



Sørlandet sykehus HF

HELSE  SØR-ØST

Vedlegg prosjektrapport

AD/HD prosjektet
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Sørlandet sykehus
2001-2005

Mai, 2008

VEDLEGG

1. Oversikt over aktuelle tester ved psykologspesialist Mogens Albæk Christensen og psykolog Else Staw Bachmann
2. Lomeland M, Ormestad PW. Den umulige brukeren I
Rus & Avhengighet, Universitetsforlaget 2006; 5: 25-28
3. Lomeland M, Ormestad PW. Den umulige brukeren II
Rus & Avhengighet, Universitetsforlaget 2006; 6: 27-30
4. Lomeland M. Struktur som tilrettelegging for mennesker med AD/HD, rusmisbruk og psykisk lidelser. Rus & Avhengighet, Universitetsforlaget 2006; 2: 25-27.
5. Stubberud J, Åsland R, Kristensen Ø. Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2007, 44:1012-1018
6. Bachmann ES, Espegren O og Willesen AW. Erfaringer med metylfenidat-behandling (ritalin) hos pasienter med kombinert AD/HD og rusmiddeldiagnose. En retrospektiv journalstudie. *Oversendt til fagfelleevaluering i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.*
7. Wattne M. Mer enn medisiner. (Om ADHD prosjektet Ruspoliklinikken, ARA, SSHF). Rus & Avhengighet, Universitetsforlaget 2005; 1: 30-31
8. Aasmundstad L. Ritalin til voksne rusmiddelmisbrukere med ADHD? (Om ADHD prosjektet Ruspoliklinikken, ARA, SSHF)
Rus & Avhengighet, Universitetsforlaget 2002; 2: 12-14
9. Espegren O. Stimulant medikasjon av pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
10. Utvidet / tematisk referanseliste for rapport og vedlegg

Oversikt over psykologiske tester som er brukt i ADHD-prosjektet

Psykolog Else Staw Bachmann og psykolog Mogens A Christensen

Generelt:

I prosjektet valgte vi å bruke psykologiske tester for å kunne gi en vurdering av ulike funksjonsområder. Psykologiske tester har i seg selv ingen diagnostisk kompetanse, og gir kun et indirekte mål på funksjonsevne. Vi har valgt tester som var enkle å administrere, som var valide, reliable og standardiserte.

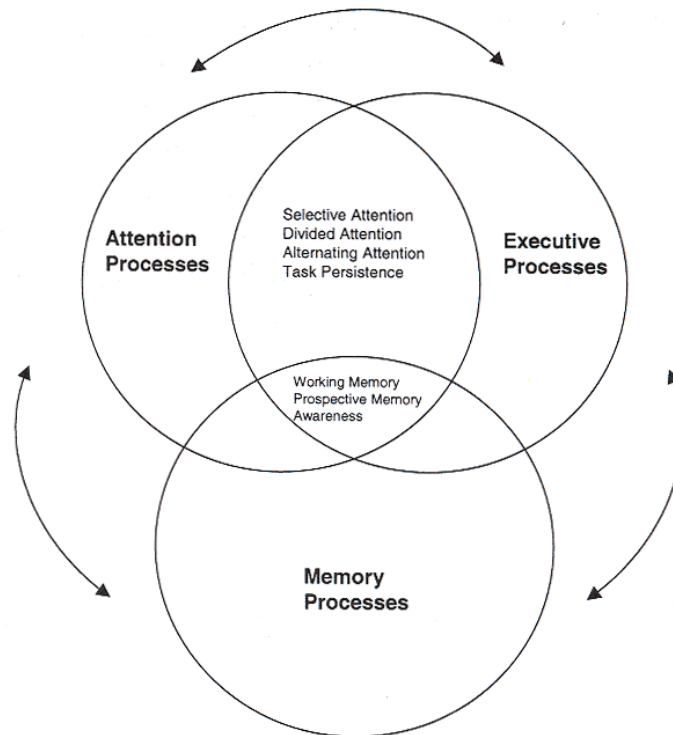
Målsetting for bruk:

Psykologiske tester ble anvendt med henblikk på:

- Objektiv baseline-vurdering av pasientene sin status før behandlingsstart.
- Test/re-test for vurdering av behandlingsprogresjon.
- Vurdere psykososiale behandlings- og oppfølgingsbehov.

Tilnærming:

Med utgangspunkt i kognitiv rehabilitering tradisjon (Sohlberg & Mateer, 2001) har vi valgt å definere en persons kognitive fungering som sammensatt av 1) oppmerksomhetsfunksjoner, 2) hukommelsesfunksjoner og 3) eksekutive funksjoner. Se figur 1.



Anvendte tester:

For å kunne tappe informasjon om prosjektdeltagerne sine oppmerksomhetsfunksjoner har vi brukt følgende psykologiske tester:

Oppmerksomhetsspenn

- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), deltest: Tallspenn forlengs.(Wechsler, 1974).
- Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III) deltest: Tallspenn forlengs (Wechsler, 1997)

Fokusert oppmerksomhet

- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) deltest: Tall-symbol koding. (Wechsler, 1974).

- Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III) deltester: Tall-symbol koding, symbolleting (Wechsler, 1997).
- Trail Making Test A og B (TMT A og B), (Heaton et al. 1991).

Vedvarende (“sustained”) oppmerksomhet:

- Conners Continuous Performance Test-II (CPT-II), (Conners, 2000).
- Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III) deltester: Tall-symbol koding, bokstav-tall sekvensiering (Wechsler, 1997).

Delt oppmerksomhet:

- Paced Auditory Serial Addition Task (Gronwall, 1977).
- Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III) deltest: bokstav-tall sekvensiering (Wechsler, 1997).

Verbal hukommelse:

- California Verbal Learning Test (CVLT) (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987).

Non- verbal hukommelse:

- Continuous Visuell Memory Test (CVMT) (Trahan & Larrabee, 1997).
- Rey Complex Figure (Meyers & Meyers, 1995).

Eksekutiv fungering defineres på følgende måte av Sohlberg og Mateer (2001). Se tabell 1.

TABLE 8.1. Clinical Model of Executive Functions

Domain	Functions covered
Initiation and drive	Starting behavior
Response inhibition	Stopping behavior
Task persistence	Maintaining behavior
Organization	Sequencing and timing behavior
Generative thinking	Creativity, fluency, problem-solving skills
Awareness	Self-evaluation and insight

For å kunne tappe informasjon om eksekutiv fungering har vi valgt følgende psykologiske tester. :

- Stroop Color and Word Test (STROOP) (Golden 1978).
- Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Heaton, 1981).
- Rey Complex Figure (Meyers & Meyers, 1995).

Generell intelligens:

- Wechsler abbreviated scale of intelligence (WASI) (Psychological corporation, 1999).
- Wechsler adult intelligence scale III (WAIS III) (Psychological corporation, 1997).

For å få et spesifikt mål på arbeidshukommelse (se figur 1.) som befinner seg i grensesnittet mellom oppmerksomhetsfunksjoner, hukommelsesfunksjoner og eksekutiv funksjoner har vi anvendt deltesten tallhukommelse fra WAIS.

I tillegg til nevropsykologiske testmål har vi valgt å anvende psykologisk kartlegging for å kunne gi en vurdering av prosjektdeltakerne sine: 1) adaptive hjelpebehov (adaptiv fungering), 2) psykisk status/komorbiditet, og 3) omfang av AD/HD symptomatologi.

For å kunne tappe informasjon om prosjektdeltakerne sin adaptive fungering har vi valgt følgende psykologiske undersøkelser:

- ADD-s (Egen produksjon)

For å kunne tappe informasjon om prosjektdeltakeres psykiske status/komorbiditet har vi valgt følgende psykologiske undersøkelser:

- SCL-90 (Derogatis, 1992)
- M.I.N.I. (Sheehan, 1994)
- SPIFA (Dahl, 2001)

For å kunne tappe informasjon om prosjektdeltakernes AD/HD symptombelasting har vi valgt følgende selvrapporteringsverktøy:

- Wender Utah Rating Scale (Ward, Wender & Reimherr, 1993)
- ACQ (Thompson, 2001)
- Adult AD/HD self-report scale (ASRS) (WHO, 2003)
- General adult ADD symptom checklist (Amen, 1995)

Referanser

Amen DG (1995). *General adult ADD symptom checklist*. Web:

<http://www.oneaddplace.com/addcheck.htm>, sitert mai 2005.

Conners, C. K. (2000). *Conners CPT II. Continuous performance test II*. Canada: Multi Health Systems.

Dahl AA, Krüger MB, Dahl NH et al. (2001). *Strukturert psykiatrisk intervju for allmennpraksis*. Oslo: GlaxoSmithKline.

Delis, D.C., Kramer, J. H., Kramer., Kaplan, E., & Ober, B. A (1987). Til norsk. Lundervold, A., & Reinvang, I. UiO. (1992). *California Verbal Learning Test (CVLT)*. The Psychological Corporation.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Golden (1978). Til norsk av K. Hugdahl, UiB. *Stroops farge-ord interferens test*.

Gronwall DM (1977). Paced auditory serial-addition task: a measure of recovery from concussion.. *Percept Mot Skills*. 44(2): 367-73

Heaton, R. K et al. (1991). *Trail Making Test A og B (TMT-A og TMT-B)*. Halstead-Reitan batteriet. USA: Psychological assessment resources inc.

Heathon, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. K., Kay, G. G., Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting manual. Revised and expanded*. USA: Psychological assessment resources inc.

Meyers, J. E., & Meyers, K. R. (1995). Rey Complex Figure Test and recognition trial. USA: Psychological assessment resources inc.

Preiss, M., & Klose, J. (2001). Personality disorder through the C.R. Cloninger's theory. 37th *International Applied Military Psychology Symposium, Praha, 21.-25.05*, 175-181.

Psychological Corporation (1974). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. San Antonio, TX.: The Psychological Corporation.

Psychological Corporation (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Psychological Corporation (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. San Antonio, TX.: The Psychological Corporation.

Sakkyndig team for helseregionene sør og øst, avdeling for voksenhabilitering (2003). *AD/HD self-report scale (ASRS)*. World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview.

Sakkyndig team for helseregionene sør og øst, avdeling for voksenhabilitering . *General Adult ADD symptom checklist*. World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview.

Sohlberg, M .M., Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach*. USA.: The Guilford Press.

Sheehan, D., Janavs, J., Knapp, E., Sheehan, M., Baker, R., Sheehan, K. H. (1994). Til norsk, Pedersen, G. (1996). *Mini international neuropsychiatric interview*. USA: University of South Florida.

Thompson, L. (2001). *Attention Deficit Disorder Questionary*. The ADD Centre of Toronto. Missisauga, Ontario: Canada.

Trahan, D. E & Larrabee, G. E. (1997). Continuous visual memory test (CVMT). USA: Psychological assessment resources.

Ward, F., Wender, P. H., Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An Aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American journal of psychiatry*, 150, 885-889.

Den umulige bruker

Stort sett hvert sosialkontor har brukere som til tider oppleves håpløse å oppnå endringer hos, de kan både ruse seg heftig, ha omfattende psykiske lidelser, være preget av forkommenhet, av til dels truende og utagerende atferd, uten eget sted å bo og uten sterke evner til å styre sin økonomi.

Av MARTHA LOMELAND
og PER WILLY ORMESTAD

Ofte ender henvendelser for eksempel om nødhjelp, med heftige diskusjoner i skranken. De klarer ikke å stille opp til faste avtaler og kan gjennom sin væremåte tidvis oppleves som en belastning for kontoret.

På kant med systemene

Sosialtjenestens førstelinje opplever ofte at de tjenester og tiltak den rår over for å bistå denne brukergruppen med å oppnå selvhjulpenhet, ikke strekker til. Også henvisninger om bistand fra polikliniske- eller døgnbehandlingstiltak ender ofte opp med tilbakemelding om at personen ikke møter opp og ergo ikke kan være særlig motivert for endring eller behandling.

Uavhengig av forvaltningsnivå, når hjelpesystemene således ikke ut til denne brukergruppen med nødvendige tiltak for å oppnå varige endringer. Resultatet blir at vi ender opp med gjengangere innen de ulike linjenivåer: Brukere som gjentatte ganger faller på kant med hjelpesystemene, grunnet sin manglende «vilje» til å ta tak i situasjonen.

Samtidig er dette langt fra en kjedelig gruppe; mye skjer på én gang, de mobiliserer store ressurser for å leve det livet de gjør, på hver sin måte. De er overleverer, er engasjerte og fulle av energi, humoren trekkes lett frem og de

evner å trigge hjelperrollen. Det har vist seg at de store skritt er umulige å gå, og at de små skritt er rett tilnærming, dersom en endrer litt på den tradisjonelle måten vi møter denne typen brukere og utfordringer de gir.

Ett case

Vi vil ta utgangspunkt i ett konkret case. Tanken er ikke å påstå at våre forslag til løsninger vil ha gyldighet for alle. Poenget er at vi tror at det finnes mange tjenestemottakere med likhetstrekk til caset vårt, og at våre erfaringer kanskje dermed kan ha interesse for andre sosialarbeidere som betjener «problembrukere».

Vi vil se på hvordan vi har reflektert over og valgt tilnærminger knyttet til noen ulike og helt sentrale situasjoner hos brukeren.

Situasjon 1: Grunnlag for bekymring
Sosialtjenesten mottar meldinger om bekymring om vedvarende og omfattende rusing, avmagring og sterk forkommenhet og får bekrefte dette ved hjemmebesøk. Det forsøkes iverksatt frivillige hjelpe-tiltak, uten at vedkommende evner å nyttiggjøre seg eller ta i mot disse. Vedkommende blir bare dårligere og bekymringen for liv og helse blir forsterket ettersom tiden går.

Refleksjon:

Skal en gripe inn i situasjonen med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 – tilbakehold uten eget samtykke? Er kriteriene oppfylt, er det hensiktsmessig og nødvendig, eller vil det å bruke tilbakehold være et overgrep? Hva vil en kunne oppnå med å bruke dette verktøyet?

En tydelig rusmiddelavhengighet fremstår med særdeles negative virkninger på vedkommendes helsesituasjon. Vedkommendes fokus i situasjonen ligger ene og alene på rus og rusopplevelse, samtidig som helsetilstanden forverrer seg. Ser hun ikke hva som er i ferd med å skje? Hva vil vi se dersom vi tar vekk rusen? En oppegående og godt fungerende kvinne i stand til å fungere uten rusmidler? Hun har ikke ruset seg i mange år og skal forut for dette ha fungert godt.

Tilnærming:

Vi iverksetter en utredning hvor det blir innhentet opplysninger fra primærlege, ruspoliklinikk og den kommunale oppfølgingstjenesten for å få avklart vedkommendes faktiske situasjon. Det hersker ingen tro på at videre forsøk langs den frivillige veien alene, vil kunne gi noen endring. Hun er klart i behov av oppfølging fra helseapparatet, som hun ikke evnet å nyttiggjøre seg grunnet sitt rusmisbruk. Behandlende lege på sykehuset fastslår at vedkommende sakte er i ferd med å ta livet av seg.

På bakgrunn av innhentede opplysninger, egne observasjoner og erfaringer utarbeider sosialtjenesten en saksfremstilling om tilbakehold på institusjon uten eget samtykke etter § 6-2. Saken blir fremmet Fylkesnemnda for sosiale saker som enstemmig kommer frem til at kriteriene for tilbakehold på institusjon uten eget samtykke for en periode på inntil tre måneder, er tilstede.

Situasjon 2: Feilplassert

Plassering på institusjon etter § 6-2 er foretatt. Formålet er utredning, tilrettelegging og motivering for frivillig behandling.

Det fremstår raskt at problematikken til vedkommende er annerledes enn hva institusjonen og sosialtjenesten i utgangspunktet hadde forestilt seg. Med sine rammebetingelser strekker ikke plasseringsstedet til i forhold til å skulle kunne håndtere situasjonen. Atferden som utvises er ekstrem. Kvinnen engasjerer seg i alt som skjer i alle andre beboers liv, hun oppleves som slitensom og vanskelig å forholde seg til, hun mister fokus i samtaler, skifter tema lynraskt, er høyt og lavt, klarer ikke å forholde seg til hverdagsrutiner, fører stadige forhandlinger om den minste ting, har sterke følelsesutbrudd, er verbalt utagerende, og svinger mellom å oppfatte ansatte som i det ene øyeblikk å være helter, og i det neste øyeblikk håpløse. Et hyperfokus på mobiltelefon og ruskontakter ute, er noe av det mest tydelige. Hun vurderes å nærmest slite ut institusjonen og medbeboerne der.

Refleksjon:

Det fremstår som åpenbart at vedkommende ikke fungerer innen de rammene institusjonen har for håndtering av saker etter § 6-2. Hun passer rett og slett ikke inn i deres opplegg. Hun fungerer verken som observatør i gruppesamlinger eller som medbeboer på huset. Det må tas hensyn til de utslitte ansatte og beboerne. Noe må gjøres, men hva? Atferden er ikke i samsvar med hva en forventer å møte innen rusomsorgen. Den avviker så klart fra resten av beboergruppa at vi begynner å undres på hva dette kan dreie seg om. Hva er det vi har med å gjøre?

Tilnærming:

Institusjonen om at hun gjennom aktiv deltagelse i institusjonens opplegg skal kunne bli motivert for behandling, gir ikke resultat. Her må det gjøres noe totalt annet dersom en skal få til noe som helst. Og det haster. Koordinator velger å trekke inn hva selve lovbestemmelsen § 6-2 formulerer om formålet med tilbakehold. Rett og slett gå tilbake til det egentlige utgangspunktet for tiltaket. Det er helt klart at vedkommendes behov og institusjonens tilbud ikke matcher hverandre.

§ 6-2 hjemler tilbakehold for å utrede, tilrettelegge og motivere for frivillig behandling. Det er liten tvil om at vi her har hoppet rett på *motiveringen* uten tanke på de tre andre nevnte fasene; utredning og tilrettelegging. Fokuset har vært det man pleier å gjøre, og ikke en individuell tilnærming til vedkommendes fungering og behov for bistand. Det blir besluttet å følge en tilnærming etter de tre nevnte fasene, i rekkefølgen; utredning, tilrettelegging og motivering.

For at det i det hele tatt skal være mulig for kommunen og institusjonen å gjennomføre formålet med plasseringen etter § 6-2 blir det søkt utredningskompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Ruspoliklinikken blir bedt om å gå inn i saken, og i og med sakens natur samt tidsperspektivet på bruk av § 6-2, blir henvendelsen prioritert.

Situasjon 3: Paradigmeskifte

Via de tester som blir gjort, gjøres det klart at vedkommende har helt andre behov for bistand enn kun fokus på rusmiddelstrøking og det ordinære løpet institusjonen hadde som praksis i forhold til gjennomføring av saker etter § 6-2. Det fremkommer klart at det her er snakk om behov for tilrettelegging i forhold til flere livsområder, og at funksjonsnivået til vedkommende er betydelig mer svekket enn hva noen hadde forestilt seg.

Refleksjon:

Funksjonssvikter eller -hemninger blir brakt inn som karakteristikk i saken. Atferden kvinner utviser er ikke nødvendigvis noe hun selv styrer. Hvordan klare å få omgivelsene til å omdefinere henne fra en selvvalgt umulighet til en funksjonshemmet innenfor ulike livsområder? Og hvordan skal vi så behandle henne?

Snakker vi ikke her om et paradigmeskifte i forhold til måten å oppfatte vedkommende på, med behov for ytterligere kunnskaper om hvordan en så skal klare å imøtekomme dette «nye»? Er vi i stand til å omstille oss, og hva mener hun selv om dette?

Tilnærming:

Det blir innkalt til et eget samarbeidsmøte med vedkommende selv, og hovedkontakt på institusjonen og kommunen, hvor spesialpsykologen som har gjennomført utredningen, går gjennom den og forklarer sine funn. Spesialisttjenesten konkluderer med å anbefale å organisere hjelpen rundt bruker med utgangspunkt i teorier om casemanagement, samt at medisineringsfor å dempe vedkommende forsøkes. Kan hende vil dette også ha som følge at frustrasjonen behandlingsinstitusjonen har i forhold til vedkommendes væremåte reduseres. Det blir bestemt at alle 3. linjenivåer fremover skal samarbeide tett, og spesialpsykologen skal følge saken videre og gi kommune, institusjon og bruker løpende veiledning. Tilrettelegging i forhold til vedkommendes funksjonsnivå og bistandsbehov blir satt i fokus.

Det blir utarbeidet en plan for overføring til frivillig behandling på institusjonen med avtale om frivillig tilbakehold etter sosialtjenestelovens § 6-3. Bestillingen til institusjonen er nå å aktivt kvalifisere vedkommende til å gå over i oppfølging ute i kommunen. Det vil si å tenke strukturer, utarbeide planer og belyse hvor godt eller dårlig hun fungerer innenfor dette.

Situasjon 4: Praktisk handling

Vedkommende hadde åpenbart et omfattende behov for tjenester av både sosial- og helsemessig karakter fra så vel 1., 2. og 3. linjen for å kunne fungere i en fremtidig bolig. Samtidig med at det jobbes for å holde vedkommende inne i det frivillige opplegget på institusjonen, er det behov for å forankre den fremtidige tiltaksjobbingen ute i kommunen, blant de aktører som kan være aktuelle å trekke inn i saken. Hvordan omsette teori til praktisk handling?

Refleksjon:

Utfordringer i kø. Vil det i det hele tatt være mulig å håndtere en bruker med denne sammensatte problematikken ute i kommunen? Hvordan skal dette kunne gjøres? Hvem må involveres og hvem kan bistå med hva i en sak som dette? Har vi de ressurser som må til, og hvem vet noe om hvordan en eventuelt får disse på plass? Hvem tar ansvaret for å koordinere dette? Er det mulig å jobbe med rendyrket case-management eller må vi tilpasse metoden noe, eventuelt hvordan?

Tilnærming:

Det blir innhentet fullmakt fra vedkommende til å avholde et samarbeidsmøte på et overordnet nivå i kommunen. Frem til nå er det kun sosialtjenesten som kjenner saken og som følger klienten. Nå er det på tide at andre aktører som kommer til å få med henne å gjøre når hun kommer ut av institusjonen, blir trukket inn i saken. Dette er ikke en sak sosialtjenesten kan håndtere alene. Her er det behov for tverrfaglig samarbeid. Et samarbeidsmøte har fokus på utredning, funksjonsnivå og bistandsbehov, og tilsvarende det som ble avholdt på institusjonen. Spesialpsykologen presenterer utredningen, funn og hvilken tilnærming som sees som hensiktsmessig. Vedkommende ser selv behovet for et slikt møte, men ønsker ikke selv å delta fordi så mange er tilstede.

Situasjon 5. Rydding i kaos

Kaos, kriser, frem og tilbake, oppsigelse av avtaler, samarbeidsvegring, vilje til samarbeid, ønske om hjelp, ikke ønske om hjelp. Sier en ting i det ene øyeblikket og noe annet i det neste. Kommer så tilbake til det første og så er sirkelen i gang. Spør man om hun har forstått den avtalen hun har gjort til neste gang, svarer hun ja, men spør man om hun kan si hva man har avtalt, svarer hun nei. En avtale varer ikke lenger enn til hun er ute av døra. Setter du opp en avtale, så kommer hun ikke til denne. Glemte den ... Forhandler om alt fra a til å. Ting går stort sett aldri som planlagt. Ønsker å bo, evner ikke å være i boligen.

