



'Knowing is not enough, we must apply. Willing is not enough, we must do it.'

Johan Wolfgang von Goethe

DOBBELTDIAGNOSE – DOBBELT BELASTNING?

200 år med psykiske lidelser og rusmidler i psykiatrien. Et historisk tilbageblik på, hvordan psykiatrien har udviklet sig i Danmark i forhold til dobbeltdiagnose-lidelser – samt et kig til Norge ...

AF LOTTE SØNDERBY

Dobbeltdiagnose-betegnelsen – i daglig jargon DD - blev officielt introduceret herhjemme i 1994 af Birgit Jessen-Petersen i forbindelse med hendes afhandling om de psykotiske misbrugere. Betegnelsen blev hentet fra det amerikanske 'dual-diagnosis', som er en beskrivelse af mennesker, der *både* har en psykiatrisk diagnose og en misbrugsdiagnose. Fænomenet, dvs. den samtidige tilstedeværelse af

en psykiatrisk diagnose og et misbrug/ afhængighed af rusmidler, er imidlertid lige så gammelt som den psykiatriske institution. Det, man iagttag i Danmark i 1980'erne og 1990'erne, var således ikke noget nyt fænomen, men måden det blev forstået på havde forandret sig.

Den mest afgørende forandring, der er sket i løbet af psykiatriens to hundrede leveår, er forklaringen på, hvordan afhængighed og misbrug udvikles. Hvor en forestilling om misbrug/ afhængighed som en epi-

demi bliver afløst af en forklaring om misbrug/ afhængighed som et symptom på fejlsocialisering.

Førstnævnte betegnes epidemi-modellen og har en iboende beskrivelse af stoffet som den smitbare kilde, der ved kontakt overtager styringen over det enkelte menneskes liv. Misbruget vil forværres – progrediere til uanede mængder og grader. Behandlingen er her isolation af smitekilden og den syge, den smittede. Fejlsocialiseringen ser misbruget som et symptom på, at det

enkelte menneske ikke er tilpasset samfundet, og behandlingen bliver socialisering.

De syge eufomaner og de fejlsocialiserede nydelsessyge

I 1870'erne dukkede der et nyt og i stadig grad mere udbredt fænomen op i overklassens Danmark – morfisme. I samme grad som de fattige dulmede sig med brændevin, kunne man iagttage, hvorledes overklassen og ikke mindst lægestanden dulmede sig med morfin. Den danske psykiater Knud Pontoppidan blev særligt bekymret over denne udvikling og skrev således en afhandling over emnet 'Den kroniske morfisme'. Pontoppidans hypotese var, at en af de underliggende årsager til udvikling af en afhængighed ligger i en forudgående disposition for psykiatrisk lidelse. Det samme, som i øvrigt allerede var iagttaget hos alkoholikerne:

'De hypokondre eller irritable Forstemninger, som nervøse Mennesker lide under, den dybe Melankoli, der til Tider kan overfalde Individuer med hin sygelige Arv – sådanne Lidelser maa kunne disponere til fortsat brug af et Mittel, der har en enestaaende Evne som psychisk smertestillende'. (Knud Pontoppidan, Den kroniske morfisme, s. 18).

For Pontoppidan var dynamikken i afhængigheden den samme, lige meget om der var tale om morfin eller alkohol. Det, der var særligt ved morfin, var, at lægerne kom til at repræsentere vejen til stoffet. Lægerne var smittekilder. Pontoppidans konklusion var derfor, at læger så vidt muligt burde undgå at udsætte mennesker med 'svage psyker' for morfin-indsprøjtninger, fordi det udsætter dem for en unødvendig fare for at udvikle afhængighed. Epidemimodellen, som herskede i 1800-tallet, indgyder således til respektfuld omgang med de milde dråber over for mennesker, som har en vis 'proneness to addiction' – til-

BEKIENDTGØRELSE:

Da det er fornummet, at Brændevin i St. Hans Hospital har forvoldet adskillige Uordener, og da der i Hospitalet til alle Tider ere Patienter og andre, for hvilken Brændevin er skadelig, saa har Direktionen allerede for nogen Tid siden fundet det nødvendigt at forbyde udsalg af Brændevin paa Hospitalet.

§6 Dersom nogen af Patienterne, eller Lemmerne, nogensinde findes drukken paa Hospitalet, og det saaledes fornemmes, at den har vidst at tilsnige sig paa en eller anden Maade Brændevin, skal den indsættes i Fængsel, indtil den tilstaar, af hvem og hvorledes den har fået Brændevin

DEN SPECIELLE DIRECTION FOR SGT. HANS HOSPITAL, DEN II FEBRUARI 1803.
MALLING. PONTOPPIDAN. JESSEN. LOVMAND. BANG.

bøjelighed til afhængighed. Det betyder, at misbrugerne betragtes som syge, og langt de fleste afhængighedstilstande behandles på psykiatriske hospitaler.

Med lægeloven fra 1934 pålægges lægerne fx at udvise ansvarlighed i forhold til udlevering af morfin og kan ved misligholdelse fratages bestillingen. På dette tidspunkt er der stadig mange læger indlagt til afgiftning på de psykiatriske hospitaler. Inspireret af Opiumskonventionerne kommer der 2 år senere en særlig opiumslov, hvor fremstilling, salg og videredistribution bliver gjort ulovlig med en strafferamme på op til 1/2 år. Skurken er stoffet i sig selv, den afhængige er syg og uden skyld. Derfor er det heller ikke ulovligt at besidde euforiserende stoffer eller at være misbruger. Denne epidemiologiske forklaringsmodel hersker uforstyrret frem til krigen.

