

BACHELOROPPGAVE

**Hvilke utfordringer ligger i behandlingen for
dobbeltdiagnose pasienter, og hvordan skal man
legge til rette for en god behandling?**

Av

Cerina Villanger

Vernepleie
VE530
April 2008



”Hvilke utfordringer ligger i behandlingen for dobbeltdiagnose pasienter, og hvordan skal man legge til rette for en god behandling?”

Forord

Denne oppgaven er en avsluttende prosjektoppgave ved bachelorstudiet i vernepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Prosjektoppgaven er ment for å gi et innblikk i hva vi har lært gjennom studietiden. Jeg har valgt å legge vekt på emnet dobbeltdiagnose.

Jeg har lenge vært interessert i rusomsorg som fagområde. Da jeg var i praksis ved en avrusingsklinikk, høsten 2007, fikk jeg ideen til denne oppgaven og et ønske om å skrive om dem med psykisk lidelse kombinert med en rusavhengighet, såkalt dobbeltdiagnose. Med dette arbeidet ønsker jeg å få en forståelse for behandling av denne gruppen pasienter, og hvordan man ut i fra denne forståelsen vil tilrettelegge behandlingen innen dette feltet.

Arbeidet med oppgaven har vært svært lærerikt, både pedagogisk og akademisk, og har gitt meg utdypende innsikt innenfor fagområdet. Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder, både for støtte og konstruktiv veiledning.

”Rusen ble en flukt fra alt kaoset i hodet. En medisin som i starten var uten bivirkninger” (Beston, 2005:68)

Innholdsliste

1.0 Innledning med problemstilling	4
1.1 Teoretisk og metodisk tilnærming.....	4
1.2 Dobbeltdiagnoser	6
1.3 Psykiske lidelser	7
1.4 Rusavhengighet	7
2.0 Ulike rusmidler og dens skadevirkning på psykisk helse	8
3.0 Rusbehandlingen og psykiatriens historie.....	13
3.1 Rusbehandlingens historie.....	14
3.2 Psykiatriens historie	16
4.0 Utfordringer ved dobbeltdiagnosepasienter	19
5.0 Behandling	22
5.1 Kartlegging.....	22
5.2 Miljøarbeid i behandlingen	23
5.2.1 Kognitiv miljøterapi	25
5.2.2 Empati og omsorg	26
5.2.3 Motivasjon og relasjon	26
5.3 Generell tilrettelegging.....	27
6.0 Avslutning	27
7.0 Litteratur.....	29

1.0 Innledning med problemstilling

De siste årene har man sett en økning angående personer med samtidige rus- og psykiske lidelser. En studie av Gråwe og Ruud ved SINTEF Helse fra 2006 viste at omtrent 10 prosent av pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern, og 47 prosent av pasientene i rustiltak hadde rus- og psykiske lidelser. Dette gir utfordringer i forhold til hjelpeapparatet. Tidligere har man behandlet personer med rusavhengighet og psykiske lidelser separat. Hva gjør man når pasientene har begge disse problemene? Hvem skal ta seg av behandlingen av de to diagnosene?

Fekjær (2007) hevder at det stilles store krav til psykiatrien og rusbehandlingen, blant annet fordi det har vist seg at pasienter med dobbeltdiagnose har svakere effekt av behandlingstiltak enn andre pasienter. Det har vært uenigheter rundt dette over lang tid. Hjelpeapparatet har hatt en tendens til å skyve fra seg denne typen pasienter. Er det fordi de ikke har visst hvilke type behandling som har vært nødvendig, eller er det fordi de rett og slett ikke har hatt riktig behandlingstilbud for denne pasientgruppen? Fekjær (2007) mener at dette påvirker pasienter med denne diagnosen. Dårlige erfaringer med hjelpeapparatet gjør at de lett vil møte nye hjelpere med mistillit.

På bakgrunn av dette, har jeg valgt denne problemstillingen: *"Hvilke utfordringer ligger i behandlingen for dobbeltdiagnose pasienter, og hvordan skal man legge til rette for en god behandling?"* For å sette leseren inn i problemområdet ønsker jeg å komme med sentrale definisjoner og begrepsavklaringer innledningsvis i oppgaven. Dette for å gi en grunnleggende forståelse for, og samtidig avgrense temaet i oppgaven.

1.1 Teoretisk og metodisk tilnærming

Denne oppgaven er et litteraturstudie der jeg ønsker å finne ulike utfordringer i, og hvordan legge til rette for god behandling av pasienter med dobbeltdiagnose, fra ulike perspektiv. Dobbeldiagnose forener to ulike fagområder, psykiatri og rusomsorg. For å løse oppgaven har jeg valgt å fordype meg innenfor deler av disse områdene. Jeg benytter meg av litteratur som primært er skrevet om dobbeltdiagnose, i tillegg til ulik litteratur om rusomsorg og psykiatri. Det meste av forskningen i litteraturen bygger på kvalitative undersøkelser som for eksempel intervju, mens rapporten fra SINTEF er bygget på kvantitative studier.

Fordelen ved et litteraturstudie er at jeg får tilgang til informasjon som jeg ikke kunnet samlet inn på egen hånd gjennom empiriske undersøkelser. Ved et litteraturstudie benytter en seg av

data som er samlet inn av andre forskere. Jacobsen (2000) hevder at dette fører til at man får større avstand til dataen, og at det kan gjøre innholdet mindre pålitelig (reliabel). Han sier videre at de dataene jeg benytter meg av kan ha vært samlet inn og tolket i en annen hensikt enn den jeg har med min oppgave. Det er derfor viktig å være kritisk og vurdere validiteten (gyldighet og relevans) av innsamlet informasjon (Halvorsen, 2002). Jacobsen (2000) sier at ved innsamling av sekundærlitteratur er det spesielt viktig å være kritisk, da informasjonen jeg benytter først er tolket av en annen enn min kilde. Faren ved dette er at min kilde kan ha feiltolket originalkildens data. Dalland (2007) hevder at oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet. Litteraturen som blir valgt skal ha relevans i forhold til problemstillingen. Som en naturlig del av denne oppgaven, har hver enkelt kilde blitt kritisk vurdert i forhold til om den er med på å belyse problemstillingen, hvor oppdatert den er og hvor opplysningene i kilden opprinnelig kommer fra. Selv om noe av litteraturen jeg har brukt er sekundærlitteratur, anser jeg oppgaven som reliabel, da kildene kan sees på som pålitelige. Målet med oppgaven har ikke vært å belyse problemstillingen ut fra gitte antakelser, men å presentere et representativt kildeutvalg som kan belyse problemstillingen fra ulike sider.

Jeg har brukt flere ulike kilder i denne oppgaven. Jeg ønsker her å presentere de som har utgjort kjernen i mitt arbeid. En av bøkene jeg har valgt å bruke heter ”Dobbelt opp”. Den tar for seg både psykiske lidelser og rusmisbruk, og hovedmålsetningen er å belyse hjelpebehovet for denne gruppen. Samtidig beskriver den ulike typer tiltak og behandling. Denne boken har jeg brukt jevnt i oppgaven fordi den sier litt om mye, og belyser tema jeg finner interessant og har valgt å skrive om. En annen bok jeg har brukt heter ”Rus” og er skrevet av den anerkjente forfatteren, Hans Olav Fekjær. Han er kjent for sin kunnskapsbredde innenfor rusproblematikk, men er også en omstridt forsker. Selv om han har skapt flere overskrifter gjennom sine bøker, har han bygget opp sine meninger gjennom solide forskningsresultater¹. Det er en del forskningsbasert dokumentasjon i boken, men jeg har hovedsakelig brukt boken på teori om rusfeltets – og psykiatriens historiske bakgrunn og hvordan man forklarer begrepene rusavhengighet og narkotika. Jeg har også valgt å bruke Fekjær, når jeg i enkelte utsagn problematiserer forskjellige utfordringer ved pasienter som samtidig er rusavhengige og har en psykisk lidelse. Halvorsens ”Miljøarbeid – teori og praksis” bruker jeg til å gjøre rede for miljøarbeid. Boken er en innføring i hva miljøarbeid er, og det er gjort metodiske beskrivelser av praktisk miljøarbeid.

¹ <http://www.dagbladet.no/nyheter/1999/11/17/183443.html>

1.2 Dobbeldiagnoser

Selvet ordet diagnose kommer av gresk og betyr å skjeldne (Cullberg, 2006). Mens begrepet dobbeltdiagnose er knyttet til to selvstendige medisinske diagnoser, og blir i faglitteraturen brukt i beskrivelsen av personer som har psykiske lidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser og rusavhengighet (Evjen *et al.* 2003; Helland Finstad, 2006). Videre blir personlighetsforstyrrelse definert som: ” *psykisk lidelser preget av sterkt avvikende personlighetstrekk med vedvarende atferdsmønstre som ikke er funksjonelle for den enkelte eller for miljøet*” (Evjen *et al.* 2003; 230). Det må altså være en kombinasjon mellom de to diagnosene, for å bruke dobbeltdiagnose – begrepet. Der det omfatter også sosiale problemer, blir gjerne begrepet sammensatt problematikk brukt. Andre brukte begreper for å forklare dobbeltdiagnose - fenomenet kan være dobbeltproblematikk, kombinasjonsdiagnose, sameksisterende problem eller komorbiditet. Begrepet komorbiditet er brukt når det ikke bare begrenser seg til to språklige lidelser. Uttrykket blir gjerne brukt i sammenheng med dem som også har lettere psykiske lidelser, og gjennom befolkningsundersøkelser viser dette seg å være et relativt vanlig fenomen (Evjen *et al.* 2003).

