

Dobbeltdiagnose – mangedobbelt problem

Fire artikler i dette nummer av Tidsskriftet omhandler rusmisbruk (1–4). Diagnostikk og behandling av rusmisbrukere med en psykisk forstyrrelse er et relativt nytt felt i Norge. Det er vanskelig å behandle denne gruppen pasienter. De går inn i en pasientrolle som gir stor slitasje for den som prøver å hjelpe. Behandlingsopplegg må nødvendigvis være kompliserte og inneholde tiltak på mange ulike fronter. Det krever samarbeid mellom mange ulike hjelpeinstanser (3).

Behandlingstilbudet har ofte bestått av en konkurranse i avvísning fra sosialetat, rusmiddelomsorg og psykiatri. Ingen har følt seg kompetent til å ta seg av hele behandlingen, og alle har følt at gruppen forstyrrer og kompliserer det de «egentlig» skal arbeide med. Behandlingsapparatet liker ikke pasientene, og pasientene liker ikke behandlingsapparatet. Pasientene er kostbare for samfunnet, de lever uverdige liv, har det vondt og representerer mye lidelse for sine pårørende. Uten behandling er prognosen dårlig (5).

Nyere behandlingsforsøk med integrert behandling peker på alternative løsninger, som ofte bryter med vanlige holdninger og behandlingsrutiner. Resultatene er så langt lovende. Behandlingsmetodene krever betydelige økonomiske og personellmessige ressurser, men er etter alt å dømme en mer effektiv bruk av krefter enn tidligere praksis. Offentlige helsemyndigheter har forsøkt å legge forholdene til rette for dette, bl.a. gjennom tilføring av økonomiske midler. Systematisk arbeid på dette feltet er ennå upløyd mark i de fleste kommuner. Det finnes hederlige unntak som for eksempel Øksnes i Nordland og Ringsaker i Hedmark.

Noen av de viktigste prinsippene i denne behandlingsmodellen er integrert behandling (medisinsk og psykiatrisk behandling, sosiale tiltak, motivasjonsstøtte), langsiktig perspektiv og kontinuitet i forhold til behandlingskontakter (6). Ordnete, skjermede boligforhold synes å være en avgjørende faktor (4). Det kan se ut som det er nyttig å innta en mer aktiv rolle i behandlingen enn det som tradisjonelt har vært gjort. Hjemmebesøk kan for eksempel bli aktuelt når pasienten ikke dukker opp til avtalen på poliklinikk eller hos allmennlege. Slike arbeidsmetoder setter store krav til hjelpepersonellens holdninger og ferdigheter i grensetting mellom det profesjonelle og det private. Gode veiledningsordninger er en selvfølge (7).

Lokal tilpasning av tiltak er ofte nødvendig. Det som hjelper i Oslo, vil ikke nødvendigvis være til nytte i Øksnes. Integrert be-

handling er ikke det samme som at flere instanser arbeider parallelt med samme sak, men at disse instansene samordner sine tiltak i en individuell plan for hver pasient. Det finnes mange eksempler på at velmente og godt uttenkte tiltaksplaner har rast sammen som korthus pga. dårlig samordning: En viktig søknad blir liggende på sosialkontoret, et hjelpetiltak fra attføringsavdelingen blir satt inn for sent (eller for tidlig), én leges velmente resepter undergraver det en annen har bygd opp av motivasjon for rusfrihet, osv. Resultatet er sløsing med ressurser, dårlige behandlingsresultater og frustrerte behandlere og pasienter.

Symptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger kan være utslag av en primær psykiatrisk lidelse. En slik lidelse vedvarer uavhengig av rusmisbruket, og ubehandlet vil den kunne fungere som en snarvei til tilbakefall. Noen av pasientene trenger medikamentell hjelp med psykofarmaka (2). Samtidig representerer dette et viktig behandlingsmessig dilemma. Pasientene har, som de fleste rusmisbrukere, levd et liv der kjemiske løsninger på livets ubehag har vært standard mestringsmetode, en type mestrings de må komme seg vekk fra hvis de skal finne en vei ut av rusmisbruket. Bruk av psykofarmaka vil derfor kunne undergrave motivasjonen for rusfrihet, samtidig som den kan være nødvendig for behandlingen av den psykiske lidelsen. Det kan i enkelte tilfeller være nødvendig å iverksette medikamentell psykiatrisk behandling under pågående rusmisbruk, en praksis som ellers vurderes som kontraindisert.

God diagnostikk er en viktig forutsetning for å kunne igangsette riktig behandling, men representerer et annet dilemma. Mange psykiske symptomer og psykiatriske syndromer kan utløses og vedlikeholdes av rusmisbruk. Hvis inntaket av rusmidler opphører, kan symptomene avblekes etter kort tid. Problemet er mange ganger at pasienten ikke er edru lenge nok til at en sikker diagnose kan stilles. Da blir det nødvendig å hente inn kunnskap fra pårørende om f.eks. rekkefølgen i pasientens problemer. Hva kom først – de psykiske problemene eller rusproblemene? Her kan nok praksis forbedres betraktelig. Faglig kompetanse på slik diagnostikk bør samles i lokale sentre, og bruk av utredningsavdelinger knyttet til psykiatriske enheter og rusmiddelinstitusjoner kan være en nyttig modell for å oppnå dette.

Den dårligst stilte gruppen, de som trenger omfattende behandlingstiltak og ofte institusjonsplassering, er tallmessig ganske

liten. De som har mindre omfattende og alvorlige plager, representerer en langt større gruppe og er kanskje et større problem i samfunnsmedisinsk forstand. Vi finner dem blant langtidspasienter ved psykiatriske poliklinikker, «kronikere» i rusmiddelomsorgen og på sosialkontorets stønadsavdeling. Mange kan være kamuflert som «umotiver-te» rusmisbrukere.

De fleste som i dag har problemer som faller inn under etiketten dobbeltdiagnose rus/psykiatri, har som unge vært innom pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste, sosialrådgiver på skolen, helsesøster eller psykiatrisk ungdomsteam. Vi mangler gode metoder for å intervenere tidlig overfor unge som faller utenfor, de som både har begynnende psykiske vansker og begynnende rusproblemer. Helse- og sosialvesenet må lære mer om å trekke sammen, om å koordinere tiltak og om å prioritere langsiktig og planmessig oppbygging av kompetanse.

Svein Skjotskift

svein.skjotskift@isf.uib.no

Björgvin Familierådgivningskontor

Øvregaten 25

5003 Bergen

Svein Skjotskift (f. 1955) er lege og spesialist i psykiatri. Han underviser ved Universitetet i Bergen om rusmiddelrelaterte medisinske problemer.

Litteratur

1. Rekke R, Lindbæk M. Bruk av rusmidler blant elevene i den videregående skole i Hamar 1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2448–51.
2. Bramness JG, Bachs LC, Waal H. Buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering av heroinavhengige. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2452–4.
3. Nordlie E, Vøyvik T, Aasland OG. Behandlingstilbud for medikamentavhengige. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2455–7.
4. Kielland KB. Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2458–60.
5. Moggi F, Brodbeck J, Koltzsch K, Hirsbrunner HP, Bachmann KM. One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. European Addiction Research 2002; 8: 30–7.
6. Brooks AJ, Penn PE. Training issues in the treatment of persons with dual diagnosis. Drug and Alcohol Dependence 2001; 63 (suppl1): 19.
7. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 1998; 24: 589–608.