Oppsøker miljøet. Konstant fokus på hvordan det går med alle andre. Ekstrem fokus på rusopplevelse i alle samtaler og i alle settinger. Konstant trussel i alle forhandlinger. «Hvis jeg ikke får det, så gjør jeg sånn og sånn, og ikke sånn». Har vansker med å holde seg til én ting i samtalen – har fokus på alt annet. Det virker som hun ikke er trent i å snakke om noe annet enn rus. Hun begynner på ett tema og er plutselig over i fire andre temaer, opp og ned i stolen, klarer ikke sitte stille, fokus på alt utenfor og inne på kontoret.

Kaos preger forholdet til samarbeidspartnere. Ingen gjør som avtalt, ting endres fra gang til gang. Ringer alle til enhver tid, spør om alt mulig, engasjerer pårørende som overtar, dikterer i telefonen hva som skal sies til hvem, er truende, snurrer folk rundt fingeren, plasserer og kategoriserer folk ut fra hva de kan brukes til og etter hvilke situasjoner som passer det formålet hun vil oppnå.

Refleksjon:

Hvordan i all verden skal vi klare å jobbe med dette? Dette er langt fra hva man forventer av en kvinne i denne

alderen. Hvordan få til brukermedvirkning i praksis? Hva er et overgrep? Skal man ta henne på alvor, skal man følge avtalene man har inngått når de hele tiden sies opp og endres på? Evner hun å se sitt eget beste og ivareta sine egne interesser? Hvordan holde seg til temaet? Kan man gjøre tegn til en «time out» midt i en samtale? Hvor lenge skal man sitte før man avslutter? Skal man avtale det i forkant av en samtale? Hva har folk vansker med å skjønne i denne saken? Hvorfor gjør man ikke det som er avtalt? Er det hun som får dem til å endre seg, eller er det valg de tar selv? Foreligger det aksept på hva funksjonshemmingen hennes faktisk består av?

Tilnærming:

Back too basic. Struktur og forutsigbarhet er helt sentrale elementer for å skulle kunne lykkes i tilnærmingen. Det blir jobbet mye med temaet «ekstrem struktur», som her ikke betyr noe annet enn at struktur skal legges på forhånd og ikke i ettertid. Man legger strukturen mest mulig detaljert og tydelig ut fra en teoretisk tilnærming, og den tilpasses stadig til hvordan vedkommende etter hvert viser seg å fungere innenfor den i praksis. Utredningene legger føringer for vedkommendes fungering og bistandsbehov ut fra teorier, og må kompletteres ut fra hvilke erfaringer som gjøres underveis.

Har man inngått en avtale, skal denne følges opp og kun endres etter nye avtaler. De inngåtte avtaler er klarert med hjelpevergen og av vedkommende selv, er forankret i overordnet ansvarsgruppe og alle involverte må være lojale i gjennomføringen av disse. Hjelpevergen er medlem i overordnet ansvarsgruppe.


Vedkommende har selv bedt om bistand gjennom mandatet til koordinator, har gitt denne et oppdrag om å få gjort en jobb, og alle forutsetningene for oppdraget framgår tydelig av mandatet. Koordinator representerer vedkommende, avholder egne møter som kalles «Min Tid» med sin oppdragsgiver, og er



bindeleddet mellom samtlige berørte instanser. Dersom oppdragsgiver ikke er tilfreds med koordinator, kan denne

sies opp slik som skissert i mandatet¹. Denne oppsigelsesmuligheten er gjen-sidig.

For å ytterligere rydde i kaoset blir det laget en oversikt med kontaktinformasjon om «hvem jeg snakker med hva om». Når spørsmål om økonomi kommer opp, vet alle hvem det skal adresseres til. Det samme gjelder spørsmål knyttet til medisin, helse og innhold i oppfølgingen. Spørsmål av typen «hvordan jeg har det og hvordan er jeg fornøyd med tingenes tilstand», adresseres til koordinator på møtene *Min tid*. I praksis betyr dette at hjemmesykepleien for eksempel i stedet for å gå inn i diskusjonene der og da, aktivt henviser til planen eller oversikten over de som er ansvarlig for ulike tema. Planen demper frustrasjoner og gir en forutsigbarhet og trygghet for bruker.

Også disse samtaler må ha struktur og forutsigbarhet. Hva avtalte vi å snakke om i dag? Går ting som de skal, er det ting som må og bør endres på? Det hjelper å lære seg avledninger. «Når du snakker rus, snakker jeg om været.» Eller spørre om hva det er vi har avtalt å skulle snakke om i dag, bringe utgangspunktet for møtet tilbake. Ikke være med på hoppingen, men representere strukturen i møtet. 

Martha Lomeland er vernepleier, ansatt i ADHD-teamet ved Sørlandet sykehus HF
Martha.Lomeland@sshf.no

Per Willy Ormestad er sosionom med spesialkompetanse rus og er ansatt som ruskonsulent i Kristiansand kommune
Per.Willy.Ormestad@Kristiansand.kommune.no

I del to av denne artikkelen i neste utgave av *r&a*, kommer forfatterne tilbake til en beskrivelse av metodikken de har valgt i dette caset, med vekt på forankring og bruker-medvirkning.

¹ Se artikkel i neste utgave av *rus & avhengighet*

Den umulige bruker

En av klientgruppene det er vanskeligst å nå med tilstrekkelige og effektive hjelpetiltak fra så vel primær- som spesialisttjenesten, er psykisk syke rusmisbrukere som i tillegg har AD/HD. Men også denne gruppen kan hjelpes.

Av MARTHA LOMELAND
og PER WILLY ORMESTAD

Det forutsetter ofte at hjelpearbeidet organiseres og utføres på en krevende, omfattende og utradisjonell måte. I vår kommune har vi erfaringer med dette som vi tror kan være til nytte for andre i deres arbeid med tilsvarende brukergrupper. I forrige utgave av *r&a* illustrerte vi arbeidet i form av et case. I denne artikkelen går vi nærmere inn på hvordan et tverrfaglig samarbeid og samspill, også på tvers av linjene, ble utformet.

Ta loven på alvor

I vår case var koordinator ansatt av kommunens sosialkontor. Det grunnleggende lovansvaret for koordinering av tiltak rundt rusmisbrukere ligger på kommunens sosialtjeneste.¹ For vår del ble en aktiv bruk av kapittel 6 og 4 i Lov om sosiale tjenester helt avgjørende for at tiltaket skulle bli tydelig forankret i kommunal sektor. Uten denne tydelige forankringen i kommunen ville det ikke være mulig å få til de lokalbaserte løsningene og tiltak som vedkommende bruker hadde behov for.

Under arbeidet med vår case valgte vi å presentere caset for enhetslederne fra bolig, sosial og omsorg. Når kom-

munen har gått til det skritt å benytte sosialtjenestelovens tvangsparagraf (paragraf 6.2) pålegges den å utrede, tilrettelegge og motivere for videre behandling og da må man ta de funn/erfaringer som er gjort, på alvor. Vedkommende ble ut fra de funn og erfaringer som foreligger, vurdert til å være ute av stand til å dra omsorg for seg selv (jfr. sotjl. § 4-3), og til dermed å ha krav på tjenester etter denne lovens paragraf 4-2.

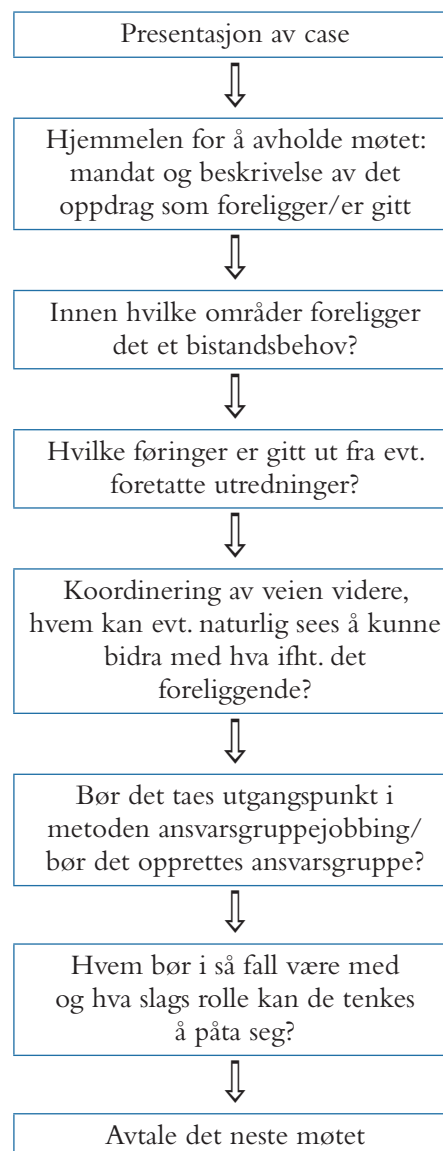
For praktisk å kunne håndtere utfordringene i saken ble det besluttet å opprette en overordnet ansvarsgruppe på enhetsledernivå, hvor rammebetingelsene for arbeidet blir lagt. Det ble videre besluttet å jobbe med å fremskaffe egnet bolig, med å få på plass bemanningsressursene og med å skaffe tilveie økonomien for drifting av opplegget.

Tydelighet

En suksessfaktor for å etablere et vel fungerende samarbeid om vår case har vært skriftlighet og tydelighet. På bakgrunn av utprøvinger og tester, utredet spesialisthelsetjenesten brukerens behov for bistand. På grunnlag av dem inviterte vi inn sentrale aktører til en brainstorm om hvordan kommunen skulle kunne imøtekomme disse behovene. Det ble sendt ut en formell invitasjon til et samarbeidsmøte mellom aktører innen de ulike tjenesteområder i kommunen som kunne tenkes å bli involvert. Den ble først rettet inn mot personer med vedtaksmyndighet. Invitasjonen gjorde rede for mandatet til koordinator og den oppgaven som bru-

keren hadde gitt vedkommende. På dagsorden sto presentasjon av caset, en redegjørelse for tjenestebehovet og punkter for eventuell etablering av ansvarsgruppe, opprettelse av arbeidsgruppe og tid for neste møte. Intensjonen med møtet var at de ulike etatene skulle høre spesialisthelsetjenestens presentasjon av behovene for bistand, og påta seg delansvar for jobben det var behov for å få utført.

Forslag til møtestruktur:



¹ via sotjl. § 6-1, som også direkte linker videre til tjenester etter sotjl. § 4-2. Brukere som vurderes til ikke å være i stand til å dra omsorg for seg selv og som er avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å klare dagliglivets gjøremål vil også etter sotjl. § 4-3 kunne ha krav på hjelp etter sotjl. § 4-2.



Illustrasjon: Christian Clemetsen



Brukermedvirkning

Gjennom arbeidet med vårt case har vi gjort oss en del erfaringer med valg av metoder og tilpasning av disse. Vi har arbeidet tett opp til en bruker med store vansker med å ivareta seg selv og sine interesser, så det å få til brukermedvirkning har vært en utfordring fra dag én. Etter snart fire års arbeid med caset ser det ut som om vi har oppnådd en form som faktisk ivaretar dette på en relativt god måte.

På et tidlig stadium anbefalte spesialpsykologen som hadde stått for utredningen av funksjonsnivået til vår bruker, at en her søkte ut å benytte case management eller koordinator som grunnleggende metodikk. Denne metodikken måtte tilpasses caset og de rammer som sosialtjenesten har for å kunne påta seg en slik oppgave. På dette grunnlaget fant vi fram til noen sentrale begreper og verktøy.

Skal en påta seg en jobb som case manager eller koordinator, må oppdraget forankres både hos brukeren (her: oppdragsgiver) og i systemet hvor koordinator har sitt utgangspunkt.

Det mandatet som oppdragsgiver ga koordinator, inneholdt de fullmakter koordinator ble gitt, og understreket spesielt at koordinator representerer oppdragsgiver i ulike fora og samarbeidsmøter. Avtalen er gjensidig oppsigbar og regler for hvordan oppsigelse skal foregå, skisseres i avtalen.

Det har i ettertid vist seg at dette mandatet har vært med på å sikre grad av måloppnåelse, effektivitet og brukermedvirkning. Mandatet har hele tiden vært drøftet med oppdragsgiver på egne møter mellom vedkommende og koordinatoren. I løpet av møtene som kalles *Min tid*, har oppdragsgiver blant annet formidlet tilbakemeldinger, kommentarer og ønsker, for eksempel om korrigering av kursen, til koordinator.

Oppsigelighet

I initieringsfasen var den største utfordringen å etablere en relasjon som et

godt utgangspunkt for samarbeid mellom bruker og koordinator, der begge skulle være inneforståtte med forutsetningene for samarbeidet. Vi har erfart at den tiden som legges ned i dette forarbeidet påvirker veien videre. Fra dag én har det vært klart at oppdragsgiver kan si opp koordinator samt at koordinator kan si fra seg oppdraget, dersom forutsetningene for samarbeidet ikke blir fulgt. I den skriftlige mandatbeskrivelsen til koordinator heter det at oppsigelse eller endring i arbeidet skal gjøres på eget møte i ansvarsgruppa avsatt til dette formålet og hvor endringen på forhånd er varslet. Fordi en del av problematikken til brukeren har vært impulsivitet har denne avtalen vist seg å fungere svært godt. Hadde man ikke hatt en avtale og plan for hvordan slike ting skal håndteres, ville en i løpet av en og samme dag kunnet bli sagt opp og ansatt på ny opptil flere ganger. Oppdragsgiver har også meldt tilbake at dette har representert en trygghet og en forutsigbarhet i forhold til koordinator: Vedkommende er der uansett hvilke «sprell» jeg skulle finne på, og gjør en jobb som jeg faktisk har bestilt og dette må jeg jo ta konsekvensene av. Ønsker jeg å avslutte samarbeidet vet jeg hvordan dette skal gjøres. I dette tilfellet har mandatbeskrivelsen tatt utgangspunkt i et samarbeidsopplegg med AD/HD-prosjektet².

Min tid-møter

En sentral utfordring i arbeidet med caset vårt har vært å ta i bruk og tilpasse ansvarsgruppemetodikken slik at den fungerte i tråd med det oppdraget som oppdragsgiver ga koordinator. Det har kommet mange reaksjoner på at vedkommende selv ikke har organisert og deltatt i «ansvarsgruppemøter» og man har sågar fått høre at en slik praksis ikke kvalifiserer til å kunne betegnes som an-

svarsgruppe. Vi mener at vi nettopp har klart å oppnå etableringen av en godt fungerende ansvarsgruppe, tilpasset de oppgaver som må utføres og som har fungert i tråd med det oppdragsgiver selv har ønsket. Det var fra starten av klart at vedkommende verken hadde ønsker om å møte alle disse menneskene i systemet eller å delta på møter. Å skulle følge med på diskusjoner blir forvirrende og skremmende opplevelser og derfor ikke mulig å gjennomføre. Fordi koordinator hadde som mandat å opptre på oppdragsgivers vegne i disse møtene, ble både det vedkommende selv ønsket og det utredningene viste om manglende evne til å nettopp klare en slik jobb selv, ivaretatt.

Min tid-møtene har vist seg i praksis å sikre brukerens innspill i prosessen. Samtidig har utfordringen vært å sikre en viss kontroll med at relasjonen mellom koordinator og oppdragsgiver fungerte slik den var ment å skulle gjøre. Hjelpevergen som tidlig kom inn i forhold til forvaltning av trygdemidler ble en sentral person i dette. Denne juristen fikk i oppdrag av koordinator å kontrollere at systemet rundt oppdragsgiver fungerte ut fra oppdragsgivers interesser. Hjelpevergen har vært sterkt til stede i prosessen, har fått kopi av all korrespondanse, har hatt fast plass i ansvarsgruppa og har løpende klarert alle inngåtte avtaler; fra mandat, Individuell plan, plan for styring av økonomi som i dag ligger på sosialtjenesten, til dags- og ukeplaner.

To ansvarsgrupper

Det var behov for at en overordnet gruppe med vedtaksmyndighet kunne legge rammebetingelsene for arbeidet rundt brukeren. Vi opprettet derfor det vi betegner som en overordnet ansvarsgruppe. Denne gruppen skulle ha ansvaret for å kvalitetssikre at vi er på rett vei i saken. Dernest ble det besluttet å formalisere ei arbeidsgruppe for å ivareta føringene fra den overordnede ansvarsgruppa. Denne gruppa skulle bestå av personer som til dagelig utførte det

² Statlig finansiert prosjekt fra 2001–2005. Lokalisert i Kristiansand ved ruspoliklinikken. Målsetting var å fremme kompetansen på ADHD og rusmisbruk.



Illustrasjon: Christian Clemetsen

praktiske arbeidet. Koordinator ble bindeleddet mellom overordnet ansvarsgruppe, arbeidsgruppe og oppdragsgiver. Møtene i overordnet ansvarsgruppe har etter hvert fulgt halvårsintervall, mens møtene i arbeidsgruppa i større grad har blitt lagt ut fra hvilke utfordringer en har stått oppe i der og da, oftest med 14-dagers intervall.


Alle føringer som overordnet ansvarsgruppe har gitt om arbeidet i arbeidsgruppa, har vært skriftlige og sanksjonert på forhånd. Rammeavtale for samarbeidet og utarbeidelsen og etablering av IP har vist seg i praksis å fungere som ramme rundt oppdraget. Hva som er på gang har vært tydelig og forutsigbart for alle parter og samtlige aktører har hatt kopi av det som er utformet. Alt er blitt klarert av oppdragsgiver

og av dennes hjelpeverge. Rammeavtalen er selve grunnlaget for samarbeidet mellom oppdragsgiver, de kommunale tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten og skisserer hvilke forutsetninger samarbeidet fundamenteres på, mens IP med vedlegg er skissen for selve utførelsen av jobben.

Å opprette en overordnet ansvarsgruppe, en arbeidsgruppe på utførende nivå og egne *Min tid*-møter mellom koordinator og oppdragsgiver har medvirket til at oppgaver er blitt gjennomført når de skal og at det løpende har vært en prosess hvor det har vært mulig å evaluere og korrigere kursen.

Det konkrete planarbeidet ble beskrevet i «Struktur som psykososialt verktøy» i r&a nr. 2, 2006.

Vi håper at vi med disse artiklene

hart gjort det tydelig hvordan forankring, gode funksjonsvurderinger, individuell tilnærming og brukermedvirkning har gitt resultater i et tilfelle og på hvilke områder vi har erfaring for at det har nyttet å legge innsats for å komme i mål. På denne måten har en potensielt «umulig bruker» blitt mindre umulig å nå med hjelp. 

Martha Lomeland er vernepleier, ansatt i ADHD-teamet ved Sørlandet sykehus HF

Per Willy Ormestad er ruskonsulent i Kristiansand kommune
per.willy.ormestad@kristiansand.kommune.no

Christian Clemetsen er utstiller på *Kaleidoskop 2006*
www.rimeligbarsk.com



Struktur som psykososialt verktøy

Hvordan kan vi skape en struktur som hjelper pasienter med AD/HD, rusmisbruk og psykiatrisk tilleggspromblematikk til bedre mestring?

Av MARTHA LOMELAND

Pasienter med AD/HD kan i ulik grad ha vansker med en rekke kognitive funksjoner. I hvilken grad kan slike svakt fungerende pasienter etablere rutiner i sin egen hverdag? Og hvordan kan vi i hjelpeapparatet bidra til å øke pasientenes muligheter til egen mestring?

AD/HD-prosjektet

- Fem år gammelt prosjekt ved Avdeling for rus og avhengighet, Sørlandet sykehus, Kristiansand.
- Formål: å øke kunnskapen om AD/HD og rus både hos 1., 2. og 3. linjetjenesten og hos pasientene selv.
- Deltakerne i prosjektet har multiple komorbide (dvs. samtidige) diagnoser: AD/HD, rusmisbruk og psykiske lidelser eller annen atferds-/tilpasningsproblematikk.
- Forfatteren har bistått med koordinerende miljøarbeid i ca 15 slike enkeltsaker.
- Forfatteren har vært ansatt som miljøterapeut de siste tre årene med ansvar for tilrettelegging av hjelpetiltak og for etablering av samarbeid med den kommunale sosialtjenesten.

Medisin = suksess?

I medisinsk tradisjon oppfattes behandling av AD/HD som synonymt med medikamentell behandling med sentralstimulantia. Erfaringer med medikamentell behandling av rusmisbrukende AD/HD-pasienter er imidlertid ingen entydig suksesshistorie: Mange har vansker med å kvalifisere seg for slik behandling, mange har store vansker med å gjennomføre behandlingen (mange autoseponerer) og for mange er den sosiale situasjonen i utgangspunktet så belastende og vanskelig at symptomlindring ikke er nok til å «få orden på livet». En helhetlig behandling må derfor (også) inkludere betydelige psykososiale bidrag.

Struktur er et helt sentralt bidrag i dette landskapet.

Mangler trygge vaner

De fleste av oss har trygge, gode rammer og struktur fra vi står opp og til vi legger oss. Vi kaller denne indre strukturen for vaner og tenker ikke over dette til daglig. Mennesker med AD/HD kan i ulik grad savne slik indre struktur. En del mennesker med AD/HD, rus og psykiatriske tilleggsvansker kan derfor leve i en hverdag preget av kaos som en konsekvens av mangel på dette.

Mange tiltak rettet mot denne pasientgruppen har tradisjonelt blitt utløst av «øyeblikkets kriser»; en aktuell husleierestanse, en ikke-forberedt

løslatelse fra soning, en russprekk, en arrestasjon, et psykiatrisk residiv – eller en annen av hverdagens store eller små kriser. Resultatet av hjelpetiltaket har i verste fall blitt fragmentert og tilfeldig. Godt psykososialt hjelpearbeid bør ha som målsetting å unngå slik reaktiv intervensjon. Dette forutsetter at en utarbeider proaktive handlingsplaner. Nøkkelen her er struktur og forhåndstilrettelegging.

Dags- og ukeplan

I AD/HD-prosjektet (se ramme) har vi anvendt dags- og ukeplan som verktøy: en konkret og tydelig oversikt over dagens/ukens gjøremål. En slik struktur kan avlaste pasientens vansker med å huske, planlegge og organisere.

Enhver slik plan må være individuelt tilpasset og kan være utformet i en Filofax, notatbok eller på et A4 ark som er lett tilgjengelig. Den kan også legges inn som avtaler og alarmer på mobiltelefon. Noen pasienter synes å være helt avhengig av å bli minnet på avtaler av andre personer.

Det kan være lurt å starte opp med betydelig relasjonell bistand slik at pasienten får en innkjøring som er mest mulig korrekt og hensiktsmessig. I neste runde kan hjelpen trappes ned slik at pasienten får mulighet til selv å administrere planen. Planen skal ikke være et statisk dokument; den må evalueres og justeres fortløpende.

Alle rutiner må med

En dags- eller ukeplan bør inneholde de mest sentrale aktiviteter og rutiner for den enkelte pasienten, eksempelvis morgenrutiner, medisinerutiner, transportrutiner og fritidsaktiviteter.