Det har også oppstått en del kritikk rundt dobbeltdiagnose som begrep. Evjen *et al.* (2003) mener kritikken gjelder upresisitet og at det blir brukt på ulike måter. Det er avledet av det engelsk/amerikansk ordet, ”dual diagnosis” som brukes i den amerikanske litteraturen. Hovedsakelig blir det brukt om pasienter med alvorlige psykiatriske symptomlidelser og rusavhengighet, mindre om personlighetsforstyrrelser. Behandlingsmessig faller pasientene ofte mellom flere stoler. Kritikken baserer seg videre på at begrepet kan brukes i flere andre sammenhenger, men også at disse pasientene har gjerne flere enn bare to lidelser samtidig. Derfor kan begrepet ”doppeltdiagnose” bli for begrensende selv om uttrykket er praktisk og kortfattet. Samtidig ser man at begrepet dukker opp igjen til tross for at det er blitt kritisert, fordi man mangler andre, mer presise og kortfattende begreper (Evjen *et al.* 2003) Jeg vil i denne oppgaven bruke uttrykket dobbeltdiagnose når det foreligger en alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Men hva er så en psykisk lidelse og rusavhengighet? For å få en forståelse av dette, vil jeg bruke de definisjonene på begrepene/diagnosene som finnes i faglitteraturen.

Simonsen (2006) hevder at for å forklare hva en psykisk lidelse eller rusavhengighet er som diagnose, tar man i bruk et diagnosesystem som heter WHO`s (verdens helseorganisasjons) ICD- 10 (International Classification of Diseases). Dette klassifikasjonssystem på diagnoser som vi benytter oss av i dag, har over 300 forskjellige psykiatriske diagnoser. Diagnosene kan overlappe og likne på hverandre, derfor er det også rundt 1000 subdiagnoser. Simonsen

(2006) trekker fram at dagens kunnskap om psykiske lidelser er til en grad utilstrekkelig nettopp fordi personer med forskjellige diagnoser kan ha felles trekk. Han sier videre at det kan ha noe med en fundamental vanskelighet i psykiatrisk vitenskap. Med dette mener han at psykiske sykdommer er mangfoldige i sin opprinnelse og at vi som mennesker er forskjellige og ingen er like. Derfor vil det heller ikke være noen personer med samme lidelse som opplever sykdommen helt likt. Men hva er egentlig en psykisk lidelse?

1.3 Psykiske lidelser

Begrepet lidelse ”viser til individets opplevde erfaringer i forbindelse med tilstanden og dens betydning. Psykiske lidelser er det personens forståelse av seg selv og sine relasjoner til andre mennesker, sine følelser og sine tanker, som vanligvis er det som skaper symptomer og funksjonssvikt” (Haugsgjerd *et al.* 2004; 16). Psykiske lidelser gjenkjennes ved avvikende atferd, tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå. Det kan være uttrykk som gjør det vanskelig for andre å forstå og som gjør at vedkommende kan havne utenfor fellesskapet med sine omgivelser. Slike tilstander kan melde seg brått og opphøre etter en viss tid eller utvikle seg gradvis og vedvare over lang tid. Forandringer av personen kan skje på ulike måter og områder, og også av ulik grad (Haugsgjerd *et al.* 2004).

Psykiatri og psykologi handler om menneskesinnet eller sjelslivet og kan sies å være de indre tankeprosesser. Hjernen er det organet hvor fornemmelser registreres, og hvor minner, følelser, fantasier og tanker formes. Dette betyr ikke at kroppslige forhold ikke har noe betydning for hvordan de psykiske plagene arter seg eller har oppstått. (Haugsgjerd *et al.* 2004).

1.4 Rusavhengighet

Før man kan definere begrepet rusavhengighet, er det vesentlig å nevne at avhengighetsbegrepet er relativt, i forhold til kultur, liv, rusmiddel, person og situasjon. Cullberg (2006; 417) definerer avhengighet av alkohol som ”en psykologisk og fysiologisk betinget formankring som blir utviklet hos et hvert individ som regelmessig fortærer for store mengder alkohol”. Med rusmidler mener man stoffer eller midler som ved gjentatt bruk eller inntak kan fremkalle psykisk avhengighet. I tillegg til alkohol innebærer dette stoffer som opiatere, hallusinogener, sentral stimulerende midler, hasj, tobakk, te og kaffe (Ege, 2006). I dag er diagnosen avhengighet definert i de to diagnosesystemene verdens helseorganisasjons ICD og den amerikanske DMS. Det skal foreligge et visst antall bestemte kriterier for at man kan stille diagnosen. I WHO's ICD system er kriterier for avhengighet sterk trang eller ”sug”

etter substansen, problemer med å kontrollere atferd knyttet til stoffet, utvikling av toleranse slik at det er behov for større doser for å oppnå ønsket virkning, abstinensreaksjoner når substansen mangler, fortsatt inntak på tross av klare skadelige konsekvenser, samt stadig forsømmelser av gleder eller interesser på grunn av bruk av psykoaktivt stoff. Dette er den 10. versjon av ICD, og diagnosen krever hvilke som helst tre av de seks kriteriene (Fekjær, 2007). En viss forskjell på definisjonen av rusavhengighet har det vært før og nå. Tidligere så man på rusavhengige som en som hadde utviklet toleranse til stoffer og fikk abstinens når en ikke tilførte kroppen rusmiddelet. Etter dagens diagnosesystem er ikke disse betingelsene verken tilstrekkelige eller nødvendige for å stille diagnosen avhengighet (Evjen *et al.* 2003).

2.0 Ulike rusmidler og dens skadevirkning på psykisk helse

Vi vet at mennesker som misbruker rusmidler har økt risiko for psykisk sykdom. Men er det slik i hvilken som helst sammenheng? Skyldtes rusmisbruket den psykiske lidelsen, eller var den psykiske lidelsen der allerede før en startet med rusen, og kanskje nettopp av den grunn begynte en å ruse seg? Dette er ennå dagens tema og en stor utfordring, og man vet det kan være felles årsaker til både misbruk og psykisk sykdom. Ifølge Ege (2006) kan misbruket skjule psykisk sykdom og være en form for selvmedisinering. Den psykiske lidelsen kan være en årsak til misbruket og misbrukerens livsstil. Derfor er en misbruker også i risiko for både under – og overdiagnostisering. Men dette sier ikke noe om hvordan man vet om det var den psykiske lidelsen eller rusmisbruket som kom først. For å blant annet kunne komme nærmere dette tema, ønsker jeg først å komme med en begrepsavklaring på alkohol og narkotiske stoffer. Når jeg så tar for meg ulike rusmidler og ser på skadevirkningene, velger jeg å fokusere på de rusmidlene som gjennom forskning har vist en innvirkning på psykisk helse. Jeg vil derfor ikke si så mye om opiatet heroin, men kun nevne det kort fordi man ikke helt sikkert vet om dette stoffet i seg selv kan være årsak til psykisk lidelse. Det man vet er at de fleste som misbruker heroin over lang tid opplever søvnforstyrrelser, angst og depresjoner (Ege, 2006). Forskerne har ennå ikke en annen forklaring på det enn at symptomene kan komme som en følge av livsstilen og levekår, eller at de ulike symptomene har vært til stede allerede før misbruket. I andre tilfeller vil det være den psykiske lidelsen som har innvirkning på rusmisbruket. I slike tilfeller vil vel også symptomene avta eller forsvinne om misbruket opphører og blir behandlet?

Alkohol er et rusmiddel som i hovedsak har dempende virkning, spesielt da på hemmende impulser. Det har betydelige medisinske skadevirkninger, spesielt av nevrologisk art. Ved

langvarig høyt misbruk er det stor risiko for abstinensreaksjoner (Evjen *et al.* 2003). Cullberg (2006) sier at en ikke vet bestemt at alkohol kan føre til noen spesielle alvorlige psykiske lidelser. Men ifølge Evjen *et al.* (2003) gir alkohol samfunnsmessig sett størst skadevirkninger av alle rusmidler, og man kan dessuten utvikle psykiske lidelser som angst og depresjoner. Men man vet at alkoholmisbruk er i høyere grad enn stoffmisbruk et vanlig problem og at det kan medføre forskjellige somatiske sykdommer som for eksempel, magesår eller magekatarr, betennelse i bukspyttkjertelen, skrumplever, sentralnervesystemet kan bli skadet og ved avansert, kontinuerlig misbruk kan hjerneatrofi (ødeleggelse av hjernevcellene/vevssvinn) forekomme. Det kan også forekomme skade i det perifere nervesystem som viser seg som følelsesforstyrrelses – symptomer i fingrene, føttene og i gangen (Cullberg, 2006). Kan alle disse bivirkningene og somatiske sykdommene ved alkoholbruken være en psykisk påkjenning i seg selv?

Man vet at når man forholder seg til alkoholen på en slik måte at kontrollen over drikkingen er gått tapt, og det kan oppstå sosiale vansker i forhold til familie, arbeid, eller økonomi, er det snakk om et alkoholproblem. Ved langvarig bruk av store mengder alkohol kan man utvikle ulike abstinenssymptomer av varierende grad. Når alkoholen forsvinner ut av kroppen hos en person som har inntatt (konsumert) en viss mengde alkohol, og som samtidig har utviklet en rusavhengighet, er det vanlig at det oppstår forskjellige irritasjonssymptomer. Symptomer som skjelving, risting, svetting, kvalme, rask puls, krampeanfallet er vanlig. I alvorlige tilfeller kan det også oppstå forvirringstilstander og syns – og hørselshallusinasjoner (delir) (Cullberg, 2006).

