

Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team

Petter Lohne

psykolog i privatpraksis, Oslo, Norsk Karakteranalytisk Institutt

Tove Buseth

Personer med både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk er ofte vanskelig tilgjengelig for hjelpeapparatet. Hvordan utvikle arbeidsformer som kan gi denne gruppen et reelt tilbud om behandling innen psykisk helsevern?

En enda droppe i livets älv

har ingen kraft att flyta själv

Det ligger et krav på varenda droppe,

hjälp att hålla de andra oppe

Tage Danielsson

Kasus er konstruert eller presentert i anonymisert form med pasientens samtykke.

Innledning

Denne artikkelen vil forsøke å vise betydningen av teamtilnærming i behandlingen av pasienter med kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Overfor de vanskeligst tilgjengelige av disse pasientene viser internasjonale erfaringer behovet for intensiv oppfølging og oppsøkende virksomhet. Problemene er oftest svært sammensatte og mangfoldige, og pasientene er vanligvis mangelfullt undersøkt med hensyn til fysiske og psykiske lidelser eller områder som kognitive og sosiale ferdigheter. Våre erfaringer tilsier at undersøkelser og behandling bør forankres i tverrfaglig team og ha en oppsøkende form. Det bør legges stor vekt på etablering av tillit og behandlingsallianse, og det er nødvendig med kontinuitet og intensitet over lang tid.

Terapeuten eller i vårt tilfelle teamet, kan i møtet med slike tilstander oppleve en tomhet eller ensomhet som ikke er til å bære

Behandling av «dobbeltdiagnoser» har vært mye diskutert i de senere år. Evjen, Øiern og Kjelland (2003) presenterer aktuelle behandlingsformer som har startet opp eller er på beddingen i Norge. Blant disse er oppsøkende behandlingsteam, spesielt tilrettelagte institusjoner og boligformer og manualer for gruppetilnærming. Prosjekt rus og psykisk lidelse (ROP) ved Tøyen Distriktpsikiatriske Senter startet opp i 2001. Hensikten var å utvikle en modell for norske forhold basert på erfaringene fra New Hampshire (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). Det som i Norge på 90-tallet ble betegnet som «New Hampshire-modellen», var særlig Robert Drakes og Kim Muesers synspunkter, presentert under besøk og konferanser. De la vekt på team-autonomi, behandling av kombinasjonsproblemer og et begrenset antall pasienter. Teamet må følge pasienten over lang tid. Etter hvert har inspirasjon vært hentet også fra tilsvarende team i Sverige, gatenære tiltak i København og oppsøkende team innen psykisk helsevern i Storbritannia (Burns & Firn, 2003).

Pasientene har vanligvis store problemer med å mestre sitt dagligliv og kan ha en rekke tilleggspolproblemer, som mangel på bolig, nevrologiske skader, fysisk sykdom og fattigdom. Ett av kriteriene ved inntak er at det skal være gjort flere forsøk på endring gjennom ordinære behandlingstiltak.

ROP består av ti medarbeidere: sykepleiere, psykologer, sosionomer, psykiater og administrasjonskonsulent. Teamet arbeider intensivt og oppsøkende med flere kontakter per uke når det er nødvendig. Kontaktetableringen starter vanligvis på gata eller innenfor rammen av lavterskel bo- eller omsorgstiltak. Vi påtar oss å følge pasientene i to år, og hver enkelt medarbeider følger opp 6–8 pasienter. Behandlingsfilosofien er uttrykt slik:

- Tenke muligheter heller enn hindringer
- Vektlegge ressurser mer enn sykkelighet
- Styrke håp og motvirke håpløshet
- Vise hverandre respekt, og unngå vold eller trusler om vold
- Arbeide for en tilværelse der det er mulig å mestre livets vanskeligheter uten å måtte frykte å bli stående alene

Teamet evalueres av Fagforeningenes Forskningsinstitutt (FAFO). Etter 2 1/2 års behandling kunne FAFO oppsummere kjennetegn og endringer i livssituasjon for de første 60 pasientene. To tredeler av pasientene har en psykotisk lidelse ved siden av alvorlig rusavhengighet. Nær sagt alle er preget av alvorlig personlighetsproblematikk, selvskading, angst og depresjon. Rusmisbruket varierer, men det typiske er tungt blandingsmisbruk siden tidlig ungdom. Tilstandene er sammensatte. Medfødt eller ervervet kognitiv svikt er vanlig, og atferdsforstyrrelse i barndommen ses ofte. Typisk er psykotiske og nær-psykotiske erfaringer, utstøtelse, skam og ensomhet. Tidligere behandling i rusomsorg og psykisk helsevern blir kartlagt. De fleste har fått kontakt med mer regulære behandlingssteder, de har fått prøvd ut egnet medisiner, og deres boligsituasjon er bedre (Øverås, 2003). Pasientene forteller selv om å føle seg velkommen og respektert, og de opplever etter hvert en enklere hverdag og mindre håpløshet. Evaluering av de siste 2 1/2 årene og prosjektet som helhet vil foreligge våren 2006. Det er også planlagt oppfølgingsstudie etter tre år. En sammenfatning av utfordringer i behandlingen og beskrivelser av behandlingsforløp foreligger i heftet «Gjestfrihet på prøve» (Buseth et al., 2004).

Denne artikkelen drøfter teamets rolle i behandlingen og de arbeidsformene vi har funnet anvendelige. Innledningsvis nevner vi noen etiske og teoretiske perspektiver. Deretter diskuterer vi teamets utvikling gjennom de fem årene, for til slutt å gjennomgå tre kasus der teamets betydning vektlegges. Problemstillingen er: *Hvilke teoretiske og praktiske betingelser bør foreligge, og hvilke arbeidsformer bør benyttes, om en så vanskelig tilgjengelig pasientgruppe skal få et reelt tilbud om behandling i psykisk helsevern?*

Teoretiske perspektiver

Som et viktig grunnlag for etableringen av teamet lå verdien av *gjestfrihet* overfor dem som henvender seg. Prosjektets «hjemsted» skal være et åpent sted. Det hjemlige karakteriseres ved at vi som verter skal finne oss til rette der, og ved at våre gjester skal føle seg så trygge og frie som mulig. Verken prosjektets ansatte eller pasientene er «eiere» av ROP. Gjestfriheten og åpenheten for det nye må være det som karakteriserer stedet og teamet. En slik tanke er uttrykt hos Emmanuel Levinas (1996): «Å

vende tilbake til selvet blir en endeløs avvei. Forut for bevisstheten og valget ... søker menneske hen til menneske ... Det frie mennesket er viet til den Annen, ingen kan redde seg uten de andre. Sjelens reserverte område lar seg ikke lukke fra innsiden.» (s. 108).

Det er nødvendig å holde et våkent øye for tilbøyeligheter til tillukking, i form av byråkratiske eller uformelle normer og regler som måtte stenge aktuelle brukere ute. Slike nærhetsetiske perspektiver stemmer overens med fagetiske normer forankret i profesjonene.

Psykoanalytisk teori

Pasientene som møter teamet opplever seg i liten grad som sentrum i eget liv. Alvorlig sinnslidelse innebærer at subjektet fragmenteres eller forvittrer. Sammenhengene i livet forstyrres, pasientene får ikke tak i virkning av egen væremåte og mister ofte evnen til å handle i verden med mening og hensikt.

I teamets behandlingshverdag har begrepet *prosjektiv identifikasjon* vist seg viktig for å klarne opp i vår egen ofte kaotiske erfaringsverden og for å forstå teamets og pasientenes prosesser. Teori og tenkning på grunnlag av begrepene projeksjon og projektiv identifikasjon står sentralt i psykoanalytisk forståelse av psykotiske lidelser og grensepsykotiske tilstander. Bion (1993) utdyper forståelsen av psykoseutvikling og psykosebehandling. Fonagy og medarbeidere (Fonagy, Jurist, Gergely & Target 2002) og Kernberg og medarbeidere (Koenigsberg et al., 2000) bidrar til forståelse av psykologiske prosesser og forutsetninger for behandling av borderlinetilstander. Kort beskrevet refererer projektiv identifikasjon til en normal prosess mellom omsorgsgiver og barn der vanskelige følelser og relasjonelle erfaringer «overføres» fra barn til forelder, bearbeides og gis tilbake i mindre truende form. I borderlinetilstander vil slike mentale representasjoner, dannet tidlig i pasientens utvikling, sterkt prege måten han eller hun relaterer seg til andre. Eksempler kan være at tidlig avvisende, frustrerende eller overveldende reaksjoner fra viktige andre, eller barnets gjensvar på disse, preger møtet med behandler eller andre personer som senere blir viktige for pasienten. Pasienter som lever i slike landskap, blir ofte preget av dramatiske skiftninger mellom intense følelser av avvisning, angst, sinne og frustrasjon, men også av et tidvis nesten overveldende ønske om nærhet, av tillitsfullhet og omtanke for oss som behandlere. Omgivelsenes evne eller begrensning i det å ta imot, holde eller speile det lille barnet i den unge eller voksne blir sentral. Terapeuten, eller i vårt tilfelle teamet, kan i møtet med slike tilstander oppleve en tomhet eller ensomhet som ikke er til å bære, og en fortvilet søken etter å kunne opprettholde sin mentale verden.

