

DOBBELTDIAGNOSE – SET FRA PROJEKT SOCIALSYGEPLEJE

Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er en tilbagevendende, kompleks og uafklaret diskussion. Stofbruget forhindrer den psykiatriske behandling, og de psykiatriske problemer forhindrer misbrugsbehandlingen.

AF KATRRHINE BRO LUDVIGSEN

Stofmisbrugere har ofte et problematisk og for kort indlæggelsesforløb på hospitalerne, ligesom mange patienter med en psykiatrisk lidelse og et samtidigt misbrug falder mellem to stole. Dette til trods for, at disse patienter – hvad enten de henvender sig i somatikken eller psykiatrien – som regel har mange komplekse og behandlingskrævende problemstillinger. Patienter med stofbrug opleves i det etablerede sundhedssystem tit som besværlige og svære at samarbejde med. Tilsvarende kan disse patienter have dårlige erfaringer med tidligere indlæggelser/kontakt til systemet og derfor være på vagt over for personalet og forlade behandlingen, inden den er gået i gang eller er blevet færdig. Disse problemstillinger ønskede man med et 3-årigt udviklingsprojekt: *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb* at finde mulige løsninger på. I denne artikel vil jeg præsentere nogle af de udfordringer, som kom til syne i projektets psykiatridel, og hvad socialsygeplejersker bød ind med i forhold til disse udfordringer. Men først lidt om det samlede projekt:

Projekt Socialsygepleje

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb er et netop afsluttet 3-årigt udviklingsprojekt finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen og forankret i KABSVIDEN under socialsygeplejerske Nina Brünés' ledelse. Projektets formål var at støtte og forbedre stofbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospitalet og psykiatrien ved hjælp af socialsygeplejersker med ekspertise inden for såvel udsatte-, misbrugs- og psykiatriområdet. Projektet bestod af en somatisk og en psykiatrisk del, hvor hhv. to hospitaler

og to psykiatriske centre hver husede en socialsygeplejerske. Patientmålgruppen for projektets indsats var socialt udsatte patienter med stofmisbrug. Derudover havde projektet yderligere to målgrupper, nemlig sundhedspersonalet på hospitaler/psykiatriske centre og samarbejdspartnere i det kommunale system.

Den somatiske del startede i februar 2010 og løb frem til 30. november 2011, mens den psykiatriske del foregik i perioden august 2010 til 31. maj 2012. Ordningen i somatikken fik så stor succes, at den, allerede inden projektperioden var endeligt afsluttet, blev gjort permanent, således at man i dag har fastansat projektlederen i en overordnet faglig socialsygeplejekoordinator-funktion samt ansat en socialsygeplejerske på hhv. Bispebjerg, Hvidovre og Herlev Hospitaler. Det er endvidere besluttet på regionsniveau, at der ligeledes skal ansættes socialsygeplejersker på Rigshospitalet, Glostrup og Hillerød Hospitaler. I forbindelse med den psykiatriske socialsygeplejeindsats har Region Hovedstadens psykiatridelelse vurderet, at der ikke er brug for socialsygeplejersker, men at det psykiatriske personale har brug for den viden og kompetence som socialsygeplejerskerne bidrog med i projektets psykiatriske del.

I *Projekt Socialsygepleje – den gode indlæggelse* var de fire socialsygeplejersker tilsammen involveret i 1.011 patientforløb (heriblandt også patienter, der blev genindlagt i projektperioden). Den somatiske projektdel havde 704 patientforløb og den psykiatriske projektdel 307 patientforløb.

