienter med antisosial personlighetsforstyrrelse fortsatte i behandlingen like ofte som klienter uten personlighetsforstyrrelser.

5.3.4 Rus og Psykiatri (RoP) undersøkelsen (1997-98)

I 1998 gjennomførte Kompetansesenteret for rusmiddelproblematikk for Hedmark og Oppland ved Rusmiddelavdelingen, Sanderud sykehus, en omfattende datainnsamling for å kartlegge psykisk sykkelighet hos rusmiddelmisbrukere (64).

RoP-undersøkelsen utgjorde et utvalg av rusmiddelmisbrukere (n=260) i Hedmark og Oppland som var til behandling ved ulike tiltak fra september 1997 til desember 1998. Resultatene viste at det var høy livstidsforekomst av psykiske lidelser. Dette gjaldt angstlidelser (83%) og affektive lidelser (65%). Det var også høy en forekomst av *alvorlige* angstlidelser (41%) og *alvorlige* affektive lidelser (44%). Forekomsten av symptomlidelser (91%) ligger i det øverste sjiktet sammenliknet med tre større europeiske studier (45;47;53).

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser (MCMI-II) var på samme nivå som i andre undersøkelser (72%). De hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsene var antisosial (47%), passiv-aggressiv (47%), unnvikende (43%) og borderline (40%) (81).

RoP-studien konkluderer med at minst to tredjedeler av de som var behandlet i russektoren, hadde behov for et tjenestetilbud der både den psykiske lidelsen og rusmisbruket ble behandlet samtidig.

5.3.5 "Nytte-Kostnad" undersøkelsen (1998-02)

Høsten 1998 ble det satt igang en større "Nytte-Kostnad" undersøkelse av stoffmisbrukere i behandling. Undersøkelsen er den største norske studien av stoffmisbrukere med et prospektivt design (14).

Utvalget besto av 482 klienter som ble intervjuet i 20 ulike tiltak. Disse ble fulgt opp to ganger med personlig intervju med ett års mellomrom.

Tiltakene ble delt i seks ulike grupper: Store døgntiltak, hierarkiske terapeutiske samfunn (TC) små døgntiltak, døgntiltak for ungdom (< 20 år), psykiatriske polikliniske ungdomsteam (PUT), og poliklinisk metadonassistert behandling. Aldersgjennomsnittet var 31 år ved første inntaksintervju, med en spredning fra 14 til 54 år. En tredjedel var kvinner.

Omlag 60% hadde tidligere hatt depresjon, angst og alvorlige tanker om å ta sitt eget liv, og omlag 40% hadde forsøkt å begå selvmord.

I "Nytte-Kostnad" prosjektet hadde ¼ av utvalget fra en til to personlighetsforstyrrelser (MCMI-II), ¼ mellom to og tre, og en siste ¼ hadde fem personlighetsforstyrrelser. De hyppigste forekommende personlighetsforstyrrelsene var antisosial (52%), passiv-aggressiv (45%) og borderline (27%). Det er relativt vanlig i populasjoner av stoffmisbrukere at det er høye skårer på cluster B (antisosial, histrionisk, narsissistisk).

5.4 Norske undersøkelser med ulike metoder for måling av psykisk helse

I den andre gruppen med noe ulike design og metoder inngår fire undersøkelser.

5.4.1 Stoffmisbrukere i behandling (SiB undersøkelsen, 1992-1993)

Statens institutt for alkoholforskning (SIFA) har gjennomført to dokumentasjonsstudier, hvorav en var en pilotstudie i 14 behandlingssenheter i Oslo i 1990 og 1991 (82). Hovedstudien inkluderte en to års datainnsamling fra 1992-1993, og var en tverrsnittsundersøkelse (6). Denne studien var den første nasjonale studien av stoffmisbrukere i behandling i Norge. Undersøkelsen viste at 60% var mye plaget av angst og depresjon uten at det ble satt noen sikker diagnose.

Undersøkelsen bekrefter tidligere funn fra studier i Norge og Skandinavia (48;56-58;60;83-86) og fra internasjonal litteratur (87;88). Dvs at selv med ulike måleinstrumenter konkluderer de fleste med stort sett de samme funn.

5.4.2 Kartlegging av samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk (1998-1999)

Omfanget av personer med alvorlig psykisk lidelse som misbrukte rusmidler slik at det var behov for spesialiserte døgnplasser og / eller polikliniske behandlingstilbud, ble utført i 1998-99 (62).

