

# Missbruk, beroende och samtidig psykisk sjukdom (samsjuklighet)

Skövde 15/10 & Göteborg 16/10 2009

Agneta Öjehagen  
Gunilla Cruce



Lunds universitet

Agneta Öjehagen

**Bakgrund - samsjuklighet**  
**Underlag till riktlinjer**  
**Genomgång riktlinjer samsjuklighet**

Gunilla Cruce

**Olika kliniska exempel**  
**Screening, bedömning, samverkan**

# Definitioner

## *Samsjuklighet*

Patienter, klienter med psykisk sjukdom, personlighetsstörning och samtidigt beroende, missbruk.

*Nationella riktlinjer för missbruks-, beroendevård 2007*

*Beroende, skadligt bruk* enl. ICD-10

*Beroende, missbruk* enl. DSM IV

*Missbruk* enl. SOL, LVM

(sociala och medicinska konsekvenser).

# Samsjuklighet – konsekvenser

- psykiatriska, beroendetillståndet försämras
- suicidförsök, suicid
- fysisk ohälsa, för tidig död
  
- söker oftare, fler akutbesök, fler avbrott
  
- psykisk sjukdom identifieras inte alltid vid missbruk, och inte heller missbruk vid psykisk sjukdom
  
- problem samverkan mellan huvudmän

# Utveckling samsjuklighet?

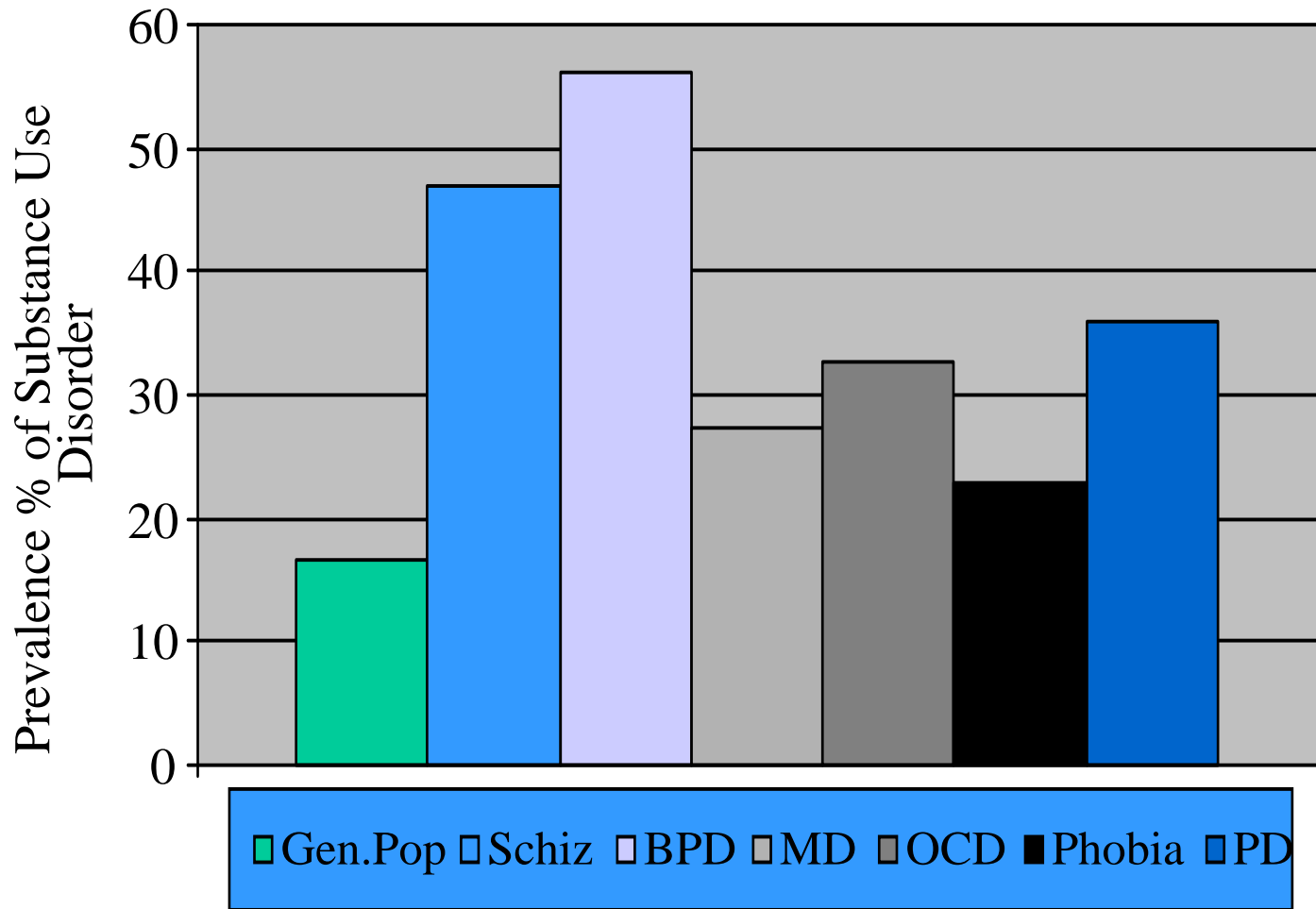
- Beroende → psykisk sjukdom
- Psykisk sjukdom → missbruk
- Gemensam orsak → missbruk  
→ psykisk sjukdom
- Beroende ↔ psykisk sjukdom
- Vårdorganisatoriska förändringar