Undertegnede antropolog fulgte projektet tæt og foretog undervejs i projektperioden en kvalitativ undersøgelse af projektet baseret på interviews med patienter og personale samt deltagerobservation på de



involverede hospitaler og psykiatriske centre i relation til socialsygeplejerskernes arbejde og indsats. I den forbindelse er der udarbejdet to midtvejsstatusrapporter for hhv. projektets somatik- og psykiatridel.^(1,2) Interviewene omhandlede patienters og personales erfaringer med socialsygeplejerskerne, og hvad de bidrog med i det praktiske arbejde omkring denne patientgruppe, samt hvilke udfordringer og problemer parterne oplevede med behandlingen og indlæggelsen i forbindelse med det at være/have patient(er) med stofbrug. Ud over de to midtvejsstatusrapporter er den samlede indsats og erfaring med projektet ved at blive endelig analyseret. Den samlede analyse forventes afrapporteret i februar 2013. Dette sker i et samarbejde mellem COWI og KABS VIDEN.

En tilbagevendende diskussion: Hvad kom først?

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendte: Stofmisbrug optræder ofte i forbindelse med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer. Derudover viser undersøgelser, at der hos 60-70 % af stofbrugere i stofmisbrugsbehandling findes en psykiatrisk lidelse, og at livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 %.⁽³⁾ Der er imidlertid flere stofbrugende patienter med psykiatriske symptomer, som pga. stofbruget endnu ikke er færdigudredt psykiatrisk, fordi et aktivt brug af stoffer kan sløre eller fremme psykiske symptomer. I et af de kvalitative interview i projektets psykiatridel blev denne problematik italesat således:

'Når vi ser patienter med både misbrug og psykiatri, er den første overvejelse ofte: Hvad kom først? Det er tit meget svært at finde ud af; er misbruget symptomatisk, eller er det symptomgivende, primært eller sekundært til psykiatrisk lidelse? Problemet for os er, at vi mange gange har svært ved at komme videre i diagnosticeringsprocessen, når patienterne er aktivt misbrugende. Vi kan jo ikke vide, når fx en ung mand kommer ind i en psykotisk affekttilstand, om det er én, der er ved at udvikle en grundlæggende psykotisk lidelse, eller om det er én, der er blevet psykotisk, fordi vedkommende har indtaget stoffer. Hvis vi skal videre med det, så vil vi jo gerne se vedkommende stoffri, så vi kan gå videre med psykologer og psykiatere og begynde at afdække problemerne'.⁽²⁾

Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er en tilbagevendende, kompleks og uafklaret diskussion. Patienten henvises til misbrugsbehandlingen for at blive stoffri, før psykiatrien kan gøre yderligere, men det er langt fra alle

patienter, der kan blive stoffri. Der er derfor patienter, som har samtidige misbrugs- og psykiske problemer, uden at de kan betegnes som dobbeltdiagnosticerede. I stedet må vi nøjes med at kalde dem dobbeltbelastede, for uanset diagnose eller ej er der ofte tale om mennesker med komplekse problemstillinger af såvel social, fysisk, psykisk og medicinsk karakter. Pga. problemernes modsatrettethed – altså, at stofbruget forhindrer den psykiatriske behandling, og de psykiatriske problemer forhindrer misbrugsbehandlingen – falder disse mennesker ikke kun mellem disse to behandlingssystemer, men også mellem andre instansers tilbud, der enten har svært ved at rumme dem pga. den ene eller den anden hovedproblematik eller udelukker dem pga. manglende psykiatrisk diagnose. En diagnose, som i flere tilfælde er adgangsgivende i forhold til forskellige tilbud og støtteforanstaltninger.

Projekt Socialsygepleje havde et overordnet mål om at sikre patienter med stofbrug lige adgang til behandling og helbredsfræmmende tilbud. Da en psykiatrisk diagnose er central for at få adgang til psykiatrisk behandling og ditto støtteforanstaltninger, var den psykiatriske diagnosticering i fokus. Socialsygeplejerskerne var med til at afdække patienternes stofproblematikker og indhentede oplysninger til misbrugsanamnesen, fordi den kan understøtte og kvalificere den efterfølgende diagnostik. Diagnosticering har dog både fordele og ulemper: Fordelene ved en psykiatrisk diagnosticering er helt overordnet, at behandlingen hermed kan målrettes den/de konkrete lidelse(r). Ligesom diagnosen som nævnt er adgang til relevante tilbud og støtteforanstaltninger. Derudover betyder det, at patientens symptomer tages mere alvorligt og ikke blot (bort)forklares med patientens stofmisbrug. Opfattelsen af patientens stofmisbrug vil da mere blive anset for at være en form for 'selvmedicinering' end at blive opfattet som 'selvforskyldt' eller et valg. For patienterne selv kan fordelene være lettelsen ved at få en forklaring (diagnose) på symptomer/problemer, som vedkommende måske igennem længere tid har lidt under og selv forsøgt 'selvmedicineret' med stoffer. Ulemperne i forhold til diagnosticeringen omhandler generelt den tidligere diskussion: at stofpåvirkning slører det kliniske billede, så man risikerer at fejldiagnosticere patienten. Ligesom ulemperne også kan omhandle patienters oplevelse af stigmatisering og objektgørelse ved at få en bestemt diagnose.