I denne undersøkelsen ble det benyttet flere ulike metoder, hvor en var en spørreskjemaundersøkelse. Den ble rettet til kommuner, psykiatriske institusjoner og poliklinikker, rusbehandlingsinstitusjoner og ruspoliklinikker. Rapporten omhandler tre hovedgrupper av psykiske lidelser (International Classification of Diseases, ICD-10, (2)). Den første gruppen utgjør omlag 2000 personer innunder gruppen "de sårbare" som inkluderer psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser, samt engstelige og eksentriske personlighetsforstyrrelser. I den andre gruppen inngår i underkant av 1500 personer som tilhører den "utagerende" gruppen med alvorlige personlighetsforstyrrelser

preget av atferdsavvik. Den tredje gruppen på omlag 300 personer er personer med ulike typer kognitiv svikt. Nærmere omtale av noen sentrale funn blir redegjort for i kapittel 5.5.1.

5.4.3 Feltpleien (1999, 2000)

Feltpleien ble opprettet i februar 1999 som et prøveprosjekt. Prosjektperioden ble utvidet til og med år 2000 (89). Fra 2001 gikk Feltpleien over fra prosjekt til fast tiltak. Feltpleien er et gatenært, lavterskel poliklinisk helsetilbud for tunge rusmiddelmissbrukere. Det betyr at de som ønsker å oppsøke helsestasjonen kan komme uten at det er bestilt time, at vedkommende kan være anonym, komme i den tilstand de er, at tiltaket er ubyråkratisk og skal vise fleksibilitet samt at det er gratis.

Rapporten oppgir at disse klientene har store psykiske problemer. Dette kan dreie seg om alt fra psykiske sykdommer som f.eks. schizofreni, personlighetsforstyrrelser, traumer etter vold/voldtekter til psykiske plager som følge av rusmiddelmissbruk (angst, depresjon, etc).

5.4.4 Det nasjonale dokumentasjonssystemet, klientkartleggingsundersøkelsen (2000)

Fra 1998 ble klientkartleggingskjemaet tatt i bruk nasjonalt. Klientkartleggingskjemaet fylles ut ved henvendelser om behandling for rusmiddelmissbruk (90). Her registreres blant annet en del opplysninger om psykiske helseforhold. Det er samlet inn opptellinger fra et økende antall institusjoner for 1998, 1999, 2000 og 2001. Tall fra 2001 er ennå ikke ferdig bearbeidet.

Følgende tall er hentet fra klientkartleggingen i 2000, hvor de institusjonene som leverte tall representerte ca. 66% av landets totale døgnkapasitet og ca. 70% av den totale polikliniske kapasiteten. Så godt som alle de store behandlingstiltakene er representert i tellingen.

Totalt ble det i 2000 registrert 26 462 henvendelser, hvorav (estimert tall p.g.a. aggregerte data) 18 980 førte til påbegynt behandling. Rundt 30% av disse har av ulike grunner ikke fått registrert opplysninger om psykiske helseforhold. Dette er stort sett tilfeller der behandlingsperioden har vært for kort til at registreringen ble foretatt (krisehjelp/ avgiftning/ avrusningsopphold, tidlige avslutninger, drop-outs). Det er ikke grunn til å anta at disse skulle være mindre utsatt for psykiske vansker enn den gruppen hvor kartleggingen er fullstendig. Prosentene under er derfor mest sannsynlig et rimelig estimat (kanskje heller noe lavt) av forekomsten av disse psykiske tilstandene hos klienter under behandling.

Blant de omlag 70% som det ble registrert opplysninger om psykiske helseforhold for, viser klientkartleggingsdataene i år 2000 følgende tall:

Prosent klienter som oppgir å ha hatt forekomst av diverse alvorlige psykiske lidelser		
Type lidelse	Kvinner	Menn
Depresjon siste 4 uker	42%	37%
Depresjon i livet	72%	64%
Angst siste 4 uker	41%	36%
Angst i livet	63%	58%
Mottatt profesjonell hjelp for psykiske lidelser	63%	49%

(Personlig meddelelse Iversen, E, Bergensklinikkene, 2003)

5.4.5 Helseregionens utfordringer, SAMDATA (2002)

Data som årlig innhentes fra Norsk pasientregister (NPR) om de enkeltes institusjonsopphold ved sykehus, de distrikpsykiatriske sentra (DPS) og sykehjem er beskrevet i rapport om SAMDATA (91). Utgangspunktet for analysene er basert på pasienter med hoved- eller bidiagnose innenfor ICD-10 "Bruk av psykoaktive stoffer" (Nærmere omtale av noen sentrale funn blir redegjort for i kapittel 5.5.2).

5.5 To norske kartlegginger om rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser

Data fra to norske kartlegginger av rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser er interessante fordi de har et annet utgangspunkt for innhenting av data enn de vanlige intervjuundersøkelsene (62;91).

5.5.1 Kartlegging av samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk

I de siste årene har det vært økende interesse knyttet til samspillet mellom psykiske lidelser og rusmisbruk, også kalt "dobbeltdiagnoser", avledet av det engelsk/amerikanske "dual diagnosis". Det brukes imidlertid ulike definisjoner og avgrensninger for disse pasientene. Uttrykket "dobbeltdiagnose" er blitt kritisert fordi det er upresist og brukes på forskjellige måter. Uttrykket brukes i amerikansk litteratur om pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser, symptomlidelser og rusmiddelmissbruk, mindre om personlighetsforstyrrelser.

