

# Tvíþáttagreining

- áhrif tvíþáttagreiningar á hjúkrun

---

Ingibjörg Þór Reynisdóttir

Kristín Sigurjónsdóttir

## HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild  
Maí 2014

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði.

Verkefnið unnu:

---

Ingibjörg Þór Reynisdóttir

---

Kristín Sigurjónsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til

B.S. prófs í hjúkrunarfræði:

---

Dr. Hermann Óskarsson prófessor

leiðbeinandi

## Útdráttur

Markmið ritgerðarinnar var að draga saman upplýsingar um tvíþáttagreiningu og var það gert með heimildaleit í gagnasöfnum Leitir.is, CINAHL, PubMed, PsycArticles og Google Scholar.

Tvíþáttagreining er hugtak sem notað er yfir þá sem greindir hafa verið með geðsjúkdóm og fiknisjúkdóm. Hugtakið er ekki endanleg sjúkdómsgreining en fræðimenn hafa verið nokkuð sammála um túlkun sína á hugtakinu og hefur það fest sig í sessi innan geðheilbrigðiskerfisins.

Tölulegar upplýsingar gefa vísbendingu um að þeim einstaklingum sem greindir eru með tvíþáttagreiningu fer fjölgandi og að hluta til er hópurinn hulinn í samfélaginu, bæði vegna þess að einstaklingar leita sér ekki hjálpar og þeir eru vangreindir. Sú staðreynd að tvíþáttagreining er ekki viðurkennd greining setur líka heilbrigðiskerfi nútímans í erfiða stöðu því öll meðferð er skipulögð út frá greiningum og sjúkdómsástandi. Meðferð tvíþáttagreindra er vandasöm og yfirgripsmikil og það hefur reynst erfitt að veita þessum einstaklingum heildræna meðferð. Tvær ólíkar meðferðarstéttir hafa komið að meðferð þessara einstaklinga, annars vegar þeir sem meðhöndla geðsjúkdóma og hins vegar þeir sem meðhöndla fiknisjúkdóma. Mikil vinna er lögð í það að samþætta hugmyndafræði þessa tveggja meðferðarstétta.

Starf hjúkrunarfræðings sem vinnur að meðferð einstaklinga sem falla undir hatt tvíþáttagreiningar er viðamikil og flókið. Rannsóknir hafa sýnt að þekking þeirra sem komið hafa að meðferð tvíþáttagreindra er ekki fullnægjandi. Eins hafa rannsóknir sýnt að til þess að veita þessum einstaklingum heildræna meðferð þarf hjúkrunarfræðingurinn að þekkja inn á svið allra þeirra sem koma að meðferð tvíþáttagreindra.

Lykilhugtök: tvíþáttagreining, fiknisjúkdómur, geðsjúkdómur, meðferð, hjúkrunarfræðingurinn

## **Dual Diagnosis**

### **- the impact of dual diagnosis on nursing**

#### **Abstract**

The main objective of the study was to assemble relevant information of dual diagnosis. Gathered information was taken accessed from Leitir.is, CINAHL, PubMed, PsycArticles and Google Scholar.

Dual diagnosis is a concept that refers to individuals who have been diagnosed both with mental illness and substance abuse. The concept is not defined as a final diagnosis but in the academic literature it is widely used as a definition of concurrent disorders, one of mental health and the other of substance misuse.

The prevalence suggests that the number of dually diagnosed is growing and is partly hidden in the community, both because the dually diagnosed don't seek help and they have been overlooked. The fact that dual diagnosis is not a final diagnosis puts the public health authorities in a difficult situation because diagnosis is used to determine the treatment. Providing treatment for the dually diagnosed is comprehensive and complex and it has been difficult to provide a holistic treatment. Two different professions have been involved with the treatment of the dually diagnosed, the mental health system and the addiction service. Today these two professions are working to integrate the ideology of the treatment. The work of a nurse who works with the dually diagnosed is comprehensive and complicated. Studies have shown that there is a lack of knowledge about substance misuse within the nursing profession and lack of knowledge about mental illnesses within the profession of addiction practitioners. Studies have also shown that to be able to provide a holistic treatment for the dually diagnosed the nurse has to have insight into the profession of those involved in the treatment of the dually diagnosed.

Keywords: Dual diagnosis, substance misuse, mental illness, treatment, the nurse.