Benzodiazepiner, er en gruppe av medikamenter med angstdempende og beroligende virkning, og blir blant annet brukt ved søvnproblemer. Hvis ikke medikamentet er utskrevet av lege, kjøpes det gjerne illegalt. I Norge har vi blant annet disse ulike midler registrert: Diazepam (Valium, Stesolid, Vival, Rohypnol), Oxazepam (Sobril, Serepax, Alopam), alprazolam (Xanor) og klonazepam (Rivotril). Legemidlene er også sterkt vanedannende, og blir ofte brukt i tillegg til rusmidler for å øke virkningen, dempe abstinensplagende, eller de kan være en erstatning når man ikke får tak i andre rusmidler (Hånes 2003a). Utenom de terapeutiske virkningene kan store doser føre til at en blir oppstemt, kritikkløs og mindre oppmerksom. En blir gjerne likeglad, ofte lett påvirkelig og man får nedsatt motstandsevne. Abstinenssymptomer ved bruk av ulike benzodiazepiner kan vise seg ved symptomer som angst, uro, rastløshet, svetting, skjelving, søvnløshet, irritabilitet og konsentrasjonsproblemer

kan oppstå. I verste fall kan også kramper og akutte forvirringstilstander forekomme (Sosial – og helsedirektoratet, 2004). Men er ikke noen av de abstinensene akkurat de samme symptomene som disse tablettene skal kurere? Pedersen (1998) hevder at bruk åpner for misbruk, de brukes av folk som egentlig ikke trenger dem, og de gir kanskje avhengighet. Han sier videre at de ”beroligende medikamentene kan gjøre deg til en viljeløs zombie og frata deg livsglede og vitalitet” (Pedersen, 1998; 180). Samtidig som man ser at medikamentene nok kan hjelpe på kort sikt, kan man spørre seg om det er riktig å bruke kjemiske stoffer for å regulere følelseliv og stemninger, og når man i tillegg risikerer bivirkninger som er det motsatte av ønsket virkning?

Narkotika, er rusmidler som ifølge lov om legemidler og gifter m.v. er forbudt, av historiske, sosiale, kulturelle og politiske årsaker regnes som spesielt farlige og skadelige (Ege, 2006).

”Hva som regnes som narkotika m.v. fremgår av forskrift av 30. juni 1978 om narkotika m.v. § 2: Som narkotika m.v. regnes de stoffer, droger og preparater som er oppført i den i henhold til § 3 fastsatte Narkotikalist. Som narkotika m.v. regnes også salter og derivater av de oppførte stoffer eller droger og mulige isomere, estere og etere av stoffene eller deres salter. Preparater regnes som narkotika m.v. når de inneholder stoff eller droge som nevnt” (legemiddelverket.no²). Narkotikalist, som ajourføres fra tid til annen omfatter stoffer som er helt forbudte som amfetamin, cannabis (hasjij), heroin, LSD, meskalin og psilocybin med mer. Listen inkluderer også stoffer som har medisinsk betydning som kodein, metadon, morfin og opium med mer, men disse er underkastet streng kontroll (Caplex.no).

Narkotika (av gr. *narke*, sløvhet), opprinnelig samlenavn på stoffer som virker sløvende, bedøvende eller smertestillende (Caplex.no³). Dette kan sies å passe inn med hva som hender når man for eksempel får narkose eller blir dopet ned for å slippe smertene under en operasjon. Men hva med stoffer som for eksempel amfetamin, som er et oppkvikkende stoff og som ikke passer inn med betydningen av ordet narkotika?

Hvilke stoffer som i Norge blir definert som narkotika er bestemt av Helsetilsynet. Hvilke stoffer de regner som narkotika bygger på skjønnsmessige avgjørelser. Et eksempel på en slik skjønnsmessig avgjørelse fra Helsetilsynet er at Khat, en slags grønnsak som blir sett på som helsebringende i mange land, blir i Norge definert som narkotika og er forbudt. I motsetning selges Khat lovlig i det østlige Afrika og på torgene i London. Khat inneholder små mengder sentralstimulerende stoffer, og kan i sine virkninger sammenliknes med kaffe (Fekjær, 2007).

² http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage___59577.aspx (31.01.2008)

³ <http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9324234> (31.01.08)

Det er altså skjønnsmessige avgjørelser for hva som kan defineres som narkotika, og som da kommer på narkotikalisten i henhold til § 3 i forskrift av 30. juni 1978 om narkotika. Hvilke avgjørelse en kommer fram til, har konsekvenser for hvordan et stoff oppfattes. Hvis for eksempel alkohol hadde blitt introdusert i dag, kan det godt tenkes at Helsetilsynet hadde definert det som narkotika og det ville påvirket folks oppfatning, på lik linje med for eksempel cannabis. I Norge har vi i dag lovlige rusmidler som for eksempel tobakk, snus, kaffe, alkohol og enkelte opiat, som er et legemiddel og blir brukt i rehabiliteringen til enkelte stoffmisbrukere.

Som det kommer fram nedenunder kan (trolig) bruk av stoffer som kokain, amfetamin, ecstasy, LSD, cannabis og benzodiazepiner særlig øke risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser. Jeg vil derfor se på disse stoffenes virkning og bivirkning og med dette gi en videre forståelse av hvilke innvirkning stoffene kan ha på psykiske lidelser.

Kokain utvinnes av kokablader og gir en kortvarig rus (Hånes, 2003a). Opp mot 80% av dem som bruker kokain opplever symptomer som eufori⁴, storhet, impulsivitet med mer (Hussein Rassool, 2002). Foruten de fysiske bivirkningene med stoffet, sier Hånes (2003a) at det også er mange psykiske bivirkninger. Dette sier hun er psykiske bivirkninger som angstanfall, irritabilitet, vrangforestillinger, tvangstilstander, hyperaktivitet, nedsatt følsomhet og paranoide psykoser. Noen blir også aggressive og farlige ved høyere doser. Kokain og amfetamin er stimulerende stoffer, og har mye samme virkning.

Amfetamin er kunstig framstilt, og har som virkning at det holder en våken. Man blir energisk, rastløs og behovet for søvn og hvile reduseres. Samtidig blir man kritikkløs, og mange får nedsatt konsentrasjonsevne. Ved større doser kan symptomene øke, og man kan i tillegg få hørsels- syns- og berøringshallusinasjoner og aggressiv atferd. Ved lengre tids bruk utvikler noen kronisk angsttilstand, alvorlig søvnforstyrrelser, voldelig atferd og alvorlige depresjoner (Hånes, 2003a).

De ulike symptomene er ifølge Ege (2006) en patologisk atferd, og et resultat som kokain og amfetaminbrukere risikerer å utvikle. Senere i forløpet hevder han at det foruten angst, stereotyp tvangspreged atferd, kan utvikle seg konfusjon (forvirring, panikk) og psykose. Men påpeker at psykosen kan være forbigående, som forutsetter at det ikke trenger å være noe spesiell personlighetsmessig disposisjon. Det foreligger også rapporter om langvarige

⁴ Eufori - velvære gjennom stimulerende stoffer

psykoser og demens etter bruk av disse stoffene. Et viktig moment er at skadene avhenger av misbrukets varighet, størrelse og intensitet. Nedsatt hukommelse og konsentrasjonsforstyrrelser forekommer relativt ofte etter bruk over en viss tid. Til slutt tilføyer Ege (2006) at det er uvisst om langvarig misbruk av rusmidler som kokain og amfetamin forutsetter permanente psykiske, inklusive kognitive forstyrrelser.

Ecstasy er et syntetisk stoff som er sentralstimulerende og kan ha hallusinogen virkning. Det vil si at stoffet fremkaller sansebedrag og hallusinasjoner. Tablettene kan ofte være blandet med LSD, heroin, amfetamin, eller bedøvelsesmidler. Det er vanlig å føle oppstemthet, en får energi og positive sanseintrykk. Følelsen av trøtthet og sult uteblir og fysiske symptomer som høyere puls, høyt blodtrykk og økt kroppstemperatur kan forekomme (Hånes, 2003a).

LSD og **fleinsopp** er under de hallusinogene stoffene som framkaller sansebedrag, illusjoner og hallusinasjoner. Virkningen er forutsigbar, det vil si at den kan variere fra person til person, og avhenger av situasjonen og brukerens forventninger. Mens fleinsoppen vokser i naturen, er LSD syntetisk fremstilt. Det stilles spørsmål rundt LSD, om stoffet i det hele tatt har noen psykiske effekter. I et blindforsøk med folk som aldri hadde brukt LSD før, kom det fram at stoffet utløste forskjellige psykiske symptomer (Fekjær 2006). Hånes (2003a) sier at noen rusopplevelser kan være svært ubehagelige, som et mareritt, og vrangforestillinger og hallusinasjoner kan vare over lang tid.

Cannabis, lages av en hamplante. Det er flere stoffer i denne planten som kan gi rusvirkning. Cannabis omfatter stoffer som hasj, marihuana og cannabisolje. Virkningen varierer med innholdet av THC stoffet (tetrahydrocannabinol), omgivelsene, forventningene og personligheten til brukerne av stoffet. Virkningen har to komponenter; den ene er dempende virkning og oppleves som velvære og avslapning. Den andre påvirker sanseintrykk. Ifølge Hånes (2003a) kan cannabis trolig bidra til at enkelte utvikler shizofreni. Men dette er det delte meninger om.

Ege, (2006) hevder at man har grunn til å tro at cannabisbruk i få tilfeller kan utvikle en psykose av få ukers varighet. Denne psykosen kalles for Cannabispsykose og kan beskrives som en hypoman som har selvhenføringstendenser og en tilbøyelighet til paranoid tankegang. Videre sier han at det som ser ut til å være mer vanlig ved lettere eller lengre bruk av cannabis, er vrangforestillinger av lettere grad og depressive symptomer. På den andre siden ser man at hasjrøyking er blitt mer vanlig blant psykiatriske pasienter, da spesielt schizofrene

og grensepsykotiske. Ifølge Ege (2006) kan dette innebære en så alvorlig psykisk påkjenning at det bringer dem over terskelen hvor innleggelse på psykiatrisk avdeling er nødvendig. Christie *et al.* (2003) sier at dette middel som er lovlig til medisinsk bruk i England, har i nyere forskning et klart standpunkt i retning av at cannabis har positive medisinske virkninger. Man kan understreke at det er ganske delte meninger rundt bruk av cannabis. Ege (2006) hevder videre at en annen trolig følge som kommer av kronisk misbruk av cannabis er amotivasjonssyndromet. Det kan sies å være en følge av kronisk misbruk av sløvende rusmidler. Men i andre tilfeller kan det også være en følge av manglende sosial stimulering. Kan årsaksfaktorene dermed ligge både hos de sosiale – og stoffmessige faktorene? Og i hvilke tilfeller vet man om det kommer av den ene eller andre årsaksfaktoren, eller at begge faktorene kan ligge til grunn? I dag er stoffmisbrukere i høy grad blandingsmisbrukere (Ege, 2006). Er dette med på å gjøre det vanskeligere å finne den eksakte årsaken til den psykiske lidelsen?

