



L7

Psykiatriciens stedbørn

AF LARS MERINDER

Dobbeltdiagnose betyder en kombination af psykisk sygdom og et behandlingskrævende misbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Befolkningsundersøgelser i 90'erne i USA og England viste, at mennesker med en psykisk sygdom i meget højere grad end andre har et problematisk forbrug af rusmidler. Som oftest har denne 'samsygelighed' (samtidig forekomst af de to problemer) vist sig endnu hyppigere hos de mennesker, som har søgt behandling for den ene eller anden sygdom.

forhold viser en rapport fra Amts-

rådsforeningen fra 2005 hvoraf det fremgik, at næsten 1/3 af alle som blev indlagt på psykiatrisk afdeling i Danmark i 2002 både havde en misbrugsdiagnose og en anden psykiatrisk diagnose.

Samsygeligheden er udbredt hos mennesker med mange forskellige psykiske sygdomme.

Vedrørende årsagerne til denne samsygelighed har nogle forskere hævdet, at organisatoriske og sociale faktorer har haft indflydelse specielt for de 'svært psykisk syge'. De kortere indlæggelser på psykiatrisk afdeling og den øgede kontakt med samfundet udenfor og dermed med miljøer med udbredt misbrug

er blevet set som en risikofaktor.

Andre har forklaret brugen af rusmidlerne som et forsøg på at mindske symptomerne på en psykisk sygdom, fx angst, eller at dæmpe psykologiske reaktioner på sygdommen som tristhed, grubleri eller opgivenesshed.

Følgerne af at have en dobbeltdiagnose er oftest værre end konsekvenserne af den enkelte sygdom.

Der er en stor risiko for, at indtagelse af rusmidler forværrer forløbet af den psykiske sygdom fx ved at forværre symptomerne, forhindrer gennemførelse af behandlingen og modvirker bedringen. Omvendt

kan den psykiske sygdom gøre det svært at gennemføre en behandling for misbrugsproblemet.

I Danmark ligesom i mange andre europæiske lande samt USA har behandlingssystemets struktur været et stort problem for denne gruppe mennesker. Årsagen til dette er bl.a. at behandlingstilbud for mennesker med psykiske sygdomme og for mennesker med misbrugsproblemer har været adskilte, og at de forskellige behandlingsorganisationer har brugt meget forskellige faggrupper, ideologier og behandlingsmetoder. Kendskabet til psykisk sygdom har været mangelfuld i misbrugsbehandlingen, og kendskabet til misbrug og misbrugsbehandling har tilsvarende været mangelfuld i psykiatrien.

Ja, men så er det vel bare at samarbejde og hver yde sit? Nej, samarbejdet har desværre også været præget af det mangelfulde kendskab til hinanden og hinandens arbejdsmetoder, og ofte har dette ført til, at mennesker med dobbeltdiagnose fra begge organisationers side er blevet henvist til at søge behandling for den 'andet' problem først. Sarkastisk kan man kalde denne mangel på behandlingstilbud 'sekventiel behandling'.

Netop for at undgå denne udstødning har man i New Hampshire i USA lanceret begrebet 'integreret behandling'. Med dette mener man en behandling, som udføres af medarbejdere, som er 'dobbeltkompetente', dvs. medarbejdere, der er eksperter på både misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling. Et andet element i denne behandlingsmodel er opsøgende behandling eller 'assertive community treatment'.

I England, Norge og Sverige har man også været meget opmærksom på dette problem. Det engelske sundhedsministerium udsendte i 2001 retningslinjer for GCP (Good Clinical Practice) for området. Her anerkendte man, at problemet også havde organisatoriske rødder, man

anbefalede organisering af samarbejdet på alle niveauer mellem de forskellige behandlingsinstanser. Formålet med dette var at etablere fornuftige 'kliniske stier' eller veje igennem behandlingslandskabet for denne gruppe. Kompetenceudvikling i de forskellige medarbejdergrupper blev også vægtet ligesom udarbejdelse af retningslinjer for behandlingen.

I Norge har man bl.a. støttet udvikling af Østnorsk Kompetencecenter, der med sit speciale i dobbeltdiagnose har haft stor indflydelse på behandlingen af denne gruppe patienter i hele Norge. I Sverige har der været et udstrakt samarbejde mellem de politisk ansvarlige for psykiatriområdet og misbrugsområdet, og en hel række initiativer er gjort på området.

Hvor står vi så nu i Danmark i forbindelse med overgangen fra amter til regioner og kommuner?

Det er ingen tvivl om, at der er 'grøde' i og interesse for problematikken også i Danmark. En hel række bosteder, opsøgende teams og en del behandlingssteder og konsulentteams er oprettet, og der er øget opmærksomhed på problematikken både i kommunale og amtslige misbrugscentre og i sygehus- og socialpsykiatri.

Den nødvendige politiske og organisatoriske baggrund for, at disse tiltag kan fungere så effektivt som muligt, er imidlertid endnu ikke blevet etableret.

Den nævnte rapport fra Amtsrådsforeningen understregede omfanget af problemet og anbefalede – ligesom det engelske sundhedsministerium – både en organisatorisk, uddannelsesmæssig og behandlingsmæssig indsats.

Som konsulentafdeling, behandlingssted og undervisningsafdeling for dobbeltdiagnose får vi dagligt bekræftet, at der ikke lægges nok vægt på kompetenceudvikling af medarbejdere eller på organisation

af og samarbejde mellem behandlingstilbud for mennesker med dobbeltdiagnose. Dette fører fortsat til at mennesker med dobbeltdiagnose behandles som 'stedbørn' af os, og til at psykiske symptomer, fysiske sygdomme og svære sociale konsekvenser vedligeholdes i stedet for at mindskes.

Det væsentlige i planlægningen af dobbeltdiagnosebehandlingen i samarbejdet mellem region og kommuner er, at der tages stilling til organisation, arbejdsfordeling, uddannelse og behandlingstilbud på regionalt plan, og at det sker, før de organisatoriske samarbejdsmodeller i regionen falder helt på plads. Problematikken kan ikke løses ved en 'organisationsløs' puljefinanciering af enkelte tilbud uden at samarbejdsrelationerne er gennemtænkt.

I Danmark har initiativerne i forhold til dobbeltdiagnose været baseret både på integreret behandling på behandlingssteder eller i opsøgende teams og på parallel behandling, dvs. i et samarbejde mellem forskellige behandlingsinstanser. Vi har gode erfaringer med en kombination af disse modeller. En udelukkende integreret model kan svække de nødvendige samarbejdsrelationer, mindske muligheden for tværfaglig kompetenceudvikling og udvikling af effektive behandlingsmetoder. Vi mener også, at den norske videns- eller kompetencecentermodel på regionsniveau ville kunne bidrage til den fortsatte udvikling af området. Vi håber, at den beskrevne problematik vil blive set på med den alvor, problematikken og de ramte mennesker fortjener i den nye regionsplanlægning.

Artiklen har tidligere været bragt i bladet Psykiatri-Information nr. 1 2007.