MINNEHJELP: Ukeplaner kan hjelpe AD/HD-pasienter å mestre hverdagen. Arkivill.: r&a

- **Medisinutlevering:** Mange pasienter har behov for bistand for å sikre at medisin blir inntatt til rett tid. For noen vil elektronisk påminning være nok, for andre er det påkrevd at ansvarlige andre kontrollerer at medisinene tas. Vi har god erfaring med at dette delegeres til hjemmesykepleien som da samtidig kan ta en gjennomgang av dags- og ukeplanen sammen med pasienten for å sikre pasientens oversikt over «dagens videre løype».
- **Private/sosiale avtaler:** Besøk av familie og bekjente kan gjerne også legges inn i planen. Formålet er ikke å begrense kontakt, men å unngå at spontane møter og avtaler stresser pasienten og eksponerer ham eller henne for impulsive valg som i sin tur kan redusere oppmøtet til andre viktige avtaler (arbeid, behandling osv).
- **Behandlingsavtaler:** Faste avtaler med koordinator og andre i behandlingsapparatet bør legges inn i planen. Vi anbefaler å avtale faste dager og tidspunkt. Pasienter med AD/HD har lettere for å huske slike avtaler enn tilfeldige avtaler.
- **Urinprøvetaking:** I russektoren kan urinprøvetaking være en nødvendig kvalifisering for å få anledning til medikamentell behandling med sentralstimulantia. Å legge avtaler for urinprøvetaking inn i dags-/ukeplanen har vært naturlig for oss. I første omgang er det viktig å fokusere på selve oppmøtet, og når dette er innarbeidet som rutine, kan prøveresultatet evalueres.
- **Innkjøp:** Noen pasienter trenger hjelp til å lage en liste over planlagte innkjøp for å unngå impulsjøp. Avtaler i planen kan også involvere andre, for eksempel med den lokale kjøpmannen om å bringe varer regelmessig til hjemmet.
- **Pauser:** En rekke pasienter har behov for stimuliforandring for å hindre hyperfokusering som fort kan føre til at resten av planene for dagen ikke fullføres. Stimulusforandring bør ha en sentral plass i en dags- eller ukeplan, både for å sikre nødvendige pauser og for å muliggjøre planlagte aktivitetsskift.
- **Møter:** For å øke forutsigbarhet hos pasienten og hindre stresseskalering hos pasienter med AD/HD og angst for alvorlig sykdom, kan det være

lurt å sette opp faste tider hos legen. En del av pasientene har begrenset samtykkekompetanse, vansker med å ta valg eller se konsekvenser av valg og oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Derfor anbefaler vi at pasienten ikke deltar i alle møter med hjelpeapparatet.

Økonomisk bistand

Mange pasienter med AD/HD, rusmisbruk og psykisk lidelse har store vansker med å administrere penger. De handler på impuls, glemmer ofte å betale regninger eller de vet ikke hvordan innbetaling foregår.

Økonomisk bistand omhandler både frivillig og tvungen forvaltning (jfr. FTL § 12.6) hvor sosialtjenesten, hjelpeverge eller andre kan bistå med å administrere regninger og faste utgifter. Pasientene kan ha jevnlig møter med økonomiansvarlig for å holdes oppdatert. De får da kun utbetalt lommepenger. For andre kan vi øremerke penger til matvarer, toaletsaker og lignende hvor pasienten må levere kvitteringer for å vise at pengene går til det de er ment å gå til. Ved utbetaling til pasient forekommer ulik praksis.

Proaktive planer

For å unngå å komme i situasjoner hvor vi må ta hurtige avgjørelser, utarbeider vi i størst mulig grad planer i forkant av ulike situasjoner. Slikt proaktivt

planarbeid kan være med på å skape forutsigbarhet og tydelighet både for pasient og hjelpeapparat.

Noen pasienter har for eksempel behov for innleggelse på institusjon. For å skape forutsigbarhet og hindre at ikke-planlagte reaksjoner utløses, kan det være hensiktsmessig å utarbeide en konkret bestilling til institusjonen i forkant. Her kan innhold og varighet avtales, blant annet håndteringsplaner for situasjoner som erfaringsvis kan oppstå, som russprekk, forverring i psykisk helse eller atferdsproblemer.

Parallelt med innleggelsen legges en plan for hva som skjer etter utskrivelse, og ved utskrivelse evalueres oppholdet i forhold til bestillingen, slik at nødvendige endringer kan gjøres før eventuelt neste innleggelse.


Overføringsverdi?

Hva kan så læres av struktur og tilrettelegging som psykososialt verktøy? Har våre erfaringer med AD/HD-pasienter med komorbide rusrelaterte og psykiatriske diagnoser en overføringsverdi til andre brukergrupper?

Struktur er viktig i de fleste menneskers liv, spesielt for nevnte pasientgruppe. Jo mer vi kan lage struktur på, desto bedre – både for pasient og behandlingsapparat. Slik reduseres sjansene for uheldige overraskelser.

Yrkesgrupper i russektoren tenker gjerne tradisjonell rusbehandling inn

i et rehabiliteringsperspektiv, også for denne pasientgruppen. Når vi vet at AD/HD er en hjerneorganisk funksjonssvikt, bør vi imidlertid være åpne for at flere pasienter med denne diagnosen – og da ikke minst de med alvorlig psykiatrisk og rusrelatert komorbiditet – kan ha et faktisk kognitivt og psykososialt hjelpebehov som gjør at vi bør se mot en mer helhetlig behandling i retning av habilitering. Kommunene har i lengre tid hatt mye kompetanse nettopp på dette, blant annet gjennom å yte tjenester til borgere med utviklingsforstyrrelser, hjerneskerader og utviklingshemming, men kompetansen synes ikke å ha blitt overført til denne pasientgruppen – ennå.

Å bringe latent kompetanse og kunnskap til anvendelse overfor denne målgruppen handler hovedsakelig om to ting: Å gjøre lokale fagfolk trygge på at deres faglighet og kompetanse faktisk har anvendelsesmulighet og å gjøre dem nysgjerrige på å hente mer kunnskap om de spesifikke aspektene ved trippeldiagnosene AD/HD, psykisk lidelse og rus. Klarer vi det, har vi et godt utgangspunkt for å kunne gi et tilrettelagt tilbud til pasientgruppen. 

*Martha Lomeland er vernepleier ved Sørlandet sykehus
martha.lomeland@sshf.no*

forebygging.no

Kunnskapsbase og interaktiv arena for forebyggende og helsefremmende arbeid. Nett-tjenesten utvikles gjennom et bredt samarbeid mellom fagmiljøer i Norge. Forebygging.no inneholder mer enn 10.000 fagemner med særlig fokus på rusforebyggende arbeid



**Jan Stubberud, Reidun Åsland,
Øistein Kristensen**

Sørlandet Sykehus HF

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddel- assistert rehabilitering

Hva påvirker resultatene i legemiddelassistert rehabilitering? Denne studien peker på at både svekket kognitiv funksjonsnivå og personlighetsforstyrrelse er knyttet til dårligere effekt.

Innledning

I Norge er ca. 3500 personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Substitusjonsbehandling med morfinstoff og tett psykososial oppfølging med ulike støtte-tiltak har vist seg å gi gode resultater for mange av de tyngste rusmiddelmissbrukerne (Vindedal, Steen, Larsen & Knoff, 2004). Til tross for psykososiale hjelpetiltak og medikamenter i form av metadon og buprenorfin viser erfaringer fra Medikamentassistert rehabilitering i Agder (MARIA) at noen av pasientene har uteblivende behandlingsrespons. Spørsmålet man ofte stiller seg, er hva som kjennetegner denne gruppen i forhold til de som har en positiv behandlingsrespons. Definisjon av uteblivende behandlingsrespons i denne studien vil hovedsakelig innbefatte jevnlig bruk, mens positiv behandlingsrespons betyr at det ikke har vært ikke brukt rusmidler (cannabis, opiat, benzodiazepiner, etanol og amfetamin) i substitu-

sjonsbehandling de siste 12 måneder, verifisert ved urinprøver. Pasienter med uteblivende behandlingsrespons klarer ofte ikke å nyttiggjøre seg de tilbudene som blir gitt, det være seg tilbud om skolegang, arbeid eller bare det å mestre hverdagen. Litteraturgjennomgang viser at lite forskning har blitt gjort for å undersøke om det er sammenheng mellom behandlingsrespons og kognitivt funksjonsnivå, eller behandlingsrespons og personlighet hos pasienter i LAR i Norge.

Kognitiv svikt

Kognisjon innbefatter bevisste prosesser i hjernen som det å tenke, huske, lære, gjenkalle, oppfatte og vurdere kunnskap eller informasjon om miljøet (Deary, 2000). Svikt i disse prosessene kan påvirke områder som informasjonsbehandling, iakttagelse og oppmerksomhet, hukommelse og vurderings- og beslutningsprosesser. Kognitiv funksjonssvikt er ofte å

betrakte som en «usynlig funksjonshemming». Eksempelvis kan en pasient fungere tilsynelatende normalt når motorikk og språk er intakt, mens evnen til å ta initiativ, til å planlegge og til å motivere seg er svekket. Funksjonssvikt av denne type sammen med karakterforankret problematikk, i tillegg til rus, kan være med på å skape negativitet i omgivelser og behandlingsapparat, og pasienten beskrives ofte med moralske termer som giddeløs og lat.

Internasjonalt har det hovedsakelig vært Darke med kollegaer i Australia som har undersøkt kognitivt funksjonsnivå blant pasienter i LAR. Darke, Sims, McDonald og Wickes (2000) fant en statistisk signifikant forskjell mellom pasienter i LAR og kontrollgruppe på en rekke kognitive funksjoner. LAR-gruppen presterte signifikant dårligere enn kontrollgruppen på alle de områdene som ble nevropsykologisk testet. Funnene til Darke et al. (2000) viste at pasientene i

LAR hadde redusert informasjonsprosessering, oppmerksomhet, visuell hukommelse, verbal hukommelse og problemløsningsevne sammenlignet med en matchet kontrollgruppe. Denne forskjellen kan ikke nødvendigvis tilskrives substitusjonsbehandlingen med metadon eller buprenorfin, da forskning (Schindler et al., 2004; Zachny, 1995) viser at disse opiatene ikke i særlig grad reduserer psykomotoriske og kognitive evner som kreves til for eksempel bilkjøring. Dette er forutsatt at pasienten ikke er under opptrapping eller nedtrapping. Opioider kan påvirke psykomotoriske tester mer enn kognitive (Mørland, 2000). Det er derimot ikke indikasjon på sammenheng mellom metadondose og prestasjon ved testing av kognitiv funksjon for pasienter i LAR (Darke et al., 2000).

Redusert kognitiv fungering er for så vidt ikke overraskende med tanke på den grad av risikoatferd som er forbundet med rusmiddelmissbruk over lang tid. Det er særlig tre faktorer som utmerker seg i forhold til redusert kognitiv fungering hos rusmiddelmissbrukere: overdoser, alkoholmissbruk og vold med medfølgende hodetraumer (Darke et al., 2000). Dette er ikke faktorer som kun er gjeldende for pasienter i LAR, men det er et mye større eksponeringsomfang for disse risikofaktorene for denne gruppen enn for andre grupper (f.eks. Brooner, Schmidt, Felch & Bigelow, 1992).

Personlighetsforstyrrelser

Blant de tyngste rusmiddelmissbrukerne finnes en opphoping av personer med personlighetsforstyrrelser. En norsk studie på forekomst av psykisk lidelse i denne populasjonen viser en forekomst på 79 % med alvorlige personlighetsforstyrrelser i gruppen misbrukere med blandingsmissbruk (Landheim, Bakken & Vaglum, 2003). Dette funnet stemmer godt overens med funn fra andre studier. Eksempelvis fant Darke, Williamson, Ross, Teesson og Lynskey (2004) at blant en gruppe heroinmissbrukere oppfylte 71 % kriteriene for en antisosial personlighetsforstyrrelse, 46 % oppfylte kriteriene for en borderline personlighetsforstyrrelse og 38 % oppfylte kriteriene for begge diagnosene. Det er uenighet om begrepet «addictive personality», eller av-

hengighetspersonlighet (Nathan, 1998). En rekke personlighetstrekk har imidlertid blitt forbundet med rusmiddelmissbrukere. Studier har for eksempel vist at personer som er avhengige av rusmidler, skiller seg fra kontrollgruppe på karaktertrekk som impulsivitet, spenningssøking og sosial tilbaketrukkethet (Liraud & Verdoux, 2000). Videre viser forskning at rusmiddelmissbrukere med blandingsmissbruk i særlig grad har trekk som impulsivitet og spenningssøking (Donovan, Soldz, Kelley & Penk, 1998). Dette betyr ikke at det er en spesiell personlighetstype som har tilbøyelighet for avhengighet. Derimot finnes det individuelle forskjeller ved personlighet som generelt later til å være knyttet til avhengighetsproblemer og stoffpreferanse.

Utgangspunktet for denne pilotstudien er å se om det er noen sammenheng mellom behandlingsrespons og kognitiv funksjonsnivå for pasienter i LAR. I tillegg vil det bli sett på om det er en sammenheng mellom behandlingsrespons og personlighet. Hovedhypotesen er at det foreligger en forskjell i kognitiv funksjonsnivå mellom pasienter i LAR med uteblivende behandlingsrespons og pasienter med positiv behandlingsrespons, med bedre kognitiv funksjonsnivå hos pasienter med positiv behandlingsrespons. Kliniske erfaringer og forskning som viser omfanget av skader (Brooner et al., 1992) og kognitiv funksjonssvikt (Darke et al., 2000, 2004), ligger til grunn for denne hypotesen. Videre antas det at det er en sammenheng mellom uteblivende behandlingsrespons og avvikende personlighetsstruktur. Det forventes at det vil være en høyere indikasjon for forekomst av personlighetsforstyrrelser hos pasienter med uteblivende behandlingsrespons. Særlig med bakgrunn i den høye forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse i denne pasientgruppen er dette forventet. Antisosial personlighetsforstyrrelse er spesielt forbundet med dårligere behandlingsrespons, mer kriminalitet, bruk av flere typer narkotika og en høyere suicidalfrekvens (Darke et al., 2004).

Metode

Det ble inkludert 40 pasienter med diagnosen ICD-10 F11.2: Opiatavhengighet (WHO, 1993), i denne studien. Alle var godkjent for LAR. Utvalgsstørrelsen ble

ABSTRACT

Why does treatment fail? A study of cognitive functioning and personality in a sample of patients in methadone maintenance treatment

The aim of this study was to see if there is a difference in cognitive functioning and personality between patients who succeed in methadone- or buprenorphine maintenance treatment (MMT/BMT), and patients who fail. Forty MMT/BMT patients (27–54 years) were included; positive response to treatment group (POS) (n = 13; 9 males, 4 females) and absent response to treatment group (ABS) (n = 27; 22 males, 5 females). Control group (n = 25). To assess cognitive functioning and personality Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, Wechsler Adult Intelligence Scale III, Conners Continuous Performance Test II, and Cloninger's Temperament and Character Inventory (1994) were used. It was hypothesized that the POS group would demonstrate a higher level of cognitive functioning than the ABS group. It was also expected that the ABS group would have more patients with personality disorders. The results supported the hypotheses. The range of impaired functions observed in the present study may have important implications for the daily functioning of MMT/BMT patients.

Keywords: substance abuse, cognitive functioning, maintenance treatment, methadone, personality disorders

bestemt ut fra tilgjengelig materiale og styrkeberegning. Alle pasienter ga skriftlig informert samtykke. Studien ble godkjent av Regional etisk komité i helseregion Sør, saksnummer S-04312.I beregningen av utvalgsstørrelse er det tatt utgangspunkt i et styrkekrav på 0.80 og flere resultatparametere. Som resultatmål 1 har forskjellen på t-score mellom utføringsindeks og verbalindeks på WASI blitt valgt, fordi denne forskjellen er klinisk interessant. Fra gruppen med uteblivende behandlingsrespons (UBR) stipulerte man en forskjell i t-score på 20 og et standardavvik på 10. For positiv behandlingsresponsgruppen (PBR) regnet man med en forskjell i t-score på 10 og et standardavvik på 10. Med en styrke på 0.80 og signifikansnivå 0.05 vil utvalgsstørrelsen bli 17 i hver gruppe. Per 01.01.04 var det 151 pasienter i MARIA, hvorav 50 ble definert til å ha en UBR. Tjuesju (22 menn, 5 kvinner) pasienter mellom 27 og 49 år (snitt: 35, SD: 5) ble ved loddtrekning valgt fra denne gruppen. Dette er et sekvensielt utvalg.

Tjueseks pasienter ble definert til å ha en PBR. Av disse ble 17 trukket ut. Tretten (ni menn, fire kvinner) pasienter mellom 27 og 54 år (snitt: 42, *SD*: 8) sa seg villig til å delta. Det var spesielt vanskelig å rekruttere pasienter med PBR. Med 13 pasienter fra denne gruppen har man en styrke på 69 %. For personlighetsforstyrrelse tok man utgangspunkt i Landheim et al.s studie (2003), som for aktive blandingsmisbrukere hadde en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 79 %. For enkelhets skyld har vi satt den til 70 med standardavvik på 10. I PBR-gruppen antas det en andel personlighetsforstyrrelser på 50 % med standardavvik på 10. Signifikante forskjeller på 0.05 vil kunne påvises helt ned til syv pasienter i hver gruppe.

Kontrollgruppen var 25 friske personer (21 menn, 4 kvinner) mellom 27 og 47 år (snitt: 37, *SD*: 5) med tilnærmet gjennomsnittsalder og kjønnsfordeling som eksperimentgruppene. Kontrollgruppen ble testet gjennom bedriftshelsetjenesten og allmennpraktikere med samme tester. Ekskluderingskriterium var psykose.

Prosedyre

Selve testingen foregikk når det var praktisk mulig å gjennomføre den. En testtekniker sto for testingen av begge eksperimentgruppene. Da dette er en gruppe pasienter som ofte har en ustabil, kriminell og kaotisk tilværelse, ble testingen ved noen anledninger gjennomført andre steder enn ved MARIA, eksempelvis ved døgningstusjoner og i fengsel. Deltakerne i studiet ble ikke testet når de var i abstinensfase. De ble kun testet i perioder da de var rusfrie, verifisert ved urinprøvetaking. I utgangspunktet skulle alle ha negative urinprøver i fire uker før testsituasjonen. Analyse av urin ble utført ved Avdeling for legemidler i Trondheim med LC/MS-teknikk, som er meget pålitelig. Urinprøver ble avlagt under overvåking og undersøkt to ganger per uke for opiater, etanol, benzodiazepiner, amfetamin og cannabis.

Testbatteri

Deltakerne i studiet ble undersøkt med et testbatteri bestående av: *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI)* (Psychological Corporation, 1999); en

standardisert psykometrisk undersøkelse for vurdering av evnenivå. *Tallhukommelse*; en deltest som måler arbeidsminnefunksjon hentet fra et psykometrisk testbatteri som kartlegger kognitiv funksjonsprofil (Wechsler Adult Intelligence Scale III) (Psychological Corporation, 1997).

Conners Continuous Performance Test II (CPT-II); en nevropsykologisk test for vurdering av spesifikke kognitive funksjoner (oppmerksomhet, impulsivitet og utholdenhet) (Conners, 2000). Mislykkede forsøk på mål («omissions») er markør for oppmerksomhetsfunksjon, responser på ikke-mål («commissions») er markør for impulsivitet, og ved kognitiv utholdenhet («vigilance») er responskonsistens over tid i testen («hit se block change») markør.

Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzel, 1994); en klinisk psykologisk test for vurdering av personlighet, temperament og karakter. Kategorisering av sannsynlig personlighetsforstyrrelse ved bruk av TCI er indikert ved lav skåre på en skala som beskriver det autonome individ («self-directedness», SD) og en skala som beskriver hvordan individet opplever seg som en del av menneskeheten og samfunnet («cooperativeness», CO), med formelen (SD + CO) / 2. Skåre mindre enn 30 (< 30) svarer til sannsynlig personlighetsforstyrrelse (Preiss & Klose, 2001). Særlig er lav skåre på SD en indikasjon på personlighetsforstyrrelse. SD er negativt

korrelert med alle symptomer på en personlighetsforstyrrelse (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993).

Statistikk

Forskjeller i kognitiv funksjon mellom gruppene ble bedømt med de ikke-parametriske testene Kruskal-Wallis K Samples Test og Mann-Whitney U-Test, da data ikke er normalfordelt. Kruskal-Wallis K Samples Test ble brukt for å bestemme rangering, mens Mann-Whitney U-Test ble brukt for å bestemme retning ved forskjell mellom gruppene. Pearson kji-kvadrattest ble brukt for å bestemme om det er statistisk signifikant forskjell i frekvens mellom gruppene med hensyn til sannsynlig personlighetsforstyrrelse. Signifikansnivå ble satt til 0.05.

Resultater

Som det fremgår av tabell 1, presterer gruppen med PBR bedre enn gruppen med UBR på evnetestene fra WASI, hvor det foreligger statistisk signifikant forskjell på både verbalindeks og utføringsindeks. Ved de enkelte deltestene ble det observert forskjeller på likheter og matriser mellom PBR og UBR, med statistisk signifikant bedre resultater hos PBR. Det ble ikke avdekket statistisk signifikante forskjeller mellom PBR og UBR på deltestene ordforståelse og terningmønster. Resultatene viser ingen statistisk signifikant forskjell på deltesten tallhukommelse mellom PBR og UBR. Derimot foreligger det forskjell mellom kontroll

Tabell 1. Forskjell i kognitiv funksjon (WASI) og tallhukommelse (WASI-III) for pasienter i LAR med positiv (PBR) og uteblivende (UBR) behandlingsrespons, samt for en normalbefolkningsgruppe (kontroll)

Tester	PBR (n = 13)	UBR (n = 27)	Kontroll (n = 25)	PBR vs UBR	PBR vs kontroll	UBR vs Kontroll
Ordforståelse	66 (8)	59 (20)	50 (4)	ns	.000**	.000**
Likheter	57 (10.5)	44 (20)	53 (5.5)	.007*	ns	.009*
Verbalindeks (ordforståelse og likheter)	122 (22)	106 (29)	102 (8.5)	.021*	.000**	ns
Terningmønster	54 (7.5)	49 (13)	53 (4)	ns	ns	ns
Matriser	47 (8.5)	36 (14)	53 (4)	.001*	.001*	.000**
Utføringsindeks (terningmønster og matriser)	104 (9.5)	85 (25)	105 (7.5)	.005*	ns	.000**
Tallhukommelse	7 (4)	7 (4)	11 (2)	ns	.002*	.000**

Data presentert som median med interkvartil spredning i t-skåre, bortsett fra verbal indeks og utføringsindeks, hvor sum av t-skåre er presentert. Verdier fra tallhukommelse presentert som skalerte skåre. P-verdier fra Mann-Whitney oppgitt når signifikante, og ns (non-signifikant) indikerer $p > 0.05$
 *) Signifikant forskjell ($p < 0.05$).
 **) Signifikant forskjell ($p < 0.001$).

og eksperimentgruppene, hvor kontrollgruppen presterer statistisk signifikant bedre enn både PBR og UBR.

Resultatene fra CPT-II viser at det når det gjelder oppmerksomhetsfunksjon og impulsivitet, foreligger det en statistisk signifikant forskjell mellom PBR og UBR. PBR presterer bedre på oppmerksomhetsfunksjon og er mindre impulsiv enn UBR. Ved kognitiv utholdenhet blir det ikke observert noen statistisk signifikante forskjeller mellom de respektive gruppene (tabell 2).

Resultatene viser videre at det er statistisk signifikant forskjell i forekomst av sannsynlig personlighetsforstyrrelse mellom gruppene, ($\chi^2(2) 13.63, p < .01$), (se tabell 3).

Diskusjon

Hypotesene for denne studien var at det er forskjell i kognitiv funksjonsnivå mellom pasienter i LAR med uteblivende behandlingsrespons og pasienter med positiv behandlingsrespons, med bedre kognitiv funksjonsnivå hos PBR-gruppen. I tillegg var det forventet å finne høyere indikasjon for forekomst av personlighetsforstyrrelser hos pasienter med uteblivende behandlingsrespons. Begge hypotesene ble støttet av funnene.