I den psykotiske tilstanden er evnen til å bruke symboler og verbalt fundert tenkning i kommunikasjon oppløst eller alvorlig svekket. Ord og betegnelser forveksles med konkrete og virkelige gjenstander eller mennesker. Selve språket, mennesker pasienten har rundt seg, men også sanseapparatet og sentrale oppmerksomhetsfunksjoner, er preget av projektiv identifikasjon. Ofte kan dette være sterke indre forfølgere, straffende, aggressive og destruktive krefter, kanskje betegnet som guddom eller djevel, ånder og makter. Dermed er evnen til å være et selv i verden satt ut av funksjon eller alvorlig svekket.

En slik forståelse av psykose gjør det desto mer avgjørende hvordan den psykotiske pasienten blir møtt. Han eller hun er ofte ute av stand til å ta seg ut av den psykotiske verdenen på egen hånd. Det psykiske apparatet som skal til for det, er svekket, og pasienten må «hentes frem». Det første skrittet for behandleren blir dermed å oppnå en posisjon av begynnende tillit på et ikke-verbalt og ofte vagt og intuitivt plan. Når så åpningen er der, oppleves ofte mulighetene for å bety noe, for å prege pasientens virkelighetsforståelse, nesten skremmende stor. Hvordan behandleren viser seg eller formulerer seg, kan oppleves helt avgjørende, kan hende som forskjellen på psykisk liv eller død. Slike situasjoner kaller på ydmykhet og lyttende nærvær.

Felles for den psykotiske tilstanden og alvorlige borderlinetilstander er at evnen til langsiktig egenomsorg og håndtering av dagliglivet blir alvorlig svekket. Rusbruken kan for noen i korte perioder bidra til økt energi og mestring av enkelte funksjoner. Men der hvor rusbruken går over i misbruk og avhengighet, og den psykiske sårbarheten er stor, destabiliseres de psykologiske strukturer, og ferdigheter tilegnet gjennom behandling og læring svekkes raskt. I tillegg kommer at evnen til å generalisere lært atferd er liten. Ferdigheter tilegnet i én sammenheng, for eksempel på institusjon eller avdeling, må innarbeides på ny når pasienten skal bo mer selvstendig.

Opplevelse av skam står sentralt hos mange av pasientene og har sammenheng med den utstøtelse de opplever i sin hverdag. Skamfull tilbaketrekning eller skamløs eksponering kan bunne i en dyp erfaring av ikke å være elsket eller verdsatt. Psykoanalytiske teoretikere som Leon Wurmser gir inngående beskrivelser av sentrale temaer hos mennesker som lever i skammens landskap. Overveldende følelser av skam kan også ramme dem som kommer denne pasientgruppen nær. Umoral, svakhet og manglende kontroll eller perfeksjon kan provosere frem skamfølelse også hos behandlere. Dominerende overføringsmønstre kan være forakt og sterk nedvurdering. Ønske om å belære og sette på plass kan være ageringstendenser hos terapeuter som erfarer angst og aggresjon knyttet til skam hos disse pasientene (Wurmser, 1998, s. 281–282).

Det erfaringsnære

I behandlingshverdagen er grundig arbeid med diagnostikk og funksjonskartlegging nødvendig. Vi skal kommunisere innen fagfeltet, og søknader om bolig, økonomiske ytelser og innleggelse på institusjon eller sykehus må begrunnes. Medikamenter må gis i henhold til diagnostiserte lidelser. For noen pasienter er ønsket om begrepsfesting av lidelsen stort, kanskje for å forankre seg i et språklig og sosialt fellesskap.

I samtalene i teamet og med pasientene, når en skal fordype seg for å forstå, og ikke minst når tiltak og planer skal lages, blir det avgjørende med felles erfaringsnære beskrivelser. Ved hvert nytt behandlingforløp kan en ikke undervurdere betydningen av å finne frem til et felles språk. Ensomhet, sosial isolasjon og mangel på ord som kan åpne opp for gjenkjenning og menneskelig kontakt, viser seg igjen og igjen å være betegnende. Da vil beretninger fra andre pasienter, pårørendes uttrykk og kunstneriske bidrag fra mennesker som selv har erfaringer med psykotiske eller nærpsykotiske tilstander eller med rusproblemer, være til større hjelp og inspirasjon for behandlerne enn kategorier hentet fra psykologisk eller medisinsk teori.

«Mangel på sykdomsinnsikt» var ord som i mange møter mellom pasient, team og samarbeidspartnere ble brukt som betegnelse på problemet til Ronaldo (ung mann med en schizofrenidiagnose). Selv reagerte han med sinne og uro og tilbaketrekning, enkelte ganger i måneder i nesten fullstendig sosial isolasjon, når noen sa han var syk. Etter fire år kunne mor plutselig en dag fortelle at han hadde nevnt at han hadde vært syk. Et år i forveien hadde han på et møte med foreldre og behandler satt ord på hvordan han hadde begynt å se seg selv i verden: «Du skjønner at det handler om, det er at du må se hvordan de andre reagerer på deg, og så må du selv regulere hvordan du oppfører deg ... sånn at det går greit ... Det er det som er normalt ... skjønner du hva jeg sier eller?» Dette var etter tre år og mer enn 130 møter mellom terapeut og pasient, der støtte og bekreftelse på det å finne mening og sammenheng i en kaotisk og skremmende livsverden hadde vært hovedmetoden.

Erfaringsnær beskrivelse og en dialog der ordene fremkommer som naturlig frukt av en åpenhjertig holdning hos terapeuten, har vært begrunnet i fenomenologisk teori. Louis Sass (1998) viser for eksempel hvordan erfaringer, følelser og tankeliv avspeilet i billedkunst og litteratur fra det 20. århundre i Vesten, kan flytte oss nærmere en forståelse av psykotisk virkelighet.

Moderne psykoterapiforståelse er påvirket av fenomenologisk teori. Et eksempel er Daniel Sterns (2004) undersøkelser av «øyeblikkets» betydning i kontakt mellom mor og barn og innen psykoterapi-relasjonen. En slik forståelse innebærer at terapeuten strekker seg etter å gripe mening og mønstre i pasientens hverdagslige erfaringsverden, for eksempel ved å gå tett inn på situasjoner pasienten lever i. De fleste av våre pasienter har i liten grad språk som beskriver følelsesmessige og relasjonelle erfaringer. Derfor er det nødvendig at terapeuten ikke bare åpner sansene for pasientenes måte å være på i terapeutens rom, men også forsøker å gå ved siden av og «lese» pasientens reaksjoner i dennes hverdag.

Teamutvikling

Litteraturen om oppsøkende team i psykisk helsevern drøfter hvordan en teamtilnærming kan forstås og utøves i praksis (for eksempel Burns Firn, 2002). To poler i et kontinuum for teamtilnærming kan illustrere dette. Den ene polen blir nærmest å regne som individuell praksis i gruppe der den enkelte har det fulle ansvaret alene for sine pasienter. Teamfunksjonen vil her være at ulike profesjoner er representert når inntak og behandling drøftes i felles møter. Den andre polen vil være et team der teamet og ikke den enkelte terapeut er definert som behandler. Pasienten kan gå fra behandler til behandler alt ettersom han eller hun har behov for ulik ekspertise eller behandlingsform. Det individuelle behandleransvaret begrenses da oftest til journalføring, hvis ikke dette også er delegert til for eksempel psykolog eller teamledelse.