## Efnisyfirlit

Útdráttur .....	iii
Abstract.....	iv
Efnisyfirlit .....	v
<b>1. Inngangur .....</b>	<b>1</b>
1.1 Lesefnisleit .....	1
1.2 Bakgrunnur viðfangsefnis .....	1
1.3 Tilgangur ritgerðar og gildi fyrir hjúkrun.....	3
1.4 Rannsóknarspurning og meginhugtök.....	4
1.5 Takmarkanir ritgerðar .....	4
1.6 Uppbygging ritgerðar .....	4
<b>2. Tvíþáttagreining .....</b>	<b>6</b>
2.1 Hugtakið og skilgreiningar .....	6
2.2 Skilmerki greiningar.....	7
2.3 Geðsjúkdómar og fíkniefni .....	9
2.3.1 Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið.....	10
2.3.2 Fjölahættuþáttalíkanið.....	11
2.3.3 Kenningin um linun vanlíðunar.....	11
2.3.4 Ofurviðkvæmnislíkanið.....	12
2.4 Tvíþáttagreiningin og samfélagið .....	13
<b>3. Faraldsfræði .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Meðferð .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Meðferðarúrræði .....</b>	<b>15</b>
4.1.1 Kaflaskipt meðferð.....	17

4.1.2 Samhliða meðferð.....	17
4.1.3 Samþætting meðferðar.....	18
4.1.4 Þverfagleg teymisvinna.....	18
<b>4.2 Áhugahvetjandi samtal .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Fyrirbygging bakslags .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Meðferðarúrræði á Íslandi .....</b>	<b>21</b>
<b>5. Áhrif tvíþáttagreiningar á þróun hjúkrunar .....</b>	<b>22</b>
5.1 Hjúkrun og tvíþáttagreining .....	22
5.2 Hlutverk hjúkrunarfræðinga í meðferð og við greiningu .....	23
5.3 Rannsóknir á störfum hjúkrunarfræðinga sem annast tvíþáttagreinda .....	24
5.5 Leiðir til að styrkja hjúkrunarfræðinginn.....	27
5.5.1 Starfsþróun.....	27
5.5.2 Handleiðsla .....	28
<b>6. Umræður.....</b>	<b>30</b>
<b>7. Lokaorð .....</b>	<b>33</b>
<b>Heimildir .....</b>	<b>34</b>

## 1. Inngangur

### 1.1 Lesefnisleit

Á vормisseri þriðja árs hjúkrunarfræðináms höfunda var ákveðið að fjalla um málefni á sviði geðheilbrigðisþjónustu. Þó nokkuð hafði verið um umræðu í fjölmiðlum og í verknámi á geðsviði um vaxandi hóp þeirra þjónustupega sem falla undir hatt tvíþáttagreiningar sem er tiltölulega nýtt hugtak innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Athyglisvert er að skoða hvernig heilbrigðiskerfið heldur utan um þennan hóp, hvaða úrræði eru í notkun og hvaða árangur er af þeim og einnig þá þróun sem orðið hefur á hjúkrun samstiga því að þessi greining kemur fram. Við heimildaleit var notast við leitarvélur á borð við Leitir.is, CINAHL, PubMed, PsycArticles og Google Scholar. Einnig var leitað í kennslubókum og heimildaskrá. Leitarorð voru m.a dual diagnosis, comorbidity, mental illness, mental disorders, substance abuse, substance misuse o.fl. Í fyrstu leit var tímabil efnisleitar ekki takmarkað en í seinni leitum var leitað í efni frá tímabilinu 2002-2014.

### 1.2 Bakgrunnur viðfangsefnis

Heilbrigðiskerfi nútímans starfa út frá því að veita viðeigandi meðferð eftir sjúkdómsgreiningum og er greiningin forsenda þess að sjúklingur fái fullnægjandi þjónustu. Í byrjun níunda áratugar 20. aldar kom fram nýtt hugtak innan geðheilbrigðisþjónustunnar sem þýtt hefur verið yfir á íslensku sem tvíþátta geðsjúkdómsgreining (e. dual diagnosis), stundum nefnt tvíþáttagreining eða tvígreining. Notast verður við hugtakið tvíþáttagreining í þessari ritgerð. Hugtakið er í dag notað til að lýsa þeim einstaklingum sem þjást af alvarlegum geðsjúkdómum samhliða því að þjást af áfengis- og/eða vímuefnafíkn.