Under 2. Verdenskrig bliver flere læger taget i 'uforsvarlig ordinerer af morfin'. Problemet med eufomani [som brug af morfin betegnes på daværende tidspunkt (jf. 'eufori')], er stigende op gennem 1940'erne. Dels er der en generel bedre økonomi, dels er der 2. Verdenskrig og alt det, en krig bærer med sig. Nye præparater er desuden kommet til, som man i lægestanden ikke har været opmærksom på har et misbrugs-

potentiale: petidin, metadon og amfetamin. Hypotesen er stadig i 1953, at der er tale om selvmedicinering, med Pontoppidan som den vigtigste videnskabelige kilde:

'Man må gå ud fra, at eufomanierne oprindelig, bortset fra lægetilfældene, i det overvejende antal tilfælde var opstået ud fra vedkommendes brug af de pågældende stoffer mod sygdom [Pontoppidan 1883], og at der i hvert fald fra begyndelsen næppe har eksisteret større samlede kredse af personer, der havde påbegyndt brugen af stofferne alene eller overvejende i nydelseshensigt' (Betænkning om Misbrug af euforiserende stoffer, 1953, s. 26).

Det nye i 1940'ernes Danmark er en gruppe af 'eufomaner', som ikke synes at passe ind i Pontoppidans forklaringsmodel. Det er ikke mennesker, der er blevet smittet af læger, fordi de har haft en tidligere smerte – fysisk eller psykisk. Det er mennesker, der er blevet afhængige, fordi de alene har søgt behag og eufori. Stofferne fik de ved at lyve sig til recepter hos forskellige læger. De lokkede andre med i gruppen af rusmiddelbrugere, hvorved der blev mulighed for at skaffe sig flere nye recepter. 'Eufomanien i kredsene er utvivlsomt 'smitsom,' beskrives det. Disse personer har lært stofferne at

kende gennem hinanden. Hvor man hidtil alene havde haft såkaldte problembærere – de syge misbrugere – introduceres der med denne gruppe også problemskabere. Mennesker, der ikke blot havde brug for hjælp, men også i sig selv skabte problemer. Da der ikke er overvældende gode erfaringer med afvænnelse, er forebyggelse den fremherskende filosofi. Med loven forsøger man at skelne mellem problembærerne og problemskaberne ved at skærpe straffen for handel med euforiserende stoffer med en strafferamme på op til to år. Den afhængige er stadig beskyttet mod straf.

Betænkningen fra 1953 slår på den måde en streg i sandet i forhold til forståelsen af mennesker med et misbrug. Den adskiller – eller forsøger at adskille – eufomanerne i to grupper: Dem, der er syge og problembærende, men samtidigt skal afskærmes fra samfundet, og dem, der er forlystelsessyge og problemskabende, som skal skærmes af fra samfundet og 'svagere' borgere. Sidstnævnte skal i 'psykopatforvaring', mens den første gruppe skal på psykiatrisk hospital. Begge forklares ud fra epidemimodellen.

Nye måder i psykiatrien

Frem til 1938 havde psykiatriens målgruppe alene været de svært sindssyge. Det betyder fx, at det inden 'sindssygeloven' fra 1938 stort set var umuligt at blive indlagt frivilligt. Da der i 1938 blev åbnet op for de lettere sindslidelser, blev behovet for psykiatriske sengepladser også større. Udbygninger i 1930 og 1940 på de dengang 8 store statshospitaler i Danmark var langt fra nok til at dække behovet, og i 1950'erne var der udpræget pladsmangel på de efterhånden faldefærdige statshospitaler. Befolkningen beklager sig, og rundt om i landet begynder lokalpolitikere af egen kraft og pengepung at skabe decentrale psykiatriske behandlingstilbud. Ambulant psykiatri og psykiatriske afdelinger



på centralsygehusene bliver efterhånden organisatoriske alternativer for behandlingspsykiatri. Stadig rummes de tungeste patienter primært på de store statshospitaler. I begyndelsen af 1960'erne strømmer nye ideologiske bevægelser ind over den vestlige verden: Fremfor livsvarig opbevaring og afskærmning fra samfundet skal de psykiatriske patienter have terapi og socialiseres ind i samfundet. Ambulant psykiatri synes efterhånden at være det eneste rigtige, selvom man gik til det med nogen famlen. Den eneste ambulante model, man kendte, var fra det somatiske sygehus. Men i kopieringen af den glemte man at tage højde for de psykiatriske patienters 'initiativfattigdom' og til tider 'svigtende dømmekraft'.

Modeller for hash, misbrug, afhængighed - ungdom

Afhængighed af stoffer var langt fra noget nyt, men stod for befolkningen som noget eksotisk og fjernt. Noget, der sjældent vedrørte den lille dansker. Derfor kommer det som et chok, da danske aviser i midten af 1960'erne beskriver

hashrygning som en del af nutidens ungdomskultur. Provobevægelser og hippiekultur sættes i forbindelse med den hashrygning, som de unge på tværs af sociale skel kan samles om. Politiet og senere Sundhedsstyrelsen hentes modvilligt ind på opgaven om bekæmpelse af denne ungdomsnarkomani. Det psykiatriske behandlingssystem ville gerne bibeholde misbrugsbehandlingen, som den havde haft de sidste knap 150 år. Det primære sundhedssystem havde rigeligt at se til med den lægelige specialisering og takkede nej til misbrugsopgaven. Da man til gengæld står over for en socialreform (Bistandsloven, 1976), hvor det sociale system tænkes ind som et koordinerende serviceorgan for borgerne, blev det tungen på vægtskålen, og det sociale system 'vinder opgaven'. Forklæringsmodellen omkring udvikling af misbrug kommer i denne sammenhæng til at stå mellem den velkendte epidemiologiske, sygdomsmodel og den amerikansk inspirerede forklaring om misbrug som symptom på fejl-socialisering. Kampen mellem de to foregik helt præcist i Ugeskrift for

'De hypokondre eller irritable Forstemninger, som nervøse Mennesker lide under, den dybe Melankoli, der til Tider kan overfalde Individet med hin sygelige Arv – sådanne Lidelser maa kunne disponere til fortsat brug af et Middel, der har en enestaaende Evne som psykisk smertestillende'.