Det kan argumenteres for begge tilnærminger. Viktige ulemper ved den mest ekstreme teamtilnærmingen vil kunne være ansvarspulverisering, og liten mulighet for pasienten til å erfare og kanskje lære av det å knytte seg sterkt til en enkelt behandler. Ulemper ved en minimumstilnærming vil være at pasienten mister muligheter til intensitet og hyppighet i kontakt, det vil ofte være mer tilfeldig hvilken type behandlingskompetanse han eller hun får tilgang til, og teamets bilde av pasienten blir mer ensidig.

Ved oppstart tenkte man seg en høy grad av team-autonomi og vekt på fagutvikling. Vi så imidlertid for oss behandlingsansvar og saksbehandling omtrent som i tradisjonelle polikliniske team. Med hensyn til pasient-antall og behandlingstid anså vi ulikhetene som særlig store. *Teamarbeidet ved ROP-Tøyen har beveget seg i retning av økende vekt på teamets rolle, samtidig som enkeltbehandlerne er nøkkelen i relasjonsoppbygging og daglig kontakt med pasientene.* At flere behandlere kjenner hver enkelt pasient, og at vi iherdig diskuterer hvert enkelt behandlingsforløp i teamet som helhet, er utslag av denne utviklingen.

Teamautonomi og prosjektutvikling

Teamet er organisert som selvstendig enhet innen DPS, og lederen har DPSsjefen som direkte overordnet. Teamets medarbeidere har hatt løpende diskusjoner og minst to større samlinger i året for å utarbeide offentlig presentasjon av ROP overfor brukere og samarbeidspartnere, utvikle undervisningsmaterieell og for å evaluere virksomheten og foreta nødvendige endringer i arbeidsmåter. Diskusjoner der ulike forståelsesmåter og språklige uttrykk har brynt seg på hverandre, har vært viktige. Likevel opplevde flere av de nyanasatte teammedarbeiderne lenge at de først ansatte og

DPS-ledelsen «eide» prosjektet, mens nykommerne måtte kjempe om plass. FAFOs forsker har deltatt på mange teamsamlinger og møter, og bidratt med spørsmål og skriftlige rapporter. FAFOs referansegruppe har møttes månedlig og kommet med innspill. Gjennom FAFOs intervjuer og direkte til teammedlemmene har pasientenes og de pårørendes synspunkter hatt stor betydning. Samarbeidspartnere i behandlingen, som akuttavdelinger, DPS-er, sosialkontorer og botiltak, har gitt nyttige tilbakemeldinger hele veien.

Erfaringen av å ha vært med på å ta avgjørelser både i det daglige arbeidet og ved mer generelle endringer har vært viktig for gløden til medarbeiderne og for å beholde modellutvikling som fokus. Et eksempel er at det har vært mulig å få gjennomslag for å avlastes i forhold til pasienter der en har følt at belastningen har vært for stor. Den enkelte må kunne si nei til å ta en pasient i behandling eller gjøre en vurdering for inntak.

Prosjektet har også hatt en relativ autonomi i budsjettstyring. Vi har disponert inntekter fra undervisning og veiledning, ordnet slik at de tilfaller teamet og ikke den enkelte medarbeider. Inntektene har vært brukt til ekskursjoner og teamsamlinger. Budsjettet har gjort det mulig å være fleksibel når det gjelder kostnader til medisiner til pasientene, vi har holdt et høyt nivå på pasientaktiviteter som kafé-besøk, turer og måltider, og vi har kunnet gi innflyttingspresanger og julegaver som har styrket pasientenes identifikasjon med teamet og målet om en bedret tilværelse.

En følge av vekten på fag- og prosjektutvikling har vært at ROP har startet opp flere nye prosjekter. Eksempler er en større utredning med to nyansatte medarbeidere vedrørende opprettelse av tilsvarende team for traumatiserte flyktninger, samarbeidsprosjekter med 1.-linje, undervisningsfilm og klinisk fordypelse innen pasientopplevelser og voldsproblematikk.

Økende teamfelleskap

Arbeidsformen i teamet har som nevnt beveget seg i retning av mer direkte felles engasjement i pasientene. Dette har vært en prosess i prosjektperioden som dels var en følge av at de fleste var vant til å jobbe mye alene med pasienter, og dels av at vi måtte bli kjent med og tryggere på hverandre for å kunne samarbeide åpent og oppriktig. Etter et halvt år innførte vi ordningen med alltid å ha en medansvarlig sammen med hovedansvarlig behandler knyttet til hver enkelt pasient. I løpet av de tre vurderingssamtalene før en pasient ble tatt inn, skulle flest mulig og minimum to medarbeidere ha truffet kandidaten.

Vi hadde fra starten av en enighet om at alle medarbeiderne skal kunne engasjere seg i alle pasientene og gå inn for hverandre når det er nødvendig. Det er blitt naturlig å tilby støtte og engasjere seg i andre pasienter enn dem en har hovedansvar for. Vi har lært bedre å verdsette nye vinklinger og løsninger. I dette arbeidet har vi sett klarere at det personlige engasjementet er avgjørende for å oppnå resultater. På områder hvor enkelte medarbeidere har en spesiell styrke, skal hele teamet kunne nyttiggjøre seg det.

Fortsatt er det mye å oppnå her. Samarbeidet om pasientene må være godt i teamet om det skal bli godt i forhold til pasient, pårørende og samarbeidspartnere. I noen saker må vi gjentatte ganger skjerpe oss på formelle samarbeidsmøter mellom alle de direkte involverte i teamet. Kapasitetsproblemer gjør ofte at vi ikke godt nok «åpner opp» rommene mellom teamet og pasienten, for eksempel ved at to eller flere medarbeidere reflekterer sammen mens pasienten lytter.

Forskjeller mellom ansatte er et gode

Ved oppstarten av teamet ble mangfold i kompetanse og personlighet vektlagt i ansettelsesprosessen. Avgjørende forutsetninger var interesse for og erfaring i teamarbeid, vilje til fleksibilitet i arbeidstid

og arbeidsform, og ønske om å arbeide oppsøkende. Amerikanske og engelske erfaringer tilsa bred kompetanse i rusbehandling og behandling av alvorlig psykisk lidelse innen teamet som helhet (Mueser et al., 2003). Det har i ettertid stått mer klart for oss at arbeidsmetodene mest av alt er det som forener oss. Når det gjelder teoretisk og profesjonell forankring og personlig stil, var forskjellene store i starten og har etter hvert fremstått som heller større enn mindre.

Forskjellene kan for eksempel vise seg i møtet mellom en psykoanalytisk og en løsningsfokusert tilnærming. Det kan være en utfordring for en psykoanalytisk orientert medarbeider å forholde seg til det som i løsningsfokusering fra et slikt ståsted kan oppfattes som fånyttede tiltaksiver eller agering heller enn nødvendig praktisk handling. Gjentakelsene i samtalene, sakte undring og dveling, som også er nødvendig, kan utfordre den løsningsfokuserede terapeuten.

I diskusjoner om enkeltpasienter og mulige intervensjoner må det både være tid til undring og refleksjon og til å lete etter løsninger. I pendlingen mellom løsningsorientering og refleksjon blir den enkelte medarbeiderens opplevelse, inntrykk og uttrykk så godt som mulig bearbeidet. Fellesmenneskelige temaer, ofte uttrykt i etiske dilemmaer, må få plass.

En viktig felles kunnskap er at analysen av problemet og derav følgende tilpasset behandling ikke kan ses uavhengig av tilgjengelige muligheter. Hvilke muligheter finnes innen teamet, for pasienten? Hvilke muligheter finnes utenfor? Hvordan kan vi bidra til å utløse at mulighetene benyttes? I dette arbeidet er en kreativ driv helt nødvendig, der alle må delta med sine forslag og meninger. Engasjementet som skal til for å utløse dette krever at ulike profesjonelle og personlige standpunkter brynes. Det forutsetter også en helhet som et team utgjør.

Et annet eksempel på viktigheten av mangfold og forskjellighet innen teamet kan være hvordan vi oppnår dypere forståelse av pasienter med sterk emosjonell ustabilitet. Vanligvis vil minst to personer i teamet etter en tid kjenne pasienten godt, og flere av oss kommer direkte eller indirekte i intens kontakt. Hva pasienten viser den enkelte, og hvilke projektive identifikasjoner den enkelte medarbeideren preges av, henger sammen med medarbeidernes forskjellige stil og væremåte generelt og i kontakt med pasienten.

Vi mener å kunne observere en sammenheng mellom teammedlemmenes åpenhet for mangfold og graden av gjestfrihet overfor pasientene. Større sans for forskjeller hjelper oss å søke det nye og det forskjellige hos pasientene, mens betoning av likheter kan bidra til ufruktbare gjentakelser eller tillukning.

