

Kompetencer i dobbeltdiagnosebehandling:

Behovet for et gradueret behandlingssystem

På trods af bred enighed om integreret behandling som bærende princip for dobbeltdiagnoseområdet, er det ikke realistisk alle steder. En modul på et gradueret behandlingssystem med kompetencer på forskellige niveauer, kan tjene som inspiration til en brugbar løsning.

Af seniorforsker, ph.d Katrine Schepelern Johansen, leder af Kompetencecenter for Dobeltdiagnose, Region Hovedstaden

I løbet af de sidste cirka 20 år er der kommet en række anbefalinger for indsatser på dobbeltdiagnoseområdet. Disse kom i første omgang blandt andet fra USA, Storbritannien og Australien. Senere er der kommet anbefalinger fra blandt andet EMCDDA i EU og fra Norge og Sverige. På tværs af alle anbefalingerne gælder, at det overordnede princip for behandling, der peges på, er integreret behandling – det vil sige at misbrugsproblemer og psykiske problemer skal kunne adresseres samtidig og i samme institution. Inden for rammerne af dette overordnede princip er der dog kommet en øget opmærksomhed omkring to forhold i de nyere anbefalingerne.

Opmærksomhed på forhold i integreret behandling

Det første forhold er, at det formentlig ikke er realistisk, at behandlingssystemerne for henholdsvis psykisk sygdom og misbrug bliver fuldt integreret – der vil stadig være dele af behandlingssystemet, der har et primært fokus på psykisk sygdom og andre dele af behandlingssystemet, der har et primært fokus på rusmidler. Det andet er, at forskellige delgrupper af dobbeltdiagnosegruppen har forskellige

belastningsgrader, og at nogle af de mindre belastede grupper i mindre grad kræver fuldt integreret behandling.

Konsekvensen af opmærksomhed på det første forhold er, at vi bliver nødt til at sikre, at der er kompetencer til udredning og et vist niveau af behandling for dobbeltdiagnose i både psykiatri og misbrugsbehandling. Dette særligt, når vi nu ikke kan forvente at få fuldt integreret behandling. Konsekvensen af opmærksomheden på det andet forhold er at tænke behandlingssystemet som gradueret men sammenhængende. Det betyder, at der skal være forskellige niveauer af kompetence forskellige steder i systemet. Dette er et kendt princip i sundhedsvæsenet, det såkaldte LEON-princip, hvor man stræber efter, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau, end det er behandlingsmæssigt nødvendigt.

Hvilke kompetencer?

Opmærksomheden på kompetencer i anbefalingerne rejser selvfølgelig spørgsmålet om, hvilke kompetencer, der er nødvendige – det vil sige hvad man skal kunne og på hvilke specialiseringsniveauer. I 2003 udviklede en række forskere spørgeskemaet CMPPQ (Co-Morbidity Problems Perception Questionnaire) som et bud på at kunne måle, om personale føler sig

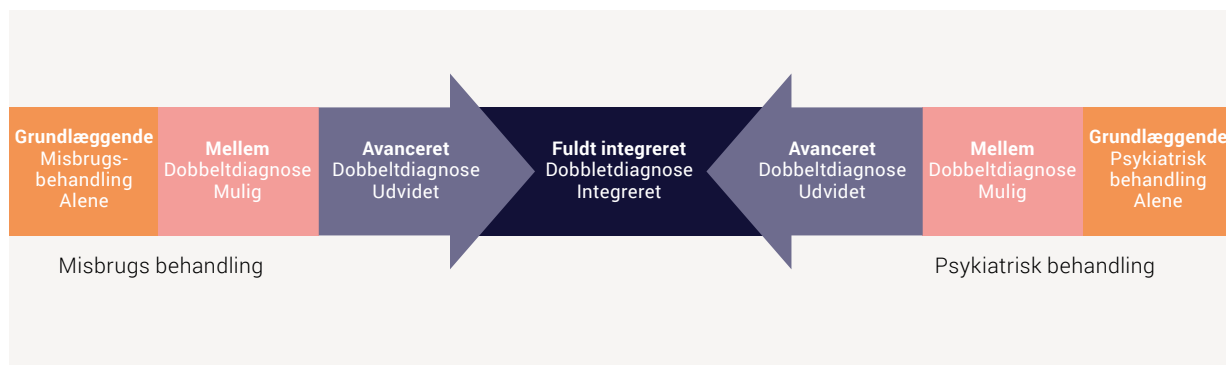


Fig. (2013: 44)

kompetent til at arbejde med mennesker med en dobbeltdiagnose (Watson et al. 2003). CMP-PQ består af seks del-skalaer, der indikerer en betydelig bredde i forhold til, hvad det kræver at arbejde med denne målgruppe. Disse er:

- Rolletilstrækkelighed – opfatter medarbejderen sin viden og sine færdigheder som tilstrækkelige?
- Rollelegitimitet – betragter medarbejderen bestemte aspekter af sit arbejde som sit ansvarsområde?
- Rollestøtte – oplever medarbejderen at modtage støtte fra sine kolleger til at kunne udføre sin rolle effektivt?
- Motivation – har medarbejderen motivation for at arbejde med patient/borgergruppen?
- Selvtillid – har medarbejderen selvtillid i forhold til at kunne behandle patienten/borgergruppen?
- Arbejdstilfredshed – oplever medarbejderen tilfredshed i forbindelse med at arbejde med patient- eller borgergruppen?