Kognitiv funksjon

Det kom frem av resultatene at PBR presterte bedre enn UBR på verbal forståelse og praktisk orienterte tester. Innenfor verbal forståelse ligger deltestene *likheter* og *ordforståelse*. Det registreres kun statistisk signifikant forskjell på deltesten

likheter mellom PBR og UBR. Deltesten ordforståelse vurderer kognitive funksjoner som språkutvikling og ordforråd, mens likheter måler hovedsakelig logisk abstraherende tenkning. Dette kan tyde på at hovedforskjellen mellom de to eksperimentgruppene på verbal forståelse er at PBR-gruppen ser ut til å prestere bedre på oppgaver som fortrinnsvis innebærer logisk abstraherende tenkning, mens ordforråd skåres relativt likt. Dette funnet stemmer godt overens med det kliniske inntrykket, hvor man ofte møter pasienter i LAR med et ordforråd som ikke nødvendigvis gjenspeiler faktisk verbal forståelse og abstraksjonsnivå. Man kan ut fra denne diskrepansen tenke seg til at PBR-gruppen har en bedre evne til å assosiere og generalisere verbal kunnskap, noe som kan være en medvirkende årsak til at denne gruppen klarer seg bedre i LAR. Det kan altså være slik at pasienter i UBR-gruppen har en mer statisk og rigid verbal forståelse, noe som medfører vansker med å generalisere verbal kunnskap. Klinisk observeres det i denne sammenhengen at utsagn tas svært bokstavelig, er årsak til angstsymptomer og medvirker til konflikter. Mye verbal informasjon går tapt av samme grunn.

Et interessant funn er at begge eksperimentgruppene synes å prestere bedre på ordforståelse enn kontrollgruppen. Dette kan være som følge av for få mennesker inkludert i studien, men det kan også tenkes at som en konsekvens av mange års kontakt, ofte daglig, med offentlige instanser, har pasientgruppen lært seg et betydelig ordforråd.

Tabell 3. Andel av gruppen som dokumenterer personlighetsprofil forenelig med sannsynlig personlighetsforstyrrelse ved testpsykologisk vurdering (TCI)

Gruppe	Sannsynlig personlighetsforstyrrelse
UBR (n = 27)	17 (63 %)
PBR (n = 13)	3 (23 %)
Kontroll (n = 25)	4 (16 %)

PBR presterte statistisk signifikant bedre enn UBR på den praktisk orienterte utføringindeksen som består av *matriser* og *terningsmønster*. Dette skyldes den statistisk signifikante forskjellen som oppnås på deltesten matriser i favør PBR. Dette funnet antyder at PBR-gruppen har en bedre praktisk problemløsnings-evne enn UBR, fordi matriseresonnering i første rekke måler analog resonnering og ikke-verbal problemløsning. Kognitiv svikt på funksjonsområdet ikke-verbal problemløsnings-evne kan gi ytterligere konsekvenser med manglende erfaringer, noe som forsterker problemområder og gir svikt i forståelsen av årsak/virkning-forhold. Det ble ikke funnet forskjell på arbeidsminnefunksjon (tallhukommelse) mellom PBR og UBR. Derimot presterte kontrollgruppen statistisk signifikant bedre enn både PBR og UBR. Dette funnet støttes av Mintzer og Stitzer (2002), som viser at kognitive funksjoner som kortidsminne er svært sårbare ved langvarig narkotikamisbruk. Trenden i dette resultatet er altså at både UBR og PBR har en svekket arbeidsminnefunksjon sammenlignet med en kontrollgruppe. Totalt sett er tendensen at gruppen med PBR presterer statistisk signifikant bedre enn UBR-gruppen på WASI. Dette kan ikke nødvendigvis tilskrives forskjell i premorbid intelligens, da det ikke ble funnet forskjell mellom eksperimentgruppene på deltesten ordforståelse. Ordforståelse kan brukes som markør for premorbid intelligens (Darke et al., 2000). En annen tydelig trend er at pasienter i UBR har bedre verbale evner enn utføringsevner. Som en følge av denne diskrepansen gjenspeiler ikke alltid kompetanse utad faktisk eller reell kompetanse. Klinisk observeres det at språket er preget av mye verbalitet på en repetitiv og hermende måte. Typisk for mange er mye språk med lite innhold. I praksis kan

Tabell 2. Forskjell i kognitiv funksjon bedømt med CPT-II for pasienter i LAR med positiv (PBR) og uteblivende (UBR) behandlingsrespons, samt for en normalbefolkningsgruppe (kontroll)

Funksjon	PBR (n = 13)	UBR (n = 27)	Kontroll (n = 25)	PBR vs UBR	PBR vs kontroll	UBR vs kontroll
Oppmerksomhet	45 (9)	52 (13.5)	55 (10)	.046*	.004*	ns
Impulsivitet	40 (15)	51 (14.5)	48 (9)	.048*	ns	ns
Utholdenhet	51 (14)	53 (12.5)	54 (1)	ns	ns	ns

Data presentert som median med interkvartil spredning i t-skåre. P-verdier fra Mann-Whitney oppgitt når signifikante, og ns (non-signifikant) indikerer $p > 0.05$

*) Signifikant forskjell ($p < 0.05$).

***) Signifikant forskjell ($p < 0.001$).

disse funnene betyr at det må tas hensyn til at en del pasienter i LAR ikke nødvendigvis har tilfredsstillende kognitive forutsetninger for å kunne motta og bearbeide informasjon, noe som er essensielt for å lykkes med rehabiliteringen. Deary (2000) viser til at evnenivå er en meget valid prediktor i forhold til kognitivt funksjonsnivå. Denne typen psykometrisk undersøkelse av intelligens er en nødvendighet i forhold til å kunne oppnå en fullgod profilanalyse (Landrø, Sundet & Reinvang, 2000).

Funnene fra CPT-II antyder at PBR-gruppen har en bedre oppmerksomhetsfunksjon og er mindre impulsiv enn UBR-gruppen. Dette er viktige individuelle funksjoner å søke kunnskap om. I praksis avspeiler de evne til å planlegge og organisere tanker og aktiviteter, fastholde fokus og unngå å la seg avlede av uvesentlige ting. I tillegg sier også disse funksjonene noe om evne til å takle frustrasjon og modulere følelser slik at følelsesmessige reaksjoner samsvarer med utløsende årsak. Dette er funksjoner som ofte forbindes med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Brown (1998) fant i sin studie at 30 % av ADHD-populasjonen hadde et rusmiddelmissbruk, i motsetning til 14 % i normalpopulasjon. Dette indikerer en overrepresentasjon av ADHD eller ADHD-symptomer blant rusmiddelmissbrukere. ADHD er en kompleks tilstand hvor flere av symptomene muligens skyldes redusert evne til selvregulering. Enkelte uttrykker det slik: «Problemet er ikke å vite hva du skal gjøre, men å gjøre hva du vet.» Selvregulering stammer fra frontale styringsmekanismer, kalt eksekutive funksjoner. Disse eksekutive funksjonene innebærer hovedsakelig kognitive mekanismer som aktiveres i forkant av arbeidsoppgaver som skal gjennomføres (oppmerksomhet, hypotesedannelse, planlegging, fleksibilitet, reguleringsmekanismer, arbeidsminne etc.) (Lezak, 1982). En mulig forklaring på hvorfor det ble funnet forskjeller mellom eksperimentgruppene på WASI og CPT-II, kan være at en høyere andel pasienter i UBR-gruppen har redusert evne til selvregulering. Sagt på en annen måte, det kan være en tendens til at PBR-gruppen både vet hva de skal gjøre, og klarer å gjennomføre det rent praktisk, mens

UBR-gruppen til en viss grad vet hva de skal gjøre, men ikke klarer å omforme den kunnskapen til handling. Funnet fra matriser kan i særlig grad støtte dette, da UBR-gruppen her viser en alvorlig redusert evne til praktisk problemløsning. Man kan antyde at den kognitive prosesseringen eller informasjonsbearbeidingen er redusert hos UBR-gruppen. Noe av forklaringen på redusert kognitiv funksjon hos UBR-gruppen kan være større omfang av skade eller dysfunksjon på frontallappene. Styreprogrammer for iverksettelse av riktig atferd til rett tid og i rett situasjon dannes i frontallappene (Ornstein et al., 2000). Skader eller funk-

En rekke kognitive skader sees ved kronisk bruk av alkohol

sjonsforstyrrelser i frontallappene medfører nedsatt dømmekraft og planleggingsevne, urealistiske ambisjoner og begrenset innsikt. Avhengig av lokalisasjon sees forskjellige kombinasjoner av dårlig impulskontroll med ukritisk eller aggressiv atferd, eller tiltaksløshet og manglende evne til å omstille seg og endre fokus og strategi når det behøves (Ornstein et al., 2000). Større omfang av reduserte eksekutive funksjoner hos UBR som kan tilskrives frontallappskade eller ADHD-symptomer, kan være noe av forklaringen på forskjellene mellom UBR og PBR som ble funnet ved testing. I denne sammenhengen må det understrekes at dette er et svært komplisert felt, og at det er mye man ikke vet. Det poengteres derfor at ovennevnte funn kan tilskrives andre faktorer som ikke blir diskutert i denne artikkelen.

Sett i lys av risikofaktorer som overdose, alkoholmissbruk og hodetraumer er det ikke overraskende å finne redusert kognitiv fungering eller skade på frontallappene hos pasienter i LAR. Hypoksi eller utilstrekkelig oksygentilførsel av celler og vev i hjernen som følge av overdose kan føre til at celler dør. Slike diffuse skader er forbundet med svekkede kognitive egenskaper i form av redusert informasjonsprosessering, hukommelse, oppmerksomhet og resoneringsevne, særlig

ved abstrakt tenkning (Lezak, 1995). Alkoholavhengighet er ganske vanlig blant heroinmissbrukere (Darke & Ross, 1997). En rekke kognitive skader sees ved kronisk bruk av alkohol. Eksempler på slike skader kan være redusert oppmerksomhet, hukommelse og evne til å løse eller lære nye eller abstrakte oppgaver (Lishman, 1990). Forskning viser at de vanligste kognitive skadene som følge av hodetraumer er redusert informasjonsprosessering og vansker med ny læring. I tillegg vises noe redusert adaptiv evne og atferdskontroll (Tate, Fenelon, Manning & Hunter, 1991).

I tillegg kan man grovt sett legge til grunn at rusmidler kan påvises i urinen to til sju døgn etter avsluttet inntak. De to viktigste unntakene er cannabis og noen typer benzodiazepiner, som i en del tilfeller kan påvises i urinen vesentlig lenger. Dette betyr at deltakere i UBR-gruppen kan ha hatt rusmiddelbruk nokså nært i tid til testsituasjon, med mulig påvirkning av testresultater.

Personlighet

I UBR-gruppen ble det funnet en høyere forekomst av sannsynlig personlighetsforstyrrelse enn i PBR-gruppen (tabell 3). Av dette kan man antyde at tilstedeværelsen av en personlighetsforstyrrelse reduserer sjansen for en positiv behandlingsrespons i LAR. Tidligere forskning viser at personlighetsforstyrrelser predikerer dårlig behandlingsrespons og utfall, noe som inkluderer problemer med behandlingssalliansen, motstand mot forandring, mangelfull behandlingstilpassning og frafall (Van den Bosh, Verhuel, Schippers & Van den Brink, 2002).

Funnene i vår studie støttes av tidligere funn som viser at det er en særlig opphopning av personlighetsforstyrrelser blant misbrukere med blandingsmissbruk (Darke et al., 2004; Landheim et al., 2003). Antisocial personlighetsforstyrrelse er en av de vanligste komorbide tilstandene ved rusmiddelmissbruk (King, Kidorf, Stoller, Carter & Brooner, 2001). Denne lidelsen er forbundet med en svært dårlig behandlingsrespons (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay & Boardman, 1998; King et al., 2001). Det kan altså være en overrepresentasjon av antisocial personlighetsforstyrrelse blant pasientene i UBR-grup-

Det må tas hensyn til at en del pasienter i LAR ikke nødvendigvis har tilfredsstillende kognitive forutsetninger for å kunne motta og bearbeide informasjon som er essensiell for å lykkes med rehabiliteringen

pen. Dette støttes av funnet til Darke et al. (2004), som fant i et heroinmisbrukende utvalg at 71 % oppfylte kriteriene for en antisosial personlighetsforstyrrelse. Det er ingen grunn til å anta at denne populasjonen avviker særlig fra vår testpopulasjon. Med tanke på grad av risikoatferd hos denne gruppen kan det ikke utelukkes at personlighetsforandringer grunnet hodetraumer også kan være med på å forklare noen av funnene. I en gruppe pasienter med traumatisk hjerneskade registrerte Koponen, Taiminen, Portin og Himanen at 23 % oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse, noe som er betydelig mer enn i en normalpopulasjon (2002). Med hensyn til forskjellene både i kognitiv funksjon og personlighet som ble funnet mellom PBR og UBR, er det ingenting som tyder på at dette kan la seg forklare av skjevhet mellom gruppene på psykososiale mål. Pasientpopulasjonen oppfattes som svært homogen. Funn gjort av Belding, McLelland, Zanis og Incmikoski (1998) viste at det ikke forelå statistisk signifikante forskjeller på psykososiale mål mellom LAR-pasienter med uteblivende behandlingsrespons, definert av positive urinprøver på opiat, og pasienter som ikke testet positivt på opiat. Videre er det ikke sett nærmere på hvilken betydning kjønn og aldersfordeling kan ha hatt for våre funn; til dette anses utvalget å være for lite.

Implikasjoner

Det er fortsatt mye uvitenhet og mange fordommer i behandlingsapparatet om kognitive vansker, rus og personlighetspatologi, noe som kan være vanskelig å håndtere både for pasient og behandler. Kognitive vansker er en usynlig funksjonshemming som kan være vanskelig for omgivelsene å forstå. Av denne grunn kan det være nødvendig å undersøke kognitive funksjoner systematisk. I dette arbeidet kan man få satt ord på hvilke vansker man har. Det kan også belyse personlighetsmessige og psykiske variab-

ler som kan ha betydning for evnen til å nyttiggjøre seg LAR.

Hvis man som pasient i LAR har kognitiv svikt, er det viktig å finne strategier som hjelper en til å håndtere hverdagen. Hvilke strategier som er egnet, varierer fra person til person og er avhengig av alvorlighetsgrad. Det kan dreie seg om å lære seg nye rutiner som hjelper på hukommelsen, føre dags- og ukeplan, eller dele opp arbeidsoppgaver i mindre deler. Ovennevnte funn tyder på alvorlig nedsett kognitiv funksjon hos mange i denne pasientgruppen som følge av langvarig rusmiddelmissbruk. Dette kan også ha konsekvenser utover de nevnte områdene, for eksempel vurdering av kognitiv egnethet for bilkjøring ved mistanke om kognitiv svikt. Man vet ikke nok når det gjelder kjøreferdigheter ved kognitiv svikt.

Ved å kartlegge psykisk helse får man bakgrunnskunnskap når tiltak skal settes i verk. En person med personlighetsforstyrrelse kan ha overvekt av karaktertrekk som skaper problemer i konfliktsituasjoner, stressede livssituasjoner og i forholdet til andre mennesker og omgivelsene. Med kunnskap om tilstanden kan en ta hensyn til dette i forhold til hva man kan forvente når det gjelder boligsituasjon, jobb og mulighetene til å bygge sosiale nettverk.

Konklusjon

Dette kliniske pilotprosjektet antyder at det foreligger forskjeller i kognitiv funksjon og personlighetsstruktur mellom pasienter med positiv og uteblivende behandlingsrespons i LAR. Totalt sett er tendensen at gruppen med positiv behandlingsrespons presterer statistisk signifikant bedre enn gruppen med uteblivende behandlingsrespons på WASI. I tillegg har PBR-gruppen en bedre oppmerksomhetsfunksjon og er mindre impulsiv enn UBR-gruppen. I praksis kan disse funnene bety at det må tas hensyn til at en del pasienter i LAR ikke nødvendig-

vis har tilfredsstillende kognitive forutsetninger for å kunne motta og bearbeide informasjon som er essensiell for å lykkes med rehabiliteringen. I UBR-gruppen ble det videre registrert en høyere forekomst av sannsynlig personlighetsforstyrrelse enn i PBR-gruppen. Av det kan man anta at tilstedeværelsen av en personlighetsforstyrrelse er med på å redusere sjansen for en positiv behandlingsrespons i LAR. For å kunne gi LAR-pasienter et adekvat behandlingstilbud må kognitiv funksjon og psykisk helse være kartlagt.

Hensikten med denne studien var ikke å finne årsaker til ovennevnte funn. Det antydes allikevel at skade/dysfunksjon i frontallappene eller ADHD-symptomer kan forklare noen av forskjellene i kognitiv funksjon mellom PBR-gruppen og UBR-gruppen. Sett i lys av eksponeringsomfang for risikofaktorene for denne gruppen er dette ikke usannsynlig. Begrensninger i resultatenes generaliserbarhet ligger først og fremst i antallet pasienter som er inkludert i studien. Erfaringsmessig er det vanskeligere å rekruttere pasienter med positiv behandlingsrespons. Det er anbefalt at man gjør en studie med flere deltakere. Det vil da være interessant å også screene for ADHD. Selv om UBR-pasientene ikke ble testet i aktive rusperioder, kan man si at det generelt er vanskelig å avgjøre om forskjellen i kognitiv fungering skyldes at UBR-gruppen har et pågående rusmiddelmissbruk og PBR-gruppen er rusfri.

Jan Stubberud

Waldemar Thranes gate 47c, 0173 Oslo
Tlf 95104217
E-post jan.stubberud@sunnaas.no

Referanser

- Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R. & Booardman, C. R. (1998). Prediction of 7 months of methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 217–223.
- Belding, M. A., McLelland, A. T., Zanis, D. A. & Incmikoski, R. (1998). Characterizing «None re-

- sponsive» methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 485–492.
- Brooner, R. K., Schmidt, C. W., Felch, L. J. & Bigelow, G. E. (1992). Antisocial behaviour of intravenous drug abusers: Implications for antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 482–487.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T., Svrakic, D. M. & Wetzel, R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Centre for Psychobiology of Personality, St Louis, MO.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Conners, C. K. (2000). Conners Continuous Performance Test II computer program (CPT-II) for windows.
- Darke, S. & Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 135–141.
- Darke, S., Sims, J., McDonald, S. & Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95, 687–695.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M. & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence* 74, 77–83.
- Deary, I. (2000). *Looking down on human intelligence*. Oxford, UK: Oxford Psychological Series.
- Donovan, J. M., Soldz, S., Kelley, H. F. & Penk, W. E. (1998). Four addictions: The MMPI and discriminant function analysis. *Journal of Addiction Diseases*, 17, 41–55.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., Carter, J. M. & Brooner, R. K. (2001). Influence of antisocial personality subtypes on drug abuse treatment response. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 593–601.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R. & Himanen, L. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1315–1321.
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9, 8–17.
- Landrø, N. I., Sundet, K. & Reinvang, I. (2000). Psychological assessment in clinical neuropsychology in Norwegian. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 747–755.
- Lezak, M. A. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (1982). The problems of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281–297.
- Liraud, F. & Verdoux, H. (2000). Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? *Psychiatry Research*, 93, 63–72.
- Lishman, W. A. (1990). Alcohol and the brain. *British Journal of Psychiatry*, 156, 635–644.
- Mintzer, M. Z. & Stitzer, M. L. (2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 41–51.
- Mørland, J. (2000). Kjøring under påvirkning av andre medikamenter og andre rusmidler enn alkohol. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 2148–50.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behaviour of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183–188.
- Ornstein, T. J., Iddon, J. L., Baldacchino, A. M., Sahakin, B. J., London, M., Everitt, B. J. & Robbins, T. W. (2000). Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. *Neuropsychopharmacology*, 23, 113–126.
- Preiss, M. & Klose, J. (2001). Personality disorders through the C.R. Cloninger's theory. 37th *International Applied Military Psychology Symposium, Praha, 21. – 25.05.2001*, 175–181.
- Psychological Corporation (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale III*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Psychological Corporation (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Schindler, S., Ortner, R., Peternell, A., Eder, H., Opgenoorth, E. & Fischer, G. (2004). Maintenance therapy with synthetic opioids and driving aptitude. *European Addiction Research*, 10, 80–87.
- Tate, R. L., Fenelon, B., Manning, M. L. & Hunter, M. (1991). Patterns of neuropsychological impairment after severe blunt head injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 117–126.
- Van den Bosh, M. C., Verhuel, R., Schippers, G. M. & Van den Brink, W. (2002). Dialectical behaviour therapy of borderline patients with and without substance use problems. *Addictive Behaviours*, 6, 911–923.
- Vindedal, B., Steen, L. E., Larsen, B. & Knoff, R. H. (2004). *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*. Evalueringsrapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research*. Genève: World Health Organization.
- Zachny, J. P. (1995). A review of the effects of opioids on psychomotor and cognitive functioning in humans. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 3, 432–466.

Else Staw Bachmann ^{1,2}Olav Espegren ^{1,3}Anne Marie Willesen ¹

Erfaringer med metylfenidat-behandling (ritalin) hos pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. En retrospektiv journalstudie

Pasienter med ADHD og rusmisbruk trenger en behandlingstilnærming med et bredere fokus enn medikamenter. Rusmisbruk var i vårt studium vanligste årsak til behandlingsavbrudd. Et mindretall holdt seg rusfrie og fortsatte i langtids metylfenidat-behandling.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ICD 10) eller Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (DSM IV) er en lidelse med sammensatt etiologi (Barkley, 1997; Brown, 2000). Studier viser at lidelsen er nevrobiologisk og genetisk forankret (El-Sayed, 2002; Faraone et al., 1998; Lowe et al., 2004). Lidelsen fører ofte til stor nevropsykologisk symptombyrde (Spencer et al., 2002; Wilens, Biederman & Spencer, 2002). Kjernesymptomene er problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, hyperaktivitet og impulsivitet. I voksen alder blir ADHD-symptomene ofte mer «skjulte» og internaliserte med indre rastløshet og uoppmerksomhet, i motsetning til atferdssymptomer som hyperaktivitet og grovmotorisk uro i barnealder (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Wood, Lovejoy & Ball, 2002). I lys av den-

ne viten blir ADHD-diagnosen nå sett på som en livsløpslidelse og en varig funksjonssvikt og ikke lenger bare som en barnediagnose.

Voksne med en ADHD-diagnose har uavhengig av eventuelle andre psykiske lidelser dobbelt så stor risiko for utvikling av rusproblemer som voksne uten en slik diagnose (Biederman et al., 1995; Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1998; Wilens, 2004). Voksne med ADHD begynner med rusmidler i gjennomsnitt ca. tre år tidligere enn voksne uten ADHD, og bruken synes mer alvorlig og langvarig (Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997; Wilens, Biederman & Mick, 1998). Tilsvarende beveger voksne med ADHD seg raskere fra alkoholmisbruk til stoffmisbruk enn voksne uten ADHD (Wilens et al., 1997; Wilens, et al., 1998). Det er estimert at 15 til 25% av voksne med en avhengighetsdiagnose innenfor alkohol og eller stoff har ADHD (Wilens, 2004). Norske tall fra Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst viser en forekomst av rusproblemer på 26% hos voksne

med ADHD. En studie fra Trondheim kretsfengsel og en annen studie fra et ungdomsfengsel i Tyskland viser en forekomst av ADHD på henholdsvis 21,7 og 30% hos innsatte (Rasmussen, Almvik & Levander, 2001; Retz, Reutz, Hengesch, Schneider, 2004).