Helland Finstad (2006) sier at i et intervju med en rusmisbruker uttrykkes det klart at doble diagnoser henger tett sammen med de nye syntetiske rusmidlene. Dette er ”svingdørpasienter” som har et sterkt nettverk av rusmisbrukere. Det blir også ytret at de syntetiske rusmidlene fremskaper psykiske lidelser i mye større grad enn for eksempel alkohol gjør. Ege (2006) hevder at i de senere år har det dukket opp en lang rekke amfetaminderivater, eller kanskje bedre kjent som designer drugs. Dette har gjerne blitt brukt parallelt eller vekslende med kokain og amfetamin. Virkningen er relativt lik disse stoffene, og de mest kjente er MDMA eller ecstasy. I følge Hånes (2003a) kan ecstasy etter lang bruk gi symptomer som angst, depresjoner og andre psykotiske symptomer.

3.0 Rusbehandlingen og psykiatriens historie

Psykiatri og rus bygger på ulike behandlingstradisjoner. Kanskje er det nettopp derfor det har vært og ennå er uenigheter og vanskeligheter rundt behandlingen av rusmisbrukere med dobbeltdiagnose? Jeg vil videre se litt nærmere på rus – og psykiatrihistorien og hvilke behandlingsmetoder som har vært vanlig å bruke opp gjennom årene.

I sosiale eller religiøse sammenhenger har mange kulturer opp gjennom tiden frem til i dag brukt ulike typer rusmidler. Det er ulikt hvilke rusmidler som er aksepterte som ”våres” rusmidler og hvilke som blir akseptert som helsebot, og hvilke som ikke er det i de forskjellige samfunn. Alkohol har vært ansett for å være medisin i tidligere perioder. I vår

kultur er alkohol akseptert og blir sett på som et rus – eller nytelsesmiddel, mens i flere muslimske land er alkohol forbudt. Cannabis er et omdiskutert rusmiddel, og er akseptert i noen kulturer og forbudt i andre. Gjennom tiden har visse typer bruk av opium også vært akseptert, både som nytelsesmiddel og til medisinsk bruk (Evjen *et al.* 2003). Dette vil jeg komme mer inn på etter hvert.

3.1 Rusbehandlingens historie

For å kunne trekke frem rusbehandlingens historie vil det være naturlig å presentere rusmidlets historiske bakgrunn. Poenget er å vise hvordan rusbehandling har forandret seg i takt med rusmidlets utvikling. Som jeg har vært inne på, kan man i dag ikke forstå stoffenes tilsynelatende konsekvenser ved å kun studere stoffenes egenskaper. Man må også søke forklaringer ved å studere kultur, hendelser og situasjoner.

Alkohol: Alkohol har gjennom tiden blitt nyttet til både ”fylledrikk” og som medisin. I tider hvor det var høy sykelighet og mangel på medisiner, tok man gjerne i bruk alkohol. Man forstår at denne troen henger igjen den dag i dag, da alkohol fremdeles blir skrevet ut på resept av norske leger. Når man ser på historien, var misbruk av alkohol mest utbredt i Norge på 1800-tallet. Da ble ”alkoholspørsmålet” raskt et tema på den norske samfunnsdebattens dagsorden. En ser at alkoholproblemene vokser og det er en klar årsakssammenheng mellom alkoholmisbruk og problemer i familien, vold, kriminalitet og helseskader. Skadevirkningene av alkoholen gjør at det blir en folkelig kamp, og motreaksjonen var drevet av avholdsbevegelsen. Den folkelige kampen mot drikkingen klarer å utrydde alkohol i mange norske bygder. Da ble en mer opptatt av de nære ting, og mennesker ønsket trolig å bidra til å gjøre samfunnet bedre. Profesjonelle eksperter på ulike områder var det svært få av, og kunnskapen på området blir bygget opp gjennom observasjoner i nærmiljøet.

Alkoholforbruket økte med tiden og alkoholproblemene fikk innpass igjen, spesielt etter 2.verdenskrig. Synet på rusproblemet før 1950 var noe en definerte som ”drukkenskap”. I dag vil det være det vi kaller ”fylla”. Bekymringen gjaldt ikke spørsmålet om avhengighet eller alkoholisme, men ”fylla” ble sett på som en frivillig og tilsiktet handling. Oppfatningen om at bekjempelsen av fylla ikke kan overlates til behandlere står sterkt (Fekjær, 2007).

Narkotika: For å lindre menneskers lidelser har opium historisk vist seg å være et virkningsfullt stoff. Tidligere var opium det ”viktigste og mest verdifulle hjelpemiddel i medisinen”. Det ble ytret i disse tider at opium gir ”en opphøyning og utvidelse av hele den moralske og intellektuelle tilstand” (Fekjær, 2006; 21). I dag er synet på opiatet den rake

motsetning. Under den amerikanske borgerkrigen var for eksempel morfin mye brukt, og avhengighet for opium etter krigen ble svært vanlig. Opiater ble derfor også et fritt, billig og lett tilgjengelig stoff i USA på slutten av 1800-tallet. Den vanlige opiumsbrukeren var et måteholdende, alminnelig menneske som trengte medisin. Denne bruken førte med seg skadevirkninger, og en søkte fram til et middel som kunne brukes mot opium- og morfinavhengighet. Middelet som fikk navnet Heroin, viste seg å gi minst like sterk avhengighet som morfin. Produksjonen av heroin stoppet i 1913, og det ble innført kontroller av opiater i USA i denne perioden. Da stoffet Heroin ble forbudt i USA i 1924 ble det like etterpå opprettet store fengselslignende behandlingsinstitusjoner for heroinavhengige. I Norge kom den store bølgen av opiatmisbruk først i slutten av 1960-årene. Siden den tid har det vært en økning av ulovlig opiatmisbruk, og hovedsakelig i form av heroin (Evjen *et al.* 2003).

Stoffer som cannabis, amfetamin og i mindre grad LSD ble tatt i bruk på 1960-tallet. Bruken av de nye stoffene ble gjerne kalt "ungdomsnarkomani". Etter hvert blir også brukerne av stoffene rekruttert fra mer ressurssvak ungdom, til de eldre (Fekjær, 2007). I 1961 ble statens klinikk for narkomane opprettet. Den gang var klientellet middelaldrende som var legemidelmisbrukere og opiatmisbrukere, som gjerne var blitt avhengige gjennom legebehandling eller den lette tilgangen til stoffene som helsearbeidere. Da de samme problemene begynner å spre seg blant ungdom mot slutten av 1970-tallet, ble misbruket sett på for første gang som et psykiatrisk problem. Da ble behandlingen forsøkt utført i egne spesialavdelinger og integrert blant vanlige psykiatriske pasienter. Det var særlig samarbeid mellom de ulike avdelingene, og ulik ideologi som medførte at dobbeltdiagnose pasienter ble behandlet med alt fra psykofarmaka, avsondring og ro, til psykoterapi, ergoterapi og gruppeterapi (Evjen *et al.* 2003). Fenomenet blir ikke lenger kalt "ungdomsnarkomani", og de som tidligere hadde blitt forbundet med gatealkoholikernes miljø, blir fra 1970-tallet rekruttert til gatenarkomane. På denne tiden blir det også vanlig blant "tunge" narkomane å bruke beroligende midler eller benzodiazepiner (Fekjær, 2007).

Innen rusfeltet på 1970 - 80-tallet blir tiltak knyttet til praktisk arbeid, solidaritet, fellesskap og samvær. Dette blir en motvekt til profesjonell institusjonsbehandling, som har dominert psykiatrien. Den sosialpedagogiske forståelse erstatter i stor grad den behandlings – ideologien som tar utgangspunkt i at alkoholisme eller narkomani er en sykdom. På 1980-tallet kommer "Vektshuset" som et terapeutisk samfunn. De så på misbruk som et symptom på psykologisk problematikk, og behandlingsapparatet er mer preget av en psykologisk

tenkning enn tidligere. Psykologi – og familietenkning blir derfor viktige elementer i behandlingen (Evjen *et al.* 2003). På 1990-tallet opererte en i større grad med graderte målsettinger for stoffmisbrukere. Det vil si at hvilke som helst tiltak som kan redusere skadene som stoffmisbrukeren påfører seg selv eller andre bør iverksettes. Denne tankegangen blir i dag kalt for ”harm reduction” (Ege, 2006).

En bevegelse mot sykdomsmodellen kommer på slutten av 1990-årene. Den medisinske behandlingen av opiatmisbrukere med metadon og buprenorfin er en viktig grobunn. Samtidig kan en oppdage en farlig utvikling med en tendens til sykeliggjøring av mennesker, fordi deres atferd er avvikende i forhold til de etablerte normene i samfunnet (Evjen *et al.* 2003). Ved å frata pasientene ansvar og tiltro til egen mestring, vil ikke dette da gi dem en status som mindreverdige? Er dette en måte å stigmatisere de rusavhengige? I så tilfelle kan det tenkes at det gjør det vanskeligere for dem å ta skrittet for å komme seg vekk fra rusmisbruket som skaper problemer for dem. De skal klare å ta avgjørelse for å gå inn i behandling, og ikke minst kunne klare å gjennomføre behandlingen. Er holdningen til rusmisbrukerne med på å gjøre det vanskeligere for dem å komme seg ut av rushelvete?