Tvíþáttagreining hefur vakið mikla athygli á undanförunum árum og er það rakið til þess að í þeim löndum sem greiningin hefur hvað mest verið rannsökuð, Bandaríkjunum, Ástralíu og Bretlandi, hefur hún orðið áberandi eftir að þeim stofnunum þar sem geðsjúkir voru langtímavistaðir var lokað. Í kjölfar þessara lokana hefur áherslan í meðferð geðsjúkra verið færð út í samfélagið og þær starfsstéttir sem starfa með þessum hópi þjónustuþega hefur farið þá leið að koma til móts við einstaklingana í þeirra umhverfi (Rassool, 2006). Algengi þeirra sem misnota áfengis- og vímuefni hefur líka stóraukist á undanförunum árum og er aðgengi að þessum efnum orðið mun betra og vímuefnin orðin fjölbreyttari og er það svo að í dag er fíknisjúkdómur ein algengasta hliðarröskun geðsjúkdóma og sú sem hefur hvað mest áhrif á framgang sjúkdómsins (Drake o.fl., 2001). Einstaklingar sem þjást af alvarlegum geðsjúkdómum eru taldir sækja meira í áfengis- og vímuefni sér í lagi ef þeir eru félagslega einangraðir og eru jafnvel að sækjast eftir því að komast inn í hóp þar sem þeir mæta minni fordómum og finna til samkenndar (Rassool, 2006).

Eins og áður var sagt er þetta hugtak nýtt innan geðheilbrigðisþjónustunnar og er það svo að þegar tvíþáttagreining er nefnd tengir fólk hugtakið einfaldlega við einstaklinga sem eru með tvær sjúkdómsgreiningar eða hafa fjölþætta þjónustuþörf (Rassool, 2006). Hugtakið hefur einnig verið tengt við þá sem þjást af geðsjúkdómum ásamt því að vera vitsmunalega skertir og þá sem hafa geðsjúkdóm og líkamleg veikindi (Adams, 2008; Drake o.fl., 2001; Rassool, 2006).

Þjónustuþörf þeirra einstaklinga sem fá þessa óstaðfestu greiningu er margþætt og flókin og hefur reynst erfitt að búa til heildræna meðferðaráætlun sem mætir öllum þeim þáttum sem þörf er á að skoða. Eins og kemur fram hjá Drake og félögum (2001) hefur vandamálið í bandaríska heilbrigðiskerfinu verið það að meðferðin er aðskilin, þ.e fíknimeðferð annars vegar og meðferð við geðsjúkdóm hins vegar. Eins

hefur það komið fram að einstaklingum er oft vísað úr fíknimeðferð vegna geðsjúkdóms og eins vísað úr meðferð á geðsjúkdómi vegna fíknisjúkdóms og sagt að koma aftur þegar búið er að leysa úr hinu vandamálinu (Rassool, 2006). Stöðugt er verið að vinna í því að móta og skipuleggja meðferð sem hentar þessum sístækkandi hópi þjónustuþega innan samfélagsins en enn hafa heilbrigðis- og félagsþjónustan ekki geta mætt að fullu þeim krefjandi þörfum sem brýnt er að takast á við hjá einstaklingum með tvíþáttagreiningu (Coombes og Wratten, 2007).

### **1.3 Tilgangur ritgerðar og gildi fyrir hjúkrun**

Ástæðan fyrir því að þetta efni var valið í ritgerðina er sú að tvíþáttagreining er forvitnileg sjúkdómsgreining sem vert er að fræðast um þar sem hún verður sífellt meira áberandi í íslensku samfélagi sem og á alþjóðavísu þó svo að hún sé í raun ekki staðfest sjúkdómsgreining. Enn er verið að móta stefnu og meðferðarúrræði sem sýna árangur og vinnan við það að brúa bilið á milli starfsstétta og búa til þverfagleg teymi sem mun takast á við vandann er í fullum gangi.

Umfjöllun um þetta efni hefur gríðarlega mikið gildi fyrir hjúkrun þar sem rannsóknir hafa sýnt fram á að staða hjúkrunarfræðinga í meðferð einstaklinga með tvíþáttagreiningu er mjög mikilvæg og er mikil þörf á því að til verði góður þekkingargrunnur í kringum það verk sem þessir hjúkrunarfræðingar sinna (Drake o.fl., 2001). Eins er mikilvægt að skoða umfang tvíþáttagreiningar og meðferðarinnar og áhrif hennar á samfélagið. Höfundar vona að ritgerðin varpi ljósi á það efni sem hefur verið skrifað um tvíþáttagreiningu og vekji áhuga þeirra fagstétta sem að meðferð einstaklinga með þessa greiningu koma.

#### **1.4 Rannsóknarspurning og meginhugtök**

Rannsóknarspurningin er; Hvaða áhrif hefur tvíþáttagreining á þróun hjúkrunar?

Tvíþáttagreining: er hugtak sem notað er yfir þá sem eru greindir bæði með fíknisjúkdóm og geðsjúkdóm (Rassool, 2006).

Geðsjúkdómur: er röskun á heilastarfsemi sem truflar eðlilega hugsun, hegðun og tilfinningar (Geddes, Price og Mcknight, 2012).