Organisering af dobbeltdiagnosebehandling

Men diagnosticering er ikke den eneste udfordring i forhold til patienter med samtidigt stofmisbrug og psykisk lidelse. Det handler også om måden, behandlingen er organiseret på, og hvordan de forskellige indsatser koordineres. Når man beskæftiger sig med dobbeltdiagnoseproblematikken i et behandlingsøjemed, skitseres der i litteraturen tre overordnede organiseringsmåder eller behandlingsstrategier:

- Sekventiel behandling
- Parallel behandling
- Integreret behandling

Den sekventielle (også kaldet den serielle) behandling er kendetegnet ved, at patienten først bliver behandlet for den ene lidelse det ene sted og siden får behandlet den anden lidelse det andet sted. Oftest er det misbruget, som i denne behandlingstilgang behandles først.⁽⁴⁾ I materialet fra socialsygeplejeprojektets psykiatridel var det denne tilgang, som synes at dominere opfattelsen af håndteringen af patienter med stofbrug, der endnu ikke var psykiatrisk færdigudredt. Forklaringen på, at stofbruget tænkes først behandlet, set fra et psykiatriperspektiv, hænger sammen med den forrige diskussion om, hvad der kom først: stofbruget eller de psykiatriske symptomer.

Den parallelle behandlingsstrategi, som er karakteriseret ved, at patienten er i behandling to forskellige steder samtidigt, var også synlig blandt projektpatienterne: Det kunne fx dreje sig om patienter, som var tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, hvor de modtog substitutionsbehandling, men som nu havde henvendt sig i psykiatrien med suicidalforsøg/tanker. Eller det kunne dreje sig om patienter, som var henvist til de privatpraktiserende psykiatere eller forskellige tilbud i distriktpsykiatrien og samtidig gik/var henvist til misbrugsbehandling for deres stofbrug mv. Set fra et brugerperspektiv er den parallelle indsats imidlertid krævende, da patienten dels skal forholde sig til to forskellige systemer med alt, hvad det indbefatter (forskellige personalegrupper, behandlingsplaner, regler, krav, transport mv.), dels kan patienten ikke være sikker på, at behandlingsindsatsen de to forskellige steder bliver koordineret med hinanden, hvorfor indsatserne vil kunne opleves som (og være) fragmenteret og løstrevet fra hinanden.

I den sidste behandlingsstrategi, integreret behandling, arbejdes der med stofmisbruget og den psykiske lidelse samtidig og på samme sted. Begge lidelser betragtes her som primære og håndteres derfor samtidigt. Der hersker bred enighed i forskningen om,

at denne tilgang til dobbeltbelastede mennesker er at foretrække. Der er efterhånden flere forsøg på at lave mere integreret behandling og med god effekt. Fx har man i KABS tilknyttet tre psykiatere, som tilsammen dækker fire dage om ugen til at udrede og behandle stofmisbrugerens psykiske lidelser - samtidig med behandling af deres misbrugsproblematikker. Et lignende eksempel er Projekt Bedre Udredning i Århus.⁽⁵⁾