# Hur vanligt är samsjuklighet?

Stora befolkningsstudier i USA och Europa senaste decennierna, 8.000-43.000 personer:

Personer med missbruk, beroende har under livet **2-4 ggr ökad risk** för psykisk sjukdom jämfört med personer som ej har ett missbruk, beroende, högre vid drog- än alkoholmissbruk

# Any Substance Use Disorder



# Sökt behandling senaste 12 mån för beroende/missbruk

	Alkohol	Droger
<i>Oberoende</i>		
Depressionssjukdom	41%	60%
Ångestsjukdom	33%	43%

*NESARC (n=43.093), Grant et al 2004*



# Sökt behandling senaste 12 mån för depression, ångest

	Depression	Ångest
<i>Oberoende</i>		
Beroende/missbruk	21%	17%
Alkoholber/missbruk	18%	13%
Drogber/missbruk	8%	7%

*NESARC (n=43.093), Grant et al, 2004*

# Personlighetsstörning och beroende alkohol, droger

	Alkoholber.	Drogberoende
Personl.störning	40%	70%
- tvång	15%	29%
- paranoid	16%	33%
- antisocial	18%	40%

*Grant et al., 2004*

# Livstidsprevalens psykisk sjukdom hos personer i missbruksbehandling

## Strukturerad diagnostik nordiska länder:

- Island, inkl pers.st (*Tomasson*) 76%
- Norge (*Landheim*) 48%
- Sverige LVM - hem (6st) 52 -82%
- Danmark alkohelmottagn 34%  
(personlighetsstörning)

# Suicidförsök, suicidrisk vid alkohol-, drogmissbruk

Suicidförsök - största kända riskfaktorn självmord

Alk.missbrukare suicidförsök: ~ 30% (17– 64%)

Nark.missbrukare suicidförsök: ~ 39% (19 – 47%)

# Underlag till riktlinjer - behandling

Utgår från **systematiska** genomgångar av publicerade behandlingsstudier:

- \* kontrollerade studier, väl genomförda RCT-studier har högst bevisvärde
- \* effekten av metoder i flera studier sammanställs (översikt, meta-analys)