(KNUD PONTOPPIDAN, DEN KRONISKE MORFINISME)

Læger og Nordisk Medicin hen over året 1971. Fejlsocialiseringsmodellen vinder, og behandling af misbrugerne bliver med fokus på resocialisering. Sådanne tanker var helt nye på dansk grund. Metoder og tilgange til opgaven var nytænkende og afprøvede, hvilket Tine Brylids beskrivelser er et levende eksempel på (se Løkkegaards bog og uddrag herfra i STOF nr. 16).

Men fejlsocialisering var ikke hele sandheden omkring denne model. Bagom ligger for det første en opfattelse af, at der er 'en rigtig måde at leve på'. For det andet ligger der en forventning om, at en tilvalgt strategi kan vælges fra igen. 'Svingdørspatienter' og 'patienter, der er svære at placere', synes at udtrykke nogle af de kampe, der har ligget mellem patient og behandlingssystem. Faren ved fejlsocialiseringsmodellen er en iboende overbevisning om, at det, der kommer fra misbrugeren, netop er det, der har bragt ham eller hende derhen, hvor den pågældende er. Der opstår problemer med behandlings-alliancen.

Det er i slutningen af 1970'erne, at den psykiatriske population usikkert famler sig frem efter årtier på institutioner. På vejen møder de afhængige, oprørske og eksperimenterende unge, der oplever sig stempet som 'forkerte' af samfund og behandlingssamfund. Hverken de unge – eller de psykiatriske brugere – er helt sikre på deres egen identitet eller tilhørsforhold. Kommunalreformen har år forinden revolutioneret organisering og administration af de offentlige systemer, hvorfor ingen har et egentligt overblik over

opgavemængde og opgaveløsning.

Omkring 10 år efter, at afinstitutionaliseringen rigtigt kom i gang, præsenteres de første beskrivelser af den psykisk syge misbruger. Særligt er de at finde i hjemløse-populationer og på forsorghjem, som eksempelvis beskrevet i Preben Brandts disputats fra 1992. Problemstillingen bliver efterhånden mere og

ud. Psykiatrien havde dengang gerne beholdt misbrugsbehandlingen, men måtte trække sig, da resten af sundhedsvæsenet ikke bakkede op. I dag ca. 50 år senere har vi rent videnskabeligt konstateret, at afhængighed er en kronisk lidelse, som skaber store sociale problemer. Til trods for det er misbrug og afhængighed stadig opgaver for de sociale systemer, mens der gennem sundhedslovens §§ 141 og 142 sikres lægelig bistand. Dette kræver en høj grad af kommunikative færdigheder mellem de sociale og sundhedsmæssige systemer og fagpersoner.

Faldet mellem stolene igen, igen og igen

Hvordan ser det ud i dag? Lektor ved Ålborg Universitet, Janne Seemann,



mere tydelig og umulig at overse som noget forbigående. Det sociale system og fejlsocialiseringsmodellen vandt sejren over den epidemiologiske, medicinske model, da den i 1960'ernes Danmark rent ideologisk og organisatorisk så mest rigtig

beskriver, at vi har en problematikens konstans i det danske sundhedsvæsen, og at det siden kommunalreformen i 1970 er gået ned ad bakke med sammenhængskraften i patientforløbene. I en gennemgang af dokumenter fra 1970 og frem til i



Peter Land, Untitled, 2006, courtesy of Galleri Nicolai Wallner

Det danske system er liberalt, hvilket vil sige, at frihed og den enkeltes autonomi vægtes meget højt. Det kan lægge op til, at den enkelte borger selv er ansvarlig og måske endog direkte ene-ansvarlig for eksempelvis den sundhedstilstand, han eller hun har.

dag fandt Seemann, at problemerne omkring samordning af indsatserne med henblik på sammenhæng i patientforløbene er uforandrede på trods af de 40 års afstand. Vi taler stadig om tydeligere opgavefordeling, mere forebyggelse, flere ressourcer til den primære sektor og en bedre koordinering af indsatserne. Problemerne er de samme, uanset om vi bevæger os inden for somatikken, den sociale sektor eller i psykiatrien. I 1988 blev der lavet en afgørende undersøgelse af forhold, der gjorde, at patientforløbene forblev usammenhængende. Undersøgelsen konkluderede, at tendensen til mytedannelser og manglende ledelsesmæssigt initiativ havde en stor del af skylden for den manglende sammenhæng i behandlingsforløbene. Fx myter om, at socialforvaltningerne er paragrafryttere, at læger ikke ønsker at forholde sig til det økonomiske, at sygehuslæger er perfektionister etc. Myterne udsprang delvist af erfaringer fra for-

søg på samarbejde, men havde også grobund i en uvidenhed om hinanden og endte ofte op med at blive de 'nemme forklaringer', som fritog parterne for at gå i gang med et reelt samarbejde. Eksempelvis var det en udtalt myte, at det alligevel altid var sygehuslægen, der bestemte en udskrivning, og at døgnindlæggelse var den dyreste løsning og derfor altid burde undgås.

'Faldet mellem to stole' er blevet beskrivelsen af de dobbeltdiagnosticeredes tilbud og forløb i de offentlige systemer, men de dobbeltdiagnosticeredes situation er ikke enestående, når det kommer til patientforløb i det hele taget, jf. fx Toftegårds-udvalgets undersøgelse i 1988 af ældre menneskers forløb fra sygehusindlæggelse til hjemtagning til kommunen. Mekanismerne synes at være de samme, retorikken ligeså. Det særlige i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose er måske alene, at disse falder særlig hårdt og særligt larmende. Og mens

de ligger og venter på at blive fundet, er de hverken særligt stille eller særligt pæne. De ligger på gulvet og mister liv, færdigheder og funktionsevner.