Som tidligere påpekt i kapittel 5.1 brukes her i landet også begrepet komorbiditet om gruppen pasienter med samtidig rusmiddelmissbruk og både alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser. I det foregående kapittel er det derfor allerede presentert ulike data om forekomst av psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmissbruk. Men fordi dobbeltdiagnose er brukt som et gjennomgående begrep i en norsk undersøkelse som skulle kartlegge omfanget av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelmissbruk, presenteres noen sentrale funn fra denne rapporten (62). Hvorvidt de tilstandene som presenteres i det følgende skal betegnes som komorbiditet eller dobbeltdiagnose er forøvrig et spørsmål som kan diskuteres.

Den aktuelle kartleggingsundersøkelsen dreier seg imidlertid ikke om en samlet prevalens av komorbiditet, men mer om en vurdering av personer med dobbeltdiagnose som trenger nye tiltak (62). Derfor er anslagene relativt lave. Samlet sett dreier det seg om 4 000 personer som utgjør i underkant av 9 per 10 000 innbyggere. Rapporten konkluderer med at rundt 1 000 personer med schizofreni og schizofrenilignende psykoser og rusmisbruk trenger nye tiltak.

Kartleggingen av personer med dobbeltdiagnose ble delt inn i to hovedgrupper: de "sårbare" og de "utagerende".

De "sårbare"

De "sårbare" er definert som schizofreni, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive (ikke toksiske) psykoser, bipolare psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Undersøkelsen viser til følgende tall for de respektive lidelser når det gjelder kartlegging av antall og behandlingsbehov.

Schizofreni, schizotyp personlighetsforstyrrelse, reaktive (ikke toksiske) psykoser er anslått til å være på 2.2 per 10 000. Alle disse har behov for nye behandlingstiltak. Det er utregnet at det er omlag 3% med schizofrenilignende psykoser blant rusmiddelmissbrukere. Bipolare psykoser er anslått til å være 0.3 per 10 000. I helhetlig psykiatriplanlegging (HPP) er det anslått at 10% av dobbeltdiagnosepasientene har en affektiv psykose. Rådet for psykisk helse estimerte at omlag 30 000 mennesker i landet hadde en bipolar affektiv lidelse de siste

12 måneder. Dette tilsvarer 7 per 10 000 eller 3 000 personer i Norge. Tallet er høyere enn det kartleggingsundersøkelsen viste der leders anslag tilsvarte 1.8 per 10 000 med alvorlig affektiv lidelse. Tallet fra kartleggingsundersøkelsen er derfor oppjustert med 0.4 per 10 000 som innebærer 180 personer på landsbasis (62).

Kartleggingsundersøkelsen konkluderte videre med at 1.2 per 10 000 med alvorlig depresjon og omfattende rusmiddelmissbruk har behov for nye tiltak. Dette tilsvarer 540 pasienter på landsbasis og utgjør i underkant av 2% av de antatt 30 000 tunge rusmiddelmissbrukerne i landet.

Alvorlige angstlidelser ble anslått til å være på 0.7 per 10 000 som utgjorde 300 pasienter på landsbasis. Det dreier seg i hovedsak om generaliserte angstlidelser eller panikklidelser der misbruket har gjort sitt til at behandling er vanskelig.

De vanligste spisefortyrrelsene kombinert med rusmiddelmissbruk er bulimi og anoreksi. Særlig bulimi har økt risiko for rusmiddelmissbruk. Det ble gjort et anslag på omlag 0.06 per 10 000 med kombinasjonen rusmiddelmissbruk og alvorlige spiseforstyrrelser. Dette tilsvarer 30 personer på landsbasis som trenger forsterket behandlingstilbud. Dette tallet er som for de forannevnte meget lavt anslått. Denne lille gruppen som her er nevnt spesielt, har uttalte problemer med både rusmiddelmissbruk og spiseforstyrrelser og trenger spesielt tilrettelagte behandlingsopplegg.

Videre var anslaget for alvorlige personlighetsforstyrrelser omlag 3.4 per 10 000. Det ble ikke skilt mellom ulike typer personlighetsforstyrrelser.

De "utagerende"

De "utagerende" som inngår i den andre gruppen viser at det i hovedsak dreier seg om dyssosiale (antisosiale) og emosjonelt ustabile (borderline) personlighetsforstyrrelser. Anslaget var omlag 2.9 per 10 000 og utgjorde 1 300 personer på landsbasis. Disse trenger særskilte behandlingstilbud utover dagens. Et springende punkt er her hvor mye psykiatrien kan gi denne gruppen utover det som gjøres i dag. Spørsmålet er om psykiatrien har noe mer å tilføre i behandlingen av personer med dyssosiale (antisosiale) personlighetsforstyrrelser, heroinmissbruk og uttalt kriminalitet. De omlag 1 300 personene har også i dag for en stor del kontakt med psykiatrien. Møtene med psykiatrien er som oftest knyttet til akutte kriser. Enkelte er psykotiske i perioder med en eller flere alvorlige personlighetsforstyrrelser som ligger i bunn. Mange er også fengslet i lengre perioder.