I forhold til de to første behandlingsformer understøtter forskningen, at der her er brug for en koordineret indsats mellem de involverede behandlingssteder/systemer.⁽⁴⁾ Netop den koordinerende indsats blev meget central i socialsygeplejerskernes arbejdsopgaver såvel i somatikken som i psykiatrien.^(6,7) En opgave, som kan være svær (for ikke at sige umulig) for personalet selv at håndtere i samme grad som socialsygeplejersken. Såvel de kvalitative interviews som det øvrige projektmateriale viser, at den viden, socialsygeplejersken besidder dels om projektets målgruppe (hvad det vil sige at være stofbruger/socialt udsat mv.), dels om sociale og kommunale tilbud og muligheder uden for hospitalet/psykiatrien, er vanskelig for det almindelige personale at holde sig kontinuerligt opdaterede om i en travl hverdag. Socialsygeplejerskernes kendskab kunne fx dreje sig om indsatser målrettet socialt udsatte mennesker (fx hjemløsetilbud, gadeplansmedarbejdere) eller indsatser ift. stofmisbrugsproblematikker (fx døgnbehandlingssteder) osv.

Aktionsdiagnoser og accelererede patientforløb

Når socialsygeplejerskernes koordinerende indsats er blevet så central, handler det bl.a. om, at vores sundhedssystem i dag er kendetegnet ved specialisering og effektivisering. I psykiatrien opererer man således med begreber som 'accelererede patientforløb' og 'aktionsdiagnoser'.⁽⁸⁾ Disse begreber er en del af en tid, hvor en skærpet monitorering af ressourcebeholdningen omkring hver patient hører til den overordnede politik på området. *Accelererede patientforløb* skal bl.a. sikre, at ingen forbliver unødigt indlagt, men at der derimod er et flow i hospitalspsykiatrien, så der er let adgang for akutte psykiatriske patienter døgnnet rundt uden ventetid. Derudover har forskning peget på, at lange indlæggelser ikke altid er godt for patienten. (fx 4) *Aktionsdiagnosen* er den (aktuelle) diagnose/årsag til indlæggelsen. Når aktionsdiagnosen er forsvarligt håndteret, er patienten i princippet færdigbehandlet fra den (specialiserede) akutte psykiatri, som herefter kan afslutte og udskrive patienten eller henvise ved-



ANDRE STOF-ARTIKLER:

NR.16, 2010: SYGEPLEJE TIL INDLAGTE PATIENTER MED ET STOFBRUG.

NR. 10, 2007 : SOCIALSYGEPLEJE OG KONFLIKTFØREBYGGELSE.

NR. 2, 2003: STOFMISBRUGSBEHANDLING IND I SYGEPLEJERSKERNES PENSUM.

kommende til andre instanser. Denne praksis forklares på følgende måde i et af de kvalitative interviews:

'Man arbejder ud fra det, der hedder accelererede patientforløb: Alt det, der er i hospitalspsykiatri, det er det akutte og intensive. Så man skal ret hurtigt have afklaret: Hvad er det, vi sender videre til? Man kan ikke hænge i dette system i længere tid. Det kræver en del af kompetencerne hos dem, der nu engang vurderer på det korte tidsrum, man har. Det er en lang diskussion, både noget med økonomi og alt sådan noget. Men bestemt også en ideologi om, at folk måske er bedre tjent med at blive behandlet ude i det lokale eller ambulante miljø eller hjemmefra'.⁽²⁾

Der er imidlertid en hage ved effektiviseringen og specialiseringen i forhold til denne patientgruppe:

For det første kan patientgruppens komplekse problemstillinger og dobbeltbelastning som nævnt sjældent rummes i ét system, men bliver fragmenteret i flere specialer på grund af sundhedssystemets organisering. Dertil kommer at hvert behandlingssted hurtigt sender patienten videre for at leve op til krav om effektivisering, patientflow og økonomi. Men der er brug for at tænke meget bredt ift. dobbeltbelastede patienter, som fx artikelsekserien i STOF om KASA adresserer.⁽⁹⁾