Der er altså ikke blot et fokus på konkret viden og færdigheder, men også på spørgsmål om legitimitet og egen motivation hos medarbejderne. Et tilsvarende perspektiv finder vi hos den amerikanske agentur SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration), der peger på, at holdninger og værdier hos

medarbejderne er lige så vigtige som faktisk viden om rusmidler, psykisk sygdom, behandlingsmetoder m.m. (SAMHSA 2013: 56-57).

Et udførligt bud på et graderet behandlingssystem

Som nævnt, er en anden pointe i nogle af de nyeste versioner af anbefalingerne (blandt andet SAMHSA 2013, Croton 2011), at man tænker sit behandlingssystem som graderet. Det betyder med behov for kompetencer på forskellige niveauer, alt efter om der er tale om et højt specialiseret niveau eller et mere basalt niveau. Anbefalingerne fra amerikanske SAMHSA er det mest udfoldede bud på et sådant graderet behandlingssystem og de tilknyttede kompetenceniveauer, og derfor vil jeg i det følgende præsentere deres forslag lidt mere udførligt. Det er min vurdering, at det kan tjene til inspiration, også i en dansk kontekst, og give vigtigt input til diskussionen om, hvordan den danske indsats bedst muligt kan organiseres. Deres model for organisering fremgår herover (2013: 44).

For at forstå modellen, skal man kende de behandlingsniveauer, der bruges. De kan defineres således:

Grundlæggende behandlingsniveau: Behandling af én lidelse – enten psykisk sygdom eller

misbrug – og screening for den anden lidelse med mulighed for at konsultere eksperter inden for det andet område. Det vil sige at man i misbrugsbehandlingen skal have mulighed for at konsultere nogen, der ved noget om psykiatri, og tilsvarende i det psykiatriske behandlingssystem skal man have mulighed for at konsultere nogen, der ved noget om misbrug. Dette niveau burde være det laveste niveau i behandlingssystemet.

Mellem behandlingsniveau: Primært fokus på én lidelse, men med tilbud om nogle grundlæggende indsatser i forhold til den anden lidelse.

Avanceret behandlingsniveau: Integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom.

Fuldt integreret behandlingsniveau: Fuldt integreret behandling for dobbeltdiagnose samt indsatser i forhold til tilstødende områder: somatisk sygdom, bolig, beskæftigelse m.m. Dertil kommer, at der skal være mulighed for at tilbyde langvarig, opsigende og fastholdende indsatser.

Det grundlæggende princip bag modellen er, at et velfungerende behandlingssystem skal have tilbud på alle fire niveauer i misbrugsbehandling såvel som psykiatrisk behandling. Derudover, skal der være forholdsvis nem adgang til at blive henvist til et højere specialiseringsniveau ved behov.

Kompetencer i et graderet behandlingssystem

Til de fire niveauer i behandlingssystemet hører tilsvarende kompetenceniveauer. De grundlæggende kompetencer beskriver det niveau, som man som minimum burde have i alle behandlingstilbud (SAMHSA 2013: 58-60). På det grundlæggende niveau gælder følgende kompetencer:

- Screening for både psykisk sygdom og misbrug
- Indledende vurdering af både psykisk sygdom og misbrug

- Screening for om et individ udgør en fare for sig selv eller andre
- Evne til at kunne interagere på en måde, der skaber motivation og sikre fastholdelse i behandling
- Evne til at kunne henvise til relevant behandling, hvis ovennævnte vurdering indikerer, at aktuelle behandlingstilbud ikke er det rigtige
- Evne til at kunne indgå i et samarbejde med den anden sektor, hvis nødvendigt

På det næste niveau – mellemniveauet – er der stadig fokus på den ene lidelse, men der skal tilbydes nogle grundlæggende indsatser i forhold til den anden lidelse. Her nævner SAMHSA følgende kompetencer:

- Diagnostik af både psykisk sygdom og misbrug
- Integreret vurdering af behov
- Integreret behandlingsplan
- Integrerede kriseinterventioner
- Tilgang, der skaber engagement
- Evne til at kunne planlægge og gennemføre langsigtede behandlingstiltag