Når det gjelder kognitiv svikt regner en med at 0.4 per 10 000 har kombinasjonen psykisk utviklingshemning, alvorlig rusmiddelmissbruk og behov for særskilte behandlingstilbud. Dette gjelder omlag 60 personer på landsbasis. Anslaget av lett psykisk utviklingshemning ligger omkring 30-40 per 10 000. Det vil si at bare 0.5% av de med lett psykisk utviklingshemning har et rusmiddelmissbruk i et omfang som krever behandlingstilbud (62).

Personer med ADHD (attention deficit hyperactivity disorders) har økt forekomst av rusmiddelmissbruk, og en del av pasientene i kategorien "andre alvorlige psykiske lidelser" var av typen ADHD. Kartleggingsundersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for å anslå antallet i gruppen med tungt rusmiddelmissbruk (62).

5.5.2 Helseregionens utfordringer, SAMDATA

Som tidligere nevnt innhentes data årlig fra Norsk pasientregister (NPR) om de enkeltes institusjonsopphold ved sykehus, de distriktpsikiatriske sentra (DPS) og sykehjem. Disse er beskrevet i SAMDATA rapporten (91).

Utgangspunktet for analysene er basert på pasienter med hoved- eller bidiagnose innenfor ICD-10 "Bruk av psykoaktive stoffer". Utfra denne definisjon finner en at 18,7% av avsluttede opphold ved de psykiatriske sykehusenhetene falt innenfor denne gruppen. For 68% av gruppen var bruk av psykoaktive stoffer anført som hoveddiagnose. Hvis utvalget av

opphold med registrert diagnose er representativt også for de andre sykehusene, vil problemstillingen "bruk av psykoaktive stoff" være aktuelt ved omlag 4 400 opphold på sykehusnivå på landsbasis.

Bruk av alkohol var hyppigst forekommende, men nesten like hyppig var blandingsmisbruk. Deretter fulgte følgende stoffgrupper etter synkende forekomst: opiater, sedativa/hypnotika, cannabinoider og "andre stimulantia".

Blant personer med kombinasjon av affektiv lidelse og rusmiddelmissbruk forekom bruk av alkohol hos omlag halvparten, nest vanligst var blandingsmisbruk. For gruppen av schizofrene hadde omlag halvparten blandingsmisbruk, fulgt av alkoholmisbruk og bruk av cannabis. Blant pasienter med personlighetsforstyrrelser var også blandingsmisbruk vanligst.

Ser en nærmere på hvilke psykiske lidelser stoffmisbruket var kombinert med for den utvalgte gruppen, fantes et spekter av ulike tilstander. Affektive lidelser forekom hos 18% (hoved- eller bidiagnose), schizofreni o.l. forekom hos 10%. Personlighetsforstyrrelser forekom hos 12%. 60% av disse hadde diagnosene dyssosial (antisosial) eller emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse.

Det var forskjell mellom gruppene i forhold til hvor hyppig stoffmisbruk var anført som hoveddiagnose. Blant de med affektiv lidelse hadde 35% stoffmisbruk som hoveddiagnose, i gruppen av schizofrene 14%, og blant de med personlighetsforstyrrelser 35%.

Også ved DPS'ene var det registrert opphold med rusmiddelmissbruk som hoved- eller bidiagnose. Andelen var noe lavere enn for opphold ved sykehus, nemlig 8% av alle opphold. Også på dette nivået var alkoholmisbruk hyppigst, tett fulgt av blandingsmisbruk.

Forekomsten av døgnopphold ved somatiske sykehus i 2001 viser et antall på 7 800 opphold som var registrert med rusmiddelmissbruk som problem. For tre fjerdedeler av disse var alkoholmisbruk angitt i hoved- eller bidiagnose. I tillegg kommer andre alkohol- og stoffrelaterte innleggelses, der registrerte diagnoser ikke nødvendigvis angir en slik sammenheng.

Kombinasjonen av psykisk lidelse og bruk av psykoaktive stoffer er altså relativt vanlig forekommende innenfor somatisk og psykisk spesialisthelsetjeneste. Dessuten er alkohol det hyppigst forekommende rusmiddel.