Store personlige og samfunnsmessige problemer kan bli konsekvensen av ADHD. Dette er knyttet til problemer på skole, med å holde på en jobb, avhengighet av rusmidler, kriminalitet og komorbide psykiske lidelser (Babinski, 1999; Satterfield, 1997; Thompson, Riggs, Mikulich & Crowley, 1996; Murphy & Barkley, 1996).

Gyldigheten av ADHD-diagnosen hos voksne og behandling av denne er tema for diskusjon både i massemediene og i fagmiljøer, og det foreligger omfattende litteratur på dette feltet (Barkley, 2002; Biederman, 2000; Brown, 2000; Hechtman, 1999; Mannuzza & Klein, 2000; Spencer et al., 1998). Internasjonal forskning konkluderer med at god kunnskapsbasert praksis i dag er å behandle ADHD medikamentelt også hos voksne (Aanonsen, 2000).

¹ Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF

² DPS Solvang, Sørlandet Sykehus HF

³ Loland behandlingssenter, Borgestadklinikken BA

Denne studien er den første som vi kjenner til i Norge som omfatter gruppen ADHD og komorbid rusmisbruk

Førstevalget for medikamentell behandling av ADHD er sentralstimulantia (Aanonsen, 2000). Det foreligger noen få kontrollerte effektstudier av metylfenidat på voksne (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano & Biederman, 2004; Biederman & Spencer, 2002). Pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler ble ekskludert fra disse studiene på grunn av faren for misbruk og tvil knyttet til effekt, da rusmisbruk ikke kan kombineres med samtidig behandling med sentralstimulerende medikamenter.

Wilens (2004) fremhever betydningen av et «behandlingshierarki» hvor han anbefaler at man først behandler de symptomene som er mest fremtredende, og da i første rekke stabilisering av rusmisbruk. Han vektlegger betydningen av et multimodalt fokus, hvor både medikamenter og psykoterapi blir viktig i behandlingen av pasienter med ADHD og kombinert rusmisbruk.

Sentralstimulerende legemidler er registrert som narkotika. Bruk av sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD har på særskilte vilkår vært tillatt i Norge siden 1997, forutsatt godkjenning av diagnose og behandlingstiltak ved ett av tre regionale sakkyndige team. Sakkyndige team var et resultat av at Statens helsetilsyn, og Sosial- og helsedirektoratet ønsket å kvalitetssikre diagnostikk og behandlingstiltak ved å opprette ressursteam. Disse ressursteamene skulle blant annet bidra til å kvalitetssikre bruken av sentralstimulerende legemidler. Dette gjaldt også behandling med metylfenidat av pasienter med ADHD og kombinert rusmisbruk. Tilbud om behandling forutsatte minst tre måneders rusfrihet dokumentert ved hjelp av urinprøver før oppstart på metylfenidat. Det ble gitt behandlingstillatelse i Helseregionene Sør og Øst kun for metylfenidat og ikke for sentralstimulerende legemidler inneholdende amfetamin. Dette ble begrunnet i at amfetamin har et betydelig misbrukerpotensial, og er etterspurt til illegalt forbruk i rusmiljø i større grad enn metylfenidat. Sakkyndige team avsluttet sitt virke i 2003, og det er nå opp til den enkelte legespesialist å behand-

le pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. Den enkelte legespesialist må søke om særskilt foreskrivingsrett fra fylkeslegen.

Det finnes per i dag lite viten om nytten og effekten av medikamentell behandling av ADHD hos pasienter med komorbid rusmisbruk. Klinisk erfaring fra medikamentell behandling for denne gruppen med komorbid rusmisbruk er at noen synes å ha god nytte av slik behandling, mens andre har mindre nytte. I perioden hvor Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst fortsatt hadde sitt virke, ønsket Sørlandet sykehus, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Ruspoliklinikken å se nærmere på behandlingsresultatene for pasienter i metylfenidat-behandling. Hovedfokus var på gruppen av pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. For å belyse behandlingsforløpet til disse pasientene ble det gjort en retrospektiv journalstudie av alle henviste pasienter med ADHD til Ruspoliklinikken ved Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

Målsettingen var:

- Å beskrive karakteristika og psykisk helse hos en pasientgruppe med ADHD og komorbid rusmisbruk
- Å belyse utfordringer som pasienter og behandlingssystemet møter i behandlingen av pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk
- Å studere forskjeller og likheter mellom de pasienter som over tid (cut-off satt til ett år) forsetter med behandling, og de som avbryter metylfenidat-behandling

Materiale og metode

Den retrospektive journalundersøkelsen ble foretatt høsten 2002 av samtlige 53 henviste pasienter fra primærhelsetjenesten i perioden januar 1998 til desember 2000. Inklusjonskriterier var at alle disse var utredet for ADHD ved Ruspoliklinikken, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus, Kristiansand. I tillegg var alle blitt vurdert i samme tidsrom for behandlingsutprøving med metylfenidat av Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst.

Det fremkom to grupper ADHD-pasienter, en med og en uten komorbid rusmisbruk. Inntak av pasienter uten rusmisbruk skyldtes lokale forhold hvor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste de første årene ikke hadde begynt utredning og behandling av ADHD. Dette ble derfor midlertidig utført ved Ruspoliklinikken. Alle ADHD-pasienter fikk tilbud om behandling med metylfenidat i kombinasjon med rådgiving, samtale, og ev. henvisning til institusjon.

Behandlingstilnærmingen til Ruspoliklinikken var i begynnelsen tilrettelagt etter diagnosen ADHD og mindre etter pasientens funksjon. Dette endret seg med mer klinisk erfaring, og etablering av et ADHD-prosjekt hvor målgruppen var pasienter med ADHD og rusmisbruk. Man erfarte at ADHD-diagnosen alene ikke var avgjørende for hva pasienten trengte av bistand og oppfølging. Det vil si at det ikke kan gis en «standardpakke» for alle pasienter med ADHD og rusmisbruk; behandlingen må tilpasses individuelt og ha et multimodalt fokus hvor pasientens funksjonsnivå vektlegges.

På bakgrunn av at ADHD er en livsløpslidelse, ble behandlingen med metylfenidat tilpasset med et langsiktig perspektiv. I denne artikkelen er «cut-off» for langvarig behandling satt ved metylfenidat-behandling i minimum ett år.

Et nominelt kartleggings skjema ble benyttet ved gjennomgang av samtlige journaler

Kartleggings skjemaet ble designet slik at fokus var rettet mot å innhente de mest objektive funn fra journalene, som alder, kjønn, innkodede diagnoser, resultater og skårer fra standardiserte verktøy, antall år med rusmisbruk, mest brukte rusmidler, og annen informasjon om rusmiddelinntak.

Antall diagnoser ble talt opp per pasient, det vil si at en pasient kunne ha flere diagnoser innenfor et diagnosekapittel i ICD-10. Uavhengig av hverandre gikk to personer vekselvis igjennom aktuelle opplysninger i hver enkelt journal. Dette var for å optimalisere reliabiliteten i informasjonen som ble innhentet fra journalene.

Felles gjennomgang av data ble gjennomført og konsensus nådd der det var forskjeller i resultatene mellom de to innsamlede rådatakildene.

Data fra journalmaterialet inneholder også utfylt scoringsverktøy for funksjonsvurdering. Symptom Check List (SCL-90-R) er et spørreskjema for selvrappotering av symptomer og problemer de siste syv dagene (Derogatis, 1992). Det rapporteres her bare global skåre (GSI). Ved flere registrerte SCL-90 skjemaer i pasientjournalen ble det tatt utgangspunkt i verdien fra det sist registrerte skjemaet.

Skjema for responsvurdering av sentralstimulerende legemiddel er utarbeidet av Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst (Lensing, personlig meddelelse, august 2004). Her ble ulike atferdsmål som hyperaktivitet, impulsivitet, irritabilitet/kort lunte, oppmerksomhet, struktur/organise-

ring, uro/rastløshet, distraherbarhet, og global vurdering (gjennomsnittet av alle syv atferdsmål) vurdert av pasienten selv med gradering fra 0 (ingen effekt) til 4 (veldig god effekt). Den siste registrering for denne selvrappoterte responsvurderingen ble tatt med, og rapporteres som «global responsvurdering».

Statistisk analyse

Oversikt over datamateriale blir presentert deskriptivt ved enkle bivariate krystabeller. Det presenteres antall og enkle prosenter, samt gjennomsnitt for gruppene når det gjelder symptombyrde. Datamaterialet er delt inn i to hovedgrupper: gruppen med ADHD og komorbid rusmisbruk som fikk metylfenidat, og de som ikke startet i slik behandling. I gruppen som fikk metylfenidat, skiller vi mellom de som mottok behandling over lang tid, i minst ett år, og de

Tabell 1. Karakteristika ved vår pasientpopulasjon; fordelt på gruppen med og gruppen uten komorbid rusmisbruk. Faktiske antall og (%).

	ADHD med rusmisbruk n = 36	ADHD uten rusmisbruk n=17	Total n=53
Kjønn:			
– Menn	28 (78%)	10 (59%)	38 (72%)
– Kvinner	8 (22%)	7 (41%)	15 (28%)
Alder, år, spredning	27,19–44	33, 19–48	29, 19–48
Antall fullførte skoleår Gj.snitt, spredning	9, 7–11	10, 9–12	9, 9–12
Bor alene uten partner/nettverk	24 (67%)	3 (18%)	27 (51%)
Viktigste inntektsgrunnlag:			
– Off. stønader	27 (75%)	8 (47%)	35 (66%)
– Arb. Inntekt	4 (11%)	8 (47%)	12 (23%)
Kriminalitet (to eller flere dommer)	19 (53%)	0	19 (36%)
F 20–29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	4 (11%)	2 (12%)	6 (11%)
F 30–39. Affektive lidelser (stemningslidelser)	23 (64%)	14 (82%)	37 (70%)
F 40–49. Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	26 (72%)	7 (41%)	33 (62%)
F 50–59. Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	1 (3%)	0	1 (2%)
F 60–69. Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	12 (33%)	1 (6%)	13 (24%)
F 70–79. Utviklingshemning	1 (3%)	0	1 (2%)
F 91–98. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	15 (42%)	2 (12%)	17 (32%)

ABSTRACT

Methylphenidate: treatment of drug addicts with ADHD

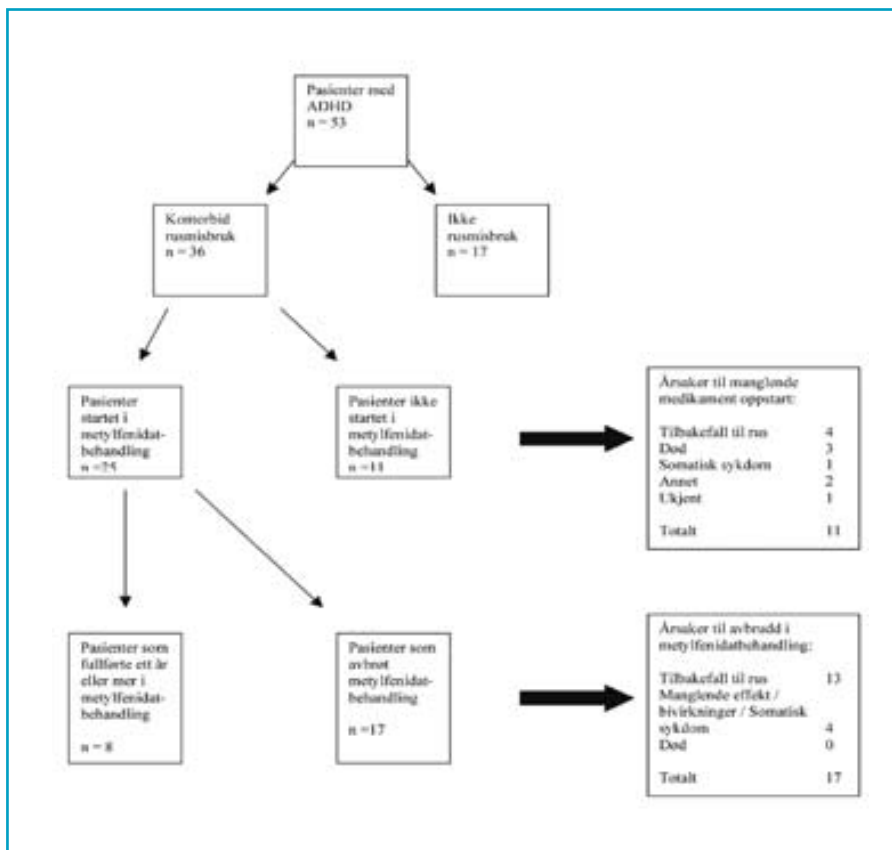
Persons who have both an Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and a drug addiction problem, are typically neglected in terms of adequate treatment and research. This retrospect journal investigation aims at describing characteristics and «symptom burden» in a group of patients with comorbid ADHD and drug addiction. Differences between patients with long-term (one year or longer) methylphenidate treatment versus those who discontinue such treatment are highlighted. Eight patients (32%) with comorbid drug addiction continued methylphenidate treatment for a minimum of one year. The study showed a gradient comprising more drug use, psychiatric comorbidity and dysfunctional behaviour among those who did not fulfil the criteria for methylphenidate treatment, compared with those who continued long term treatment. The importance of a broader approach beyond pharmacological treatment of patients with combined ADHD and drug addiction is discussed.

Keywords: ADHD, drug addiction, methylphenidate treatment

som avbrøt behandlingen tidligere. En forløpsanalyse presenteres i form av en Kaplan-Meyer-kurve. Dette er brukt som en visuell fremstilling og sammenligning av forekomst av behandlingsavbrudd i metylfenidat-behandling i løpet av ett år for pasienter med og uten rusmisbruk. På grunn av lavt antall deltagere i gruppen ble det ikke lagt vesentlig vekt på formelle statistiske tester.

Resultat

Det er totalt 28% kvinner i datamaterialet, og alderen på pasientene varierte fra 19 til 48 år, se tabell 1. Som en tendens er menn relativt sett noe overrepresentert i gruppen ADHD og rusmisbruk. I gruppen av pasienter med ADHD og rusmisbruk sees en stor andel mottakere av offentlige stønader, over halvparten hadde to eller flere dommer, og et stort antall bodde alene uten partner eller nettverk. En betydelig andel i denne gruppen oppfylte også diagnosekriteriene for nevrotiske lidelser 72% (F 40–49), personlighets- og atferdsforstyrrelse 33% (F 60–69) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser 42% (F 91–98).



Figur 1. Flytskjema. Fordeling av pasienter inkludert i studien

I pasientgruppen med ADHD uten rusmisbruk synes det å være en høyere gjennomsnittsalder, i tillegg sees mindre bruk av offentlige stønader, større grad av sosialt nettverk og mindre kriminell atferd, se tabell 1.

I pasientgruppen med komorbid ADHD og rusmisbruk samlet oppfylte ni pasienter kriteriene i ICD-10 for skadelig rusmiddelbruk, mens 27 pasienter oppfylte kriteriene for rusmiddelavhengighet for ett eller flere stoffer. 32 av 36 pasienter rapporterte bruk av sprøyter, og 34 pasienter rapporterte bruk av multiple rusmidler hvor de mest brukte rusmidlene var i rekkefølge: sentralstimulerende midler, cannabis, deretter alkohol og benzodiazepiner, deretter opioider. Det var to pasienter som kun brukte alkohol. Gjennomsnittlig debutalder for rusmidler i denne gruppen samlet var 13 år.

Figur 1 viser en oversikt over alle de inkluderte pasientene; sytten av pasientene med ADHD hadde ikke komorbid rusmisbruk. Av de 25 pasientene som startet i me-

tylfenidat-behandling, fullførte kun åtte pasienter minimum ett år. Elleve pasienter startet ikke i behandling.

Fortsatt rusing og manglende oppfylging av kriteriet om 3 måneders rusfrihet dominerer som årsak til manglende behandlingsstart, se figur 1. Kjennetegn ved gruppen som ikke startet, var at de hadde en rusmiddelkarriere som startet tidlig; de var mellom 9 og 14 år. Alle brukte sprøyter, i tillegg til at de brukte mer enn ett rusmiddel, hvor de mest brukte rusmidlene var i rekkefølge: benzodiazepiner, deretter cannabis og sentralstimulerende og deretter alkohol og opioider. Ti pasienter oppfylte kriteriene for diagnosen avhengighet i ICD-10, syv pasienter hadde to eller flere dommer. Tre av disse døde i løpet av perioden 2000–2002.

De som døde, var to menn og en kvinne, gjennomsnittsalder på disse var 25 år. Dødsårsakene var en bilulykke, et selvmord og en med lungeemboli etter overdose med narkotika. I tillegg fant vi i denne gruppen omfattende psykiske tilleggsbelastninger

hvor de mest fremtredende var nevrotiske lidelser (82%) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (54%).

Åtte pasienter (32%) i gruppen med komorbid rusmisbruk fullførte metylfenidatbehandling i minst ett år. Tilbakefall til rusmisbruk var den klart dominerende årsaken til frafall. Subjektiv manglende opplevelse av effekt eller bivirkninger utgjorde andre årsaker til frafall i behandling, se figur 1.

Som det fremgår av tabell 2, rapporterer pasienter som hadde behandlingstid over ett år, lavere symptombyrde på en global responsvurdering for de ulike ADHD-symptomene enn pasienter som avbrøt behandlingen. Gruppen med lav selvrapportert symptombyrde (pasienter som fullførte minst ett år i behandling) gjennomførte i gjennomsnitt nesten syv ganger lengre behandling (695 dager versus 103 dager) enn pasienter som rapporterer en høyere symptombyrde (pasienter som avbrøt behandlingen før ett år). I gruppen med rusmisbruk som avbrøt behandlingen, sees en større forekomst av atferdsforstyrrelser og kriminalitet enn i gruppen som fortsatte i behandling. Når det gjelder symptombyrde målt ved SCL-90 GSI, er det ingen vesentlig forskjell mellom de to gruppene, målt i behandlingsforløpet.

Av tabell 3 fremgår det at gruppen som avbrøt metylfenidat-behandlingen, hadde en lavere debutalder på rusmidler, flere hadde avhengighetsdiagnose, og et større antall brukte multiple rusmidler enn pasienter som fortsatte minst ett år i behandling.

Gjennomgang av journaler synes ikke å vise at det er en klar sammenheng mellom seponering av metylfenidat og uteblivelser fra timeavtaler ved Ruspoliklinikken. Dette synes å vise at pasienter som seponerte medisineren, i like stor grad fortsatte å komme til behandling. Pasienter som fullførte minst ett år i behandling, hadde en ritalin-dosering som varierte fra 30 til 80 mg, mens de som avbrøt behandling, hadde en ritalindosering mellom 15 og 80 mg, noe som viser at det ikke var vesentlig forskjell mellom gruppene.

Figur 2 viser at gruppen med ADHD uten komorbid rusmisbruk i større grad gjennomførte minst ett år i behandling enn gruppen som i tillegg hadde rusmisbruk. Pasientgruppen med rusmisbruk hadde et

Tabell 2. Karakteristika ved to grupper ADHD-pasienter med komorbid rusmisbruk

	Pas. fortsatt i behandling etter 1 år n = 8	Pas. Avbrutt behandlingen før 1 år. n = 17
Kjønn: – Menn – Kvinner	5 (63%) 3 (38%)	14 (82%) 3 (18%)
Alder, år, spredning	28, 19–44	27, 19–43
Ant.fullførte skoleår Gj.snitt, spredning	9, 9–11	9, 7–9
Bor alene uten partner, nettverk	6 (75%)	13 (76%)
Viktigste inntektsgrunnlag: – Off.stønader – Arb.inntekt	6 (75%) 1 (12%)	14 (82%) 1 (6%)
Kriminalitet (to eller flere dommer)	2 (25%)	10 (59%)
F 20–29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1 (13%)	2 (12%)
F 30–39. Affektive lidelser (stemningslidelser)	6 (75%)	13 (76%)
F 40–49. Nevrotiske, belastningsrelaterede og somatoforme lidelser	7 (88%)	10 (59%)
F 50–59. Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0	0
F 60–69. Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	3 (38%)	6 (35%)
F 70–79. Utviklingshemning	1 (13%)	0
F 91–98. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	2 (25%)	7 (41%)
Gj.snitt ant.dager i ritalinbehandling. Antall, spredning:	695, 515–1030	103, 10–275
Global responsvurdering, gj.snitt	3,1	1,5
SCL-90 R, GSI, gj.snitt	1,3	1,2

stort frafall i oppstartfasen av behandlingen med metylfenidat (36%), det vil si de to første månedene.

Diskusjon

Pasienter med kombinasjonen ADHD og rusmisbruk er en heterogen gruppe vanligvis med både tung rusbelastning og omfattende psykiske tillegglidelser, mye atferdsproblematikk i form av kriminalitet, samtidig som de har et lite sosialt nettverk. Et flertall lever av offentlige stønader. Gruppen sett under ett hadde et stort frafall både i begynnelsen av og underveis i metylfenidat-behandlingen. Hovedårsak til avbrutt behandling var dominert av tilbakefall til rusing. Det samsvarer godt med klinisk erfaring at de fleste av disse pasientene har gjentatte tilbakefall til rusing.

Imidlertid var det nær en av tre 32% (8/25) som fullførte langvarig metylfenidat-behandling i ett år eller mer. Gruppen som fullførte ett år eller mer i metylfenidat-behandling, rapporterte lavere symptombyrde på et global respons-mål for ulike ADHD-symptomer enn gruppen som avbrøt behandlingen. Det var ikke noen vesentlig forskjell mellom gruppene når det gjaldt ritalindosering eller fremmøteprosent til timeavtaler.

Rusmisbruk er vanlig blant pasienter med ADHD. Samtidig har pågående rusmisbruk blitt sett på som en kontraindikasjon for behandling med sentralstimulerende midler, slik at denne gruppen ofte har blitt utelukket ikke bare fra behand-

Tabell 3. Sammenligning av tre grupper ADHD-pasienter

	Rusgruppe, ikke startet i metylfenidat-behandling n = 11	Rusgruppe, stått over ett år i metylfenidat-behandling n = 8	Rusgruppe, mindre enn ett år i metylfenidat-behandling n = 17
Avtalte polikliniske møter, gjennomsnitt	35	29	17
Pasientens oppmøte til avtale, gjennomsnitt	29	26	14
Andel oppmøte/antall avtaler i%	83%	90%	82%
Debutalder på rusmidler Gj.snitt og spredning	12, 9–14	17, 12–39	13, 10–18
Sprøytebruk, antall	11	7 (88%)	14 (82%)
Rusbelastning, antall – skadelig bruk – avhengighet	1 (9%) 10 (91%)	4 (50%) 4 (50%)	4 (24%) 13 (76%)
Multiple rusmidler, antall Ett rusmiddel, antall	11 1	7 (88%) 1 (13%)	16 (94%) 1 (6%)
Antall i fengsel ved oppstart		1 (12%)	0

For gruppen av pasienter som greier å holde seg rusfrie, kan metylfenidat-behandling fungere godt

lingstilbud, men også fra forskning på ADHD. I tillegg til rusmisbruk har disse pasientene ofte flere psykiske tilleggsgdiagnoser, noe som tydeliggjør kompleksiteten i pasientgruppen.