I Norge har målet for behandling av rusmiddelavhengige vært rehabilitering til en rusfri tilværelse. Behandlingstradisjonen har hatt fokus på sosialfaglig og helsefaglig oppfølging uten bruk av vanedannede medikamenter. Dette kan sies å stå noe i motsetning til dagens bruk av legemidler i behandling med metadon og subutex (LAR⁵). Disse får i dag en stadig mer sentral plass i rusbehandlingen, motsetning til den medikamentfrie behandlingen som tidligere var i fokus. Bruk av metadon og subutex innebærer livslang oppfølging, mens fordelene som fremheves er at de demper sug og dermed kan rusavhengige flytte fokuset bort fra det evige jaget etter stoff og heller fokusere på andre deler av livet⁶.

3.2 Psykiatriens historie

For å kunne gi en bedre forståelse av hvordan psykiatrien er i dag, vil jeg skape et innblikk i tidens samfunnsmessige forandringer, slik kan man også lettere sette seg inn i og forstå utviklingen av det økende samfunnsproblemet for psykiske lidelser. Historien kan sies å stå sentralt i forhold til utfordringen om hvordan man skal behandle dem med psykisk lidelse og rusavhengighet.

⁵ LAR: Legemiddelassistert rehabilitering.

⁶ http://www.harsem.no/harsem/nytt_fra_norge/legemidlen/ (12.02.2008)

Man skiller mellom oppfatningene av psykiske lidelser og deres behandling i førmoderne og i moderne samfunn. I det førmoderne samfunn var det fokus på et religiøst trossystem. Synet på menneskenes skjebne og hvordan den ble styrt av makter som var større enn dem rådet. Dette ble en del av det felles kulturgrunnlaget og psykiske lidelser, som vi i dag kaller det, ble forklart ut fra dette verdensbildet. Forståelsen for en psykisk lidelse ble derfor sett på som noe som var påført en selv ved at en hadde krenket gudene eller maktene. Man hadde gjort seg i besettelse av en ond ånd og fortjente straff. Dette betydde at man hadde en spesiell kontakt med den usynlige verdenen, guder og ånder. En slik person ble tillagt en åndelig verdi som i tilfeller viste gjennom en avvikende væremåte. Et tegn på gudenes makt kom fram ut i fra dette. I noen samfunn hvor man fortsatt har tradisjoner med sjamaner og helbredere, kan en psykisk lidelse være en kallelse fra ånde verdenen. En person som i moderne forståelse vil bli kalt en psykiatrisk pasient, kan blir møtt med ærefrykt og toleranse. I andre tilfeller kan de også bli sett på som farlige, og derfor bli støtt ut av fellesskapet eller drept (Haugsgjerd *et al.* 2004). I dag forstår man psykiske lidelser ut ifra menneskets indre referansesystem (som stadig utvikler seg, forandrer seg og er under påvirkning) og hvordan vi tolker omverdenen ved hjelp av dette systemet. Når dette indre referansesystemet av forskjellige årsaker ikke lenger er i stand til å møte kravene og forventningene fra omverdenen, kan en oppleve psykiske plager (Cullberg, 2006).

I det moderne samfunn er det et vitenskapelig verdensbilde som begynner å erstatte det religiøse. Det utvikler seg vitenskap innenfor ulike områder, og oppfatningen av menneskekroppen ble sett på som en "maskin" som ble styrt av fysiske og kjemiske prosesser. Kartlegging av kroppens indre organer medfører mer viten om kroppens prosesser, og psykiatrien ble en medisinsk disiplin som følge av denne moderne utviklingen. Man fikk den første lovgivningen som slo fast sinnslidendes rettigheter til behandling og omsorg. På første halvdel av 1800-tallet, ble det laget en ny type humanistiske institusjoner som stod til den sinnslidendes fornuft. Dette vil man betegne som moralsk behandling (Haugsgjerd *et al.* 2004). På midten av 1800-tallet ble manglende moral forklaringen på psykiske lidelser. I den herskende tro kunne sinnslidelse helbredes med ro, oppdragelse, frisk luft og meningsfullt tidsfordriv og arbeid. Store asyls ble oppbygd i denne tiden og "Moral Treatment" – ideologien fikk et solid fotfeste i asylbehandlingen av sinnslidende (Evjen *et al.* 2003).

Psykoanalysen ble skapt av Freud og vektlegger individets tankeinnhold, følelser og dets historie for å forstå enkeltindividet. Her ble de første systematiske utforskingene av hjernens

virkemåte utført. Den betydelige innflytelsen fra Freud var på sitt sterkeste i Europa fra 1920-årene og mange tiår framover. Etter hvert utvikler det seg mer støttende terapier for pasienter som var antatt mindre egnede for de mer krevende innsiktsorienterte behandlingsformene. I 1970-årene var det et skifte i ideologisk overbygning, fra asylpsykiatrien til samfunnsbasert psykiatri med vekt på familierapi og nettverksbaserte metoder. Ulike varianter av såkalt kognitiv terapi er blitt vanlige i løpet av 1990-årene (Evjen *et al.* 2003).

Psykiatrien har i lang tid vært preget av konflikt mellom biologisk og psykologisk tilnærming. Det behavioristiske perspektivet vokste fram, og atferdsanalytisk terapi fikk gjennombrudd på 1970-tallet. Her fra fikk også det som i dag sees på for å være den mest innflytelsesrike tankegangen i psykiatrien en ny vitalitet (Haugsgjerd *et al.* 2004). Den medisinsk - biologiske forståelsesmåten hadde sin bakgrunn i amerikansk hjerneforskningen og ga bedre grunnlag til å forstå virkningen av eksisterende medikamenter og utviklingen av nye. Noen psykiske lidelser kunne vurderes på omtrent samme måte som kroppslige sykdommer og i mange tilfeller behandles med medikamenter. Med dette ble en medisinsk forståelse av psykiske lidelser styrket (Evjen *et al.* 2003).

Behandlingshistorien for rus og psykiatri er karakteristisk svært ulik. Mens rushistorien var preget av normative vurderinger og at problemet kan skyldes en atferd, har psykiatrien basert seg på medisinske vurderinger og at problemet er en tilstand. Religion og frivillige organisasjoner har blant annet hatt en innvikning på rusbehandlingen, mens klinikker, sykehus og institusjoner har vært behandlingsarenaen for dem med psykiske lidelser. I psykiatrien kom det også en økende vekt på diagnoser og medikamenter, mens den antidiagnostiske rusbehandlingen var negativ til medikamenter.

En av utfordringene med behandlingshistorien kan være den medikamentfrie behandlingen innen rusfeltet, som står i motsetning til psykiatrien og medisinerer for psykiske lidelser. Tradisjonene innen rusfeltet bygger på total avhold, men i dag kan også rusavhengighet behandles med medikamenter. Da rusfeltet og psykiatrien i de senere år er blitt mer "forente", kan dette være en påvirkning fra psykiatrifeltet? Kan det være vanskelig å godta medisinerer innen rusfeltet? Dette kan ha vært en av stridighetene rundt de forskjellige behandlingsmåtene innen de to ulike fagområdene, rus og psykiatri. Dette har gitt flere utfordringer i behandlingen av dobbeltdiagnose pasienter.

4.0 utfordringer ved dobbeltdiagnosepasienter

Her ønsker jeg å presentere ulike utfordringer for hjelpeapparatet ved dobbeltdiagnosepasienter. Uklarhetene og kritikken rundt selve begrepet som jeg presenterte i innledningen symboliserer i seg selv noe av problematikken og utfordringene man står ovenfor innen dette området. Her ønsker jeg å sette søkelys på hva som skal behandles først, rusmisbruket eller den psykiske lidelsen.

Tidligere tenkte man gjerne at en skulle behandles først for det ene, enten rusen eller psykiske lidelsen, for så og bli behandlet for det andre. I dag er tanken at det mest funksjonelle er å behandle begge lidelsene samtidig. Integreert behandling er samtidig behandling av rusmisbruk og psykiske lidelser, og prinsippet er at lidelsene skal behandles av samme behandlesystem. Det kan diskuteres hvorvidt dette skjer i praksis. Fekjær (2007) mener at det avhenger av hvilket problem som er mest framtrødende hos pasienten, for hvilke behandling en videre risikerer å få. Et eksempel han kommer med er at de psykotiske havner ofte i psykiatrien og de fleste som har antisosial personlighetsforstyrrelse havner i rustiltak. Det viser seg at behandlingstiltakene av pasienter med dobbeltdiagnose har svakere effekt enn andre. Ifølge Fekjær (2007) vil ikke behandlingsmetodene i prinsippet være forskjellige fra de som ellers brukes i rusbehandling og psykiatri, men hva en vektlegger og organiseringen av hjelpetilbudet må tas hensyn til. Hvis det er slik Fekjær sier, kan det tenkes at utfordringen ligger i å knytte de to fagområdene mer sammen?