**Systematiska översikter:** Internationellt t.ex. Cochrane, Campbell  
Nationellt SBU, IMS, Läkemedelsverket



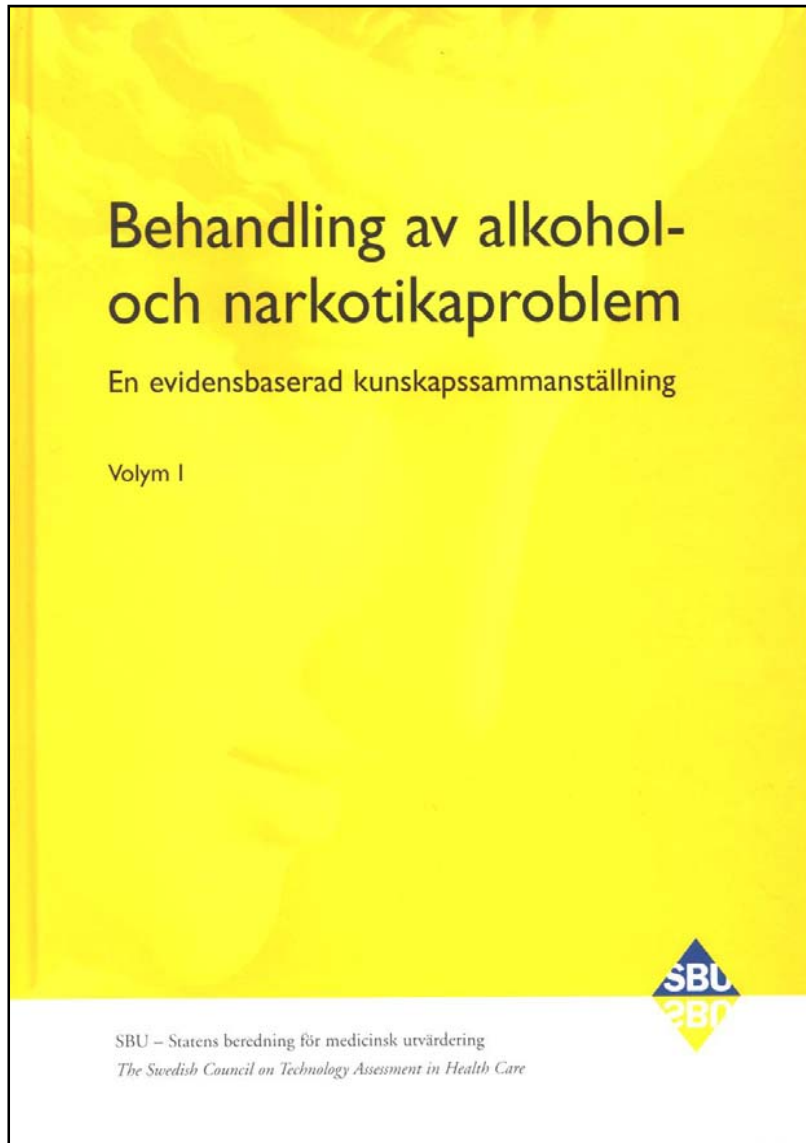
**Evidensgradering** av styrkan av det vetenskapliga stödet i 4 nivåer:

- \* 1 = högst; flera studier högt bevisvärde,
- 4 = lägst; studier saknas, endast studier med lågt bevisvärde

**Riktlinjer** "guidelines" inkluderar flera avvägningar:

- \* tillämpbarhet i verksamheter, hälso-ekonomisk bedömning
- \* utfärdas av Socialstyrelsen, Läkemedelsverket

# Systematisk översikt



Svensk utgåva 2001



Uppdaterad engelsk version 2003

# Ansvarsområden sjukvård - socialtjänst

## *Sjukvården, psykiatri, primärvård:*

- abstinensbehandling, läkemedelsbeh. av beroende,
- läkemedelsassisterad behandling, somatisk vård,
- bedömning och behandling av psykisk sjukdom också vid beroende/missbruk (Hälso-SjukvL 3§)

## *Socialtjänsten:*

- ansvar för hjälp för missbruket och annan erforderlig hjälp (SoL 9§), initiera samverkan

*Statens institutionsstyrelse:* (tvångsvård) LVM

# Nationella riktlinjer-samsjuklighet missbruks- beroendevården 2007

- Identifiera och bedöma samsjuklighet
- Samordna behandling
- Behandlingsmetoder vid samsjuklighet



# Ansvarsfördelning - bedöma samsjuklighet

Nationella riktlinjer missbruk, beroendevård 2007

*Inom socialtjänsten* klienter med missbruk och *misstanke* om psykisk sjukdom: tas omgående kontakt med hälso-, sjukvården med kompetens att bedöma

*Primärvård eller psykiatrisk vård* har ansvar att bedöma och behandla det psykiatriska tillståndet  
*bedömning snarast möjligt* (efter 1 - 4 v. nykterhet).

*Personer som söker för psykisk sjukdom* – identifiering av beroende, missbruk och samverka att behandla båda tillstånden samtidigt.

# Identifiera riskbruk alkohol

Definition riskbruk (eng. hazardous use):

- ett *konsumtionsmönster* som ökar risken för skadliga konsekvenser inkluderande ett beroende (WHO, 2008)
- innefattar såväl *konsumtionsmängder* som *konsumtionsintensitet*
- *ännu inte uppstått skador*, fysiska, psykiska eller negativa sociala konsekvenser
- inte en *diagnostisk* beteckning.