Betydningen av muntlig kommunikasjon mellom teammedlemmene kan ikke overvurderes. Til sammen har vi mellom 50 og 60 pasienter som det er et uttrykt mål at hele teamet skal kjenne så godt som mulig. Pasientene skal ha en mulighet til å erfare kontinuitet og konsistens i møtet med teamet. Informasjonsflyt blir derfor viktig. Daglig eller nesten daglig ajourføring av journal er et mål. Det forventes åpenhjertighet hos medarbeiderne om vanskelige områder i pasientrelasjoner eller relasjoner til samarbeidspartnere. Den enkelte kan forvente at teamet har et både støttende og konfronterende klima. Vi har daglige morgenmøter, hyppige teamdiskusjoner og regelmessige seminarer for drøfting av vår virksomhet.

Teamet har siden starten hatt prosessorientert ekstern veiledning, fast hver annen uke, uten fastlagt dagsorden. Vi tror dette har vært en avgjørende forutsetning for opprettholdelse av mangfold, toleranse og respekt medarbeiderne imellom. Det har vært mulig å markere store meningsforskjeller uten at det har truet arbeidsfellesskapet. Motsetninger mellom enkeltpersoner, ofte drevet frem av pasientenes projeksjoner, kan luftes i veiledningsgruppen uten at de får større plass enn nødvendig.

Åpenhet og gjestfrihet

Lokalenes utforming og beliggenhet, i 1. etasje og med vinduer ut mot Tøyen-sentret i Oslo, er ment å invitere til besøk. I perioder kunne den første pasientgruppen oppleves krevende på oppmerksomhet og tjenester. Etter noen måneders kontaktetablering kom overraskende mange på døra for en kopp kaffe, en prat, eller et praktisk ærend. Med vår begrensede tid, og også uttrykte formål om å arbeide oppsøkende, måtte pasientenes behov frustreres. Gammel skuffelse eller sinne og frustrasjon over avvisning fra mennesker eller instanser de for tiden var i kontakt med, viste seg i relasjon til teamet. ROP kunne bli et sted å av reagere.

Etter 2–3 år var det roligere. Vi hadde vært igjennom oppstarten, og halvveisrapporten fra FAFO og egne opptellinger viste at mye var oppnådd for den første pasientgruppen. Vi fikk signaler om at prosjektet ville bli videreført som fast tiltak. Kontakt med tilsvarende prosjekter i utlandet ga gjenkjennelse og ny åpenhet for å eksperimentere med å utvide våre tilbud til pasientgruppen, spesielt med medisnutdeling og oppfølging.

Samtidig tok vi inn 30 nye pasienter over en halvårsperiode. Da treårsdagen nærmet seg, var det stor frustrasjon og krisestemming. En følelse av å bli overveldet, invadert og utmattet slo innover oss. Pasienter satt på benken utenfor døra om morgenen. Vi syntes de vedble å gå fra den ene til den andre inne i lokalene, med stadig nye forespørsler, bønn om hjelp, ønske om oppmerksomhet og omtanke. De var ikke til å få ut igjen. Når medarbeiderne kom «hjem» etter dramatik og kriser ute i verden, fant de ikke ro til ettertanke. Belastningen på teamet ble svært stor. I ettertid kunne vi se at teamets bevissthet om seg selv, det reflekterende rommet som vi ser på som avgjørende, var alvorlig truet.

Vanskelighetene ble drøftet under en dagssamling for teamet og i prosessveiledning. Vi fokuserte på motoverføring knyttet til pasientenes ustabilitet og regressive avhengighet, og nødvendigheten av å støtte deres autonomibestrebelse. Vi konkluderte med at pasientene må tas i hånden og følges ut i verden, og møte fokusert oppmerksomhet når de kommer innom. Samtidig må vi så langt det er mulig gjøre avtaler og være tydelige på hensikt og tidsbegrensning ved tilstedeværelse i lokalene. Vi utformet en koordinatorrolle for den daglige åpningstiden og drøftet inngående mulige vinkler på det å gi ansvar til pasientene og omgivelsene våre. Under teamsamlingen et halvår senere kunne vi enes om at det var roligere i teamet og blant pasientene. De pasienter som besøkte teamet mest, var i hovedsak mer samlet.

Vi har blitt overrasket over hvor mange som stikker innom og vil noe med teamet. For et oppsøkende team utgjør dette et dilemma. At pasientene kommer til oss, innebærer at flere ser dem, og medarbeidernes eget arbeid med pasientene blir sett. Dermed øker kanskje engasjementet og kreativiteten i behandlingen av pasienten samlet sett. Byrden av ansvar for den enkelte medarbeideren i vanskelige pasient-relasjoner kan kjennes mindre. Men ideen om observasjon og behandling i pasientens naturlige miljø utgjør selve grunnlaget for team av denne typen.

Våre dilemma må også ses i lys av manglene ved de fast baserte tiltakene innen psykisk helsevern og rusomsorg, som dagavdelinger og kafeer, møtesteder og lavterskel-døgntiltak. Disse tiltakene må gjøres bedre i stand til å håndtere slike oppgaver som ROP gjør i sine lokaler, som medisnutdeling og evaluering av medikamentenes virkning, telefoning, enkel helsehjelp og vask av tøy.

Ideen om observasjon og behandling i pasientens naturlige miljø utgjør selve grunnlaget for team av denne typen

For ROPs del har vi likevel konkludert med at åpenhet og gjestfrihet i våre lokaler og ute i byen er avgjørende. Mange klarer etter hvert overgangen bra. De er blitt flinkere til å benytte andre mer

fast baserte tiltak. Mange kommer innom, også av seniorenene, som har avsluttet de to årene. Seniorenene utgjør uvurderlige rollemodeller og brobyggere for nye pasienter. Det arrangeres også samlinger der både nåværende pasienter og seniorenene blir invitert.

Nøktern optimisme

«Å arbeide med klienter med dobbeltdiagnose er ofte vanskelig, utfordrende og rett og slett utmattende. Selv om en kliniker noen ganger erfarer kortsiktige belønninger ved begynnelsen av behandlingsforløp, ved intervensjon i krise eller etablering av godt tillitsforhold, er belønningene som regel få, og det er langt imellom dem; de tenderer også til å være langsiktige og akkumulerende over måneder og til og med år» (Mueser et al., 2003, s. 307, vår oversettelse).

Svært ofte er vi i situasjoner der pasientene åpenbart benekter vanskeligheter eller problemer enten med rus eller psykisk lidelse. Det kan være en frustrerende mangel på forbindelse mellom det de sier og det de gjør. Pasientene kan si at de ønsker behandling, men så gjøre alt de kan for å unngå det. I slike sammenhenger, eller ved tilbakefall der alle pasientens og teamets anstrengelser kan synes forgjeves, kan veien til klandring av pasienten eller en selv være kort.

Det kan være vanskelig å finne en rimelig balanse mellom nøkternhet og optimisme. I teamet har det ofte vært nødvendig å minne hverandre om at både alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet for mange er en kronisk lidelse. Tilbakefall og nye kriser oppstår stadig. Det er som regel lite fruktbart å klandre pasienten eller seg selv som behandler. Vi har mange ganger fått bekreftet at pasientene gjør så godt de kan. Den måten de håndterer situasjoner på, viser seg kanskje likevel å være den som er i overensstemmelse med en psykologisk likevekt i deres liv og som i etterhånd kan ses som den mest fornuftige, på tross av tilsynelatende destruktivitet.

Når vi ser tilbake, er det klart at minst tre forhold, som også Mueser og kolleger (2003) nevner, bidrar til at teamet motvirker egen oppgitthet eller demoralisering. For det første, det er nødvendig å ha et langsiktig perspektiv. Enkelte pasienter responderer ganske raskt på teamets tilnærming. Men det er ikke det typiske. Det kan se ut som 2–3 år er et minimum for flertallet. Når vi fordyper oss i en pasients aktuelle problem, kan det ofte gi nytt pågangsmot at vi ser tilbake og minner oss selv om hvor pasienten var for ett til to år siden. Plutselig får vi for eksempel øye på dramatisk reduksjon i symptomer på psykisk lidelse, mindre ruspreg eller mer oppriktighet i kontakten.