I internationale kredse er der enighed om, at integreret behandling, dvs. hvor den psykiatriske lidelse og misbruget behandles i samme tilbud og af samme behandlere, er det mest optimale til målgruppen. Integreret behandling vil i Danmark kræve opkvalificering af personale og vurderes muligt inden for afgrænsede rammer som eksempelvis et døgntilbud. Eftersom sammenhængende patientforløb synes så svære at gennemføre, vil det også være en udfordring at se den integrerede behandling gennemført i det ambulante tilbud, som de fleste patienter får tilbudt.

Denne udfordring underbygges af strukturreformen, som fødte idéen om sundhedsaftaler og koordinationsudvalg. Disse skulle fremadrettet være garanten for sammenhæng i patientforløb – også for patienter med en dobbeltdiagnose. Selvom den integrerede behandling er den internationale mest anbefalede, giver sundhedsaftalerne en opskrift på parallel behandling af patientgruppen, dvs. en behandling, hvor hver instans udfører det, de er bedst til, og hvor patienten selv integrerer eller koordinerer behandlingen. Dette kræver et højt funktionsniveau hos patienterne. Samtidig er tilbagemeldingerne, at regionerne som den stærke part har defineret aftalerne og dermed pålagt kommunerne opgaver, de ikke kan leve op til.

Kvaliteten af tilbuddene til mennesker med en dobbeltdiagnose har forandret sig enormt i løbet af de sidste 10 år, men der er også noget, der ikke har forandret sig ret meget. Faldet mellem to stole opleves stadig, men der er også flere og flere offentlige systemer, der arbejder på at kunne rumme borgere med mere komplekse problemer. Grundlæg-

gende synes det dog, som om den helt basale forståelse for, hvad det vil sige at samarbejde og samorganisere, mangler. Mange gange oplever vi stadig, at et godt patientforløb er båret af individer – gode fagpersoner - og ikke skyldes, at vi har organiseret os godt. Er det rimeligt, at vi stadig lader eksempelvis myter præge noget så vigtigt som det interorganisatoriske samarbejde mellem offentlige systemer?

Policy og praksis

Det er ikke tilfældigt, at det er vores norske brødre og søstre, der er de første til at præsentere nationale retningslinjer for behandling af DD-patienter. Når vi kigger til Norge og Sverige, får vi billeder foræret, der viser, hvordan man også kunne gøre. Ikke fordi de ikke har nogle af de samme problemer som os, de har dem blot i en anden udformning. Ligesom de har løst udfordringen på anden vis. De nordiske lande har en lang tradition for opgavefordelinger mellem fagområder i hhv. stat, region/ amt og kommune, hvilket er særligt udfordrende for DD-området, hvor helhedsbehandling anbefales. Vi har derfor brug for at lære af hinanden og af hinandens måde at strukturere og organisere samarbejde og administration.

Det danske system er *liberalt*, hvilket vil sige, at frihed og den enkeltes autonomi vægtes meget højt. Det kan lægge op til, at den enkelte borger selv er ansvarlig og måske endog direkte ene-ansvarlig for eksempelvis den sundhedstilstand, han eller hun har. Mens vi i Danmark stadigvæk betragter ulighed inden for sundhed som et individuelt problem, som de offentlige systemer kun kan påvirke gennem information og oplysning, betragtes det i Sverige som et samfundsmæssigt problem.

I Sverige har man en klar forventning om, at man på politisk niveau har taget stilling til, hvad der – i dette tilfælde – er et sundt liv, en tilgang,

som for en stor del bygger på en socialdemokratisk ideologi. I stedet for at igangsætte informationskampagner, vil man i Sverige undersøge, hvorledes den sociale ulighed kan blive mere jævn.

Et besøg i Sverige lige efter, at vi i Danmark havde startet behandling med lægeordineret heroin, var i den forbindelse temmeligt interessant. Vore svenske kollegaer var dybt forargede og mente, at vi i den grad svigtede brugerne og gjorde dem afhængige af det offentlige som statsautoriserede narkomaner. Den svenske stat støtter kun 'det sunde liv'/'det gode liv', hvilket ikke indbefatter gratis heroin. Derimod er der mange afdelinger for tvangsbehandling af misbrug og afhængighed, hvis opgave er formuleret med henblik på de tilfælde, hvor staten går ind og hjælper en borger, der ikke længere kan hjælpe sig selv. Såvel Sverige som Danmark har således en tendens til at mene, at ansvaret for et godt helbred primært er placeret ét sted, men det er hhv. i det politiske system eller hos den enkelte borger.

Som *social-liberal* er man i Norge optaget af at placere ansvaret to steder. Dels hos borgeren og dels i det politiske system. Ved ulighed i sundhed blandt befolkningen vil fokus være på dels at omrokere ressourcer, sekundært at opkvalificere den enkelte borger til at kunne træffe gode/bedre valg. Der er et grundlæggende ønske om, at den enkelte borger skal føle en mestring – en sammenhæng, når denne skal bevæge sig rundt i de offentlige systemer.

I en skandinavisk undersøgelse af specialiserede tilbud til mennesker med en dobbeltdiagnose blev de ideologiske forskelle eksemplificeret. Eksempel: I Norge og Sverige startede man med at sætte patienten i behandling, i Danmark tilbød man først ambulante- og botilbud, inden behandlingstilbuddene kom på bordet. For det andet var der stor aldersforskel mellem de norske klienter i behandling på gennemsnitsligt 25

år og de danske på gennemsnitsligt 42 år. Forklaret ud fra ovenstående ideologiske model vil man i Norge ikke forvente, at borgeren kan tage ansvaret alene, og derfor placere vedkommende i et behandlingstilbud med det samme. Her skal han eller hun lære at tage ansvaret for sin problemstilling. I Danmark har man i årevis givet borgeren ansvaret selv og ladet vedkommende forsøge alt muligt forinden, før han eller hun, 17 år efter sin norske broder eller søster, som 42 årig tilbydes et behandlingstilbud. Sverige og Norge er enige om, at behandlingstilbudet er det første, der skal til, fordi man mener, at man rent politisk har et ansvar for målgruppen og derfor skal stoppe ulykken og mindske skaden så hurtigt som muligt.