I dag er temaet rusmisbruk i forbindelse med ADHD stadig oppe i media. ICD-10 betegner mennesker som har ADHD for en gruppe med hyperkinetiske forstyrrelser. ADHD er en forkortelse for Attention deficit/hyperactivity disorder, og kjennetegnes av konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet (Evjen *et al.* 2003). Evjen *et al.* (2003) mener at denne gruppen er en risikogruppe for å utvikle rusmisbruk, og at det er en klar overhyppighet som har denne atferdsforstyrrelsen og samtidig en rusavhengighet. Man kan stille seg spørsmålet om hvorfor det er slik? Noe som kan være vesentlig er at en av behandlingsmetodene for ADHD er medisinerer av sentralstimulerende legemidler. I en avisartikkel i VG 22. februar 2008 av Høydal og Moen nevnes det at fastlegen, Arne Aareflot har nektet å skrive ut det sentralstimulerende middelet Ritalin til barn. Han mener at dokumentasjonen rundt bruken er mangelfull, og at Ritalin er et amfetaminpreparat som kan påvirke psyken i stor grad. Han er skeptisk til medikamentell behandling av ADHD. Fylkeslegen i Vestfold hevder derimot at dette er en anerkjent behandlingsform som sosial og

helsedirektoratet vektlegger i stor grad. Han betviler ikke at atferdsendrende medisiner har positiv virkning for mange pasienter. Kan det tenkes at ritalinbehandlingen til barn med ADHD kan gi økt selvmedisinering i voksen alder? Om det er riktig å gi ritalinbehandling eller ikke er vanskelig å si, men det er viktig at slike spørsmål trekkes frem i samfunnsdebatten slik at det rettes større fokus på området. Ved bruk av medisiner kan man utsettes for en avhengighetsrisiko. Det kan derfor være viktig å forske mer på virkninger og bivirkninger av medisiner som ritalin.

Som nevnt vet man at psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk kan ha en sammenheng og går gjerne hånd i hånd med hverandre. Dobbelt diagnosepasienter har problemer som er dypt rotfestet, både når det gjelder den psykiske lidelsen og misbruket. Det kan altså dreie seg om et samspill mellom lidelsene. En ser at rusøkning kan være en forklaring på en relativ løsning av en vanskelig situasjon med mye lidelse. Det kan være vanskelig å slutte med rus fordi den ”holder de psykiske problemene i sjakk”. Denne løsningen i seg selv skaper mange problemer, og endring blir et viktig faktum for å bedre situasjonen. Fordi rusavhengighet innebærer en egen dynamikk, kan det bli vel så alvorlig som den psykiske lidelsen som i dette tilfelle var der før misbruket (Evjen *et al.* 2003). Hausgjerd *et al.* (2004) hevder at en sentral idé innenfor medisinsk forståelse er at sykdommer har en bestemt årsak. Det vil si at for å kunne gi en forklaring på problemet, må man også finne årsaken til at problemet oppstod. For å kunne behandle den enkelte, må man altså vite hva man skal behandle. Vil behandlingen bli mer effektiv om man vet hvilken lidelse som kom først, og som kanskje har medført den andre lidelsen?

Det kan være en viktig del av behandlingen å forholde seg til en diagnose og erkjenne den. I noen tilfeller kan det også være en bakside ved å få en diagnose stilt. Evjen *et al.* (2003) sier at diagnoser kan være omstridt, og krever omtanke og følsomhet. Dette blant annet fordi det sier mye om problemet, men ikke noe om ressurser, og at enkelte diagnoser kan være stigmatiserende og skremmende. Den sosiale status har innvirkning på hvordan samfunnet oppfatter den enkelte rusmisbruker, som igjen kan ”slå tilbake” på rusmisbrukeren. Helland Finstad (2006) sier at stigmatisering blir uttrykt i relasjoner, situasjoner og ulike sammenhenger både personlig, privat og deres kontakt med helse- og sosialvesenet. Det kan være et resultat av pasientens langvarige kontakt med psykisk helsevern og rusmiddelomsorgen. I en annen sammenheng, kan man se det som en utfordring å vite når man kan betegne problemet som en psykisk lidelse. Hvor går denne grensen? Ifølge Evjen *et*

al. (2003) vil en alvorlig psykisk lidelse avhenge ikke bare av hva slags lidelse det dreier seg om, men også alvorlighetsgraden. For eksempel kan angstlidelser variere fra fobier som det ikke er så vanskelig å leve med, til invalidiserende former for generalisert angst. Selv om ikke alle med angst er alvorlig syk, vil en person med omfattende angstproblemer bli regnet som alvorlig syk. Schizofreni vil regnes som alvorlig psykisk lidelse, men forløpet av sykdommen er ganske ulikt fra person til person. De påstår videre at alle psykoser, unntatt de helt kortvarige rusutløste, vil bli regnet som alvorlige psykiske lidelser. Også alvorlige personlighetsforstyrrelser, og svært alvorlige spiseforstyrrelser og depresjoner regnes som alvorlige psykiske lidelser. I denne sammenhengen vil dette være psykiske symptomer som ikke blir borte når rusmisbruket opphører. Jeg antar at det ikke er helt uproblematisk å diagnostisere og kartlegge disse lidelsene, ettersom det ikke alltid er like lett å kartlegge de kriteriene som kreves for hvor alvorlig den psykiske lidelsen er. Hvordan kan man mest mulig nøyaktig klare å diagnostisere alvorlighetsgraden i en psykisk lidelse?

En annen utfordring vil være om temaet psykiske lidelser de siste årene er blitt mer allmenngjort. Ifølge Evjen *et al.* (2003) er dette blitt et mer vanlig tema å snakke om, og menneskers holdning til problemet har i mange tilfeller forandret seg. Kjente personer står fram og snakker om sine problemer. Er det på lik linje allmenngjort å ha rusproblemer? De sier videre at det er blitt mer vanlig å snakke om psykiske lidelser enn om rusproblemer, fordi man blant annet har avmystifisert det og satt det inn i en større sammenheng. Rusproblemer er fortsatt noe en bærer skam over og det forbindes med svakhet og noe som er moralsk forkastelig. Evjen *et al.* (2003) mener at den som sliter med rusproblemer prøver i det lengste å skjule det. De sier videre at rusproblematikken har en tabuholdning og er et tema som det ikke snakkes om. Noe som gjør at usynliggjøringen blir forsterket. Identiteten knyttes til disse "tilstandene", og i dagens samfunn er det mer akseptert å være psykisk syk enn å være rusmisbruker, til tross for at misbruk er et økende problem. I motsetning viser forskning at man har høyere status som rusmisbruker enn som psykisk syk. Å innrømme at noe er galt er svært vanskelig, og det er lett for å si at *"jeg er vertfall ikke syk, men jeg trenger å ruse meg"*. *"Å ruse seg er noe man gjør, mens det å være syk er noe man er"*. Sykdommen kommer "innenfra" og er noe man har liten kontroll over. De sier videre, *"kanskje det er derfor folk med dobbeltdiagnoser tilsynelatende kjenner seg mer komfortable med en identitet som rusmisbruker enn som psykisk syk"*. Disse intervjuene ble bare gjort blant menn ved Lillestrømklubben (Lindstad, 2003). Men dette blir støttet av Helland Finstad (2006) som i intervju med rusmisbrukere kommer fram til at for mange ungdommer oppleves det mindre

stigmatiserende å ha et rusproblem enn å ha et psykisk problem. Kan denne problemstillingen medføre økte utfordringer i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienter?

5.0 Behandling

Behandling i denne sammenheng kan uttrykkes som: ”*en interaksjon mellom behandler og pasient, som bidrar til å redusere pasientens symptomer og øke mestring*” (Evjen *et al.* 2003; 101). Hvilken behandling hjelper personer som har en rusavhengighet og samtidig en psykisk lidelse? Når man skal behandle er det viktig å se mennesket som en helhet. Dette innebærer at man tilrettelegger behandling og tilbud i forhold til levd liv, både fysisk, psykisk og åndelig (Beston, 2005). Behandlingen for pasienter med dobbeltdiagnose har vært omstridt, og fagfolk er uenige om hva som er god behandling. Gråwe *et al.* (2006) har kommet frem til i undersøkelser at pasienter med ruslidelser på en psykiatrisk døgninstitusjon ble anført i å motta utilstrekkelig behandlingstilbud som skyldtes manglende kompetanse. Studien viste videre at pasienter mangler fullgode behandlingstiltak for sine psykiske lidelser når de er i behandling innen rus, og det samme gjelder pasienter innen det tradisjonelle psykiske helsevern som mangler rusbehandlingstilbud.

Som jeg nevnte innledningsvis, har jeg vært i praksis ved et behandlingssenter for rusmisbrukere. Miljøarbeid var en viktig del i behandlingen ved institusjonen. Jeg observerte at flere av dem som var i behandling hadde en psykisk tilleggsdiagnose. Dette var med på å gjøre behandlingen utfordrende. Som vernepleier går en stor del av behandlingen ut på å drive miljøterapeutisk arbeid. Derfor har jeg valgt å vektlegge denne behandlingsformen. Men først ønsker jeg å presentere og problematisere kartleggingsprosessen i forhold til dobbeltdiagnose pasienter. For å kunne sette i gang med behandling kan kartlegging være nødvendig for å få en oversikt over situasjonen og for å vite hvilke tiltak som bør gjøres.

5.1 Kartlegging

Det finnes ulike kartleggingsmetoder og – skjema, og hvilke kartlegging som passer best for den enkelte avhenger av hvilke situasjon den enkelte befinner seg i (Evjen *et al.* 2003). Arbeid med kartlegging forutsetter at man vet hvilke informasjon som er vesentlig, hvordan informasjonen skal brukes og deres konsekvenser for valget av behandling. Selv om situasjonen er vanskelig, kaotisk og problemet er sammensatt, kan kartlegging være svært viktig og meningsfullt. En forutsetning er at man har kunnskap om tilværelsens kompleksitet

og om kartleggingens og vurderingenes begrensninger. Det er også viktig å ha overblikk over situasjonen og foreta en kartlegging før man starter behandlingen (Melin og Näsholm, 1998).