For det andre har det vist seg at arbeidet består av kontinuerlig prøving og feiling. Det tar tid å finne den rette kombinasjonen av et mangfold av tiltak og intervensjoner. Pasienten må ha tid til å bli kjent med teamet for å utvikle tillit nok til at vi sammen kan legge planer som er fundert i reelle muligheter. Teamet som helhet må støtte opp om den enkelte medarbeiderens utholdenhet i dette. Fem års erfaring peker i retning av at en godt fundert behandlingsplan, oppriktig og skikkelig gjennomarbeidet, og en individuell plan, undertegnet av pasienten selv, bør være målet med behandlingen og ikke ambisjonen ved oppstart.

Et viktig perspektiv er at forsøk med ulike tiltak, som kanskje viser seg ikke så vellykkede i seg selv, kan gi avgjørende erfaringer for planlegging av videre behandling. Særlig kan dette vise seg når vi søker etter det optimale omsorgsnivå, der både pasienten selv og teamet kan over- eller undervurdere autonom funksjonsevne. Klokt tilpasset nærhet og avstand til hjelpere vil som regel kreve langsiktig prøving og feiling for denne pasientgruppen. Over tid vil pasienten ha behov for endring i intensitet og kvalitet i kontakt med aktuelle hjelpere.

For det tredje er det avgjørende at teamet arbeider planmessig med pasientene utover det å reagere på kriser. Det alminnelige for svært mange av våre pasienter har vært at behandlingssystemer og hjelpetiltak kun forholder seg til krisene, oftest i forbindelse med alvorlige tilbakefall til rusmisbruk,

tap av bolig, dramatiske innleggelser eller konflikter med behandlere. Behandlerne har ofte gått og holdt pusten eller forsøkt å fortrenge eller plassere pasienten i en «vente-posisjon», inntil neste krise. I lengden oppleves dette utmattende overfor slike pasienter, og behandleren kan utvikle mer eller mindre usunne fluktmekanismer så snart en krise er i luften. Typisk kan være at pasienten «legges bort» ved lengre innleggelser, ofte etter mange alvorlige kriser. Behandlerne ute opplever å trenge hvile, og snart er det andre pasienters kriser som dominerer. Et team med overskudd og nøktern optimisme bidrar i slike sammenhenger til bearbeiding av medarbeidernes og eksterne samarbeidspartneres krisereaksjoner, holder fast på mer langsiktige mål, som for eksempel særskilt tilpasset bolig, og tilrettelegger for forebyggende arbeidsformer.

Teamets rolle i behandlingsforløpet

Nedenfor gis tre eksempler på behandlingsforløp. Det er kun gitt skissemessige bilder av pasientenes bakgrunn og problemområder, og vekten i fremstillingene er lagt på den rolle teamsamarbeid kan ha i behandlingsforløpet.

Per Ole (35 år)

Per Ole er opiatavhengig under vedlikeholdsbehandling med metadon, han misbruker amfetamin, og hans psykiske lidelse overensstemmer med diagnosen bipolar lidelse med psykotiske symptomer. Henvisningen skjer fra psykiatrisk ungdomsteam, der han har hatt samtaler. Han flytter rundt mellom hybelhus og hospits, mister og selger eiendeler han skaffer seg, og er ofte i voldelige konflikter. Han oppleves som «gæern» av mange i rusmiljøet. Sykepleier og psykolog fra ROP oppsøker og utreder. Pasienten forteller oss og andre han kommer i kontakt med, om erfaringer og relasjoner han skal ha hatt som det er vanskelig å feste lit til. Historiene kan være umiddelbart tilforlatelige. Han forteller om en tid som leiesoldat og sier han har vært musiker og organisert kriminell. Han sier han har vært gift og har tenåringsbarn. Etter samtaler med tante og bror, sosialkonsulent og andre som har truffet pasienten, avtegner det seg et mønster av at personer han kommer i kontakt med, i liten grad tar opp sin tvil på det han forteller, av frykt for hans sinne eller av ønske om ikke å såre. Pasienten har i mange år fått økonomisk støtte til gaver til barna sine. Med tårer i øynene forteller han om barnas tristhet over at de ser så lite til sin far. Etter hvert blir det tydelig for oss at omgivelsenes tilbakeholdenhet overfor Per Ole bidrar til at han får bekreftet sine trøstende fantasier eller urealistiske forestillinger om spesielle erfaringer og ferdigheter. Overfor ROPs sykepleier oppfattes han som til tider fysisk grenseløs og truende, og i en periode møter vi ham ikke alene. Truende og forstyrrende atferd i lokalene er gjentatte ganger tema på teammøtene.

Ettersom vi blir kjent med Per Ole og han med oss, opplever vi en svært trist og ensom mann som dagdrømmer og kanskje får noe hvile i sin fantasiverden. Han skjøtter også kroppen sin dårlig og får stadige alvorlige infeksjoner og absesser, som vi kan gi ham noe hjelp med. Vi merker at han lett trekker seg og unngår oss når vi har kommet ham for nær, og ofte finner fantasifulle grunner til at vi ikke kan møte ham. Han har avtaler som kommer i veien, han forsvinner rett før vi kommer, osv. Samtidig synes vi å merke at han verdsetter at vi ikke gir oss. Til andre, som ber ham kontakte oss, kan han si med litt stolt mine: «slapp av, ROP dukker nok opp». Dette blir en balansegang, der teamets behandlere forsøker å forstå sine egne følelser og finne en fornuftig balanse mellom nærhet og avstand, initiativ og avventende holdning.

Etter 2–3 måneder er vi enige i teamet om at Per Ole i stadig større grad ser ut til å ville gjøre oss delaktige i sine fantasiforestillinger. Han forteller ivrigere om sine barn og om sin kriminelle virksomhet. Vi kan oppleve på en merkverdig måte å bli allierte og medspillere, vi føler en ubekvem sjenanse og ser dette som tegn på at teamet og enkeltmedarbeidere lades med proaktivt, selvhenhørende materiale. Vi kan få lyst til å trekke oss, men fastholder initiativet overfor ham. Tante sier i et møte med Per Oles bror og oss at det er vanskelig å feste lit til at han har barn. Han har ikke sett barna, og de fremkommer ikke i folkeregistret. Per Oles tillit til oss øker merkbart etter at vi sammen legger en plan om innleggelse på en avdeling innen psykisk helsevern med forutgående avrusning. Faren, som døde da pasienten var 13 år, hadde selv vært innlagt samme sted med diagnosen manisk depressiv sinnslidelse. Sammen drar vi på besøk på avdelingen, og han forteller at han kjenner seg igjen fra besøk til faren og husker dette som godt, for da var far rolig og vanlig.

I en lengre teamdiskusjon argumenteres det med at pasienten skal få fred til å holde fast ved sine fantasiforestillinger så lenge han må, og at vi først og fremst bør unngå å komme i konflikt med ham ved for tidlig konfrontasjon og dermed utløse destruktiv atferd og i verste fall brudd i kontakt. På den annen side henvises det til at mennesker med bipolare lidelser har fortalt om en følelse av unngåelse og følelse av å bli forlatt med sin sykdom, når folk som står dem nær, ikke sier fra oppriktig, men unnviker. Det blir uttrykt fra de teammedlemmene som står nærmest pasienten, at det etter hvert kjennes mulig å oppnå en mer realistisk kontakt, ved at vi på en empatisk og nærværende måte setter ord på hvordan vi tror han har det. Samtidig måtte fantasier som står i motsetning til eller kommer i veien for en oppriktig relasjon, nevnes og gjøres forståelige innenfor rammen av relasjonen. Teammedarbeiderne har med seg disse diskusjonene i de neste møtene med pasienten. Når vi nærmer oss og setter ord på de følsomme områdene, i samtale mellom oss med ham til stede, blir han stille og kryper litt sammen. Det er vanskelig å bedømme om den forlegenheten vi føler, er hans eller vår. Men den har helt sikkert sammenheng med hans og vår opplevelse av invadering og grenseoverskridelse innen relasjonen. Vi opplever at Per Oles nakenhet i denne situasjonen ikke er til å bære.

Etter to års samarbeid mellom Tone, familien, ROP og andre behandlere, og etter hvert også vennene hennes, ser det ut til at man nærmer seg en felles holdning til nødvendig omsorgsnivå

Tilbake i teamet bearbeides behandlernes opplevelse. Følelsen av å ha gjort overgrep ligger nær. Denne kan ikke teamet ta fra oss. Men det at vi snakker om det, gir oss hvile. Det blir mer mulig å tenke omkring mangler og svikt i Per Oles tidlige samspill med omgivelsene. Vi opplever også et håp om at han kan finne nye og mer oppriktige måter å relatere seg til andre på.