For det andet synes det effektive sundhedssystem at være baseret på en forventning om, at patienten tager ansvar for eget helbred og aktivt deltager i sin behandling før, under og efter indlæggelsen. Men disse patienter har svært ved at leve op til kravet om ansvar for egen behandling og sundhed og svært ved fx at møde op på det sted, de er viderehenvist til. Denne problematik er også velkendt blandt psykiatripersonalet, som det fremgår af følgende citat:

'Altså, den klassiske patient er den alkoholiker, der kommer ind til afrusning for 17. gang [] når de fysiske symptomer, så er velbehandlede, og patienten er kommet til sig selv, og der i øvrigt ikke er tungere psykiatri i det, så udskriver vi patienten med en brochure og regner med, at patienten så får henvendt sig i et alkoholambulatorium og får fortsat sin antabusbehandling og får snakket om sit alkoholmisbrug og får styr på det. Så føler vi ligesom, at så har vi ryggen fri; vi har behandlet patienten akut, tænkt langsigtet. Men så regner vi med, at andre tager over, og vi regner ikke mindst med, at patienten selv tager et ansvar. I 9 ud af 10 tilfælde får vi folk tilbage igen, fordi de kom-

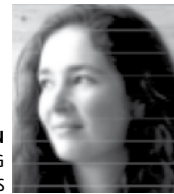
mer hjem. De får ikke kontaktet lænkeambulatoriet, og de får ikke mere end den antabus, vi har givet dem. De kan begynde at drikke allerede et par dage efter'.⁽²⁾

Den klassiske misbrugspatient er en alkoholiker

Ud over udfordringerne i forbindelse med håndtering af dobbeltdiagnosticerede/-belastede patienter vil jeg som det sidste nævne en problematik, som blev meget synlig undervejs i projektet og i den kvalitative undersøgelse: nemlig psykiatriens fokus på alkoholpatienten, når man taler om patienter med misbrug. I de kvalitative interviews blev der spurgt direkte ind til udfordringer og erfaringer med patienter med stofbrug, men når personalet skulle konkretisere deres erfaringer, omhandlede deres eksempler ofte alkoholpatienter (som i forrige citat). Det interessante i denne observation er, at personalet viste en langt større indsigt i patienter med alkoholmisbrug end i patienter med stofmisbrug, og at denne viden flere gange pr. automatik blev omsat til stofmisbrugere. Eksempelvis oplevede socialsygeplejerskerne, at patienter med stofrelaterede abstinenssymptomer blev scoret ud fra alkoholabstinensskemaer og håndteret herefter.⁽⁷⁾ Selvom det er velkendt, at stofbrug er hyppigt blandt psykiatriske patienter, er det ikke et emne, der er særlig fokus på i den psykiatriske praksis. Man henviser generelt patienten til stofmisbrugsbehandlingen for hjælp der. Forklaringen på, at der er fokus på alkoholabstinenssymptomerne, er ifølge personalet, at alkoholabstinenssymptomer kan være livsfarlige. Der er således flere retningslinjer og redskaber ift. patienter med alkoholmisbrug, end når det drejer sig om patienter med stofmisbrug. Erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje peger generelt på, at der er et stort behov for undervisning af personalet om stoffernes virkning, abstinenssymptomer, medicinsk håndtering af disse og af substitutionsmedicin mv.^(2,7)

Afsluttende kommentarer

Analysen af Projekt Socialsygepleje i psykiatrien peger på en række centrale områder, hvor mennesker med en dobbeltdiagnose/dobbelbelastet er særligt udsatte. Hvor de enten falder ud eller igennem systemet og dermed ikke får optimal hjælp. Der er dels tale om, at psykiatrien tillægger diskussionen om, hvad der kom