Av de 11 pasientene som ikke kvalifiser-te for metylfenidat-behandling, var tilbakefall til rus (36%) og død (27%) de viktigste årsakene til manglende oppstart. Disse pasientene hadde fått tilbud om flere polikliniske møter enn de andre to gruppene, og hadde ikke et lavere oppmøte enn rusgruppen som avsluttet behandlingen før det var gått ett år. Det som synes å skille denne gruppen fra de to andre, var høy dødelighet, stor kriminell belastning og mer symptomatologi når det gjaldt rus og psykisk helse. Denne gruppen var den tyngste av de tre gruppene, og den som var mest utfordrende å fange opp for eventuelt å tilrettelegge et medikamentelt tilbud.

I rusgruppen var det et frafall på 36% de første to månedene i metylfenidat-behandling, og til sammen var det et frafall på 68% i løpet av det første året i behandling. Hovedårsaken var tilbakefall til rus (13/17). Til tross for at 15 pasienter under oppstartfasen enten var i institusjon eller i fengsel, fortsatte kun tre av disse ett år i metylfenidat-behandling. Dette resultatet, i tillegg til en stor tendens i rusgruppen for tilbakefall til rus, peker på økt behov for struktur og rammer også etter utskriving fra institusjon / løslatelse fra fengsel. Dette viser betydningen av å ta høyde for gjentatte tilbakefall til rus i planleggingen for å sikre at pasientene ikke faller ut av behandlingen. I denne sammenhengen blir det viktig å fokusere på at metylfenidat-behandling i seg selv ikke løser rusproblemet.

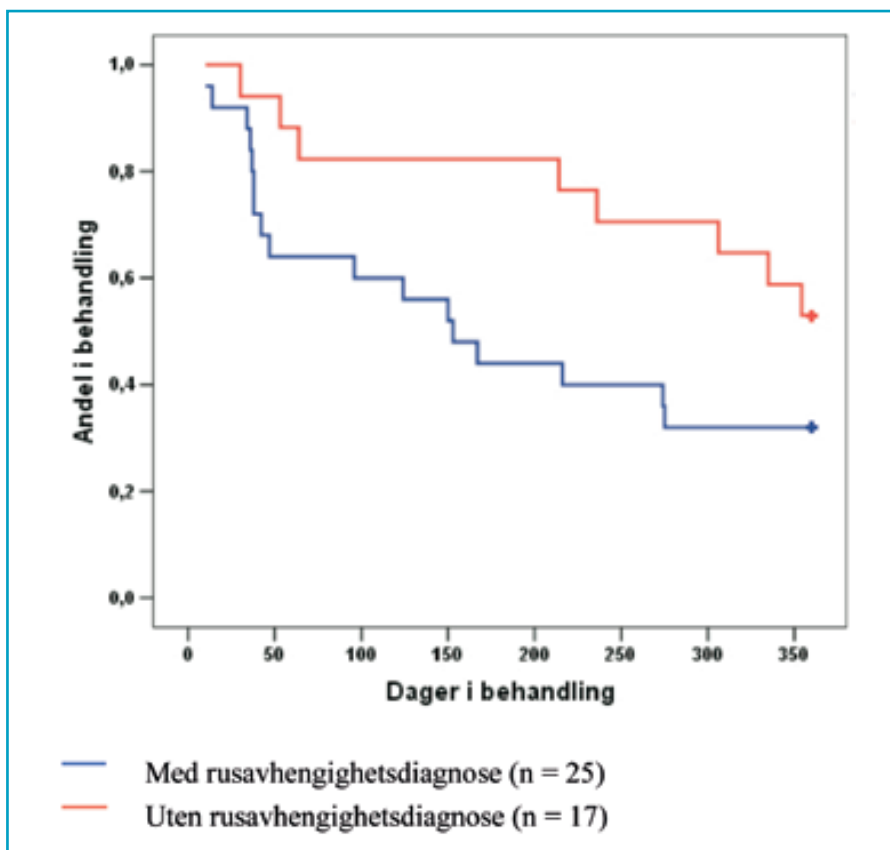
Våre erfaringer tilsier at selv om man behandler grunnlidelsen ADHD, er ikke

uten videre rusproblemet løst. Det synes nærliggende å betrakte disse som to separate lidelser som påvirker hverandre i negativ retning. Dette er det viktig å ta hensyn til i planleggingen av videre behandling, slik at disse lidelsene kan behandles parallelt, noe som både kan virke positivt på pasienten og virke direkte og indirekte skadeforebyggende på samfunnet.

Rusgruppen i denne studien har en høy kriminell belastning (53%), og Ruspoliklinikken praktiserer oppsøkende virksomhet i fengsel for henviste pasienter. Dette er viktig, da forskning viser at 21,7 til 30% av innsatte har ADHD (Rasmussen, Almvik & Levander, 2001; Retz, Reutz, Hengesch, Schneider, 2004). Våre resultater viser at behandlingsapparatet har en stor utfordring med å komme i posisjon til pasienter med rusmisbruk når det gjelder å kartlegge, utrede og behandle for en ADHD. Kartlegging i poliklinikk er avhengig av pasientenes oppmøte, deres evne til å holde seg rusfrie, og i denne sammenhengen ta regelmessige urinprøver. Det synes derfor viktig å ha realistiske målsettinger og å tilrettelegge behandlingstilnærmingen etter pasientenes rusmisbruk og tilleggspromatikk.

Det fremkommer en klar funksjonsgradient gjennom dette datamaterialet hvor, ikke overraskende, pasientene med ADHD uten rusmisbruk har minst psykisk tilleggslidelse og dyssosial atferd. Disse klarer seg også best i langvarig og stabil metylfenidat-behandling. Gruppen med ADHD og komorbid rusmisbruk viste seg å være en heterogen gruppe, med en variasjon i funksjon mellom tre grupper: de ca. 1/3 som klarte å være i langvarig metylfenidat-behandling i minimum ett år, de som avbrøt slik behandling, og de som ikke klarte å fylle kriterier for behandling. Både alvorligheten av rusmisbruk, komorbid psykisk lidelse og dyssosial atferd følger samme mønster, med mest symptomer i gruppen som ikke oppfylte kriterier for behandling, og minst symptomer i gruppen som fullførte langvarig behandling. Gruppen som avbrøt behandlingen, er i en posisjon mellom disse to ytterpunktene.

På vår Ruspoliklinikk vektlegger vi nå mer rehabilitering og tilrettelegging etter



Figur 2. Retensjon i behandling med metylfenidat hos pasienter med ADHD. Disse er delt i gruppe med og uten rusavhengighet (n = 42), p = 0.08 (log rank test).

Pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler ble ekskludert fra tidligere studier på grunn av faren for misbruk og tvil knyttet til effekt

pasientens funksjon enn behandling kun etter ADHD-diagnosen alene. Målsettingen for dette er å ha et bredere fokus på tiltak/bistandsbehov utover det medikamentelle. Det er etablert et ADHD-kompetanseteam som har som målsetting å praktisere tilrettelegging/koordinering av tjenester samt veiledning, rådgivning og undervisning om ADHD overfor pasienter, kommuner og aktuelle aktører rundt den enkelte pasient.

Retrospektive studier har kjente begrensninger med hensyn til datakvalitet, og manglende tilgang til direkte pasientinformasjon. Journalopplysninger som hentes ut retrospektivt som i denne studien, er data som er registrert fortløpende som en del av den kliniske rutine, og ikke nødvendigvis gjennom standardiserte rutiner, som er mer vanlig for forskningsprosjekter. Vårt datagrunnlag er basert på 3 års tilfang av pasienter som kom i kontakt med vår Ruspoliklinikk for ADHD-utredning og behandling. Vi har valgt å presentere data som i hovedsak var basert på ferdigkodete variabler fra journalene, og ikke informasjon som forskerne skulle tolke for etterpå å kategorisere. Det ble gjort med det formål å presentere mest mulig reliable data. Andre variabler som bedre beskriver «nytte» av behandling og som beskriver behandlingstiltak iverksatt i behandlingsforløpet, vurderes som viktige å inkludere i en eventuell fremtidig studie. Vi har ingen informasjon som tilsier at dette pasientgrunnlaget og disse resultatene skal være vesentlig forskjellig fra hva som kan finnes i andre tilsvarende populasjoner av ADHD-pasienter i Norge.

Denne studien er den første som vi kjenner til i Norge som omfatter gruppen ADHD og komorbid rusmisbruk. Studien har i hovedsak et deskriptivt format. Studien vil kunne danne grunnlag for fremtidige studier, fortrinnsvis med en prospektiv design og et større utvalg.

Konklusjon

En av tre pasienter i denne normalt ekskluderte gruppen fortsetter i metylfenidat-behandling i ett år eller mer. Disse pasientene velger selv å fortsette i langtidsbehandling

med strenge kontrollrutiner over tid, noe som kan sees som et indirekte mål på at de opplever behandlingen som nyttig.

Den mest utfordrende pasientgruppen i denne studien var de 11 pasientene som ikke startet i metylfenidat-behandling. Et viktig spørsmål synes å være om det hadde vært mulig å legge til rette slik at flere av disse pasientene hadde oppfylt kriteriene for behandling, og også beholdt flere av de pasientene som avbrøt langvarig behandling.

Pasienter med ADHD og rusmisbruk er en kompleks og ressurskrevende gruppe hvor ensidige medikamentelle tiltak alene ikke er tilstrekkelige. For å øke sjansen for at denne pasientgruppen både skal oppfylle kriterier for behandling og samtidig nyttiggjøre seg medisinsk behandling, blir det viktig med flere innfallsvinkler og behandlingsperspektiver.

Metylfenidat-behandling er ikke alene et «forløsende» behandlingstilbud for alle som har ADHD og komorbid rusmisbruk. For den mest stabile mindretallsgruppen av pasienter er dette en behandling som kan fungere godt. For gruppen med mest uttalt rusmisbruk, og som ikke klarer kravet om rusfrihet før oppstart, må fokus for behandling primært være rettet mot andre tiltak.

Else Staw Bachmann

Sørlandet sykehus HF
Solvang DPS
Løkkeveien 24
4616 Kristiansand S.
Tlf. 38 17 48 00
Fax 38 17 48 10
E-post else.bachmann@sshf.no (arbeid)
E-post mabachma@online.no (privat)

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM - IV)*. Washington D.C.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10–15.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816–818.
- Biederman, J., Spencer, T. (2002). Methylphenidate in treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder*, 6, 101–107.
- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. (1998). Does Attention-Deficit Hyperactivity Disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Society of Biological Psychiatry*, 44, 269–273.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J. & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652–1658.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and comorbidities in children, adolescent and adults*. Washington, D C: American Psychiatric Press.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- El-Sayed, M. E. (2002). *Brain maturation, cognitive tasks, and quantitative electroencephalography: A study in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Doktoravhandling. Departementet of woman and child health, child and adolescent psychiatric unit, Karolinska Institutet i Stockholm.
- Faraone, S. V. & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 951–958.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 25–29.
- Hechtman, L. (1999). Predictors of long term outcome in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 1039–1051.
- Lowe, N., Kirley, A., Hawki, Z., Sham, P., Wickham, H., et al. (2004). Joint analysis of the DR5 marker concludes association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *The American Journal of Human Genetics*, 74, 348–356.
- Mannuzza, S. & Klein, R. E. (2000). Long-term prognosis in Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 711–726.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393–401.
- Rasmussen, K., Almvik, R. & Levander, S. (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, read-

- ing disability, and personality disorders in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186–193.
- Retz, W., Junginger-Retz, P., Hengesch, G., Schneider, M., et al. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of youth male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 201–208.
- Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst (2004). *Utpøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. Erfaringer fra prøveperioden oktober 1997 til august 2003*. Ullevål universitetssykehus: Avdeling for voksenhabilitering – medisinsk divisjon.
- Satterfield, H. & Schell, A. (1997). A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1726–1735.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., et al (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434–443.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35, 409–432.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens T. E. & Faraone, S. V. (1998). Adults with attention deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 59–68.
- Spencer, T., Mick, E. & Faraone, S. V (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816–818.
- Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E. & Faraone, S.V. (2002). Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63, 3–9.
- Stovner, A. M., Wyller, T. B., Skulberg, A., Os, L. & Korsmo, G. (1996). Behandling av hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt med amfetamin. Erfaringer med fem voksne sikringsfanger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 116, 2002–2005.
- Thompson, L. L., Riggs, P. D., Mikulich, S. K. & Crowley, T. J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325–345.
- Wilens, T. E. (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs*, 63, 2395–2411.
- Wilens, T. E. (2004). Impact of AD/HD and its treatment on substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 38–45.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Mick, E. (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions*, 7, 156–163.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with early onset substance use disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475–482.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113–131.
- Woods, P. E., Lovejoy, D. W. & Ball, J. D. (2002). Neuropsychological characteristic of adults with ADHD: A comprehensive review of initial studies. *The Clinical Neuropsychologist*, 1, 12–34.
- World Health Organisation. (1992). *Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. Århus: WHO.
- Aanonsen, N. O. (2000). *ADHD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Mer enn medisiner

Sørlandet sykehus har prøvd ut behandling av AD/HD med sentralstimulerende midler og opiatavhengighet med metadon – samtidig

Av MARIA WATTNE

Resultatene er positive, men det skal mer til for å mestre livet, konkluderer prosjektlederen, psykiater Olav Espegren.

Ville kombinere

Allerede i 1996 ble den første pasienten ved Sørlandet sykehus (Ruspoliklinikken) i Kristiansand utredet for AD/HD. Det ble raskt klart at disse pasientene trengte flere tiltak enn det vanlig poliklinisk behandling kunne tilby, og statlige midler ble søkt til et prosjekt. AD/HD-prosjektet har pågått siden 2001 og er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet¹.

– Vi har til nå diagnostisert nærmere 200 personer med AD/HD, men de færreste av dem er en del av AD/HD-prosjektet. En betydelig del av pasientene vi får til rusmiddelbehandling har derfor en udiagnostisert og/eller ubehandlet AD/HD. Dette gjelder også pasienter med kompleks rusmiddelmisbruk, inkludert opiater, påpeker prosjektlederen.

– Vi oppdaget at lidelsen kompliserte metadonbehandlingen for noen av disse pasientene. De var blitt avhengige av rusmidler for å medisinere sin AD/HD. Helt i starten av metadonbehandlingen gikk det ofte bra. Etter hvert merket mange at de ble mer urolige. AD/HD-symptomene trådte klart fram. Kanskje hadde

symptomene vært maskert med andre medikamenter eller rusmidler tidligere. Uansett, de fikk etter en tid problemer med å holde seg rusfrie. Derfor søkte vi om å prøve å kombinere to medikamentbehandlinger, forteller Olav Espegren.

Bedre livskvalitet

Parallellbehandling av AD/HD og opiatmisbruk er ikke tidligere dokumentert verken i Norge eller internasjonalt. En pilotstudie² ble derfor startet opp i Kristiansand i 2002. Målet med forsøket var å si noe om responsen på en slik kombinasjonsbehandling. Ville symptomene bedre seg, frafallet minske og livskvaliteten for pasientene bli bedre?

– 15 pasienter ble rekruttert fra legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i hele Sør-Norge. Pasientene er voksne, tunge rusmisbrukere som alle allerede var deltakere i et LAR-opplegg. De har fått methylenidat mens de har vært i metadonbehandling, i ett år nå. Foreløpige funn viser god effekt på AD/HD-symptomer. Det er heller ikke registrert bivirkninger av kombinasjonen metadon/sentralstimulerende midler sier psykiateren.

– Kombinasjonsbehandling ser derfor ut til å tolereres godt. Pasientene får ingen somatiske problemer og leveren fungerer normalt. En del pasienter får bivirkninger av Ritalinbehandling, særlig i starten. Effekten

er imidlertid god på målsymptomene: Bedre konsentrasjonsevne, oppmerksomhet, organiseringsevne og mindre rastløshet/uro gjør at pasienten fungerer bedre. Når det gjelder denne pasientgruppens totale mestring av livet, er det vanskelig å generalisere. De fleste synes selv at de har fått bedre livskvalitet. De fungerer noe bedre, men de fleste er svaktfungerende. De har mange psykiske tilleggslidelser som kompliserer livet og behandlingen, understreker han.

– Fungerer marginalt

Siden tallene ennå ikke er ferdig bearbejdet, foretrekker prosjektlederen å framstille resultatene i «case»-form³.

– Av 15 som begynte, har én falt fra underveis. Et par har havnet i fengsel. Flere pasienter går det veldig bra med. De holder på å etablere ny struktur i livet sitt og er i aktivitet. Én pasient tenker aldri på rus lenger, etter eget utsagn. Pasienten har ikke ruset seg på tre år, er i jobb og videreutdanning. Denne pasienten fikk psykologisk behandling for angst og traumer før AD/HD-prosjektet.

– Flere fungerer marginalt og har alltid hatt store problemer. Det ser ut til at noen vil trenge bolig med heldøgns-tilsyn over flere år. Funksjonsnivået er

¹ AD/HD-prosjektet ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus i Kristiansand. Mål: Å generere kunnskap om metode for diagnostikk, funksjonskartlegging som grunnlag for videre behandling og psykososial tilrettelegging for (re)habilitering av pasienter med dobbelt diagnosen AD/HD og rusmiddelproblematikk.

² «Utprøving av polyfarmakologisk behandling av voksne pasienter med AD/HD og opioid-dominert misbruksanamnese med opioidsstusjon (LAR) og med sentralstimulerende midler (methylenidat)».

³ Eksempelene under viser ikke til én enkelt pasient i prosjektet, men framstiller typiske historier.



Prosjektleder Olav Espegren, spesialist i psykiatri ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus i Kristiansand. Foto: Tone Øiern

så lavt et det trengs en stor innsats. Noen har i tillegg merket en del bivirkninger. Én pasient fikk mindre bivirkninger av Concerta enn Ritalin, men dårligere effekt. Pasienten er nå tilbake på Ritalin og har det bedre, men sliter med å mestre misbruket. Med individuell behandling går livet lettere.

Kronisk forståelse

For svært mange er det derfor slik at selv om AD/HD-symptomene avhjelpest av Ritalin og opiatavhengig-

het av metadon, er funksjonsnivået lavt og det gjenstår mye som krever (re)habilitering.

– Medikamentene er bare en liten bit, selv om den kan være sentral fordi den gjør det mulig for pasientene å nyttiggjøre seg annen behandling. Både ved LAR-behandling, i behandling av tyngre psykososiale problemer og når en behandler kronisk, somatisk sykdom trengs mye oppfølging i tillegg til det rent medikamentelle. Og det gjelder så lenge folk lever.

Olav Espegren understreker at funnene ikke er revolusjonerende. Det er ikke nytt at undervisning om AD/HD overfor både hjelpeapparatet og pasienten er viktig for å få god effekt av behandling med sentralstimulerende midler. Pasientene har et stort behov for struktur, rammer og stadig påminning. En bedre forståelse av lidelsen tydeliggjør også behovet for økt psykososial tilrettelegging over tid.

– Det er viktig å være systematisk og vurdere hver enkelt pasients funksjonsnivå helt konkret for å kunne tilrettelegge individuelt. Diagnostisering og utredning går gjerne greit, men det svikter ofte når behandlingen skal følges opp og tiltak utformes. Uenighet mellom ekspertene i helseforetakene og det lokale apparatet i kommunene om hvilke tiltak som trengs, kan ødelegge for pasientene. Stat og kommune kan være to forskjellige verdener, og pasienten lever i kommunen. Vi må være villige til langsiktig, mer forpliktende samarbeid for å lykkes, sier psykiateren.

– Hvis rusen er brukt som selvmedisinering, er ikke da tre måneders rusfrihetsregelen til hinder for et koordinert behandlingsopplegg?

– Det kan ha begynt som selvmedisinering, men har utviklet seg til misbruk. Min erfaring er at de som først får tid til å jobbe med rusproblemet sitt i en medikamentfri behandlingsperiode, for eksempel under innleggelse, bedre nyttiggjør seg behandlingen med sentralstimulerende midler. Derfor er tre måneder rusfrihet fornuftig etter mitt skjønn, og jeg støtter regelverket. Men jeg kunne ønske meg en viss form for fleksibilitet. Mens folk er innlagt i institusjon og kan få medikamentet i kontrollerte former, kunne man begynne rehabiliteringen før tre måneder var gått. Her er ikke regelen nyttig, mener Olav Espegren. 

Ritalin til voksne rusmiddelmissbrukere med ADHD?

En undersøkelse gjort blant rusmiddelmissbrukende norske fanger tyder på at halvparten har ADHD som underliggende diagnose. Rusmiddelmissbrukende psykiatriske pasienter utredes i økende grad for ADHD. Rusmiddelpoliklinikken i Kristiansand prøver nå ut behandling med både ritalin og metadon for denne gruppen dobbeldiagnosepasienter.³

Av LISE AASMUNDSTAD

Fra å være oppfattet som en tilstand/sykdom hos barn og unge, har man de seneste årene sett en økning av diagnosen også blant voksne.

Dobbelt så mange voksne med ADHD som de uten diagnosen, har rusproblemer.⁴ Barn med ADHD som blir behandlet med sentralstimulerende medikamenter, har ifølge faglitteraturen ikke økt risiko for å bli stoffmisbrukere, sammenlignet med personer som blir diagnostisert med ADHD men som ikke tidligere er blitt behandlet med disse medikamentene.⁵

Gåten ADHD

Professor Terje Sagvolden ved fysiologisk institutt Universitetet i Oslo er med i et internasjonalt ekspertteam som skal finne diagnosekriterier for ADHD. Teamet skal også gjennomgå effektivitet og sikkerhet ved bruk av ritalin som behandlingsmetode.

– Kjennetegnet ved ADHD-pasienter er at de produserer for lite dopamin i hjernen, sier han. – Gjennom medisinerings med Ritalin øker signalsubstansen dopamin i hjernen. Derfor virker ikke ritalin narkotiserende på disse pasientene. Studier forteller at

avhengighet av narkotiske stoffer som hasj og amfetamin og heroin blant ADHD-pasienter, går drastisk ned ved bruk av ritalin. Jeg har tro på at rusmisbrukere med ADHD generelt vil profitere på behandling med medikamentet, sier Sagvolden og understreker at det er viktig at riktig behandling for ADHD blir gitt så tidlig som mulig.

Ritalin til voksne

Sentralstimulerende legemidler er gjennom flere årtier, og med gode resultater, blitt brukt i behandling av barn og unge med ADHD. Det var først i 1998 at det også i Norge ble åpnet for muligheten til å benytte sentralstimulerende medikamenter i behandling av voksne med diagnosen. For å sikre kvaliteten på tilbudet ble det opprette tre sakkyndige team (i Oslo, Bergen og Trondheim) til å foreta diagnostiske utredninger og anbefale behandlingstiltak. Teamene har også som oppgave å utvikle kompetanse som skal gi grunnlag for diagnostikk, og å kvalitetssikre den utprøvende medikamentelle behandlingen i Norge.