# Rekommendationer upptäckt och rådgivning

## *Upptäckt screeninginstrument:*

- Riskbruk el alkoholproblem - AUDIT
- Riskzon el narkotikaproblem - DUDIT  
-ungdom - ADAD

*lite använt i vård för psykiska problem*

- Provtagning (GT, CDT, urinprov)

## *Kort rådgivning:*

Evidens inom sjukvården-få studier från psykiatri

Ej prövat socialtjänsten

# Samsjuklighet

## Ansvarsfördelning efter akuta insatser

Nationella riktlinjer missbruk, beroendevård 2007

Efter akuta insatser **samordnas** behandlingen

Behandlingen av ett av tillstånden får inte fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättras

# Samverkansmodeller

1. Patienter med *svåra psykiska störningar och beroende*  
- behandlingar, socialt stöd *integreras i särskilda team ACT*  
- mindre intensiv case management (CM) (USA)

2. Patienter med *svåra psykiska störningar och beroende*  
- *behandlingsteam* eller *samordnade vårdplaner*  
(Psykiatrireformen)

3. Patienter med *psykiska sjukdomar och beroendetillstånd*  
- *konsultation mellan verksamheter* beroendevård,  
socialtjänst, psykiatri, primärvård, kriminalvård

# 1. Missbruksbehandling integreras i psykiatriska behandlingsteam - ACT (assertive community treatment)

ACT-team: flera kompetenser, dygnet runt,  
max 10 personer per case manager

- Ej krav initial nykterhet
- Motivera till avhållsamhet, långt perspektiv
- Fokus samspel:  
missbruk - psykisk sjukdom – social funktion
- Fokus:  
boende, aktiviteter, relationer (inkl. nätverk),  
regelbunden behandling

# 1. Samordningsmodeller samsjuklighet vid schizofreni (underlag riktlinjer schizofreni 2009)

- ACT - integrerat team
  - minskar inte avbrott (3 RCT-studier)
  - otillräckligt underlag för att bedöma effekt missbruket
- Intensive case management - ej ACT-team
  - minskar inte avbrott (4 RCT studier)
  - otillräckligt underlag för att bedöma effekt missbruket

*Cochrane: Cleary et al 2008*

# Evidens - ACT-team vid enbart schizofreni ej missbruk (underlag riktlinjer schizofreni 2009)

- Färre inläggningar
- Kortare vårdtider
- Färre som avbryter kontakt
  
- Fler i självständigt boende
- Mindre risk för hemlöshet
- Fler i arbete
- Färre symtom



# Evidens - Mindre intensiv case management schizofreni, ej missbruk (riktlinjer schizofreni 2009)

Fler kvar i kontakt med vården

- Inläggningar i psykiatrisk vård ökar
- Inga skillnader i kliniska eller sociala variabler

# Evidens - Case Management vid enbart missbruk, beroende alkohol, narkotika

## *Ej samsjuklighet:*

- Viss effekt att samordna insatser (10 studier)  
(varierande beroende på om manual CM)
- Minskat narkotikabruk jmf psykoedukation, resp. rådgivning (1 stor studie)

*Cochrane Hesse et al 2009*

## 2. Samverkansformer psykiatrireformen (svår psykisk störning och missbruk, n=358)

Alkoholberoende 2/3, narkotikaberoende 1/3

- *Integrerade team (motsv. ACT)*
  - patienten hör till teamet,
  - flesta behov handläggs inom teamet (4 projekt)
- *Vårdplaneringsteam*
  - samplanering mellan verksamheter  
(fsk, kriminalvård, socialtjänst, sjukvård,  
arbetsförmedling, frivilligorganisationer)
  - hålls ihop av koordinator
  - återkommande utvärderingar (6 projekt)

Öjehagen, Schaar, Socialstyrelsen 2003

## 2. Samverkan psykiatrireformen 5-årsuppföljning av 10 projekt

Vårdplaneringsteam samma effekt integrerade team  
(ej kontrollerad studie - kvasiexperimentell analys)

Central föruts: Samverkan organisatoriskt förankrad  
med vård-, policyavtal mellan huvudmännen

- Hälften av patienterna - inget aktuellt missbruk
- Dödlighet 32/358 (9 %), 8 ggr förhöjd
- Behov av stöd minskat, men kvarstår
- Riskbruk uppmärksammas inte

### 3. konsultation mellan verksamheter

- Huvudansvar inom psykiatri eller beroendevård utifrån problemtyngd missbruk eller beroendet  
med *konsultstöd* av beroendevård eller psykiatri
- Ex konsultationsmodell Milton projekt  
Gunilla Cruce

