

# Psykisk helsevern for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Rolf W. Gråwe

Avdeling for forskning og utvikling, Rusbehandling Midt-Norge

jan.trygve.wergeland@kristiansand.kommune.no

I en artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet formidler Petter Lohne og Tove Buseth (2006) verdifulle erfaringer med hensyn til sitt pionerarbeid i et oppsøkende behandlingstilbud for personer med dobbeltdiagnoser. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser med rusmiddelproblemer som har falt fra ordinære behandlingstiltak, og behandlingsmetoden er integrert behandling.

Tradisjonell poliklinisk behandling av personer med alvorlige, langvarige og ustabile psykiske lidelser er utilstrekkelig. Det er stort frafall i behandlingen og hyppige gjeninnleggelser på døgnavdeling (Ellison et al., 1995). En stor del av denne pasientgruppen har også rusmiddelproblemer. Dette gjør det nødvendig med særskilte måter å organisere behandlingstilbudet på.

## Behandling av dobbeltdiagnose

Hjelpeapparatet praktiserte tidligere enten parallell behandling (russektoren og psykisk helsevern behandlet hver sin lidelse uavhengig av hverandre) eller sekvensiell behandling (den ene lidelsen ble betraktet som mer primær enn den andre og ble følgelig behandlet først). Begge er ineffektive, pasientene blir kasteballer og sammenhengen mellom rusbruk og psykiske lidelser blir ignorert.

Det er utført seks kontrollerte behandlingsstudier som gir støtte for effekten av integrert behandling ved dobbeltdiagnoser (Gråwe, 2004). Fire av disse viser at langvarige, integrerte, helhetlige og motivasjonsstyrkende tiltak reduserer rusbruken mer enn standard ikke-integrert behandling. To andre studier sammenlignet ulike typer integrerte tiltak. Den ene viste at ambulant behandling (Assertive Community Treatment, ACT) hadde god effekt på mange pasienter, og den andre viste at sosial ferdighetstrening var mer effektiv enn både «intensive case management» og AAs tolvtrinnsbehandling.

Selv om det fremdeles er mangelfull forskning på feltet, har integrerte og helhetlige tiltak blitt «gullstandarden» for klinikere da disse har behandlingskomponenter som møter pasientenes behov. Tiltak som integrerer behandlingen av rusmisbruk med den psykiske lidelsen, kan overvinne mange av de organisatoriske og administrative vanskene, de kliniske komplikasjonene og de fagideologiske forskjellene ved tradisjonelle parallelle behandlingstiltak. Kjernekomponentene er samtidig behandling av rus og psykisk lidelse, helhetlige tiltak, aktivt oppsøkende tiltak, fokus på å redusere de negative konsekvensene av rusbruket, motivasjonsfremmende tiltak, ulike psykoterapeutiske tiltak, ulike gruppetiltak, tiltak som er tilpasset pasientens rusbruk og behandlingsønske (stadietilpasset behandling), og farmakologiske tiltak (Gråwe, 2006; Gråwe & Espeland, 2002; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003).

Bruken av 20 behandlingstiltak som inngår i integrert behandling, ble i 2004 målt hos 70 loddtrukne pasienter med dobbeltdiagnoser ved syv norske og danske institusjoner innenfor psykisk helsevern (Hagen & Gråwe, upubliserte data). Studien tydet på at institusjonene generelt er dyktige i å behandle psykiske lidelser, middels bra i behandling av ruslidelser, og svært dårlige i å behandle begge lidelser på en integrert måte.

## Organisering av tilbudet

Målgruppen for ambulante ACT-team er meget strengt avgrenset til pasienter som har langvarige, alvorlige og ustabile psykiske lidelser, som har hyppige døgnopphold, og som ikke har hatt nytte av tradisjonell behandling ved poliklinikk, psykoseteam og rehabiliteringsteam, eller vanlig døgnbehandling. Ambulante team evaluerer pasientenes behov og ressurser, utarbeider behandlingsplaner, har et totalt behandlingsansvar og oppfyller den overveiende del av behandlings- og støttebehovet, etablerer og koordinerer øvrige tilbud, hjelper pasientene i deres eget miljø, er aktivt oppsøkende, og gir et vedvarende og stabilt tilbud. Det er i tillegg en internasjonal konsensus om følgende hovedtiltak: 1) behandling og støtte tilbys direkte og uten vurdering av motivasjon, henvisning og effektvurderinger, 2) teambehandlere deler behandlingsansvaret (alle pasienter kjenner alle behandlere, og vice versa), 3) behandler-til-pasient ratio på 1:10 og 1:15, 4) helhetlige og fleksible tiltak, 5) tidsbegrenset behandling, 6) 24–7 åpningstid og 7) aktive tiltak for å engasjere nye pasienter og gjenengasjere de som faller fra.