Nationale retningslinjer

Som tidligere nævnt er det ikke tilfældigt, at det er vore norske brødre og søstre, der er de første til at præsentere nationale retningslinjer. Der er to ben i satsningen: dels patienten, der skal have en oplevelse af mestring og sammenhæng, når vedkommende bevæger sig gennem systemerne, og dels er der det politiske og administrative niveau. Retningslinjerne omhandler i høj grad, at sidstnævnte niveau skal sikre, at patienten oplever mestring og sammenhæng, således at denne kan yde sin del af arbejdet mod bedring.

Det nærmeste, vi i Danmark er kommet noget, der ligner retningslinjer på området, er føromtalt sundhedsaftaler. Samtidig må vi ikke glemme, at Danmark, som det mest liberalistiske land af de tre nævnte, også har decentraliseret beslutninger ud til flest mulige kommunale enheder. Liberalismen gælder således ikke blot patienternes frihed, den gælder også kommunerne, de enkelte tilbud og fagpersonerne. I en status over indsatsen i kommunale tilbud i to regioner i Danmark blev det konstateret, at 3 ud af 75 tilbud var integrerede.

De fleste tilbud udredte ikke for misbrug eller psykiatrisk lidelse, og når de gjorde, blev det beskrevet som 'metodisk pluralisme'. Denne tendens var endnu mere udpræget, når det handlede om interventionsmetoder.

Den norske måde

De norske retningslinjer har været undervejs længe og er produceret af et massivt forarbejde. Dels er der foretaget litteratursøgninger af, hvad der overhovedet har været forsket i, i forhold til screening og psykosocial indsats. Derudover har ledere og medarbejdere i samtlige lokalpsykiatrier og misbrugscentre været igennem en spørgeskemaundersøgelse af nuværende metode og praksis.

I flere forskellige sammenhænge og i flere forskellige stadier af processen har vi haft mulighed for at følge med i udviklingen af retningslinjerne gennem samarbejde med vores norske kollegaer, der er tæt involveret i processen. For alle, der har lyst til at læse nærmere i nogle af de delrapporter, der er publiceret undervejs, kan særligt anbefales de to store litteratursøgninger om screeningsinstrumenter og om psykosocial indsats, udgivet af Kunnskapscentret, der er et nationalt videnscenter på lige fod med SFI (*se mere på www.kunnskapscenteret.no*).

Vi er i Danmark præget af en liberalistisk indstilling til, hvorledes de offentlige systemer skal være arrangeret og administreret i forhold til brugerne. Samtidig ser det ud til, at decentraliseringen og friheden til selv at vælge metode, definition og således 'sprog' efterhånden har fået dobbeltdiagnose-området til mere at ligne et område i kaos end et område fyldt med faglige overvejelser. Manglen på sammenhængskraft forplumrer blot billedet yderligere.

I Norge, hvor ideologien er præget af social-liberalisme, ønsker man staten og patienten som to ligestillede samarbejdspartnere. Man er overbe-

vist om, at patienten kun kan samarbejde, hvis han eller hun oplever en mestring og en følelse af sammenhæng i kontakten med systemerne. Disse er nogle af bevæggrundene for, at man aktuelt er ved at lægge sidste hånd på nationale retningslinjer for dobbeltdiagnose området.

Evidensbaserede metoder

Det kan synes vidtløftigt og overvældende at læse om de norske retningslinjer. Tanker som: 'Kommer dette nogensinde til at virke?' sniger sig ind hist og pist. Personligt synes jeg, at det er inspirerende læsning og ikke mindst opmuntrende at vide, at man så tæt på os synes at nærme sig løsninger om samarbejde og strukturer, som er styret helt fra regeringsniveau.

For at komme videre i den danske proces er der brug for inspiration fra fagfolk: Hvad er det, vi skal vægte her i Danmark, hvis vi skal starte et sted? Screening og diagnosticerede skaber? Metoder? Definition af dobbeltdiagnose? Eller samarbejdsmodeller?

Fælles med vores nordiske brødre og søstre mangler vi populationer, der er store nok til, at vi har evidensbaserede metoder, screeningsinstrumenter og tilgange til denne målgruppe, der, som et minimum, kan vise os noget af vejen. Så længe vi end ikke inden for egen landegrænse kan finde ud af at definere målgruppen, dvs. blive enige om, hvad der skal falde ind under betegnelsen 'dobbeltdiagnose', vil vi fortsat komme til at mangle disse evidensbaserede tilgange, hvilket er helt essentielt. International forskning strander igen og igen på målgruppens heterogenitet og undersøgelsesernes mangel på dette aspekt. Vi kunne måske udvikle guidelines for nordisk forskning inden for området, således at vi i fællesskab i nordisk regi kunne samle forskningsresultater, der var brugbare? Men uden et fælles udgangspunkt – populationen – bliver det svært at

komme særlig langt. Med udgangspunkt i de norske retningslinjer kan vi skæve til, hvad vi ville miste og eventuelt vinde ved at afgive noget af vores frihed til fordel for mere ensartethed både med vores nordiske brødre og søstre og ikke mindst også inden for eget land. ■