5.6 Oppsummering av psykisk sykdom

De vanligste psykiske lidelsene som rapporteres blant tunge rusmiddelmissbrukere er affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Affektive lidelser består både av depresjoner og bipolare lidelser. Depresjon og angst er trolig de mest utbredte affektive lidelsene blant rusmiddelmissbrukere. Den høyeste forekomsten av bipolare lidelser finnes blant alkoholmissbrukere. Når det gjelder kjønnsfordeling viser de fleste studier til en høyere forekomst av symptomlidelser (angst, depresjon, somatisering) hos kvinner.

Personlighetsforstyrrelser synes å være like fremtredende blant tunge rusmiddelmissbrukere som blant psykiatriske pasienter. I begge gruppene er personlighetsforstyrrelser fire ganger så stor som i normalbefolkningen. Personlighetsforstyrrelser forekommer hyppigere hos stoffmisbrukere enn hos alkoholmissbrukere. Antisosial/dyssosial personlighetsforstyrrelse, hvor en utagerende atferd er typisk, forekommer hyppigst blant tunge stoffmisbrukere. For øvrig forekommer ofte flere personlighetsforstyrrelser samtidig, og jo flere personlighetsforstyrrelser, jo større er ofte omfanget av symptomlidelser. Hvor både alvorlige affektive lidelser og / eller alvorlige personlighetsforstyrrelser forekommer samtidig med rusmiddelmissbruk brukes ofte uttrykket komorbiditet eller dobbeltdiagnose. Det finnes ingen enkle kausale sammenhenger mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser.

Forekomsten av psykoser er svært varierende blant misbrukere. Forskning viser at andelen med psykoser kan variere mellom 0% og 20% i forskjellige materialer. Det er ofte en høyere andel i eldre undersøkelser.

I løpet av de siste 20 årene er det gjennomført mange internasjonale undersøkelser om rusmiddelmisbruk blant psykiatriske pasienter. Resultatene fra studiene varierer en del, men flesteparten av studiene finner at psykiatriske pasienter misbruker rusmidler i større grad enn andre.

Fem norske undersøkelser har brukt samme måleinstrument for kartlegging av personlighetsforstyrrelser hos stoffmisbrukere i behandling. Forekomsten i de ulike undersøkelsene er derfor lettere å sammenlikne. Alle undersøkelsene viser at klientene skårer høyest på utagerende og ustabile personlighetstrekk (antisosial, narsissistisk, histrionisk, passiv-aggressiv, borderline). Forekomsten av symptomlidelser, målt med ulike måleinstrumenter, er høy i alle norske undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling (om lag 60%).

Psykiske lidelser kombinert med tung rusmiddelmisbruk er en stor faglig utfordring både i forhold til riktig diagnose, adekvat behandling/omsorg og realistiske forventninger til mulige atferdsendringer.

6 Utviklingstendenser

Det finnes lite systematisert dokumentasjon når det gjelder den somatiske og psykiske helsetilstanden blant tunge rusmiddelmisbrukere og endringer over tid (14;21).

6.1 Somatiske lidelser

Bakterielle infeksjoner og virusinfeksjoner

Hepatitt A og B smittes ofte via sprøytodeling og annen risikoatferd. Blant stoffmisbrukere har det vært en ny oppblomstring av disse sykdommene. Det vises til en mangedobling av registrerte tilfeller av både hepatitt A og B. Hepatitt A-epidemien synes imidlertid å være kommet under kontroll i 2000. Antall nysmittede med hepatitt B ble redusert fra foregående år (9). Trolig skyldes reduksjonen at antall mottakelige misbrukere er blitt mindre, på grunn av immunitet og gjennom vaksinasjon.

Antallet nyregistrerte HIV-smittede har vært stabilt og på et relativt lavt nivå på 1990-tallet. Det har vært en fallende tendens av sprøytemisbrukeres andel blant nysmittede. Andelen var bare 4% i 2000 (9). De siste årene har det imidlertid vært en liten økning av HIV smitte i Norge. Økningen skyldes at det er flere med HIV blant utlendinger som har blitt smittet i hjemlandet før de kom til Norge. I 2000 var 57% av de nysmittede utenlandske personene smittet før de kom til Norge.

6.2 Psykiske lidelser

Mange undersøkelser påpeker at det har vært en økning i psykiske lidelser blant stoffmisbrukere generelt. Det har også vært påpekt en økning av psykiske lidelser i den vanlige normalpopulasjonen. Når det gjelder gruppen tunge rusmiddelmisbrukere har nok alltid de psykiske problemene vært store og om en reel økning har funnet sted også i denne gruppen, er vanskelig å si sikkert. En eventuell økning kan også ha sin bakgrunn i en større oppmerksomhet angående psykiske lidelser generelt. Imidlertid viser alle undersøkelser av tunge rusmiddelmisbrukere at psykiske lidelser er et stort problem og at hjelpetiltakene bør tilpasses denne gruppens reelle fungeringssevne.