En mengde oversiktsstudier (for eksempel Marshall & Lockwood, 2005) har vist at modellen reduserer gjeninnleggelser og varighet av sykehusopphold, og frafall i behandlingen, og har robust bedre resultater mht. psykiske vansker og psykososiale forhold knyttet til bolig, arbeid, livskvalitet og brukertilfredshet enn vanlig poliklinisk behandling. Det er likevel viktig å være klar over at det nesten ikke er utført europeiske studier av slik ambulante behandling, og at ingen studier av slike ambulante team i Vest-Europa har gjentatt nordamerikanske funn. Forskjellen mellom ambulante team og tradisjonell vesteuropeisk poliklinisk «intensive case management» i psykoseteam er sannsynligvis marginal da sistnevnte land har godt utbygde primærhelsetjenester og fastlegeordninger.

I England er det etablert omtrent 250 ambulante team. I Norge er det bestemt at det skal etableres ambulante behandlingstilbud ved alle DPS innen 2008 (St.prp 1, 2004). I Skandinavia er ambulante team tilsvarende Nord-Amerika og England ikke vitenskapelig utprøvd. Man har i stedet hatt psykose-/rehabiliteringsteam og først fått noen få ambulante team og dobbeltdiagnosteam i de siste årene. Det første psykoseteamet ble etablert i Trondheim i 1992 med støtte fra direktoratets handlingsplan for statlig stimulering for psykisk helsevern (Gråwe & Widen, 1995; Gråwe, Falloon, Widen & Skogvoll, i trykk). Målgruppen i psykoseteam er mye bredere definert enn hos ambulante ACT-team, da de kun inkluderer personer med psykoser, ofte også de som har relativt stabile symptomer og god behandlingsrespons, og som kunne vært behandlet like kostnadseffektivt av primærhelsetjenesten. Noen få DPSer i Norge har etablert ambulante team, men som i Sverige og Danmark er det ingen som følger de eksplisitte suksesskriteriene for internasjonal ACT-behandling.

Ambulante team bør etableres i større byer og pasienter med dobbeltdiagnoser bør opplagt være i deres målgruppe. Det er derimot urimelig å etablere både dobbeltdiagnosteam som arbeider etter ambulante prinsipper og ambulante ACTteam i samme DPS-område. Det er også viktig med norsk forskning på feltet. Norges Forskningsråd har støttet gjennomføring av evaluering av integrert behandling i Helse Øst, og det planlegges en studie som sammenligner ambulante ACTbehandling i Mosseregionen med tradisjonelle psykoseteam (begge evalueres av SINTEF Helse).

## Referanser

- Ellison, M. L., Rogers, E. S., Sciarappa, K., et al. (1995). Characteristics of mental health case management: results of a national survey. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 101–112.
- Gråwe, R. W. (2004). Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk: hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnoser? *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 12, 34–36.

- Gråwe, R. W. (2006). Forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I A. Almvik & L. Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (ss. 138–158). Bergen, Fagbokforlaget.
- Gråwe, R. W., & Espeland, B. (2002). *På vei til et bedre liv. Behandling av personer med rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser*. Trondheim: Tapir.
- Gråwe, R. W., Falloon, I. R. H., Widen, J., & Skogvoll, E. (i trykk). *Continued early intervention for recent-onset schizophrenia: A randomised controlled study*.
- Gråwe, R. W., & Widen, J. H. (1995). Optimal treatment for out-patients with recent-onset schizophrenia: Description of a treatment model. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 24, 121–131.
- Lohne, P., & Buset, T. (2006). Alvorlig psykisk lidelser og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende team. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 563–573.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2005). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders (review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. Effective interventions for severe mental illness and substance abuse*. New York: Guilford.