Fíknisjúkdómur: er skaðlegt mynstur notkunar ánetjandi efna (APA, 2000).

Hjúkrunarfræðingur: er sérmenntaður einstaklingur sem sinnir daglegri umönnun sjúkra og slasaðra ásamt heilsuvernd. Hjúkrunarfræðingur er lögverndað starfsheiti (Íslensk orðabók, 2007).

#### **1.5 Takmarkanir ritgerðar**

Takmarkanir ritgerðar eru helst þær að margar þær rannsóknir og heimildir sem höfundum þóttu áhugaverðar og eru notaðar í ritgerðinni eru orðnar eldri en tíu ára. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi á tvíþáttagreiningu og er því erfitt að bera saman íslenskan veruleika þessara einstaklinga við erlent umhverfi. Eins er það takmarkandi að tvíþáttagreining sem slík er ekki fullgild greining og ekki eru til leiðbeiningar um nálgun eða meðferð þeirra sem eru tvígreindir. Ýmsar tegundir meðferða hafa verið reyndar en aðeins verður fjallað um nokkrar þeirra hér.

#### **1.6 Uppbygging ritgerðar**

Ritgerðin er fræðileg heimildasamantekt þar sem lykilhugtakið er tvíþáttagreining. Hér er fjallað um þróun tvíþáttagreiningar, greininguna sjálfa og kannað hvernig hún kom fram. Faraldsfræði tvíþáttagreiningar er skoðuð og einnig meðferðarform og meðferðarmöguleikar. Skoðuð er hvernig staðið er að samþættingu geðsjúkdómsmeðferðar og fíknimeðferðar, héraendis og erlendis. Fjallað er um þróun

## Tvíþáttagreining- áhrif tvíþáttagreiningar á hjúkrun 5

tvíþáttagreiningar samhliða þróun í hjúkrun og tengls hjúkrunar við tvíþáttagreiningu. Fjallað er um hvernig hjúkrunarfræðingurinn getur styrkt sig til þess að vera hæfur til að sinna tvíþáttgreindum. Loks eru umræður þar sem höfundar leggja fram hugmyndir sínar og ræða niðurstöður heimildarleitar.

## 2. Tvíþáttagreining

### 2.1 Hugtakið og skilgreiningar

Hugtakið tvíþáttagreining er ekki svo gamalt í tungutaki þeirra sem starfa innan geðsjúkdómafræðinnar. Tvíþáttagreining sem sjúkdómsgreining er ekki til sem slík og er ekki notuð sem endanleg sjúkdómsgreining. Hugtakið tvíþáttagreining er hins vegar viðurkennt og notað í meðferð sjúklinga. Skilgreining hugtaksins hefur verið misjöfn en í dag er oftast átt við að tvíþáttagreiningin sé fylgiröskun (e. comorbid) geðsjúkdóma. Hugtakið var lengi notað innan heilbrigðiskerfisins til þess að afmarka það fólk sem ásamt því að hafa geðsjúkdóm er vitsmunalega skert eða á við líkamleg veikindi að stríða (Adams, 2008; Drake o.fl., 2001; Rassool, 2006). Á síðustu árum hefur hugtakið tvíþáttagreining fest sig í sessi sem skilgreining á þeim sem eiga við fíknisjúkdóm að stríða og eru samhliða með alvarlegan geðsjúkdóm. Alvarlegur geðsjúkdómur telst vera m.a. geðrof (e. psychosis), geðklofi (e. schizophrenia) og geðhvarfasýki (e. bipolar) (Todd o.fl., 2004).

Vegna þess hve nýtt þetta hugtak er og að ekki er búið að skilgreina til fullnustu hvað það er nákvæmlega sem fellur undir hatt tvíþáttagreiningar eru fræðimenn ekki sammála um hvernig skuli nota hugtakið sem sjúkdómsgreiningu. Meðal þess sem deilt er um er hvort taka eigi persónuleikaraskanir gildar sem geðgreiningu, þ.e. að einstaklingar sem eru með fíknisjúkdóm og persónuleikaröskun teljist vera með tvíþáttagreiningu (Todd o.fl., 2004). Breska heilbrigðisráðuneytið (2002) gaf út skýrslu með leiðbeiningum um það hvernig æskilegt sé að vinna með þessum hópi sjúklinga. Þar kemur fram að ekki skuli telja persónuleikaröskun sem aðra greininguna undir tvíþáttagreiningunni heldur er það hin svokallaða þriðja röskun sem einstaklingar geta verið með samhliða öðrum geðsjúkdómagreiningum (Department of Health, 2002). Þetta á aðeins við um Bretlandi. Til sönnunar þess

hversu nýlega er farið að veita þessu hugtaki athygli segir í fræðigreini Rani og Byrne (2012) að skráning upplýsinga um fíkn meðal geðsjúkra á Írlandi hafi einungis verið gerð í tæpan áratug.