Det som kan være en utfordring innen kartleggingsmetode, er at den kan virke heldekkende, men den kan aldri belyse alle deler i det sammenflettede mønster som misbruket og misbrukerens liv utgjør. Behandleren har også personlige begrensninger. Deres perspektiv på situasjonen avgjør hva de ser, på hvilke måte eller hvorfor de ser det, og hva de ikke ser (Melin og Näsholm, 1998). Som jeg har nevnt tidligere er relasjonen mellom behandler og klient vesentlig for vellykket rehabilitering, men Melin og Näsholm (1998) sier at behandleren kan bli for fokusert på å utføre arbeidet med kartleggingen, slik at en ikke bruker tiden til å oppnå god kontakt med klienten. I sine samtaler med klienten bruker behandleren skjemaer som et verktøy. Siden språket er sosialiseringens viktigste område, kan skjemaene hindre den gode dialogen mellom behandler og pasient. Det er vesentlig å sette fokus mot det språket vi bruker – ordene og begrepene, og hvordan vi kommuniserer (Nordby, 2005). En annen fare med kartleggingsmetoden er at i alle vurderinger, enten det gjelder framgang eller tilbakegang, har vi lett for å finne eller ikke finne bestemte symptomer og mestringsstrategier, eller mangelen på slike. Vurderingssamtalene rettes mot dette, noe som gjør at det blir mer og mer systematisk og strukturert. Forståelsen skal ligge til grunn for samtalen og vurderingene, for det pasienten sier og gjør (Nordby, 2005). Selv om samtalene er rettet mot dette, kan det tenkes at man kan overse ting? Det kan avhenge av hvor åpen en slik dialog blir. Hvis vi da virkelig turte å være åpne og gir ”for mye” av seg selv, blir vi da sett på som dyktige nok av kollegaer og ledere? Som vernepleier har jeg mennesket i fokus, hvordan blir behandlingen hvis man blir vurdert som dyktige, avhengig av om en behersker de ulike skjemaene eller ikke?

Når man tilrettelegger for god behandling kan det være viktig å huske at målet med behandlingen er rehabilitering. I denne sammenheng sier Evjen *et al.* (2003) at rehabilitering innebærer en utvikling av pasientens evner og ferdigheter for å kunne delta i samfunnet. Dette kan sies å være utgangspunktet for miljøarbeid.

5.2 Miljøarbeid i behandlingen

Miljøarbeid eller miljøterapi ”er en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov” (Larsen og Selnes, 1983 i Halvorsen, 2003 s. 31). Målet med miljøarbeid er å fremme mulighetene innen læring, mestring og personlig ansvar. De menneskelige

ressursene skapes blant annet gjennom praktisk samhandling og ADL⁷-trening. Miljøarbeid er et mangesidig fagfelt, og man skiller mellom ulike former for å drive miljøarbeid. Praktisk miljøarbeid består til dels av å bruke spesifikke metoder og en generell tilrettelegging. Med generell tilrettelegging, mener man det miljøarbeideren gjør for å fremme utvikling hos den enkelte. Denne delen har et langsiktig perspektiv, mens andre deler av dette arbeidet skjer fra dag til dag. Det består i mange ting, alt i fra innredning i institusjoner, til planlegging av ulike aktiviteter. Man kan si at det baserer seg på sunn fornuft og allmenn innsikt i hva som er bra for hver enkelt. Prinsippet er at miljøarbeideren skal ha en klar tanke i forbindelse med utforming av miljø eller valg av aktiviteter. Dette er imidlertid ikke bruk av spesifikke metoder. Den generelle tilretteleggings – delen vektlegges minst like mye som spesifikke metoder, og den dyktige miljøarbeider har en ekte forståelse av og interesse for denne delen av miljøarbeid (Halvorsen, 2003).

En av arenaene som vektlegges som behandling i institusjoner er aktiviteter i friluft. Dette var noe jeg fikk ta del i under praksistiden min på behandlingsstedet for rusmisbrukere. Der hadde de ulike aktiviteter som en viktig del av behandlingen. Ved siden av den gruppebaserte behandlingsmetoden, undervisning og lignende, gikk behandlingen ut på å være aktiv i ulike aktiviteter. Dette kunne være aktiviteter som ”gå - jogg” i skogen, volleyball, og trene på treningssenter. De hadde også mulighet for å utfolde seg musikalsk og spille i band. Like ved lå det en gård som kunne disponeres til rideturer, eller eventuelt å gå rundt å se på dyrene som var der. Ellers prøvde de å arrangere utflukter og andre aktiviteter inn i programmet jevnlig. Dette er det som er den generelle tilretteleggingen av praktisk miljøarbeid. Sosialfilosofen Jean-Jacques Rousseau sa at ”*mennesket er skapt for det frie liv i naturen*” (Halvorsen, 2003:43) Foruten at det å ferdes i skog og fjell gir sjelebot, kan friluftsliv og andre aktiviteter også gi mestringsopplevelser. Det blir viktig for miljøarbeideren og velge aktiviteter som er passe utfordrende (Halvorsen, 2003). En av de tingene jeg la merke til under turer i skogen med rusmisbrukere, var at dialogen oss i mellom ble mer åpen, og tema som ellers ikke ble snakket om på behandlingsstedet ble tatt opp. Det ble lettere en god samtale, og den enkelte kunne komme med positive ytringer.

Miljøterapeutiske samtaler er en vanlig del av behandlingen. Her settes søkelyset mot pasientens atferd og mestring og tar utgangspunkt i her og nå – situasjonen. Det kan karakteriseres som en åpen dialog der ulike temaer blir tatt opp (Nordby, 2005).

⁷ ADL: Activities of daily living

Vil miljøarbeid også fungere for dobbeltdiagnosepasienter? Fridell (1996) sier at de miljøterapeutiske prinsippene er like aktuell i bruk innen institusjonell behandling av rusmisbrukere, som av mer tradisjonelle psykiatriske pasientgrupper med psykose.

5.2.1 Kognitiv miljøterapi

Selv om kognitiv miljøterapi tradisjonelt har vært mest brukt i behandlingen av psykiske lidelser, kan det også brukes i behandling av dobbeltdiagnose pasienter. Behandlingens mål blir å hjelpe personen til å mestre sine egne følelser og tanker igjen, og dermed få til verdi og godt samspill med de nærmeste og andre mennesker (Haugsgjerd *et al.* 2004). Simonsen (2007) sier at kognitiv miljøterapi tar utgangspunkt i at emosjonelle problemer aldri er tom for tankeprosesser, og omstruktureringen av de negative tanker som ved hjelp av blant annet objektive eller logiske analyser er et sentralt element i behandlingen. Kognitiv miljøterapi skal i praksis gi pasienten trening i å se sammenheng mellom situasjon, tanker og følelser, og ferdigheter i problemløsning. Evjen *et al.* (2003) hevder at følelsene mennesker har, avhenger av hvordan den enkelte tolker omverdenen og det som skjer rundt en. Disse tolkningene kan være ubevisste og automatiske. I følge Simonsen (2007) må pasienten lære seg å stille spørsmål ved sin virkelighetsforståelse. Dette handler om å finne meningsinnholdet i tenkning og undersøke hvordan dette kontrollerer livet. Videre sier han at det er viktig at refleksjonene over tenkning skal være en del av de sosiale situasjonene. Denne terapiformen handler om at man kan erfare at det finnes flere sannheter, og man skal ikke konfrontere en sannhet med en annen. For at denne terapiformen skal fungere, avhenger det av at pasienten deltar aktivt.

Kognitiv terapiform har vist seg å være effektive i behandlingen mot en rekke psykiske lidelser, dette innebærer også pasienter med psykotiske lidelser. Varianter av terapiformen har også vist seg og virke mot rusmisbruk. Siden denne behandlingsformen har et ganske definert behandlingsopplegg, blir det lettere å evaluere og dokumentere virkning. Dermed har kognitive metoder også fått større plass i moderne psykiatri (Evjen *et al.* 2003). Siden denne metoden har vist seg å fungere både for pasienter med psykiske lidelser og mot rusmisbruk, kan det tenkes at denne metoden har positive effekter i behandlingen av pasienter med dobbelt diagnose.

5.2.2 Empati og omsorg

Det kan være avgjørende at den som skal hjelpe må forstå pasientens virkelighet for å kunne utøve empati. Empati er en forutsetning for en dialog mellom hjelper og bruker. Den gode dialogen er igjen en forutsetning for å oppnå resultater i terapi og hjelpearbeid (Beston, 2005).

Omsorg kan gis på mange måter, og det er vanskelig å komme med en god og utdypende definisjon på hva omsorg egentlig er. Alle er forskjellige og i følge Halvorsen (2003) vil man derfor ha ulike former å gi omsorg på. Som miljøarbeider er det viktig for en selv å finne den naturlige og rette måten å gi denne omsorg på. Men omsorg er ikke bare å gi av seg selv. I følge Evjen *et al.* (2003; 101) er omsorg blant annet ”å lage praktiske forutsetninger for pasienten skal kunne klare dagliglivets funksjoner, eller få hjelp til det”. Tilrettelegging er et sentralt nøkkelord i denne sammenheng. For dobbeltdiagnose – pasienter kan dette for eksempel være tilrettelegging av bolig. Ansvar for tak over hodet, for støttekontakter, for fritidstilbud og aktiviteter på dagtid ligger hos kommunene. Sammen med NAV har de også ansvar for rehabiliteringstiltak. Behandlingsansvaret er delt og ligger primært hos kommunene og de regionale helseforetakene. I praksis er dette ofte spesialisthelsetjenesten og i noen grad rustiltakene som står for behandlingen og kommunene for tilrettelegging, omsorg og eventuell rehabilitering. Selv om de tre funksjonene administrativt har noe ulik forankring, er målsettingen for alle tre å få i gang endringsprosesser for å bedre situasjonen til pasienten (Evjen *et al.* 2003).