På det avancerede niveau, hvor der er tale om egentlig integreret behandling af psykisk sygdom og misbrug, foreslår SAMHSA, at følgende kompetencer skal være til stede blandt medarbejderne:

- Diagnostisk af både psykisk sygdom og misbrug
- Vurdering af funktionsniveau på baggrund af både psykisk lidelse og misbrug
- Grundig vurdering af medicin, samt interaktion mellem medicin og rusmidler
- Kendskab til integrerede behandlingsmetoder
- Evne til at kunne arbejde terapeutisk med årsager til rusmiddelbrug og tilbagefald
- Evne til at være tålmodig, vedholdende og optimistisk
- Evne til at arbejde med graderede mål tilpasset det enkelte menneskes niveau og ønsker
- Inddragelse af familie og øvrige netværk
- Deltagelse i kvalitetsudvikling

Som nævnt, inkluderer modellen også et niveau, som kaldes 'fuldt integreret'. Dette niveau inkluderer kompetencerne på avanceret niveau, men skal yderligere suppleres af en række kompetencer fra andre sundhedsmæssige og sociale områder. For at man kan tale om fuldt integreret behandling, skal der, ifølge SAMHSA, også være kompetencer til f.eks. udredning og behandling af somatisk sygdom, interventioner i forhold til bolig, beskæftigelse, økonomiske, samt andre relevante områder. Det anbefales, at der her arbejdes med en tværfaglig teammodel, som f.eks. er beskrevet i den oprindelige ACT-model (Assertive Community Treatment) (Drake et al. 1993). I en dansk sammenhæng vil det betyde, at der skal være tale om en egentlig tværsektoriel model – ikke blot på tværs af social- og sundhedsfaglige indsatser, men også på tværs af regionalt og kommunalt niveau.

Kan denne model bruges i Danmark?

Den skitserede model for et gradueret behandlingssystem og de tilhørende kompetencer er meget langt fra den situation, der møder de fleste mennesker med både psykisk sygdom og rusmiddelproblematikker i Danmark. Skal man være en smule polemisk, må man sige, at vi i Danmark har valgt, at langt hovedparten af vores behandling varetages af et niveau, som slet ikke er med i SAMHSAs model – et niveau, hvor man slet ikke har indsatser i forhold til misbrug i psykiatrien og omvendt. Det er ikke en model, der finder understøttelse, hverken i anbefalingerne fra SAMHSA eller i nogle af de andre anbefalinger.

Kan det alligevel være relevant at blive inspireret af SAMHSAs model? Det mener jeg godt, at det kan. Som beskrevet indledningsvis, så er modellen udviklet til en situation med et adskilt behandlingssystem, og til en situation hvor fuldt integreret behandling for alle med samtidig forekomst af psykisk sygdom og misbrug ikke er realistisk. Det er en situation, som minder om den danske. Modellen giver et

bud på, hvordan et system, der tilbyder relevant udredning og behandling kan se ud i en sådan situation. Den har potentialet til at fungere som et planlægningsredskab for regioner og kommuner, der vil kunne bruge det til at sikre, at der er tilbud på de forskellige niveauer, samt tydelige henvisningsveje og visitationsprincipper mellem de forskellige niveauer. I forhold til de enkelte, allerede eksisterende institutioner, kan anbefalingerne give inspiration til, hvad vores medarbejdere som minimum skal have af kompetencer.

Referencer¹

- Croton, G. *Australia's evolving responses to co-occurring mental health and substance use disorders*. 2011.
- Drake, R. E., S. J. Bartels, G. B. Teague, D. L. Noordsy & R. E. Clark. *Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients*. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181(10): 606–611
- EMCDDA. *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. 2015.
- Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. 2012.
- Ministry of Health. *Service Delivery for People with Co-existing Mental Health and Addiction Problems: Integrated Solutions*. 2010.
- NICE. *Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care service*. 2016.
- NICE. *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: Assessment and management in healthcare settings*. 2011.
- Public Health England. *Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions. A guide for commissioners and service providers*. 2017.
- Queensland Health. *Dual diagnosis clinical guidelines. Cooccurring mental health and alcohol and other drug problems*. 2011.
- Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. 2019.
- SAMHSA. *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42*. 2013.
- Watson, H. E., W. Maclaren, F. Shaw & A. Nolan. *Measuring staff attitudes to people with drug problems: The development of a tool*. Edinburgh: Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme. 2003.

¹ For den interesserede læser, har forfatteren her oplistet den litteratur, der indirekte nævnes i det indledende afsnit om anbefalinger på dobbeltdiagnose området. Samt de direkte kilder, der henvises til i teksten (redaktionens note).