Sett i ettertid representerer denne tiden et gjennombrudd i relasjonen. Det blir mulig å vende tilbake til og samtale om det vanskelige ved å forholde seg til tilværelsen slik den er. Behandlerne kan på en naturlig måte beskrive sin opplevelse av troverdighet eller mangel på dette i Per Oles utsagn. Det blir mulig å sette de vanskelig forståelige fortellingene i sammenheng med problemer han opplever i hverdagen, med rusbruk og medisiner. Gjentatte ganger kommer han innom og ber om en «skjermet» samtale. Temaet er gjerne noe viktig han har opplevd som han ønsker reaksjoner på. Han har for eksempel fått en kontakt ved DPS og forteller:

«Du skjønner hun er gift med en gammel klassekamerat ... og han har arrangert en hyttetur for meg, sammen med noen av de beste kameratene fra skoletida ... jeg var nemlig lederen i

gjengen og har veldig stor respekt ... det er en svær hytte, og det er kjøpt inn store mengder med øl og matvarer og ...»

Fantaseringen i denne historien er åpenbar. Men det ligger også en henvendelse i Per Oles uttrykk. Teamsamtaler avklarer at han har et ønske om at vi skal dele og støtte opp om hans selvbedrag. I svarene forsøker vi å ivareta behovet for at vi deler hans begeistring over at noe går bedre, samtidig med at vi så lite krenkende som mulig realitetskonfronterer:

«Vi synes det er fint at du finner deg til rette i kontakten med Kristine på DPS. Men du har nok også laget deg noen drømmebilder, og noe av det du sier, har nok ikke hendt. Det er likevel bra at du forteller om tankene dine, så kan vi sammen finne ut av det», eller «Vi tror du fantaserer nå, slik som vi har snakket om før ... det får oss til å tenke at du kanskje er blitt dårligere, kanskje har du brukt piller og amfetamin, kanskje er det hendt noe vondt».

Per Ole samarbeider etter hvert om og ser ut til å ha godt av lavdose anti-psykotisk medikasjon. Han synes tilværelsen er roligere og bedre. Han er tre måneder innlagt i psykisk helsevern, fire måneder innlagt i rusomsorgen, får stabil kontakt i spesialisthelsetjenesten, og blir etter hvert tildelt egen bolig med oppfølging fra hjemmetjeneste. Tilbakefall til økt rusmisbruk, sinnereaksjoner og fantasiflukt forekommer. Men utslagene er mindre. Det kjennes som noen «skamgrenser» er brutt, og det blir enklere for Per Ole og menneskene rundt å kommunisere tydeligere og mer direkte.

Tone, 22 år

Tone ble søkt til ROP fra en akuttavdeling innen psykisk helsevern etter mange korte innleggelses i forbindelse med overdoser, selvskading og rapporter om voldtekter og seksuell mishandling. Hun ble tatt inn i prosjektet etter flere møter med ansvarsgruppens medlemmer. Disse møtene avklarte stor fortvilelse blant de mange involverte over at Tone så ut til stadig å få det verre tross iherdige forsøk fra mange på å hjelpe. Det ble også tydelig at det fantes flere mer eller mindre hemmeligholdte fortellinger om seksuelle overgrep helt opp til nå, og at en antatt hjelper for kort tid siden skulle ha begått overgrep mot henne. Tone selv stilte seg nokså likegyldig til inntak i ROP, men var også «presset» ved at metadontiltaket stilte som betingelse for fortsatt forskrivning at hun kom i behandling i psykisk helsevern.

Ved inntak var Tone innlagt til avrusningsopphold og fremsto som deprimert og engstelig. Under de første fem samtale ville hun ikke være alene med ROPs mannlige behandler, og kvinnelig miljøterapeut deltok. Foruten et fast ukentlig møte som kunne være i våre lokaler, på sykehus eller avrusningssted eller hjemme hos pasienten, ble det avholdt samarbeidsmøter og ansvarsgrupper en til to ganger per måned. Tones familie meldte seg også raskt på telefon og har nesten ukentlig hatt kontakt med oss.

I løpet av de første møtene ble det tydelig at uttrykket hennes kunne endre seg veldig innenfor en kort samtale eller fra dag til dag. Behandlerne kunne sitte igjen med sterk følelse av forvirring og hjelpeløshet. En nesten kontinuerlig strøm av henvendelser fra samarbeidspartnere og pårørende, ofte preget av kriser, sinne og skuffelser, opplevdes utmattende. Vi fant det nødvendig de første månedene å være to behandlere til stede sammen med pasienten. Typisk for første halvdel av samtale var depressiv oppgitthet uttrykt ved stønning og sukkende klager, som så kunne gå over i sterkt sinne, hvoretter behandlerne kunne oppleve at det ble skapt et rom der de sammen kunne reflektere mens

Tone lyttet med våken interesse. Det følte som hun syntes det var «artig», og det endte ofte opp med at nye muligheter og positive følelser ble fremtredende. Etter hvert var det reflekterende rommet også på plass når behandlerne traff henne alene. Det kunne for eksempel være under en lengre innleggelse:

Behandleren kommer inn i rommet, der Tone holder på å lete etter et eller annet i vesker, skap og skuffer. Hun tar imot en pastilleske med sine favorittpastiller, som behandleren har med. Mens hun fortsetter å lete, klager hun over vanskelige ansatte og tåpelige regler. Hun er nødt til å slåss hele tiden for at ikke hennes frihet skal begrenses av de mest urimelige regler. Behandleren sitter midt i dette og hører på, og på et tidspunkt der Tone tenner seg en røyk, kan han si: «Ja, mer og mer får jeg inntrykk av at Tone er oppe i en endeløs kamp for å føle seg litt fri, det er som et lokomotiv som durer og går helt til det ikke er mer krefter igjen ... så går tempoet ned til nesten nullpunktet ... og så blir det helt umulig ... og så starter lokomotivet sakte opp igjen». Tone lar behandleren snakke slik litt og ser våkent i hans retning. Etter en stund setter hun seg ned og byr på en tyggegummi. Behandleren kommenterer at menneskelig gjensidighet er viktig for Tone ... «det å kunne gi og ta i et likeverdig forhold ... og slik kjenner nok Tone det sjelden på sykehus og sammen med alle behandlerne». Plutselig utbryter hun: «*Dagen er angst hele tiden, og natta er bare et stort mørkt hull!*». Det kommer frem at om dagen husker hun bare bruddstykker av det som kan ha skjedd henne om natten.

Tone ber behandleren bli med hjem til leiligheten for å undersøke skadene etter at mange mennesker trengte seg inn natten før innleggelsen og stjal og ødela. Dette diskuteres i teamet, vi enes om at det skal forsøkes, men at det skal gjøres til et kort besøk. Vi tror det er viktig for Tone at den tilliten som ligger i henvendelsen, tas imot uten skepsis, samtidig med at behandler har med seg sin bevissthet om grenser og tydelighet under hjemmebesøket.

Vel fremme i leiligheten ser alt ordnet ut, og Tone viser rundt. Hun virker forbauset. Behandleren sier det ikke ser ut til å ha foregått tyveri eller ødeleggelse. Tone ser rett på ham og sier med alvorlig mine: «Ja, men det kommer vi aldri til å få vite helt sikkert.» Da byr det seg anledning for behandleren til å henvise til hva hun har fortalt om hvordan hun opplever natta, og at det må være forvirrende og utrygt når hun ikke vet hva som skjer i livet hennes.

I månedene som følger, viser Tone alvorligere paranoide symptomer, hun hører nedvurderende og forfølgende stemmer, hun faller om og klarer ikke over flere måneder å gå ved egen hjelp. Hun har perioder der hun bruker mye amfetamin, beroligende piller og alkohol. Hun gjør et alvorlig forsøk på å ta sitt eget liv, noe som ryster de pårørende og behandlerne. På dette tidspunktet har ROP over lang tid bidratt til tettere og mer ivaretagende strukturer rundt Tone. Under tiende innleggelse det året får hun etter mange møter og henvendelser fra familien og fra ROP lov til å bli på den avdelingen der hun føler seg tryggest. Hun tar i en periode lavdose anti-psykotisk medisin, og teamet tar initiativ til familiesamtaler med psykoedukativt preg. Det er tydelig at Tone og familien opplever det lettende at dette kommer i stand. Tone forteller om mindre bråk i hodet og mindre angst. Det er intens aktivitet i form av samarbeidsmøter, der samtalene i hovedsak består av å dele følelser og erfaringer, gjensidig støtte og hjelp.