Det stilles svært strenge krav til diagnostisering og kriterier knyttet til

ADHD og ritalin

- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en nevrologisk/nevrofysisk forstyrrelse som er genetisk betinget. Disposisjonen vil vare livet ut. Symptomer er rastløshet, impulsivitet, hyperaktivitet og konsentrasjonssvikt, oppmerksomhetsvaner og distraksjon.
- Regnes å ramme mellom to og fem prosent av befolkningen. Så mange som 80 000 nordmenn kan ha lidelsen i større eller mindre grad. Tilstanden regnes som vanligere hos gutter enn hos jenter.
- Mellom 80 og 50 prosent av barn med ADHD har i tillegg atferdsvansker, emosjonelle problemer og lærevansker.¹
- Den vanligste behandlingen er sentralstimulerende legemidler som amfetamin og ritalin (metylfenidat) og psykologisk behandling. Siden ritalin, i likhet med sin nære slektning amfetamin, er på narkotikalista, må det innvilges dispensasjon fra Statens helsetilsyn for hver behandling.
- Den omfattende medisinerings av hyperaktive barn i USA med ritalin har vært angrepet. Blant annet er det hevdet at slik medisinerings lett leder til kokainbruk i voksen alder. En ny studie, riktignok av rotter, antyder det motsatte. Rotter som fikk ritalin før de nådde puberteten, holdt seg unna stedet der de tidligere hadde fått kokain. Voksne rotter som fikk ritalin, var likegyldige til stedet.²



rusmiddelmisbrukere ofte har et kompleks sykdomsbilde der mange faktorer veves i hverandre. Dyssosial utvikling har ført til at de gjerne får tilleggsproblemer som kan ha forsterket ADHD'en. De er ofte uten venner og jobb, har stor gjeld, kriminelt rulleblad og ulike psykiske lidelser. Behandling av dobbeltdiagnoser som dette krever at rustiltakene som til nå har hatt en stor del av ADHD-pasientene til behandling samarbeider tett med andre helse- og sosialfaglig ansvarlige.

foreskrivning av sentralstimulerende medikamenter i Norge. Rusmiddelmisbrukere ekskluderes i utgangspunktet fra behandling med sentralstimulerende medikamenter.⁶

Det stilles krav om minst tre måneders rusfrihet og plan for et bredspekket behandlingssopplegg av minst ett års varighet. Den diagnostiske vurderingen skal utredes av et av de sakkyndige teamene, og endelig godkjennes av Statens helsetilsyn. For at medisiner med sentralstimulerende medikamenter skal godkjennes, skal det være del i en behandlingsplan. Der det er et misbrukspotensiale skal det redegjøres for hvordan legemiddelet skal utleveres, og hvordan en skal kontrollere at legemidlene bare blir brukt etter legens anvisning.

Prosjektkoordinator ved ett av disse teamene, Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD ved Ullevål sykehus, Michael Lensing, understreker at pasientgruppen ADHD-diagnoserte

responderer godt på sentralstimulerende midler, sier Michael Lensing. – Behandlingen vil være avhengig av klientens motivasjon og vilje til å lære seg å leve med en livslang sykdom. Det kreves beinhard jobbing av klienten, tett psykososial oppfølging og involvering av profesjonelle og private nettverk. Medisiner hjelper ikke mot manglende venner, jobb, penger eller sosiale problemer. Kunnskap om sykdommen og mestring av sykdommens forløp og symptomer, er essensielt i rehabiliteringen. De som klarer å bygge opp et kvalitativt liv med sentralstimulerende medikamenter er gjerne klienter med godt sosialt og faglig nettverk i tillegg til egen motivasjon.

Forskning

ADHD er foreløpig et lite kjent begrep i det rusfaglige miljøet i Norge. Nå ser man imidlertid en økt fokus; forskningsprosjekter er i gang ved en håndfull norske institusjoner.

Rusmiddelpoliklinikken i Kristiansand har i de seneste årene prioritert forskning og arbeid med rusmisbrukere som har ADHD. Med delte resultater har flere av deres klienter blitt godkjent av Statens helsetilsyn for behandling med sentralstimulerende medikamenter. Rusmiddelpoliklinikken satser derfor spesielt på å utvikle sin egen kompetanse innen dette området. Etter tre avslåtte søknader har klinikken fått det endelige klarsignalet fra Sosialdepartementet til å sette i gang et pilotprosjekt for å finne metoder for kartlegging, vurdering og behandling av en pasientgruppe som foreløpig teller ni personer. Med hjelp fra et spesialteam av psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleier skal de medisineres med både metadon og sentralstimulerende medikamenter. Kombinasjonen av disse to medikamentene har aldri tidligere blitt utprøvd.

Sjefslege ved Rusmiddelpoliklinikken, Olav Espegren, har tro på at de kontroversielle metodene vil gi resultater som kan komme hele det faglige miljøet til gode. Det gjelder også oppfølgings- og rehabiliteringstiltak i førstelinjetjenesten, KIF og andre som har kontakt med pasientgruppen. Prosjektet skal evalueres etter tre år.

Tilbud mangler


Også ved Hjelpestad-klinikken har man erfaring i arbeid med rusmisbrukere med ADHD. Eva Karin Løvaas er ansvarlig for kartlegging ved klinikken. Hun er glad for at det blant annet gjennom dette prosjektet blir satt fokus på denne gruppen rusmiddelmisbrukere som hun mener nærmest totalt mangler adekvate behandlingstilbud i Norge.

– Generelt vil behandling med ritalin i kontrollerte former gjøre rusmiddelmisbrukerne bedre i stand til jobb med de rusrelaterte problemene sine, tror hun. – For meg er det logisk at misbruket deres kan tolkes som en form for selvmedisinering og at mange

Herre over eget liv

kan profittere på behandling med ritalin. Tidligere har sentral faglitteratur⁷ advart mot forskrivning av amfetaminpreparater til misbrukere som lider av ADHD. Men det er ikke tilstrekkelig dokumentert at misbrukspotensialet ved ritalinbehandling til rusmisbrukere med ADHD er stort. Ritalin er tradisjonelt ikke et medikament misbrukere veldig gjerne vil ha, mener Løvaas, som er svært opptatt av omstendighetene rundt rusmisbrukere med ADHD-diagnose.

– Verken fengsler, helsetjenester eller rustiltak har tilstrekkelig kompetanse om denne diagnosen. Mange leger vil ikke engang ta i disse sakene. De sakkyndige teamene har på sin side for lite rusfaglig kompetanse.

Hjellestad-klinikken samarbeider med fagfolk i Nederland. De har besøkt en institusjon, De Grift Arnhen en De in Alkmaar, og ser fram til en protokoll som institusjonen utarbeider og som tar for seg diagnosesystem og behandling med ritalin av rusmiddel-misbrukere. Hjellestadklinikken tilbyr i dag klientene med ADHD en spesielt tilrettelagt behandlingsform med fysisk trening. 

Lise Aasmundstad
er frilansjournalist

Artikkelen er den fjerde i r&A sin serie om legemiddelassistert rehabilitering som startet i nr. 4, 2001.

1 Nils Olav Aanonsen: *ADHD – Diagnostikk, klinikk og behandling hos voksne*, Gyldendal 2000

2 NatureNeuroscience online (DOI: 10.1038/n777).

3 Undersøkelse fra Trondheim kretsfengsel ved sjefspsykolog Kirsten Rasmussen, 1999.

4 Eva Karin Løvaas: *ADHD som væremåte – praktiske implikasjoner*, forelesningsmanus 2001.

5 Nils Olav Aanonsen: *ADHD – Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*, Gyldendal 2000

6 Helsetilsynet har i stor grad fulgt «guidelines» fra det engelske instituttet National Institute for Clinical Excellence (NICE) Her anbefales ritalin ikke for personer med misbruksbakgrunn: www.nice.org.uk

7 Se fotnote 5

Tjueåtte år med ulykkelig strev, to år med lykkelig slit. Det er slik Siw oppsummerer livet sitt. Før og etter diagnosen ADHD og behandling med ritalin.

Siw (30) kom til Tyrilistiftelsen en februar dag 1999. Rusmiddelmisbruk og utallige fengselsopphold hadde preget livet hennes de siste femten årene. Allerede tidlig i oppholdet fikk man mistanke om at hun hadde problemer i tillegg til misbruket. Overaktivitet, søvnproblemer, rastløshet og humør-svingninger preget hverdagen. Etter en måned med utredninger og psykologtester fikk hun svaret. Hun hadde ADHD. Diagnosen var krystallklar. Spørsmålet nå var; ville hun prøve behandling med ritalin?

– Jeg var på den ene siden utrolig lettet. Diagnosen ga svar på mange ubesvarte spørsmål. Jeg har alltid følt at det har vært noe «galt» med meg. At jeg har vært annerledes. Nå falt puslespillet på plass. På den andre siden var jeg skeptisk til medisinen, og livredd for ikke å bli tatt på alvor. Det var mange tanker som surret rundt i hodet. Jeg valgte å prøve.

I dag, to år etter, er hun en etablert med samboer og en fremtid å se fram til. På dagtid fullfører hun artium med tanke på tannteknikerutdanning. På kveldstid jobber hun som spinninginstruktør ved et treningsstudio. Med ritalinen kom også den indre roen, livsgleden og evnen til å konsentrere seg.

– Det er et nytt liv. Selv om utfordringene står i kø, er jeg endelig blitt i stand til å takle dem og gå videre. Hun går også i samtalerapi. Også det betyr mye for kvaliteten på livet til Siw.


– Ritalinen gir meg ingen rus, selv om mange tror det. Det som er vik-

tigst for meg nå, er å få gode rutiner på hvordan jeg kan leve med ADHD som jo er en livslang sykdom. Det er viktig med god beredskap for å kontrollere temperament og impulser. Det handler mest om kontroll over egen adferd og reaksjonsmønstre. Få gode rutiner. Selvfølgelig unngå selvmedisinering med amfetamin.

Siw er en av svært få jenter med diagnosen ADHD som har fått muligheten til å prøve ut behandling med ritalin. For å gjøre seg mer kjent med sykdommen, og hjelpeapparatet rundt, har hun engasjert seg i en kvinnegruppe som er tilknyttet Kompetansesenteret på Torshov.

– Fordi sykdommen i all tid har vært relatert til gutter ser man at kjønnsrollemønstret har vært med på å gjøre oppveksten til udiagnosterte jenter med ADHD ekstra tøff. Mange jenter med ADHD har en annerledes og mer innadventd adferd enn gutter med diagnosen. De lærde mener det kan være grunnen til de store mørketallene blant jenter, og at de lett havner i psykiatrien, forteller hun.

Det koster viljestyrke og ressurser å leve med en kronisk lidelse. For Siw har holdningen og støtten fra Tyrilistiftelsen, familien og samboeren vært til hjelp og støtte. Nå vil hun engasjere seg i kampen for at flere kvinner skal få hjelp til å konstatere og leve med diagnosen ADHD.

– Det er fantastisk å kunne føle livsgleden boble i magen. Kjenne våren og forventningene om liv. Jeg ønsker at andre skal få samme mulighet som jeg, sier Siw. 

Stimulant medikasjon av pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Olav Espegren, overlege Ruspoliklinikken
Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, SSHF

Innledning

Da denne studien ble planlagt i 2001 hadde Ruspoliklinikken i flere år utredet og behandlet rusmiddelmissbrukere med komorbid AD/HD. Flere hadde prøvd ut sentralstimulerende medikasjon i form av metylfenidat. Noen av disse hadde god nytte av medikasjonen, andre hadde mindre nytte av den selv om de ofte rapporterte god effekt på enkelte målsymptomer som for eksempel hyperaktivitet, uro, konsentrasjon, evne til struktur eller organisering, det å komme i gang med ting eller fullføre dem. Ting hang ofte ikke sammen. Verbaliteten til pasientene var oftest mye bedre enn den virkelighet som vi så i klinikken og vi opplevde ofte at vi kom til kort i behandling og tiltak.

Det var den gang lite forskning på AD/HD hos opioidmisbrukere. En studie rapporterte at 22 % av 157 opioidavhengige som søkte behandling hadde hatt et eller flere symptomer på hyperaktivitet som barn. Disse hadde i større grad falt ut av skole, var ufaglærte og brukte i større grad cannabis og løsemidler og hadde mer blandingsmisbruk enn andre. (Eyre et al, 1982). En undersøkelse ved metadonklinikken Johns Hopkins School of Medicine (King VL et al, 1999) viste at AD/HD pasienter hadde en like god retensjon i metadonprogrammet som ikke AD/HD pasienter, men at de hadde en større grad av akse 1 tilstander som dystymi, angst og sosial fobi. I AD/HD gruppen var det og flere med dyssosial personlighetsforstyrrelse. De hadde også mer problemer med oppmerksomheten. Livstidsprevalensen av AD/HD i denne gruppen pasienter var 19 %, de fleste med aktive symptomer. De fleste AD/HD pasientene ble flyttet opp til det nivået Hvor pasientene fikk tettest oppfølging, ukentlige samtaler, men det gjorde mange andre også som ikke hadde diagnosen. I denne studien så det heller ikke ut til at AD/HD gruppen i større grad foretrakk stimulantia som rusmiddel.

I en pilotundersøkelse i Nederland av 25 pasienter som alle hadde AD/HD og var i ordinær rusbehandling fikk pasientene metylfenidat i 14 dager titrert opp til 45 mg, eller placebo, deretter krysset man over. Man konkluderte med at AD/HD symptomene hos voksne klart var påvirkelige av en korttids placebo effekt. Undersøkelsen var blindet og placebo kontrollert med flere krysninger og varte i 2 måneder. (Carpentier PJ, et al, 2004). I en undersøkelse av pasienter i metadon vedlikeholds pasienter og med komorbid AD/HD (Levin et al., 2006) ble alle pasienter med psykiatrisk komorbiditet, bortsett fra AD/HD ekskludert. Man endte opp med 98 pasienter som ble randomisert i 3 grupper: placebo, bupropion og metylfenidat henholdsvis. De ble medisinerert som anført og fulgt opp i 12 uker. I tillegg til "treatment as usual" fikk alle ukentlig kognitiv atferdsterapi. 70 % av pasientene fullførte. Det var ingen forskjell i retensjonsrate mellom gruppene heller ikke i øvrige resultat mellom gruppene. Placebo gruppen rapporterte også en 30 % reduksjon i AD/HD symptomene sine.

Det er i Norge en generell erfaring at mange pasienter i LAR sliter med god rusmestring. Dette har vi også observer i vårt program som ble etablert i 1998. Det har også vært klart at mange av LAR pasienter fungerer marginalt og har store problemer i hverdagen, i tillegg til sine rusepisoder. En del av dem hadde tydelige tegn på rastløshet, hyperaktivitet, impulsivitet

med mangel på struktur. Klinisk liknet det på AD/HD symptomer og de ble tydeligere etter stabilisering på metadon. Noen av pasientene våre hadde fått AD/HD diagnosen før de ble tatt inn i LAR, men hadde ikke vært rusfrie så lenge at vi kunne prøve ut stimulant medikasjon. I tillegg er de fleste LAR pasienter i Norge blandingsmisbrukere. Mange har i årevis kombinert sentralstimulerende rusmidler og opioider. Vi ønsket derfor å prøve ut om det sett fra somatisk hold, ville være trygt å medisinerer LAR pasienter med metylfenidat. Teoretisk sett var det ingen klar farmakologisk grunn til ikke å kombinere de to medikamentene. Hver for seg hadde medikamentene, metylfenidat og metadon vært brukt i klinikken i to generasjoner, og ble regnet som trygge legemidler dersom riktig brukt.

Problemstilling

Vi formulerte derfor problemstillingen: Hva vil nytten være for LAR-pasienter dersom de i tillegg til å være metadonsubstituert også får stimulant medikasjon? Problemstillingen var: Vil en kombinasjonsbehandling gi:

- Forbedring i AD/HD symptomer
- Bedre retensjon i LAR (færre avbrudd i behandlingen)
- Bedret funksjon og livskvalitet

Vi søkte regional etisk komité og fikk godkjenning for en undersøkelse. Studien hadde design som en åpen protokoll, medisinsk kasuistisk pilotstudie. Man skulle ha over 10 pasienter og mer enn 5 burde fullføre forsøket og forsøket skulle vare over en periode på 12 måneder. Prosjektet var godkjent av Sosial- og Helsedirektoratet.

Metode og utvalg

Inntakskriterier

Kriteriene for inklusjon var de nasjonalt gjeldende LAR-kriteriene, altså pasienter med et mangeårig, opioiddominert misbruk, alder over 25 år og gjentatte mislykkede forsøk på medikamentfri behandling i institusjon. AD/HD diagnosen ble stillet etter internasjonale kriterier. Pasientene skulle ekskluderes dersom de fikk bivirkninger, hadde manglende compliance, dvs. ikke fulgte opp medikasjonen eller vegret seg i samarbeidet. Vedvarende rusing skulle også føre til eksklusjon.

Kartlegging

Før inntak i prosjektet gjorde vi en grunnleggende kartlegging som gav oss en "baseline" eller utgangspunkt, grunnmålinger. I "baseline" inngikk en vanlig klinisk undersøkelse og grundig journal, med bl.a. komparentopplysninger. Vi tok også blodprøver som inkluderte leverfunksjon og stoffskifte samt Ekg. Dette ble fulgt opp også i løpet av studien. AD/HD diagnosen ble stillet etter DSM IV kriteriene. I tillegg tok ei en Wender Utah Rating Scale og Connor's Continous Performance Test, CPT-II. Til psykiatrisk evalueringen brukte vi for akse I MINI (Sheehan, 1994) og for akse II TCI eller, SCID II. I tillegg ønsket vi å se på den psykiatriske symptombyrden til pasientene, uavhengig av diagnosen, målt ved SCL-90-R. De

eksekutive funksjoner og kognitiv funksjon ble målt ved Wisconsin Card Sorting Test (WISC) og WAIS. Funksjon ble målt ved GAF (Global Assessment of Functioning).

Gjennomføring

Alle pasientene var allerede inkludert og under oppfølging i sine respektive LAR-tiltak. Lar-tiltaket fortsatte sin oppfølging som vanlig med ansvarsgrupper, psykososiale tiltak, individuell plan, medisinerer med metadon og urinalyser. Flere av pasientene var i perioder innlagt i døgnbehandling, men dette var også styrt av LAR-tiltaket, ikke av oss. Den eneste intervensjon som AD/HD prosjektet gjorde var baseline og fortløpende kontroller, den individuelle dosering av metylfenidat, støtte og undervisning om AD/HD til pasient, behandlingsansvarlige i kommune, samt til LAR-tiltak og pårørende.

Målinger

De viktigste målingene våre var bivirkninger og komplikasjoner av medikamentene, den effekt som metylfenidat hadde på pasienten målt ved bestemte variabler som hyperaktivitet, impulsivitet, irritabilitet, uro, distraktibilitet, evne til oppmerksomhet og struktur. Vi målte videre funksjonsnivået (GAF-S og GAF-F), den psykiske symptom belastning, målt ved SCL 90-R, rusmestring - målt ved urinprøver og retensjon i behandling. Videre registrerte eventuell dødeligheten.

Beskrivelse av utvalg

Tabell 1: Pasientkarakteristika

Henvist fra:	LAR i 8 fylker
Alder:	37.2 år (27 - 47)
Kjønn:	Menn
Sivil status:	Alene: Ugift: 9 Skilt: 2 Sum: 11 I parforhold: Samboer: 5
Økonomisk status:	Ufør: 13 Sosialhjelp: 3
Rus historie:	24 år (16-36)
Gjennomsnitt beh. LAR:	26 mnd.
Gjennomsnittlig tidl. beh. med metylfenidat	2.5 mnd.

Når vi ser på pasientpopulasjonen som ble henvist fra de ulike LAR tiltak er det klart at dette var pasienter med store problemer på ulike områder i livet. Gjennomsnittsalderen var høy, vel 37 år. Alle var menn, 2/3 bodde alene og hadde hatt relasjonsproblemer. Ingen av dem var i arbeid, 3 levde av sosial hjelp, resten var uføretrygdet. Knapt 1/3 hadde ikke fullført grunnskolen, og av de som hadde fullført rapporterte flere at de hadde vært i diverse tiltak og fått spesialundervisning. Videre hadde knapt 1/3 begynt på videregående skole, men ingen hadde fullført. Det var heller ikke noen som i etterkant hadde tatt fagbrev. Arbeidserfaring fra ordinært lønnet arbeid var svært begrenset (Tabell 2). De hadde sammenlagt vært i ordinært lønnet arbeid i 40 år, dvs. i snitt 2,5 år hver. Spredningen var imidlertid stor og dersom man ser bort fra han som hadde vært i arbeid i 15 år, hadde de resterende pasientene, i en alder av nærmere 40 år, bare vært i regulært lønnet arbeid i 1,67 år. De fleste hadde vært i utallige tiltak osv. uten å lykkes.

Tabell 2: Utdanning og arbeidserfaring

Utdanning	
Grunnskole:	11 (6.kl.:1, 8.kl.:4, 9.kl.:5, 10.kl.: 1)
Videregående skole:	5 (Grunnkurs: 2, VK 1: 3)
Fagbrev:	Ingen
Arbeidserfaring	
I ordinært lønnet arbeid:	Snitt 2.5 år (0-15)
Mange har vært i utallige tiltak uten å lykkes	

Tabell 3: Kriminalitet

	Antall	Spredning
Straffedømte	16	
Dommer (gjennomsnittlig idømte)	14	2 – 27
År sonet	5,6	0,3 – 13
Bøter og ubetingede dommer ikke medtatt		

Kriminaliteten var høy. Alle var straffedømte, men spredningen var stor her også. Den med færrest dommer hadde også begått mye kriminalitet, men stort sett innen rusmiljøet og unngikk derfor mange anmeldelser. Det meste av kriminaliteten var vinnings- og narkotikarelatert. Mange av dommen var samledommer for flere kriminelle forhold.

Tabell 4: Debut av rusmiddelmissbruk

Stoff	Alder i år	Spredning	Antall personer
Sniffing	9,5	6 - 13	8
Alkohol	12,2	8 - 18	12
THC (cannabis)	12,8	11 - 15	14
Amfetamin	15,2	11 - 20	14
Benzo	16,8	12 - 34	13
Opiater	17,2	13 - 23	14

Rushistoriene deres var lange, i snitt 24 år og nærmere 2/3 deler av livet. Debut alder var karakteristisk sett tidlig. Ser man bort fra sniffing, begynte man med alkohol, tett etterfulgt av cannabis. Veien videre til amfetamin, benzodiazepiner og opioider var kort for de fleste. Dette bekrefter funn fra andre studier som viser at rusmiddelavhengige med AD/HD begynner rusingen tidlig og har en lengre ruskarriere.

Tabell 5: Alder første rus/første injeksjon

Alder ved 1. gangs ...	År	Spredning
Rus	11	6 – 20
Injeksjon	16,6	11 – 25

Det var ingen HIV positive i gruppen, og det var også 13 (81 %) som var hepatitt C positive. Disse hadde ikke vært injiserende misbrukere.

Av de 16 pasientene som ble tatt inn i undersøkelsen var 50 % tidligere blitt henvist til barne- og ungdomspsykiatrien, men bare to av disse hadde fått diagnosen AD/HD som barn, resten ikke. Den ene av disse hadde vært behandlet med stimulant medikasjon i 3 år, den andre bare en kortere periode på 4 mnd. Disse 16 pasientene hadde derfor i snitt bare vært medisinert med metylfenidat i 2,5 mnd. Derimot hadde de vært behandlet med metadon i over 2 år.

Tabell 6: AD/HD - Diagnose/behandling som barn

Antall henvist til Barne- og ungd.psykiatri	8
AD/HD diagnose gitt som barn	2
Fått Ritalinbehandling dom barn	2
Total varighet av Ritalin behandling	40 mnd (1 pas. 36 mnd. den andre 4 mnd.)
Gjennomsnittlig tid på Ritalin	2,5 mnd.

Når det gjelder psykiatrisk komorbiditet var gruppen tungt belastet. 9 av pasientene ble diagnostisert med til sammen 16 personlighetsforstyrrelser. De dominerende funn var i Cluster B, med antisosiale og ustabile personlighetsforstyrrelser.