5.2.3 Motivasjon og relasjon

Mange er motløse og uten fremtidshåp, og er dårlig motivert for behandling. En viktig oppgave blir å øke deres mestringstillit (Fekjær, 2007). Motivasjon er en av de viktigste faktorene for å prøve å bli rusfri. Motivasjon er kanskje hovedsakelig basert på eksternt press. Selv om det kan få den enkelte til å søke behandling, er det ikke nok til å opprettholde bedringsprosessen i det lange løp. Eksternt press fører ofte til at pasienter forlater behandlingen før tiden dersom ikke et indre press for endring har utviklet seg hos dem (De Leon, 2003). Ifølge Evjen *et al.* (2003) kan påvirkning av behandlingsmotivasjon sies å være et sentralt problem i behandling av misbrukere. Motiverende samtale er en sentral del i rusbehandlingen. I korte trekk baserer samtalen seg på at behandleren skal være ”ikke konfronterende”, man ruller med motstanden man får og prøver ikke å overtale, men man er oppmuntrende og lytter interessert. Videre uttrykker behandleren empati, bygger mestringstillit og aksepterer ambivalens. Målet med samtalen er at pasienten skal komme med ytringer om

endring. Her er relasjonen mellom behandler og pasient viktig for å få til en god samtale. Hvis endring er i stadier, er det viktig å kunne styrke motivasjon for endring i tidlige stadier. Da er motivasjonen ofte lav, og ambivalensen er sterk. Ambivalens er noe som vil følge pasienten gjennom de fleste stadier i en endringsprosess (Fekjær, 2006).

5.3 Generell tilrettelegging

Uansett behandlingsmodell er det viktig at hjelperen ser behovene som en helhet og kan koordinere tilbudene slik at de blir tilgjengelig for dem som skal bruke dem (Beston, 2005). Det er viktig å gjennomføre et nært samarbeid mellom de ulike instanser. Psykiatri, rustiltak, sosialkontor og helsetjenesten er noen av disse instansene. Et hjelpeapparat er blant annet viktig for å få til en helhetlig rehabilitering for den enkelte. I praksis betyr det å ha trygg økonomi, bolig, atføring til utdanning eller arbeid, familiestøtte, opprettholde nettverk og håndtering av kriser (Fekjær, 2007: Beston, 2005). Uansett terapiformen vil det være like viktig å ha kontinuitet i behandlingen, for pasienter med dobbeltdiagnose og langsiktige problemer (Evjen *et al.* 2003) I behandling skal hver og en ha sine egne individuelle utviklingsplaner. Dette innebærer at de jobber mot delmål som å få avstand til rusmisbruket, gjenoppta kontakt med familie hvis de har noen, bygge nytt nettverk, få seg arbeid, utdanning og de må lære å takle følelser og psykiske problemer som angst og depresjon. For å klare noe av dette, trenger en hjelp på veien. Det stilles derfor store krav til behandlerne (Hånes, 2003b). Kartleggingen vil her være et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med å lage en individuell plan.

6.0 Avslutning

”Hvilke utfordringer ligger i behandlingen for dobbeltdiagnose pasienter?”

Dobeltdiagnose er et relativt nytt fagområde. De lærde strides og selve begrepets betydning og omfang er ennå noe uklart. Tidligere ble rusmisbruk og psykiske lidelser behandlet hver for seg. Etter hvert som man har forsøkt å knytte disse fagområdene sammen har dette medført utfordringer og ubesvarte spørsmål som: Hvem har ansvaret, og hvem skal behandle hvem? Hva kom først rusavhengigheten eller den psykiske lidelsen? Selv om jeg, på grunn av oppgavens omfang, vil la en del spørsmål stå ubesvarte, har jeg kommet frem til noen antakelser.

Dobeltdiagnose pasienter er en forsømt gruppe. En av utfordringene er at det kan være vanskelig å skille dem ut, samtidig som det kan være vanskelig å vite når en tilstand er en lidelse og hvordan man skal måle alvorlighetsgraden. Videre vises det til at behandlingen av

dobbeltdiagnosepasienter har mindre effekt. Det er derfor viktig å fremme dobbeltdiagnose pasientenes egen indre behandlingsmotivasjon uten at behandleren utøver for mye ytre press, her er relasjonen mellom behandler og pasient spesielt viktig.

Dobbeltdiagnose pasienters situasjon kan være vanskelig, kaotisk og problemene er sammensatte. Derfor kan kartlegging være viktig og meningsfullt samtidig som det stiller krav til behandleren. Det er viktig at behandleren er klar over sine personlige begrensinger i kartleggingen og at deres perspektiv er avgjørende for hvordan situasjonen sees. For å systematisere kartleggingen bruker behandleren skjemaer som verktøy. Her vil utfordringen for behandleren å holde en god dialog med pasienten uten at skjemaene forstyrrer.

”Hvordan skal man legge til rette for en god behandling?”

Tilrettelegge for god behandling vil bli en viktig oppgave, men også en stor utfordring.

Å få denne pasientgruppen integrert inn i samfunnet igjen, er målet med rehabiliteringen.

Planlegging og evaluering blir en sentral virksomhet i dette arbeidet. Miljøarbeid handler om å fremme mulighetene innen læring, mestring og personlig ansvar. Dette skapes gjennom praktisk arbeid, men også gjennom miljøterapeutiske samtaler. I de terapeutiske samtalene får pasienten jobbet med mestring av egne tanker og følelser. Dette kan også knyttes opp mot motivasjon, da mestring kan øke pasientens indre motivasjon i behandling. Kognitiv miljøterapi vil hjelpe pasienten i å trene på ferdigheter i problemløsningen gjennom å se sammenhenger mellom situasjon, tanker og følelser. For miljøterapeuten er det viktig å vise empati og omsorg i behandlingen. Dette er en forutsetning for å kunne skape den tilliten som skal til for å få en god dialog med pasienten. Gjennom omsorg kan en videre hjelpe pasienten med de praktiske forutsetningene som trengs for å mestre dagliglivet.

For å kunne rehabiliterer dobbeltdiagnose pasienter er det spesielt viktig å få til et samarbeid mellom de ulike instansene. Her er koordinasjon mellom disse en forutsetning for tilrettelegging av et helhetlig behandlingstilbud. Kontinuitet og trygge rammer er faktorer som kan være avgjørende for å hjelpe pasienter med langsiktige problemer. Dette innebærer blant annet å få til elementære behov som det å finne seg et sted å bo, skaffe seg et arbeid og gjenopprette kontakt med familie. Noe som blir en utfordring for både pasienten og behandleren. Det er om spørsmål rundt nettopp dette debatten står i dag. Så spørsmålet om hvem som har ansvaret for hvem, og hvem som skal gjøre hva, lar jeg stå ubesvarte.

7.0 Litteratur

- Beston, Gro (2005): "Når en er syk i psyken" i Den stygge andungen: syv fortellinger om rusmisbruk og psykiske lidelser fra en behandlingshverdag. s.53-75. Hertervik forlag
- Christie, Nils og Bruun, Kjetil (2003): "Den gode fiende". Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan (2006): "Dynamisk psykiatri". Tano – Aschehoug.
- Dalland, Olav (2007): "Meode oppgaveskriving for studenter". Gyldendal Forlag
- De Leon, George (2003): "Det terapeutiske samfunn". Universitetsforlaget.
- Evjen, Reidunn, Øiern, Tone og Kielland, Knut Boe (2003): "Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmisbruk". Universitetsforlaget.
- Fekjær, Hans Olav (2007): "Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie". Gyldendal Norsk Forlag.
- Fridell, Mats (1996): "Institusjonella behandlingsformer vis missbruk- organization, ideology och resultat". Bokförlaget Natur och Kultur.
- Halvorsen, Knut (2007): "Forskningsmetode for helse- og sosialfag – En innføring i samfunnsvitenskapelig metode" Cappelen Damm
- Halvorsen, Terje (2003): "Miljø arbeid – teori og praksis". Fagbokforlaget.
- Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. (2004): "Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle". Gyldendal Norsk Forlag.
- Helland Finstad, Helge (2006): "Fristes til livet? – En studie av lokalbasert hjelp for mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet". HBO – rapport nr 5. Høgskolen i Bodø.
- Hussein Rassool, G. (2002): "Dual diagnosis: Substance Misuse and Psychiatric Disorders". Blackwell Publishing Company.
- Høydal og Moen (2008): "Nekter å skrive ut ADHD-medisin". Artikkel i VG, 22.februar.
- Hånes, Hanna (2003a): "Rusmidler og legemidler som misbrukes" Rus og psykisk helse – informasjonshefte fra rådet for psykisk helse. S. 10-13.
- Hånes, Hanna (2003b): "Tilbakefall er regelen" Rus og psykisk helse – informasjonshefte fra rådet for psykisk helse. S. 14-15.
- Jacobsen, Dag Ivar (2000): "Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode". Høyskoleforlaget.
- Lindstad, Siri (2003): "Lukker øynene for schisofrene rusmisbrukere". Rus og psykisk helse – informasjonshefte fra rådet for psykisk helse. S. 24-25

Melin, Ann-Gerd og Näsholm (1998): "*Behandlingsplanering vid missbruk*".
Studentlitteratur, Lund.

Nordby, Kjell (2005): "*Den stygge andungen*" i Den stygge andungen: syv fortellinger om rusmisbruk og psykiske lidelser fra en behandlingshverdag. s.15-52. Hertervik forlag

Pedersen, Willy (1998): "*Bitter søt – Ungdom/Sosialisering/rusmidler*" Universitetsforlaget.

Simonsen, Inge-Ernald (2007): "*Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv*"
Tidskrift for norsk psykologiforening vol 44, s. 1340-1349.

Sosial – og helsedirektoratet (2004): "*Fakta om narkotiske stoffer*".

Internett

-caplex.no

<http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9324234> (31.01.08)

-dagbladet.no

<http://www.dagbladet.no/nyheter/1999/11/17/183443.html> (01.03.2008)

-harsem.no

http://www.harsem.no/harsem/nytt_fra_norge/legemidlen/ (12.02.2008)

-legemiddelverket.no

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____59577.aspx (31.01.2008)