De to teammedarbeiderne som har tettest kontakt med pasienten, har hyppige samtaler seg imellom, Tone tas ofte opp på møter i hele teamet. En egen veileder innenfor teamet tas i bruk for å

bidra til fornuftige løsninger og for at behandlerne skal beolde et langsiktig perspektiv i de mange krisene.

Etter hvert som behandlerne og samarbeidspartnerne deler sine aktuelle og tidligere erfaringer, blir det klart at forvirring og sterk fantasering har preget Tone siden tidlig barndom. Hun har insistert på at enkeltpersoner i familien og i behandlingsmiljøene ikke snakket sammen om det hun fortalte til den enkelte. ROPs tilnærming har vært å gjøre det klart helt fra begynnelsen av at vi samarbeider oss imellom og med andre behandlere, og at de pårørende som en selvsagt del trekkes med. Vi har fortalt henne om møter og enkeltsamtaler, så åpenhjertig som mulig, med hovedvekt på de andres positive engasjement, men uten krav om at alt skal sies alle steder. Utstrakt bearbeiding innen teamet har vært nødvendig for å få dette til. Vi opplever at mange rundt Tone er glade for at man snakker sammen, og Tone selv opplever noenlunde konsistens i forsøkene fra omgivelsene på å hjelpe henne med å skille fantasi og virkelighet. Mange angrer på hvordan de handlet på grunnlag av dramatiske fantasier fra Tones side.

Etter to års samarbeid mellom Tone, familien, ROP og andre behandlere, og etter hvert også vennene hennes, ser det ut til at man nærmer seg en felles holdning til nødvendig omsorgsnivå. Det må hele tiden ligge en forventning om et nivå av selvstendig fungering. Samtidig må det være mennesker tett nok på henne til at hun får nødvendig hjelp til å leve med angsten, fantasiene og de skrekkinnjagende projeksjonene. Ikke alle «hemmeligheter» er avdekket. Det viser seg at pasienten har vært mer preget av psykotiske opplevelser enn man har antatt. Forfølgende stemmer og skrekkinnjagende skikkelser hun har sett, har forbudt henne å fortelle om seg. Hun har vært avskåret fra å meddele seg om sin psykologiske virkelighet, og først etter to år har tilliten nådd et slikt nivå at andre får tilgang til hennes verden.

Igjen opplever vi i teamet det reflekterende rommet i ROP som avgjørende for å ta stilling i de mange dilemmaer vi har stått overfor. Særlig gjaldt dette å samtale og samarbeide tett mens Tone selv protesterte høylytt. Det tette samarbeidet på samme tid som Tone selv møtte respekt og forståelse for sine meninger, ga til slutt åpning for at Tone kunne meddele seg om sine indre forfølgere. Samarbeidspartnere, familie og venner har uttrykt at det har kjentes trygt å kunne regne med å treffe på teamet når det har trengtes.

Jakob, 35 år

Jakob er bostedsløs og veldig alene i verden når han møter ROP. Henvendelsen kommer fra et lavterskel botiltak i rusomsorgen. Han beskrives som mer alene enn andre i dette miljøet. Han kan stenge seg inne på rommet i ukevis. Han har flere ganger ødelagt rommet med brekkjern og øks. Han har truet medbeboere og naboer. Han sier han er dømt av djevelen til å straffes og pines bestandig.

Kanskje mer enn noen annen vi har truffet, forteller Jakob oss om uendelig ensomhet, om dyp krenkelse og nedverdiggelse, om uoverkommelig skam og et istykkerrevet språk som mer sperrer enn åpner for kommunikasjon. Det som får oss til å holde ut mer enn to års kontaktetableringsarbeid, er Jakobs glimtvisе tegn på et ønske om å komme frem, en henvendelse som i sin sårbarhet knapt kan tenkes å finne noe gjensvar. Vi er enige om at vi bare ved å vise oss, uten å trenge oss på, over tid kanskje kan gjenkjennes som noen som vil ham vel. Kanskje blir det da etter hvert mulig for Jakob å nå frem med det han måtte ha på hjertet. Vi møtes med sosialkonsulenten, som ser ut til å være den eneste som har kjent Jakob over noen tid, og med miljøterapeuten ved botiltaket.

Det viser seg at Jakob bodde første gang ved botiltaket, som da var et privat hospits, sammen med en slektning, antakelig alkoholiker, da han var seks år gammel. Han har fortalt at han allerede

da fikk valium. Han ruset seg fra 10–12-årsalderen og var i kontakt med barnevern og psykiatrisk ungdomsteam som 15-åring. Disse fikk ham ikke i tale. På skolen satt han i sine egne tanker, tilbaketrukket og uten kontakt med andre elever. Lærerne hadde nærmest gitt ham opp, det ble forsøkt med arbeidstrening, noe han heller ikke viste interesse for. Hjelpeinstansene var usikre på hvordan Jakob hadde det hjemme, man tok imot noen meldinger fra biologisk mor om bekymring, men få undersøkelser ble gjort. Så ga man opp.

Fra 16 år var han bare sammen med andre rusmisbrukere, han brukte heroin intravenøst og ellers det han fikk tak i. Han har sittet omtrent fire år i fengsel for tyverier, besittelse og salg av illegale stoffer. Selv sier han under et besøk i den bydelen han hadde tilhørighet til som barn og ungdom, og hvor mor og far nå bor, at politiet er de som kjenner ham best. Han smiler litt når han forteller om rusing i skauen og hvordan han var med på å lure politiet. For tre år siden kom Jakob psykotisk fra utlandet, der han hadde vært i fengsel og på sykehus i to måneder. Det blir sagt, og Jakob selv kan antyde noe om det, at han var utsatt for grov vold forut for innleggelsen. Under kortvarige innleggelse, aldri mer enn 1–2 uker, har han fått antipsykotisk medikasjon, men har ikke villet samarbeide om dette ute.

ROPs to medarbeidere, som tar kontakt ukentlig, gjør det klart at han kanskje kan få hjelp med metadon og et litt bedre sted å bo etter hvert. Mange ganger lykkes vi ikke i å møte ham. Han blir på rommet, svarer ikke. Han insisterer på at han aldri får beskjed på forhånd, på tross av at personalet på tiltaket og andre beboere som vi kjenner, snakker med ham om ROP og gjentatte ganger melder om vår ankomst. Han forholder seg ikke til klokketid. Samværene er stort sett 15 til 30 minutter, bortsett fra når vi følger til sosialkontor, bank eller butikk. Det blir klart for oss at Jakob nærmest kontinuerlig er plaget av stemmer som på en nedsettende måte kommenterer alt han gjør. Han skjønner ikke hvorfor de snakker til ham alle steder i byen. Vi oppfatter også bruddstykker om at han opplever å sone en alvorlig straff han har fått av Gud eller djevelen for noe seksuelt han har vært med på. Han gjentar ved flere anledninger at han ikke skjønner hva vi vil med ham, hvorfor vi kommer hele tiden, at vi ikke vet hvem han er, og at han ikke feiler noen ting.

I løpet av de første fem månedene lykkes vi to ganger å få ham med til våre lokaler, for samtaler vedrørende medisiner og for å treffe andre i teamet. En gang utbryter han plutselig: «Jøss, det er jo sånne som meg her, jo!». Etter dette synes vi han faller litt mer til ro med å være sammen med oss. ROPs to medarbeidere alternerer med å være positivt eller negativt ladet. Vi deler arbeidet mellom oss, slik at den ene har en mer instrumentell innretning på møtene, mens den andre mer er der for å støtte eller følge. Særlig den «instrumentelle» hjelper forbindes i perioder med forfølgere eller med forgiftning, etter hvert som medisinerings forsøkes eller Jakob forstår at vi har bidratt til innleggelse. Under opphold i fengsel godtar han å ta imot teamets lege i følge med behandler, og starter opp med metadon og antipsykotisk medisin. Han overføres til en avdeling innen psykisk helsevern og skrives ut til bo-utredningstiltak. Han er konsekvent negativ til at vi kontakter familien, og av hensynet til kontaktforholdet med ham lar vi være. Men vi skjønner at han selv er mer i kontakt med dem.