LITTERATUR

- Anita Alban, Eigill Boll Hansen, Ulla Christensen: Opgaveglidning mellem kommune og sygehus. DSI. 1988.
- Betænkning om misbrug og euforiserende stoffer afgivet af det af Indenrigsministeriet nedsatte udvalg 10. november 1950. København. 1953.
- Birgit Jessen-Petersen: De psykotiske misbrugere. FADL. 1994.
- Finn Bennike Behrendt: Ungdomseufomani i epidemiologisk belysning. Ugeskrift for læger 6. august s. 1519 – 1527. 1971.
- Gitte Løkkegaard: Bestyrer af en narkocentral. STOF nr. 16, s. 47 – 51. 2011.
- Ivan Christensen, Pauline Hagesen: Hvad sker der nu? SUS. 2010.
- Jacob Hilden Winsløw: Narreskibet. SocPol. 1984.
- Janne Seemann: Kronisk koordinationsbesvær. (Under udarbejdelse).
- Jesper Vaczy Kragh: Morphine Habitues – Addict Doctors and Drug Abuse in Denmark 1870 – 1955. FORTID 7,4. S. 30 – 35. 2010.
- Knud Pontoppidan: De kroniske morfinister. Th. Linds Boghandel. 1883.
- Lotte Sønderby, Amund Aakerholt, Lars Merinder, Brigitta Ravens: Kortlægning og tilbud til patienter med dobbeltdiagnose i Skandinavien i 2006. Århus Universitetshospital Risskov. 2008.
- Martin Strandberg-Larsen, Allan Krasnik: Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark. International Journal of integrated care, July. 2008.
- Merete Bjerrum: Dansk hospitalspsykiatri 1930 – 1990 med særlig vægt på organisatoriske og administrative forhold. Ph.d.-afhandling. 1998.
- Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP-lidelse. Sammensatte lidelser – samtidig behandling. Helsedirektoratet. Oslo. 2011.
- Preben Brandt: Yngre hjemløse i København. Disputats. FADL. 1992.
- Signild Vallgård: Public Health Policies: a Scandinavian model? Scandinavian Journal of Public Health, p. 205-11. 2007.



FAKTA OM DE NORSKE RETNINGSLINJER

I DE FORELØBIGE NORSKE RETNINGSLINJER har man for det første taget stilling til, hvilken målgruppe man har med at gøre. Dvs. man har taget stilling til en definition af dobbeltdiagnose-betegnelsen – eller som man kalder det i Norge, ROP-lidelsen (Rus og Psykiatri). Sekundært har man som det første i retningslinjerne, tro mod sit ideologiske ophav, sat sig et mål for, hvad man ønsker, at patienten skal have ud af indsatsen: at kunne træffe egne valg.

Retningslinjerne indeholder en 55-punkts liste over anbefalinger, som igen er opdelt i 3 dele: En del, der omhandler etikken; involvering af patienten og dennes pårørende. Del 2 omhandler kortlægning og udredning, og del 3 omhandler behandling og opfølgning, herunder samarbejde.

I kortlægning og udredning er der dels overvejelser om, hvorledes den psykiske lidelse kan findes i et misbrug/ afhængighed, dels hvordan misbrug/ afhængighed kan findes i en psykiatrisk lidelse. Screeningsinstrumenter inden for ROP-lidelsen er fundet gennem litteratursøgningsstudier og præsenteres

i retningslinjerne. Dette giver mulighed for, at alle på tværs af sektor, organisation og specialistgrad – får samme sprog. De psykiske lidelser screenes med MINI PLUS, MINI SCREEN, SCID-I, SCL-10 og ASRS. Alkohollidelse ved CAGE eller AUDIT. Stoflidelse ved DUDIT. Sociale forhold ved ASI og motivation ved SATS, DUDIT-E og AUDIT-E.

En screening betyder, at man 'kradser i overfladen' for at vurdere, om der fx kan være tale om en psykisk lidelse under en ruslidelse. Det anbefales, at patienten skal være rusfri, hvis der bliver tale om efterfølgende diagnostisk udredning. Dette er vægtet meget højt, hvorfor patienten bliver tilbudt et døgnophold for at kunne holde sig rusfri frem til testningen. Udredningsresultaterne skal naturligvis følge klienten videre i forløbet, således at der ikke spildes unødvendig tid og ressourcer på at gentage disse.

I behandlingsdelen anbefales kognitiv adfærdsterapi i kombination med MI (Motivational Interviewing), da det til dato er det, der har størst evidens for at virke. Samtidig understreges betydningen af langvarige behandlingsrelatio-

ner og undgåelse af brud på disse – også selvom der kan være tilbagefald. Op-søgende psykoseteams er den helt store satsning i Norge netop pga. deres fleksibilitet i forhold til målgruppens behov.

Det vil kræve øget kompetence hos de forskellige sektorer at skulle kunne efterleve retningslinjerne. Man har vurderet, at kommunerne skal opkvalificere deres screenings- og udredningskompetencer. Behandlingspsykiatrien skal i højere grad være mere udfarende og stille sig til rådighed i forhold til akutte behov hos målgruppen og i forhold til vejledning af kommunale tilbud. Samtidig er det tanken, at modellen også skal gælde i fængsler og inden for retspsykiatrien i det omfang, det er muligt. I Norge har hver patient en individuel plan, hvori bl.a. beskrivelser af samarbejdsaftaler og –relationer indgår. Det vil sige, at man tænker de norske retningslinjer ind i aftaler på individniveau. På www.helsedirektoratet.no kan man læse mere om forarbejdet til de norske retningslinjer (søg på dobbeltdiagnose). ■

VOKSNE PERSONER MED SAMTIDIG RUSLIDELSE OG PSYKISK LIDELSE (ROP)			
Psykisk lidelse	Alvorlig psykisk lidelse		Mindre alvorlig psykisk lidelse
	Skizofreni og skizofrenilignende psykose Bipolær lidelse I Alvorlig depression Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse		Bipolær lidelse II Moderat depression Alvorlig angst (også PTSD) Alvorlig spiseforstyrrelse Alvorlig personlighedsforstyrrelse Hyperkinetisk forstyrrelse/ ADHD
Rusen	Skadelig brug	Afhængighed	Skadelig brug Afhængighed
Hovedansvaret	Psykisk helseværn		TSB

FIGUR 1. Oversigt over udgangspunkt for ansvarsfordeling i de norske retningslinjer. De psykiske lidelser er opdelt i alvorlige og mindre alvorlige. Ligesom ruslidelsen er opdelt i skadeligt brug (misbrug) og afhængighed. TSB står for tværfaglig specialist behandling inden for rusfeltet.