først – misbruget eller den psykiske lidelse – en central betydning i forhold til spørgsmål om sygdommens ætiologi (eller oprindelse) og behandlingsansvaret. Socialsygeplejerskerne repræsenterer i det perspektiv en mere pragmatisk tilgang, hvor behandlingen af de pågældende patienter og deres problemer står centralt. Et andet punkt, som blev synligt med dette projekt, er det problematiske i, at behandlingen er organiseret i parallelle forløb, hvor det ofte overlades til det dobbeltbelastede menneske selv at koordinere enkeltdele i behandlingen. Erfaringerne med projektet peger også på, at de accelererede patientforløb risikerer at udstøde de patienter, som ikke passer ind i de planlagte forløb, og at de dobbeltbelastede ofte ikke gør det. Socialsygeplejersken har her en central rolle i forhold til den koordination, der ofte er behov for. Sidst, men ikke mindst synes psykiatriens erfaring og rutiner med alkoholmisbrugere nogle gange at danne præcedens for det arbejde, der trods alt gøres med dobbelt diagnosepatienter, hvilket ikke altid er hensigtsmæssigt. Erfaringerne fra projektet har synliggjort behovet for en faglig opgradering i psykiatrien i forhold til stofmisbrugsområdet – både i forhold til konkret viden hos de professionelle og i forhold til udarbejdelsen af vejledninger og instrukser.

Om nogle af disse problemområder vil blive adresseret af en evt. sammenlægning af psykiatri og misbrugsbehandling, som bl.a. foreslået af Danske Regioner, er et åbent spørgsmål. Men indtil eventuelle reformer på området besluttet, kan man passende udvide de vellykkede initiativer med fremskudt psykiatribehandling i misbrugsbehandlingen. For at der er

behov for initiativer til at sikre en bedre behandling af mennesker med en dobbelt diagnose – diagnosticerede eller ej – kan der næppe herske tvivl om. ■

Artikelserie om *Projekt Socialsygepleje – Det gode patientforløb*. KABSVIDEN

Denne artikel er den første i en lille række af artikler om socialsygeplejerskernes arbejde med at forbedre stofbrugende patienters indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospital og psykiatri. *Projekt Socialsygepleje – Den gode indlæggelse* var forankret i KABSVIDEN, der er et videnscenter for stofmisbrug. Aktiviteterne i KABSVIDEN omfatter forskning, projekter, konferencer og publikationer. KABSVIDEN drives af KABS, som er Glostrup Kommunes misbrugscenter.

Artiklerne om Projekt Socialsygepleje udspringer af en kvalitativ undersøgelse af projektet midtvejs i forløbet, analyser af det projektmateriale, som socialsygeplejerskerne løbende har nedfældet om hvert patientforløb samt en registerundersøgelse foretaget af COWI. Denne artikel beskriver projektets erfaringer i psykiatrien. Projektets erfaringer med somatiske patienter vil blive fulgt op i en senere artikel i STOF.

LITTERATUR

1. Ludvigsen, K. B.: Projekt Socialsygepleje (midtvejsstatus over projektets somatiske del). KABSVIDEN, juni 2011 (kan findes på: www.kabs.dk).
2. Ludvigsen, K. B.: Projekt Socialsygepleje – i psykiatrien. KABSVIDEN, 2012 (kan findes på: www.kabs.dk).
3. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen. 2008.
4. Meuser, K. T.: Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. Guilford Press. New York. 2003
5. Frederiksen, K. (red): Projekt Bedre Udredning Kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, Social- og Beskæftigelsesforvaltningen, Center for Misbrugsbehandling og Center Basen. 2009 (Projektet er tidligere nævnt i STOF: nr. 14: 60-63).
6. Brünés, N. & Ludvigsen, K. B.: kap. 2 i: Antologi over Projekt Socialsygepleje, KABSVIDEN, primo 2013 (under udgivelse).
7. Ludvigsen, K. B.: kap. 4 i: Antologi over Projekt Socialsygepleje, KABSVIDEN, primo 2013 (under udgivelse).
8. PsykiatriNyt. Særnummer: Virksomhedsplan 2011. Region Hovedstadens Psykiatri. 2010.
9. Johansen, K. S.: fx Case Management – Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose. STOF nr. 9; s. 22-27 (se hele artikelserien om behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose i ambulatoriet KASA på www.stofbladet.dk).
10. Bengtsson, S.: Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. SFI. 2011.