6.3 Metoder for å følge helsetilstanden til tunge rusmiddelmisbrukere

Metode defineres vidt i denne sammenheng og inkluderer type studier, metodetilnærminger, metoderedskaper og datatyper. En rekke institusjoner gir tilgang til løpende registreringer og statistikk av forskjellig kvalitet. Mye av den løpende registreringer er imidlertid lite egnet fordi statistikken generelt ikke brytes ned på subpopulasjonsnivå.

Løpende registreringer via SSB og andre leverandører av statistikk, de store helseundersøkelsene (Cohort Norway (CO-NOR), Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK), Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 1 og 2), m.m), offentlige registre som Kreftregisteret, publikasjoner som SAMDATA, Kommuneark og

tilsvarende er derfor lite egnet til å gi kunnskap om utviklingen av somatisk og psykisk helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere. Et annet forhold er selvsagt de etiske problemene som oppstår ved seleksjon av denne gruppen, som må betraktes som en utsatt lavstatusgruppe.

Når det gjelder type studier så vil det være viktig å benytte longitudinelle undersøkelser slik at tunge rusmiddelmissbrukere kan følges over en lengre tidsperiode. Særlig nyttig er prospektive studier der en følger en kohort av målgruppen. Da tilgangen på data er begrenset for denne gruppen i Norge, er det behov for å sette i gang utvalgsundersøkelser. Dette er betydelig mer ressurskrevende og medfører, som nevnt ovenfor, etiske problem. I tillegg må begrepet "tunge rusmiddelmissbrukere" defineres og operasjonaliseres slik at det blir målbart.

Når det gjelder metodetilnærming, kan kvantitative tilnærminger benyttes, der det delvis kan benyttes mer objektive mål bl.a. via 2. linjetjenesten. 1.linjetjenesten kan også benyttes til en viss grad. Det kan også innhentes opplysninger ved å stille spørsmål til målgruppen om somatisk og psykisk helsetilstand. Det vil også være mulig med en kvalitativ tilnærming ved slike utvalgsundersøkelser, der det kan gås i dybden hos noen få klienter for å undersøke sentrale helsespørsmål.

Metoderedskaper og type data kan være av forskjellige karakter. Tunge rusmiddelmissbrukere vil trolig over tid være inntatt sykehusene flere ganger med sine helseproblemer. Pasientregistrene ved helseforetakene kan da benyttes for å stille diagnoser og telle antall liggedøgn. Dette kan si noe om problemene denne gruppen utvikler. Imidlertid kan dette være vanskelig da informasjonen ikke kan brytes ned på avdelings- og postnivå. Dette fører til at presisjonsnivået når det gjelder diagnoser og behandling blir lite tilfredsstillende.

Eksempel på typer data kan også være av mer objektivt art i form av informasjon om sykefravær, tryggedata og data om førtidspensjonering. Mortalitetsdata kan hentes fra dødsårsaksregisteret.

Subjektivt kan utviklingen måles gjennom spørreskjema og / eller personlige intervju. Slike spørsmål kan fange opp bruken av for eksempel medikamenter, illegale rusmidler, sprøyter og registrering av alkoholkonsumet.

LITTERATURLISTE

- (1) Indsatsen for de hårdst belastede stofmisbrugere. 1-213. 2002. Danmark, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (2) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. Geneva, World Health Organization.
- (3) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 3rd ed, rev. 1994. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- (4) Narkotikasituasjonen i Norge 2001. Årsrapport til det Europeiske Overvåkingscenter for narkotikamisbruk - EMCCDA. 2002. Oslo, SIRUS.
- (5) Bretteville-Jensen A, Ødegård E. Injeksjonsmisbrukere i Norge. SIFA Rapport 4. 1999. Oslo, SIFA.
- (6) Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift 1997; 14:43-63.
- (7) Bye EK. Rusmidler i Norge 2002. 2002. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- (8) Strategier for Regjeringens arbeid mot rusmiddelproblemer 2002-2005. Sosial- og helsedepartementet, editor. 2002.
- (9) Rusmidler i Norge. ISBN 82-7171-235-7, 1-147. 2001. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning.
- (10) Eskild A, Magnus P, Samuelsen S, Sohlberg C, Kittelsen P. Dødelighet og dødsårsaker blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo. Tidsskr.Nor Lægeforen. [113], 1331-1333. 1993.
- (11) St.prp. nr.1 (2002-2003). 2002. Det kongelige sosialdepartement.
- (12) Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. Addiction 1999; 94(2):209-219.
- (13) Ravndal E, Vaglum P. Overdoses and suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers. Eur Addict Res 1999; 5(2):63-70.
- (14) Ravndal E, Lauritzen G, Melberg H. "Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?" En prospektiv multisenter studie av stoffmisbrukere i behandling. Arbeidsrapport nr.1. 2002. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning.