Tabell 7: Psykiatrisk komorbiditet

Psykiatriske sykdommer	Akse I
Bipolar lidelse	6
Panikk og angstlidelser	7
Fobier (sosial- og agorafobi)	6
Depressive lidelser	6
PTSD	3
Personlighetsforstyrrelser:	Akse II
”Cluster” A (ekstatiske: Paranoid, schizotyp)	4
”Cluster” B (dramatiske: ustabil og antisosiale)	10
”Cluster” C (angstpregede: unnvikende., avhengige)	2

Det var og satt 7 andre psykiatriske diagnoser: Epilepsi (2), redusert intellektuell fungering, schizotyp pers., schizoid, tvangslidelse og narkolepsi.

Når det gjelder somatiske funn hos pasientene har vi rapportert funnene ved Hepatitt C og HIV. Ellers hadde pasientene generelt sett en del somatiske problemer som hudinfeksjoner, smerter i rygg og skjelett, dårlig tannstatus. Ekg normale.

Funn ved gjennomføringen av studien.

Retensjon i studien

Retensjonen var god. Det var en pasient som avbrøt etter ca 4-5 mnd. Han hadde tidligere ikke vært fri for rusmidler i nærmere 25 år og dette var slik sett for ham en lang retensjonsperiode. Han ble diagnostisert å ha en AD/HD og fikk prøve ut stimulant medikasjon noen måneder. Han ønsket å gå tilbake til cannabis og benzodiazepiner og skrev seg derfor ut. Under deltakelse i studien var han innlagt i døgninstitusjon. En annen person ble seponert en periode under opphold i somatisk sykehus for en interkurrent sykdom og senere soning i fengsel for tidligere lovbrudd. Han fortsatte i prosjektet senere.

Rusmestring

Tabellene nedenfor viser pasientenes rusmestringen i forsøksperioden. Diagram 1 viser total fordelingen av positive og negative urinprøver i hele perioden. Diagram 2 viser fordelingen av positive og negative prøver i lengde forløpet av forsøket. Diagrammene viser fordelingen av positive og negative prøver pr. uke. Frekvensen av prøvetaking varierte avhengig av praksis i pasientens hjemfylke. Dersom pasienten i en uke hadde både en positiv og en negativ prøve, ble hele uken definert som positiv. Dersom vi manglet prøve en uke, ble svaret fra foregående uke registrert, enten det var positivt eller negativt. LOCF prinsippet. (Last observation carried forward).

Det går klart fram at misbruk av rusmidler i perioden generelt sett var lav. Den var høyest for cannabis med 21 %, lavest for opioider, med 2.3 %. Det ser ut til at der var en viss økning i rusmiddelbruk et par måneder før forsøket skulle avsluttes, men at det gikk noe tilbake noe før forsøksperiodens slutt.

Diagram 1 Urinprøver rus

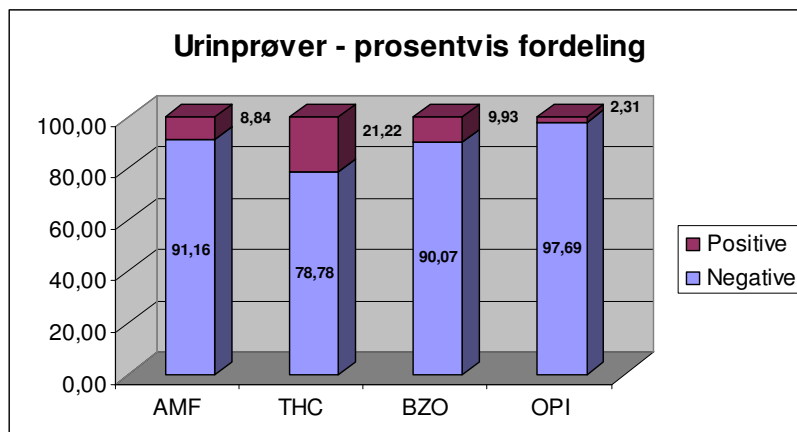
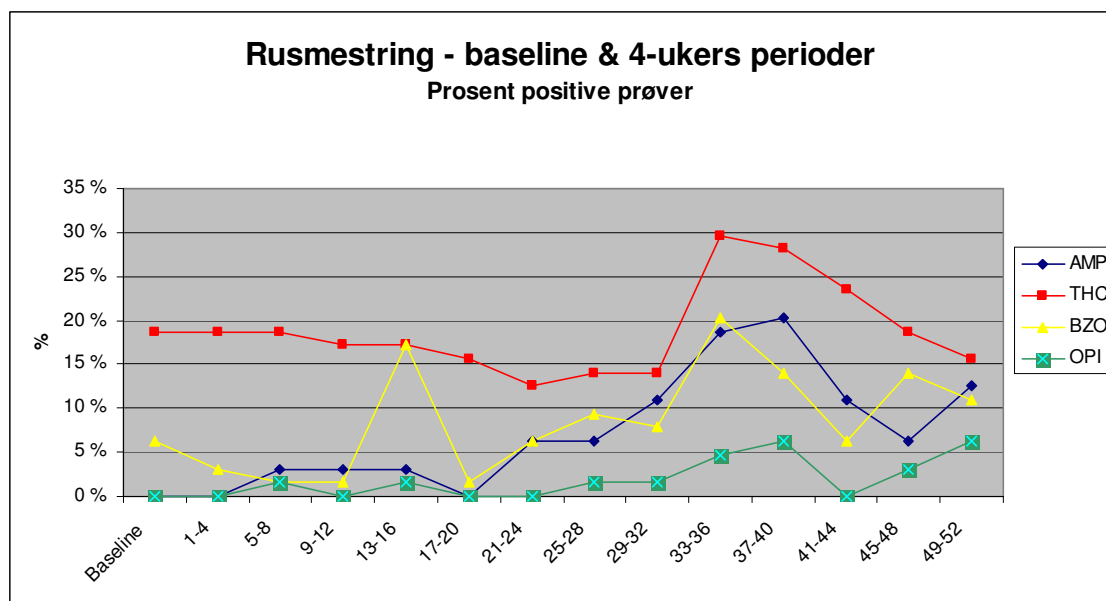


Diagram 2



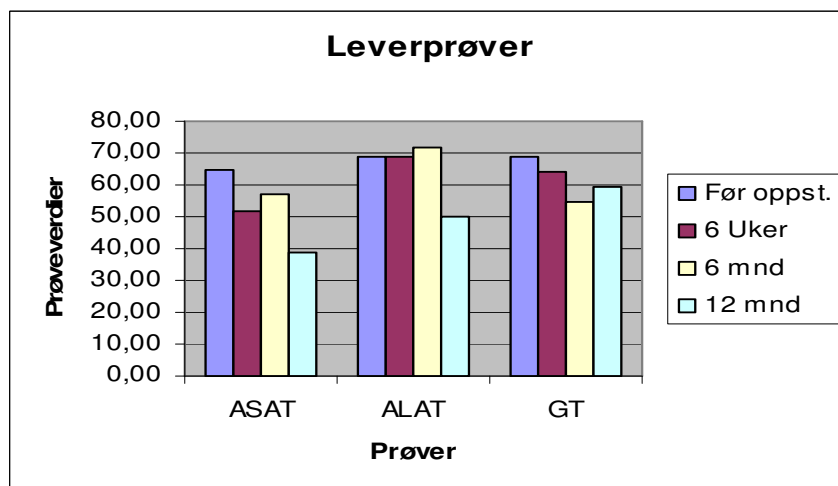
Leverfunksjonsprøver

Tabell 8 og diagram 3 viser leverfunksjonsprøvene i forsøksperioden. Det går klart fram at disse ikke endrer seg nevneverdig i perioden.

Tabell 8: Leverfunksjonsprøver

N=16	Baseline	6 mnd.	6 mnd.	12 mnd.
G-GT	68,7 (19-209)	63,9 (21-144)	54,7 (18-133)	59,5 (31-122)
ASAT	64,4 (13-296)	51,8 (15-114)	56,9 (18-146)	38,9 (17-98)
ALAT	68,7 (8-198)	68,6 (8-155)	71,9 (11-160)	51 (9-119)

Diagram 3 Endringer i leverfunksjonsprøver vist grafisk



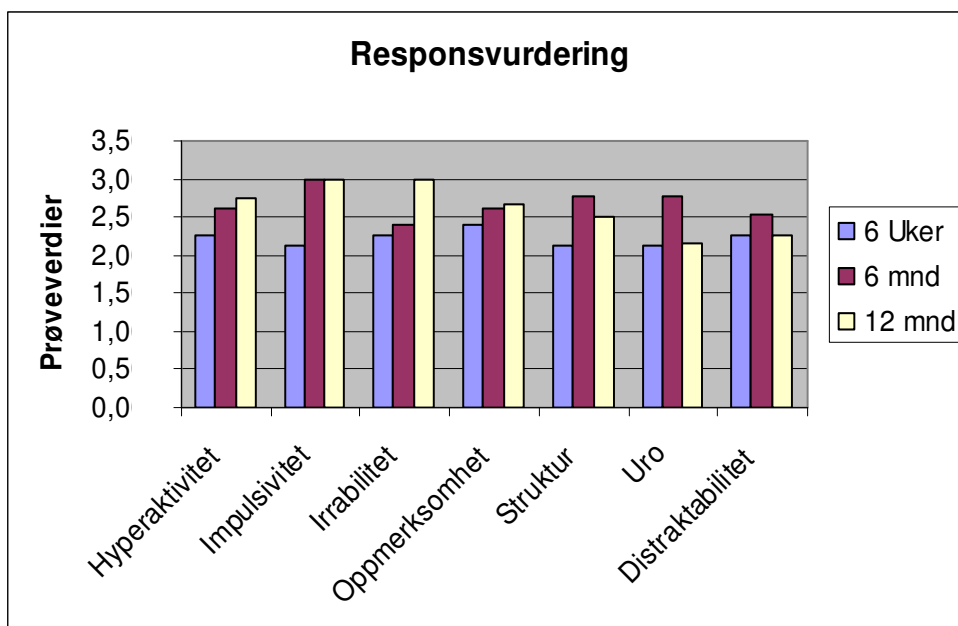
Psykiatrisk symptombelastning

SCL-90-R skåringer at pasientene raskt følte en reduksjon i de subjektive symptomene på psykisk ubehag. Bedringen kom raskt og varte ved i hele forsøksperioden.

Respons på AD/HD målsymptomer

Dette er den subjektive respons som pasientene angav for bedring/endring i sine AD/HD kjernesymptomer eller målsymptomer. Skåringene i diagram 5 nedenfor er angitt fra 0 til 4 hvor 0= ingen effekt, 1= liten, 2= middels, 3= god og 4= meget god effekt. Som man ser, angir pasientene raskt en bedring av symptomene. Allerede etter 6 uker svarer de fleste at de har en middels god respons. Etter 6 måneder i behandling blir den angitt noe bedre, et sted mellom middels og god. Mot slutten av forsøksperioden faller den litt igjen for noen av parametrene. Angivelsene er derfor ved avslutningen etter 12 måneder på ca.2+ eller middels +.

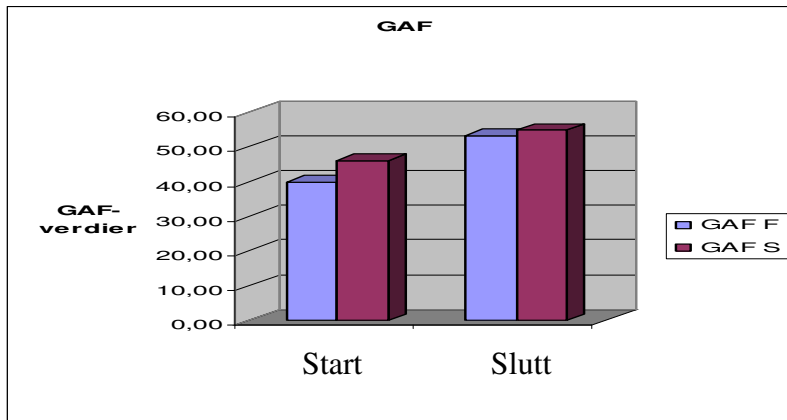
Diagram 5 Responsvurdering, pasientens vurdering av behandlingseffekt



Funksjon

Funksjon ble målt ved GAF. Dette er et grovt mål. Det er liten endring i funksjon hos pasientgruppen som helhet.

Diagram 6



Behov for oppfølging og personlighetspatologi

Pasientene kan deles i 2 grupper, de med personlighetsforstyrrelser (alle hadde minst en forstyrrelse i Cluster B) og de som ikke har noen personlighetsforstyrrelse. Av dette lille utvalget av pasienter ser vi en stor grad av akse I psykiatrisk lidelse i begge gruppene. Både angst, sosial fobi og depresjoner (tabell 9). Pasientene trengte generelt mye oppfølging. Noen mestret livet bedre enn andre og vi forsøkte derfor å vurdere vanskelighetsgraden i oppfølgingen av ham egentlig da også hans behov for bistand. Dette ble vurdert etter en visuell analog skala fra 0-10, hvor 0 var lite vanskelig og mindre behov for tiltak, og 10 var større vanskelighetsgrad og mer behov for tiltak. Tallene er små og man kan ikke trekke noen bestemte konklusjoner av dem. Det ser likevel ut til at personer med personlighetsforstyrrelser trenger mer bistand og oppfølging enn de som ikke har en slik forstyrrelse. Ved klassifisering av vanskelighetsgraden i oppfølging etter en visuell analog skala fra 0-10 ser vi at snittet i skåring for gruppen er med personlighetsforstyrrelser ligger på 7.44, mens det for den andre gruppen er betydelig lavere og ligger på 4,7 (tabell 9)

Tabell 9: Vanskelighetsgrad oppfølging/personlighetspatologi

Pas. m/ personlighets forstyrrelser: n = 9		Pas. u/ personlighetsforstyrrelser: n =7	
Angst og fobi:	7 (78 %)	Angst og fobi:	6 (86 %)
Depresjon:	2 (22 %)	Depresjon:	4 (57 %)
Bipolar lidelse:	3 (33 %)	Bipolar lidelse:	3 (43 %)
PSTD:	1 (11 %)	PSTD:	2 (29 %)
Andre lidelser:	7 (78 %)	Andre lidelser:	0 (0 %)
VAS 0-10	sum 67÷9 = 7,44	VAS 0-10	sum 33÷7 = 4,77

Tabell 10: Dosering av medikamenter i forsøksperioden.

Medikament \ Tidspunkt	Metadon n=16	Metylfenidat n=16	
		Ritalin n=9	Concerta n=7
Mg ved inntak	125,81 (90-230)	0,00	0,00
Mg etter 12 mnd.	126,00 (65-230)	65.5 (35-90)	46.3 (18-70)

Når det gjelder dosering av medikamenter i perioden har dosering av metadon vært jevn og stabil i perioden. Spredningen var stor, men det avhenger av hvilke tiltak pasienten kom fra. Der var noe ulik praksis. Når det gjelder metylfenidat er doseringene nokså jevnt det man ser ellers. Det er noe lavere dosering av Concerta.

Diskusjon og oppsummering

Hovedhensikten ved undersøkelsen var å undersøke sikkerheten i denne type kombinasjonsbehandling. Er behandlingen trygg? Man kan trygt svare at det er den. Pasientene tåler den. Det var ingen uventede bivirkninger. Det var heller ingen påviste somatiske komplikasjoner av medikasjonen. Det var også lite av de vanligste komplikasjonene som nedsatt matlyst, vekttap og hodepine. Det var ingen affeksjon av leververdiene, hjerte og lunger. De angir altså en del av de forventede bivirkningene, men ikke slik at de ønsket å seponere.

Når det gjelder den totale belastning av psykiske symptomer målt ved SCL-90-R opplevde de raskt en bedring, og denne varte ved. Når det gjaldt AD/HD symptomene angir pasientene en bedring av symptomer som uro, oppmerksomhetssvikt, impulsivitet. Dette resulterer likevel ikke i noen bedring i den totale funksjon i hverdagen.

Pasientene trengte mye oppfølging på tross av medikasjon. Når det gjaldt psykiatrisk komorbiditet var denne stor. Halvparten (50 %) hadde personlighetsforstyrrelser i Cluster B og denne gruppen trengte mye mer oppfølging. Det ser ut til å være denne gruppen av LAR pasienter med AD/HD som krever mest og tettest oppfølging og tiltak.

Halvparten i pasientgruppen hadde vært henvist til barne- og ungdomspsykiatrien som små, men bare en firedel av de henviste fikk diagnosen AD/HD som barn. Når man vet at barn og ungdom med AD/HD har større risiko for å utvikle misbruk og at risikoen reduseres med 50 % dersom man får stimulant medikasjon som barn, bør dette bli et område hvor man bør satse med forebygging.

Pasientene hadde en god retensjon. Alle fortsatte i LAR behandling og to avbrøt medikasjonen med metylfenidat. Det var ingen dødsfall i gruppen. Pasientene var på mange måter motiverte, men motivasjonen falt noe i slutten av prosjektperioden. Det var mye komorbiditet i gruppen som ble henvist og pasientene hadde et lavt funksjonsnivå. Dette sannsynligvis ut fra et ønske om at de vanskeligste pasientene skulle få hjelp. Studien peker på at psykiatrisk komorbiditet er sentral for å kunne gi et tilfredsstillende behandlingstilbud til denne gruppen. Dette betyr at komorbiditeten også må behandles og at oppfølgingen nøye må legges til rette slik at man også ta hensyn til funksjonssvikten.

Punktvis oppsummering:

- Ingen alvorlige somatiske bivirkninger
- Bare forventede bivirkninger
- Levertallene stabile
- Ingen mentale bivirkninger sett
- Ingen dødsfall
- Retensjon i LAR 100 %.
- Retensjon i studie god.
 - En forlot institusjon etter 5 mnd., stimulantia avbrutt.
 - En hadde pause i forbindelse med magesykdom
- Forbedring av komorbid angst og depresjon
- Pasientene generelt sett mer fornøyd
- Generelt sett god rusmestring, men ble noe dårligere på slutten av prosjektperioden
- Funksjonsnivå lite endring, men betydelige individuelle variasjoner
- Mulighet for en viss bruk av tvang i oppfølgingen ville lette rehabiliteringen
- De med Cluster B personlighetsforstyrrelse er dårligst og trenger oppfølging i bolig med døgnbemanning
- Individuelt tilrettelagt oppfølging med fokus på funksjon er essensielt
- Selvbilde bedret, bedring i mestring og livskvalitet, men alle fungerer svakt
- God ”compliance”

Utvidet / tematisk referanseliste til rapport og vedlegg

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM – IV)*. Washington D.C.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10-15.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biederman, J., Spencer, T. (2002). Methylphenidate in treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder*, 6, 101-107.
- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1998). Does Attention-Deficit Hyperactivity Disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Society of Biological Psychiatry*, 44, 269-273.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and comorbidities in children, adolescent and adults*. Washington, D C: American Psychiatric Press.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. American Psychiatric Press.
- Carpentier PJ, et al, (2004). A controlled trial of methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Addiction*, 100: 1868-1874.
- Cavaye, A. (1996). *Case Research: A Multi-faceted Research Approach*. Information Systems Journal, 6, 227-242.
- Darke, S., Sims, J., McDonald, S. & Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95, 687–695.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M. & Lynsky, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence* 74, 77–83.
- Deary, I. (2000). *Looking down on human intelligence*. Oxford, UK: Oxford Psychological Series. .
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- El-Sayed, M. E. (2002). *Brain maturation, cognitive tasks, and quantitative electroencephalography: A study in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Doktoravhandling. Departementet of woman and child health, child and adolescent psychiatric unit, Karolinska Institutet i Stockholm.
- Eyre et al (1982), History of childhood hyperactivity in a clinical population of opiate addicts, *J. Nerv Ment Dis* 170; 522-529.

- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 951-958.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., Biederman, J. (2004). Meta-Analysis of the efficacy of methylphenidate for treating Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 25-29.
- Hechtman, L. (1999). Predictors of long term outcome in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 1039-1051.
- Katusic SK, (2003). Substance abuse among ADHD cases: A population-based birth cohort study. Presented at Pediatric Academic Society Annual Meeting, May 3-6, 2003.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsiderations and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 1997; 4(5): 231-244.
- King, VanL. et al, (1999). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Treatment Outcome in Opioid Abusers Entering Treatment. *J Nerv Mental Dis* 187:487-95.
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9, 8–17.
- Levin et al., (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Dependence*, 281(2): 137-48
- Lowe, N., Kirley, A., Hawki, Z., Sham, P., Wickham, H., et al (2004). Joint analysis of the DR5 marker concludes association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *The American Journal of Human Genetics*, 74, 348-356.
- Mannuzza, S., & Klein, R. E. (2000). Long-term prognosis in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 711-726.
- McGough, *Am Journal of Psychiatry* 2005; 162: 1621-7.
- McLellan, Thomas A., Lewis D.C., O'Brian, C.P, Kleber, H.D: *Drug Dependence, A Chronic Medical Illness*. JAMA, October 4. 2000. Vol 284, No. 13, pp 689-95.
- Molina BS et al.(2003), Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 112(3):497-507.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Rasmussen, K., Almvik, R., & Levander, S. (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186-93.
- Retz, W., Junginger-Retz, P., Hengesach, G., Schneider, M., et al. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of youth male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 201-208.
- Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst (2004). *Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. Erfaringer fra prøveperioden*

oktober 1997 til august 2003. Ullevål universitetssykehus: Avdeling for voksenhabilitering- medisinsk divisjon.

Satterfield, H., & Schell, A. (1997). A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1726-35.

Schindler, S., Ortner, R., Peterzell, A., Eder, H., Opgenoorth, E. & Fischer, G. (2004). Maintenance therapy with synthetic opioids and driving aptitude. *European Addiction Research*, 10, 80–87.

Sohlberg M. M., & Mateer C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York; Guilford Press. *adfærdsmæssige forstyrrelse. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. Århus: WHO.

Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., & Faraone, S.V. (2002). Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63, 3-9.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens T. E., & Faraone, S. V. (1998) Adults with attention deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 59-68.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Spencer, T., Mick, E., & Faraone, S. V (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.

Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., et al (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434-443.

Stovner, A. M., Wyller, T. B., Skulberg, A., Os, L., & Korsmo, G. (1996). Behandling av hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt med amfetamin. Erfaringer med fem voksne sikringsfanger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 116, 2002-2005.

Stubberud, J., Åsland, R. & Kristensen, Ø. (2007). Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddellassistert rehabilitering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1012-1018

Thompson, L. L., Riggs, P. D., Mikulich, S. K., & Crowley, T. J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325-345.

Wilens et al. (1995). Are attention-deficit hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders really related? *Harv Rev Psychiatry* 1995; 3: 160-2.

Wilens *Psychiatric Clinics of N. America* 2004; 27:283-302

Wilens, T. E. (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs*, 63, 2395-2411

Wilens, T. E. (2004). AD/HD and the SUD: The nature of the Relationship, Who Is at Risk, and Treatment Issues. *Primary psychiatry*, 11(7): 63-70

Wilens, T. E. (2004). Impact of AD/HD and its treatment on substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 38-45.

Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with early onset substance use disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475-482.

Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.

Wilens, TE et al. (2003). Does stimulant treatment of attention deficit hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 111 (1):179-185.

Wilens, TE., Biederman, J., & Mick, E. (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions*, 7, 156-163.

Woods, P. E., Lovejoy, D. W., & Ball, J. D. (2002). Neuropsychological characteristics of adults with ADHD: A comprehensive review of initial studies. *The Clinical Neuropsychologist*, 1, 12-34.

World Health Organization. (1992). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. Århus: WHO.

Zachny, J. P. (1995). A review of the effects of opioids on psychomotor and cognitive functioning in humans. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 3, 432-466.

Aanonsen, N. O. (2000). *ADHD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.