DE NORSKE RETNINGSLINJER

DEL 1: ANBEFALING OM BRUGERINVOLVERING OG INVOLVERING AF PÅRØRENDE

- 1 Behandling bør indrettes således at patienterne bliver i stand til at træffe deres egne valg.
- 2 Pårørende bør involveres så langt hen ad vejen det er muligt.

DEL 2: ANBEFALINGER OM KORTLÆGNING OG UDREDNING

- 3 Ved langvarig og hyppig rusmiddelbrug og mistanke om psykoselidelse, bør endelig diagnosticering gøres efter en måneds observationstid uden brug af rusmidler.
Psykiatriske diagnoser, der er baseret på udredning under påvirkning af rus eller kort efter ophør af ruspåvirkning bør revideres efter minimum 4 uger med rusfrihed.
- 4 Hvis rusfrihed er vigtigt for at kunne diagnosticere alvorlig psykisk lidelse og patienterne ikke er i stand til at opnå dette via ambulante tiltag, bør et ophold på døgninstitution vurderes for bedre at sikre rusfrihed.
- 5 Udredning skal ikke ske isoleret, men være en del af et eksisterende behandlingstilbud eller føre til et tilbud om behandling og opfølgning i kommunen og/eller behandlingspsykiatrien efter kort tid. Udredningsresultaterne som er konsekvensen af behandlingen skal følges op.
- 6 Udredningsresultaterne skal, hvis patienten samtykker, følge patienten i forskellige behandlingssenheder for at undgå unødvendige gentagelser
- 7 Det anbefales at kortlægge forskellige sider af patientens motivation for ændring med værktøjer som SATS, DUDIT-E og ALKOHOL-E.

ANBEFALINGER OM SCREENING

- 8 Når der afdækkes psykiske problemer i kontakt med hjælpeapparatet skal rusmiddelindtagelsen afdækkes.
Tilsvarende skal den psykiske lidelse udredes når der afdækkes rusproblemer.
- 9 Screening for alkoholindtagelse hos pa-

tienter med kendt psykisk lidelse anbefales at være CAGE og AUDIT.

- 10 Screening for stoflidelse hos patienter med kendt psykisk lidelse anbefales gjort med DUDIT.
- 11 Screening for ruslidelse ved brug af urin, blod og spyt eller pusteprovve bør vurderes som supplement til anden type screening. Specielt på de psykiatriske afdelinger.
- 12 Screening for psykotiske psykiske lidelser anbefales med MINI.
- 13 Screening for ikke-psykotiske psykiske lidelser anbefales gjort med MINI SCREEN.
- 14 Screening for hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) anbefales gjort med spørgsmål fra MINIM PLUS eller ASRS 6.
- 15 Brug af SCL-10 vil egne sig til screening af angst og depression.
- 16 Indsatte i fængsel bør få tilbud om screening for rus og psykisk lidelse.

ANBEFALINGER OM DIAGNOSTISK UDREDNING.

- 17 Neurokognitiv udredning kan være aktuelt som et led i udredning af flere tilstande.
- 18 Diagnostisk udredning af psykisk lidelse og ruslidelse anbefales med MINI PLUS eller SCID-I.
- 19 For udredning af personlighedsforstyrrelse hos patienter med rus, anbefales enten at benytte kriterier for personlighedsforstyrrelser i ICD-10 eller at benytte SCID-II som korrigeres med kriterierne ICD-10.

ANDEN SLAGS KORTLÆGNING

- 20 Somatisk udredning bør gøres specielt med tanke på de sygdomme som personer med forskellige slags rusforbrug kan få.
- 21 Der bør gennemføres en bred kortlægning af sociale forhold, uddannelse, arbejde og økonomi, familie og netværk mv. Dette kan gøres med EuropASI.
- 22 Vurdering af risiko for selvmord skal baseres på anerkendte principper.
- 23 Adfærdsmønstre som inkluderer vold, anden kriminalitet eller fare for vol-

delig adfærd, bør udredes med sigte på adækvat behandlingstiltag.

DEL 3: BEHANDLING OG OPFØLGNING

ANBEFALING: BEHANDLING FOR ROP-PATIENTER

- 24 Patientens ønske, vilje og evne til at reducere eller slutte med rusmidler bør støttes under hele forløbet.
- 25 Samtidige lidelser forudsætter samtidig behandling og behandlingen af ROP-lidelser skal foregå integreret efter en samlet plan.
- 26 Behandling i opsøgende psykoseteam bør gives til patienter med ROP som ikke responderer på traditionel ambulant behandling, sygehusophold eller anden døgnbaseret institutionsbehandling.
- 27 Samtalebehandling som kombinerer kognitiv adfærdsterapi med MI tilpasset den psykiske lidelse bør tilbydes.
- 28 Oplæg for læringsbaseret behandling kan vurderes udvikling indenfor forskellige rammer for behandling og opfølgning.
- 29 Der bør gives oplæring og psykoedukative tiltag som omfatter udvikling af færdigheder i kommunikation og problemløsning for patienter og pårørende.
- 30 Døgnbaseret institutionsbehandling for patienter med aktiv og ustabil alvorlig psykisk lidelse med samtidige rusproblemer bør gives til patienter som ikke nås eller som ikke responderer på polikliniske behandlingstiltag.
- 31 Tilknytning til hjemsted/ hjemkommune bør opretholdes under et institutionsophold for at opnå kontinuitet i behandlingen.
- 32 Dersom det er nødvendigt at udskrive patienten mod dennes ønske, skal det overvejes om en tidsbegrænset udskrivelse kan være en mulighed og der skal sørges for god opfølgning udenfor institutionen med sigte på at varetage kontinuitet i behandlingen.
- 33 Tilbagefald må ikke være en forhindring for målsætningen om fuld rehabilitering.
- 34 Undgå brud i etablerede behandlingsrelationer.
- 35 Behandling af den enkelte psykiske li-



delse bør følge direktoratets nationale retningslinjer for en sådan psykisk lidelse – selvom patienten også har en ruslidelse.