- (15) Drake S, Roos J, Hall W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction* [91], 405-411. 1996.
- (16) Ekeberg O, Ellingsen O, Jacobsen D. Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(4):398-405.
- (17) Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15(2):135-142.
- (18) Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(5):362-366.
- (19) Hser Y, Hoffman V, Grella C, Anglin D. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58:503-508.
- (20) SOS- Ot.prp. nr. 7 (1996-97). 1997.
- (21) Utviklingspartner DA Bente Vindedal. Rusmiddeletaten, Oslo Kommune: Beskrivelse og vurdering av prøveprosjektet Feltpleien: Rapport etter 1. halvår. 1999.
- (22) Larsen A, Halvorsen T. Bomsydd- og bløtdelsinfeksjoner i forbindelse med injeksjonsmisbruk. *Tidsskr.Nor Lægeforen*. [120], 199-201. 2000.
- (23) Jensenius M, Holm B, Calisch T, Haugen K, Sandset, PM. Dyp venetrombose hos intravenøse stoffmisbrukere. *Tidsskr.Nor Lægeforen*. [116], 2556-2558. 1996.
- (24) Jensenius M, Heger B, Dalgard O, Stiris M, Ringertz SH. [Serious bacterial and fungal infections in intravenous drug addicts]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119(12):1759-1762.
- (25) Jensenius M, Ringertz SH. Hepatitt A er nå endemisk blant norske stoffmisbrukere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 25.
- (26) Wasley A, Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C: geographic differences and temporal trends. *Semin Liver Dis* 2000; 20(1):1-16.
- (27) Alter MJ, Mast EE, Moyer LA, Margolis HS. Hepatitis C. *Infect Dis Clin North Am* 1998; 12(1):13-26.
- (28) Degos F. Natural history of hepatitis C virus infection. *Nephrol Dial Transplant* 11[Supple 4], 16-28. 1996.
- (29) Marcellin P, Erlinger S. Clinique et évolution de l'hépatite C. *Bull Acad Natl Med* [180], 1267-1276. 1996.
- (30) Aavitsland P, Nilsen O, Lystad A. [The HIV-epidemic among drug addicts in Norway]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116(29):3502-3505.
- (31) Aavitsland P. Risioko for HIV-smitte. *Tidsskr.Nor Lægeforen*. 120, 181. 2000.
- (32) Bretteville-Jensen A. Kjønnforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 2(120):192-194.
- (33) Blystad H, Nilsen Ø. Hepatitt A og akutt hepatitt B - situasjonen blant injiserende stoffmisbrukere. MSIS-rapport 27, 37. 1999. Folkehelse.

- (34) Red, Riise G, Berg J, Engelstad Bull J, Jacobsen C, Sørensen B. Alkohol og helse -det bagatelliserte alvor. Universitetsforlaget, editor. ISBN 82-00-41575-9, 1-221; 1995. Oslo.
- (35) Sjursen H. Antibiotikabehandling ved infeksjøs endokarditt. Tidsskr Nor Laegeforen 2001; 28(121):3300-3305.
- (36) Sæland M, Smehaugen A, Eriksen F, Barikmo I, Oshaug A. Mat i kampen for et verdig liv ved rusmiddelavhengighet. Ernæringsmessige utfordringer. 2002. Høgskolen i Akershus.
- (37) Hall W. What has population surveys revealed about substance disorders and their co-morbidity with mental disorders? Drug and Alcohol Review [15], 157-170. 1996.
- (38) Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry 2001; 158(7):1091-1098.
- (39) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264(19):2511-2518.
- (40) Kessler RC, McGonagle K, Shanyang Z, Nelson C, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch.Gen.Psychiatry [51], 8-19. 1994.
- (41) Merikangas K, Metha R, Molnar B, Walters E, Swendsen J, Aguilar-Gaziola S et al. Comorbidity of substance abuse disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium In Psychiatric Epidemiology. Addict.Behav. [23], 893-907. 1998.
- (42) Lassenius B, Nilsson L-E. Missbrukare med svår psykisk störning i Stockholms län. Artikelnr 1994-13-19. 1994. Socialstyrelsen.
- (43) Malmstrøm U, Eriksson S. Svårt psykisk störda missbrukere - om vård och samverkan i Göteborgs län och Bohus län samt Hallands län. Artikkelnr 1995-85-11. 1995. Socialstyrelsen.
- (44) Zimberg S. A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. Journal of Psychoactive Drugs 1993; 31(1):47-51.
- (45) Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H. Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22(1):77-86.
- (46) Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(4):313-321.
- (47) Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. Addict Behav 1998; 23(6):841-853.
- (48) Ravndal E, Vaglum P. Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling. Temaserie 1, 3-62. 1995. Sosial- og helsedepartementet-Rusmiddeldirektoratet.