Nå følger en periode der ROP treffer Jakob minimum 2–3 ganger per uke. Vi leverer en periode medisiner, noe som overtas av hjemmetjenesten. Jakob kommer selv til ROP, blir kjent med andre der og deltar på aktiviteter som kino og svømming. Han blir mye diskutert i hele teamet. Samarbeidspartnerne rundt Jakob strever med å finne en rimelig balanse mellom å støtte opp om mer alminnelige aktiviteter og foreslå ulike støttetiltak, med bakgrunn i at han fremtrer som fortsatt fjern og i en egen verden langt borte. Sammen med ansatte i botiltaket prøver han seg på praktiske oppgaver som maling og rydding og besøker et arbeidstreningsssted. Men vi ser at han trekker seg fra dette, på samme måte som vi etter journalnotater har forstått at han trakk seg fra foreslått arbeidstrening som 16-åring.

Vi opplever en økt innsikt i hans kommentar i forbifarten en dag vi tar en røyk utenfor ROPs lokaler: «Jeg må på gamle hjem, jeg ... husker ikke noe, får ikke til noen ting.» En medbeboer konfronterer ham under et måltid mens vi er til stede, med at han feiler et eller annet han ikke vil vedstå seg. Men det ser ut som denne innsikten blir for vanskelig å bære. En dag vil han ikke lenger ta imot antipsykotisk medisin og etter noen uker heller ikke metadon. Han sier det er noe galt med medisinene, og at de kanskje forgifter ham. ROP er bare til plage. Vi erfarer seksuelt farget overføringsproblematikk. En dag utbryter han: «Dere behandler meg som jeg er et barn ... på en ekkel måte ... Jeg liker ikke den ekle måten dere prater på». Han oppleves å være svært engstelig for ytringer ladet med ønske om å yte omsorg, særlig fra menn. Men vi klarer å holde oppe kontakten ved at vi tar initiativ til å snakke om temaer som politikk og fotball. Da kan han komme nærmere uten at det ser ut til å true.

Nå blir Jakob raskt dårligere. Han kommer i konflikter med medbeboere, han isolerer seg igjen, og i korte møter med behandlere beskriver han hvordan han gjennomgår et torturhelvete igangsatt av Gud. Veggene raser sammen, og det skjer voldsomme lynnedslag på rommet. Etter mye påtrykk får vi kontakt med en behandler ved poliklinikken han hører til, og vi skriver mange brev om teamets oppfatning av at det er nødvendig med lengre tids innleggelse og stabilisering på medisiner. Til slutt blir han innlagt, svært forkommen. Men han blir igjen utskrevet etter få dager, og alle rundt ham frykter alvorlig for hans liv. Han bruker ukritisk alt han kan få fatt i av rusmidler, og ROP, botiltaket og legevakten utveksler synspunkter mange ganger i døgnet. Så endelig, ved neste akuttinnleggelse blir han videreformidlet til intermediaeravdeling. Etter 2–3 måneder der, med søvn, mat og medisiner, kan han etter hvert snakke om at han har vært syk. Mange møter med sykehus, en representant for en ny, frivillig, institusjon han skal overføres til, bydel, lokal poliklinikk og ROP gir til slutt resultater. Bydelen stiller en garanti om å hjelpe Jakob med en spesielt tilpasset bolig med oppfølging, etter en periode på frivillig institusjon. Han kan sette ord på at han ønsker et fredelig liv for seg selv, med noen som ser til ham, og med litt rusing. Vi møter en enkeltperson fra Jacobs familie under besøk i leiligheten han etter hvert får tildelt, vi inviterer henne til ROP. Dermed opprettes en ny samarbeidslinje i støtten Jacob må ha, når han nå skal flytte for seg selv. På en naturlig måte får vi utdypet vår forståelse av Jacobs måte å være i verden.

Jakobs historie er ikke ferdig fortalt. Men vi tror ROPs arbeid, først og fremst tålmodig kontaktetableringsarbeid over de neste to år, har bidratt til at han nå endelig får utløst en behandling han har bruk for. Igjen mener vi at teamformen er nødvendig. Minst ukentlig, men vanligvis oftere, har de to medarbeiderne med nærmest kontakt og noe ulike roller, reflektert sammen og i teamet som helhet. Vi har tvilt og vi har drøftet oss frem til det vi tror har vært «nøktern optimisme» i Jakobs situasjon: en ganske bra balansegang mellom nærhet og avstand og mellom å speile hans svake fungering og støtte mestringsforsøk. Vi opplever at kontakten har vært under trussel om å bli brutt mange ganger, og det har ofte kjentes tungt å bære nesten alt initiativ i kontaktforsøkene.

Et spesielt forhold ved Jakobs utvikling må understrekes. Antakelig helt fra barndommen har han identifisert seg med rusmiljø, med både jevnaldrende og familie som på ulike måter har stått utenfor. Vi tror det at han fikk kontakt med ROP-pasienter og andre med rusmiljø-tilhørighet som har psykisk lidelse, var avgjørende for at han etter hvert kunne ta imot behandling. Avstanden eller forskjellen mellom Jakobs og behandlernes kulturer var for stor til at det kunne oppstå et samarbeid uten «meglere» eller «mellommenn».

Avslutning

I løpet av prosjektperioden har teamet beveget seg i retning av en økt grad av teamfelleskap i det daglige arbeidet og i forståelsen av å dele erfaringer. Vi tror at mangfold og sans for forskjeller innen ansattegruppen er nødvendig for å holde fast ved kompleksiteten og ulikhetene i pasientgruppen. Stor vekt på muntlig kommunikasjon mellom teammedlemmer og med samarbeidspartnere er nødvendig. Åpenhet og optimisme fremstår som sentrale verdier. ROPs erfaringer tilsier en høy grad av teamtilnærming ved behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Vi tror ikke et slikt arbeid er egnet for individuell praksis innen et tradisjonelt poliklinisk team. Flere innen teamet bør kjenne pasientene, antallet pasienter per behandler bør være lavt, vi tror godt under ti, og behandlingstiden bør være begrenset til 2–3 år. Et slikt team bør følges tett av veileder utenfra som hjelper den enkelte og teamet som helhet med å bearbeide egne vanskelige følelser og erfaringer.

Til slutt, kanskje er en slik team-tilnærming nødvendig i forhold til andre pasientgrupper som ses som vanskelig tilgjengelige, der spørsmålene bør stilles slik vi har forsøkt å gjøre: Hvordan kan behandlingstiltaket bli mer tilgjengelig for pasientene? Hvordan kan vi skape et rom som er trygt nok til at behandler og pasient kan komme nær nok hverandre til at behandlingsrelasjonen fungerer?

Petter Lohne
Seksjon Rus og Psykisk Lidelse
Tøyen DPS
Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo
Tlf 24 07 46 00
E-post petter.lohne@lds.no

Referanser

- Bion, W. R. (1993). *Second thoughts* (6th ed.). London: Karnac Books.
- Burns, T., & Firn, M. (2002). *Assertive outreach in mental health: A manual for practitioners*. Oxford: Oxford University Press.
- Buseth, T., Lohne, P. et al. (2004). *Gjestfrihet på prøve*. Notat. Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Danielsson, T., fra web-siden Tage Danielsson – Humanist, «Kloka Tankar» (2005).
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2003). *Dobbelt Opp, om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2000). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Koenigsberg, H. W., Kernberg, O. F., Stone, M. H., Appelbaum, A. H., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2000). *Borderline patients. Extending the limits of treatability*. New York: Basic Books.
- Levinas, E. (1996). *Den annens humanisme*, Oslo: Aschehoug.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.

- Raknes, O. (1945). «Om skam». *Syn og segn, hefte 2*, gjengitt i Faleide, A., Grønseth, R., Grønseth (1991). «Karakteranalytisk Vegetoterapi». Oslo: Spartacus Forlag.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wurmser, L. (1995). *The mask of shame*. New Jersey: Jason Aronson.
- Øverås, S. (2003). Fra portvakt til døråpner, en *midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet (ROP-Tøyen)*. Fafo-notat 2003:22.

Serious mental illness and drug dependence: An integrative outreach treatment program

This article describes an ambitious outreach project for patients with a dual diagnosis. The purpose of the project was to develop a team-based treatment model applicable to conditions in Oslo. Treatment is based on four fundamental concepts: psychodynamic theory, team autonomy, hospitality, and a proverbial use of everyday language. The team has developed a sense of cohesion related to daily treatment. Team members understand the importance of sharing experiences among themselves. Communication between team members and other persons involved in treatment is crucial for effective team function. Ample reflection within the team as well as with patients is a necessary part of the team's work. Openness and «responsible optimism» are identified as central team values.