- 36 Behandling af ruslidelser skal følge anerkendte metoder for rusbehandling selvom patienten har en psykisk lidelse.
- 37 Der bør tilbydes lang tid (mere end 6 mdr) ambulant gruppebehandling med vægt på oplæring, social færdighedstræning og gensidig brugerstøtte.
- 38 Hvis der ikke sker anseelig bedring af angst og depression ved opnået rusfrihed skal disse lidelser fortsat behandles.
- 39 Ved hyperkinetisk forstyrrelse anbefales psykosocial behandling af ruslidelser selvom patienten ikke får medicinsk behandling af denne.

ROLLER OG ANSVAR

A: ANBEFALINGER FOR BEHANDLING OG OPFØLGNING I KOMMUNERNE

- 40 I alle kommuner skal der findes kompetencer for at kunne gennemføre screening for ruslidelse og psykisk lidelse vha. de anbefalede screeningsinstrumenter.
- 41 I alle kommuner skal der findes kompetencer for at kunne gennemføre en bred kortlægning af personer med ROP.
- 42 Bedring bør ikke føre til at nogen skal flytte fra sin bolig, hvis denne ikke ønsker dette.
- 43 Tilbud om bofællesskab med personale skal være tilgængeligt for alle, som har brug for det, eventuelt gennem samarbejde mellem kommuner.
- 44 Der skal tilbydes meningsfulde aktiviteter, der svarer til klientens behov – om muligt rettet mod arbejdsmarkedet.

B: ANBEFALINGER FOR BEHANDLING I SPECIALISTHELSETJENESTEN (REGIONEN I DK, HER KAN OGSÅ VÆRE RUS I NORGE)

- 45 På figuren er ansvarsfordelingen vist i forhold til hovedansvar, men som hovedregel er det behandlingspsykiatrien, der har hovedansvaret for at mennesker med ROP får et samordnet

og integreret behandlingstilbud.

- 46 Der bør ske en samordning af vurderinger og indtag mellem enhederne i psykiatrien og det TSB (Tværfagligt Specialist Behandlingstilbud).
- 47 TSB bør have kompetence til at håndtere mindre alvorlige psykiske lidelser og samtidig alvorlig rus.
- 48 Psykiatrien bør have kompetence til at håndtere patienter med en kombination af alvorlig psykisk lidelse og alle former for ruslidelser.
- 49 Vejledning bør gives til forskellige kommunale tjenester som arbejder med ROP-klienter og heri bør være inkluderet akut vejledning ved behov.
- 50 TSB bør kunne give tilbud til behandling til mennesker som har en mindre alvorlig psykisk lidelse, måske gennem et samarbejde med psykiatrien.
- 51 Patienter i psykiatrien, der har en mindre alvorlig psykisk lidelse, bør have et tilbud om behandling af ruslidelser samme sted, eventuelt gennem et samarbejde med TSB Samarbejde.
- 52 Behandling af ROP-patienter indenfor psykiatrien skal ske i aktivt samarbejde med kommunerne både før, under og efter behandling i specialhelsetjenesten.
- 53 Samarbejde på alle niveauer og indenfor niveauer bør ske gennem samarbejdsaftaler. For den enkelte patient bør den individuelle plan (en slags behandlingsplan – men meget bredt) præcisere samarbejdet. Der kan udformes samarbejdsaftaler mellem enheder, der er knyttet til enkeltpatienter.
- 54 Personer med ROP-lidelser bør have en hurtig tilgang til hjælp når de har brug for det. Dette bør nedfældes i aftaler.
- 55 Ved behov bør der etableres et samarbejde ved brug af den individuelle plan mellem kommune, specialhelsetjenesten, kriminalforsorgen og helsetjenesten i fængslet med henblik på behandling under et fængselsophold, samfundsstraf, betinget fængselsstraf eller afsoning i en behandlinginstitution. ■

ARRANGEMENTER



Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnose inviterer til inspirationsdag d. 27. september 2011, hvor de norske retningslinjer kommer på dagsordenen og diskuteres i relation til danske forhold.

Se program for dagen m.m. **mere på www.dobbeldiagnose.org** – her kan man også læse om netværkets medlemmer, øvrige aktiviteter m.m.



Svenska Nätverket-Dubbeldiagnoser arrangerer den 4. Nordiske konference om dobbeldiagnose d. 17. – 19. oktober 2011 i Göteborg. Konferencens tema er 'Kunsten at forene perspektiv'. **tilmelding m.v. på www.sn-dd.se.**

LINKS

www.helsedirektoratet.no
(afd. 'rus og psykisk helse')
www.kunnskapsenteret.no
www.rus-ost.no
(Øst Norsk Kompetencecenter, som er vores samarbejdspartner)
www.sirus.no
(Statens institut for rusmiddelforskning)
www.sn-dd.sl
(det svenske dobbeldiagnose netværk)
www.kunnskapsenteret.no
(nationalt videnscenter)
www.servicestyrelsen.dk
(nyt initiativ: Integreret indsats over for sindslidende med misbrug)
www.stofbladet.dk
(søg på emnet 'dobbeldiagnose')