- (49) Calsyn DA, Saxon AJ. Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Int J Addict* 1990; 25(9):1037-1049.
- (50) Craig R. A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. *International Journal of the Addictions* [23], 115-124. 1988.
- (51) Fridell M. Personlighet og drogmisbruk. En forskningsöversikt. PM-serie nr.10. 1991. Centralforbundet for alkohol- og narkotikaopplysning.
- (52) Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(11):1023-1031.
- (53) Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92(5):378-385.
- (54) Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 2001; 16:274-282.
- (55) Bergersen Lind B. Narkotikakonflikten. Stoffbruk og myndighetskontroll. Gyldendal, 1974.
- (56) Holsten F. Forløpet av stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse. Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1984.
- (57) Stang H. Ungdom på drift. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
- (58) Vaglum P. Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- (59) Vaglum S, Vaglum P. Partner relations and development of alcoholism in female psychiatric patients. *Acta Psychiatr.Scand.* [76], 499-506. 1987.
- (60) Waal H, Schanche Andresen A, Kallan J. Kollektiver, hverdag og virkning. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.
- (61) Socialstyrelsen S. Personer med svår psykisk storning och missbruk. 1999-17-001. 1999. Stockholm, Norstedts tryckeri, AB.
- (62) Kielland KB. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk: Kartlegging av antall og behandlingsbehov. 2000. Statens Helsetilsyn.
- (63) Brim JA. Overdiagnosis of major psychiatric disorders in individuals with substance use disorders and personality disorders: the downside of the Woodruff principle. *J Stud Alcohol* 1998; 59(4):477-478.
- (64) Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmiddelbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 12[3], 1-10. 2002.
- (65) Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JI, Jr., Hesselbrock VM, Crowe RR et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997; 92(10):1289-1304.

- (66) Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(1):71-80.
- (67) Sherwood BE, Suppes T, Adinoff B, Rajan TN. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001; 65(2):105-115.
- (68) Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3(4):181-188.
- (69) Brady, KT, Randall C. Gender differences in substance use disorders. *Psych Clin N Am* [22], 241-252. 1999.
- (70) Ross H, Glaser FB, Stiasny S. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. *Brit J Addict* [83], 1179-1192. 1988.
- (71) Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6):752-757.
- (72) Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review.
- (73) Dansky BS, Brady KT, Saladin ME, Killeen T, Becker S, Roitzsch J. Victimization and PTSD in individuals with substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22(1):75-93.
- (74) Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(1):74-84.
- (75) Rounsaville B, Kranzler H, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance abuse. *J Nerv Ment Dis* [186], 87-95. 1998.
- (76) Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *Eur.Addict.Res.* [1], 166-177. 1995.
- (77) Verheul R, Hartgers C, van den BW, Koeter MW. The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of DSM-III-R personality disorders among treated alcoholics. *J Stud Alcohol* 1998;(59):227-236.
- (78) von Limbeek J, Wouters L, Kaplan CD, Geerlings PJ, von A, V. Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9(1):43-52.
- (79) Ravndal E. Drug Abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community. A prospective study. Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo, 1994.
- (80) Ravndal E, Vaglum P. Retention in a methadone programme: the importance of psychopathology. A prospective study. *Journal of Substance Use* [4], 16-23. 1999.
- (81) Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender Differences in the Prevalence of Symptom Disorders and Personality Disorders among Poly-Substance Abusers and Pure Alcoholics. *Eur.Addict.Res.* In press. 2003.

- (82) Arner O, Lauritzen G, Waal H, Amundsen A. SIFA Rapport: Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling: En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak for Oslo. 1995.
- (83) Bergmark A, Björling B, Grönbladh L, Olsson B, Oscarsson L, Segraeus V. Klienter i institusjonell narkomanvård. 1989. Uppsala, Uppsala universitet, Pedagogiska institusjonen.
- (84) Carpelan K. Unga narkotikamissbrukere i en vårdkedja - en studie av 208 ungdomar ved Maria ungdomsenhet i Stockholm. 1992. Stockholm, Stockholm universitet, Institusjonen for sosialt arbete.
- (85) Tjersland OA. Misbruket før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever fra Tyrilikkollektivet. 1995. Oslo, Tyrili.
- (86) Ødegård E. På ulendte veier - evaluering av Stifinnerprosjektet. 1996. Oslo, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- (87) Janols LO. Tidige psykiske, fysiske og sosiale forholdene og narkotikamissbruk: En litteraturoversikt. Nordisk psykiatrisk tidsskrift 1981.
- (88) Narco DN, CH, Batter M. Addict Careers. Trends across Time. International Journal of Addictions 1981.
- (89) Oslo Kommune-Rusmiddelstaten. Feltpelen: Årsrapport 2000. 2000.
- (90) Stiftelsen Bergensklinikken. Veiledning Klientkartleggings skjema til bruk for tiltak i rusfeltet. Utgave 3.0. 2001. Bergen, Rusmiddelstaten.
- (91) Helseregionenes utfordringer SAMDATA. Huseby BM, editor. 3, 1-139. 2002. SINTEF Unimed.