# Svårigheter att utvärdera samsjuklighet

Flera faktorer bidrar till resultat:

- Personens psykiska sjukdom, personlighetsstörning
- Personens missbruk, beroende
- Social situation, närstående
- **Behandlingsmetoder psykisk sjukdom, missbruk**  
flera personer involverade
- **Andra insatser**
- **Samordningsform ACT, CM, vårdplaner**

En samordningsmodell ex ACT, CM jämförs med behandling utan särskild samordning (patienter med samma svårighetsgrad och samma insatser)

–kan vara svårt särskilja effekten av själva samordningsformen.

# Samsjuklighet - behandlingsmetoder

- Psykofarmakologisk behandling för psykisk sjukdom  
– ger effekt psykiska sjukdomen  
- men ej effekt missbruket  
*Slutsats: behandla psykisk sjukdom + missbruk*
- Läkemedelsbehandling för beroende (Campral, Naltrexon) lite undersökt vid samsjuklighet  
– ej kontraindicerat
- Specifika metoder för missbruk MI, MI+KBT vid samsjuklighet – få studier, viss effekt

# Metoder efter akuta insatser

Nationella riktlinjer missbruks, beroendevården 2007

Efter akuta insatser samordnas behandlingen

Behandlingen av ett av tillstånden får inte fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättras

Metoder som har evidens vid enbart beroende eller psykisk sjukdom bör användas också vid samsjuklighet



# Psykosociala metoder alkohol- narkotikamissbruk/beroende Nationella riktlinjer 2007

Gemensamt för behandlingar med effekt:

- Klar struktur
- Fokus på missbruket och beroendet
- Väldefinierade insatser
- Manualer för arbetsmetoden

# Slutsats systematisk översikt behandling

59 studier; 36 RCTs (13 psykosocial, 23 medicinsk)

## **Inga behandlingar effektiva för båda tillstånden, men**

- de effektiva behandlingar som finns för psykisk sjukdom fungerar också för personer med samtidigt beroende
- de effektiva behandlingar som finns för alkohol-, drogproblem fungerar också hos dem med psykisk störning
- effektiviteten av integrerad behandling i samma team: fortfarande oklar

*Tiet Q, Mausbach, 2007*

# Systematisk Cochrane-översikt 2008

Psykosocial behandling samsjuklighet vid svår psykisk sjukdom (25 RCT-studier, 2478 patienter)

Metoder som utvärderats för att minska missbruket:

KBT, MI, 12-steg, färdighetsträning

Ingen av metoderna visar påtagligt bättre resultat än sedvanlig behandling

- Flera problem påtalas som försvårar jämförelser: *variation patientkaraktäristika, vårdform, mått, bortfall, programtrohet*
- Behov av bättre studier inom detta viktiga område

# Norska riktlinjer – klara 2010

## samsjuklighet psykisk sjukdom-beroende

Övergripande – evidens olika insatser ganska låg.

Föreslår med mindre starkt vetenskapligt stöd:

- MI och KBT kan erbjudas
- Institutionsbehandling kan rekommenderas för patienter med instabil psykisk sjukdom och samtidigt missbruk som inte förbättras i öppen vård
- ACT rekommenderas till patienter som inte fungerar i sedvanlig öppen vård, slutenvård eller annan institutionsvård.

# Sammanfattning

- **Identifiera – diagnos så snart möjligt**
- **Behandla samtidigt**
- **Behandla samordnat:**
  - **Om integrerade team: ACT-modell**
  - **CM, mindre intensiv: ej visad effekt**
  - **Samordna insatser utan särskild samordnare**
- **Använda de metoder vi har för enkla tillstånd, men MI + KBT visst stöd**
- **Ha ett långt perspektiv**
- **Många studier på väg**

# Komplexa vårdbehov på grund av Psyisk sjukdom och Missbruk, KPM”

Förutsättningar samverkan: 64 verksamheter och projekt

- *Samverkan* på alla nivåer – politiskt, administrativt och verksamhetsmässigt
- *Samverkan* inom tydliga ramar – baserade på formella beslut och upprätthållna inom formell struktur samt kopplade till ekonomiskt ansvar
- *Samverkan* måste ha acceptans i de verksamheter som ska samverka
- *Samverkan* kring utåtagerande personer särskilt svår