Ein skilgreining sem víða hefur verið notuð bæði í fræðilegum ritum og við gerð áætlunar um meðferð þessara sjúklinga er skilgreining Krausz (1999) sem skiptir tvíþáttagreiningu upp í fjóra flokka:

- einstaklingur sem er með alvarlegan geðsjúkdóm sem fyrstu greiningu og önnur greining hans er misnotkun vímuefna sem hefur alvarlegar afleiðingar á framgang geðsjúkdóms.
- einstaklingur sem er með fíknisjúkdóm sem fyrstu greiningu sem veldur geðrænum einkennum sem leiða svo til geðsjúkdóms.
- einstaklingur sem neytir fíkniefna samhliða því að vera með geðröskun.
- einstaklingur sem hefur orðið fyrir sálrænu áfalli og leiðist út í vímuefnaneyslu og fær geðraskanir og/eða áfallastreituröskun.

Þessi flokkun Krausz (1999) hefur verið höfð til hliðsjónar við gerð áætlana um meðferð þessa sjúklingahóps og þykir gagnleg við mat og greiningu (Walsh og Frankland, 2005).

## **2.2 Skilmerki greiningar**

Misjafnt er eftir hvaða greiningarkerfum er unnið en fræðimenn vinna annaðhvort með DSM-IV greiningarkerfið (APA, 2000) eða ICD-10 (World Health Organisation (WHO), 2010). Samkvæmt DSM-IV er geðsjúkdómur skilgreindur sem heilkenni sem er klínískt marktækt bæði hegðunar- og sáfræðilega og leiðir til sársaukafullra einkenna og/eða fötlunar (APA, 2000). Vímuefnamisnotkun er svo skilgreind sem skaðlegt mynstur notkunar ánetjandi efna sem hefur verið viðvarandi í

meira en mánuð eða hefur komið endurtekið upp samkvæmt DSM-IV. Ánetjun er hins vegar skilgreind sem áráttukennd neysla á vímuefnum og neytandi hefur myndað þol og fer í gegnum fráhvörf (APA, 2000). Til þess að falla undir tvíþáttagreiningu þarf einstaklingur að uppfylla bæði greiningarskilyrði fyrir geðsjúkdóm og vímuefnamisnotkun og/eða ánetjun. Einstaklingur á því að hafa verið í neyslu undanfarinn mánuð og neyslan á að ná yfir meira en mánuð. Samkvæmt Todd og félögum (2004) ætti ekki að greina einstakling með tvíþáttagreiningu ef hann er í bata eða hefur ekki verið í neyslu í einhvern tíma.

Flokkunarkerfi sjúkdómsgreininga eða ICD-10 er notað í þeim löndum sem eiga aðild að WHO. Með notkun kerfisins er hægt að sjá faraldsfræði sjúkdóma, yfirlit yfir heilsufar þjóða og margt fleira. Geðsjúkdómagreiningar eru undir kafla fimm og eru flokkaðir á bilinu F00-F99 og fer flokkunin eftir gerð sjúkdómsins og neyslunni ef hún er til staðar. Í kerfinu er ekki að finna tvíþáttagreininguna sem slíka en undir flokkun F10- F19 er flokkur þeirra sem neyta vímuefna og eru með geðsjúkdóm og segir í handbókinni að greiningin eigi að byggja á eins mörgum staðreyndum og mögulegt er. Þessar staðreyndir eru þá t.d. neyslusaga sem einstaklingurinn sjálfur gefur upp, svör úr blóðprufum og öðrum rannsóknum, líkamleg og sálræn einkenni, klínísk einkenni og fleira (WHO, 2010).

Það má því segja að það sé á gráu svæði fyrir heilbrigðisstarfsfólk að stimpla einhvern með tvíþáttagreiningu þar sem skilgreiningin er enn svo víð og mikið svigrúm innan hennar til að fella hana að aðstæðum hverju sinni. Eins eru upplýsingar geðsjúkra einstaklinga um neyslu ekki alltaf marktækar (Todd o.fl., 2004; Rassool, 2006).

### 2.3 Geðsjúkdómar og fíkniefni

Öll þau vímuefni sem hafa áhrif á þann hluta heilans sem skynjar vellíðan og geta breytt tilfinningum og hugsunum yfir í eitthvað ánægjulegt og jákvætt eru líkleg til þess að kalla fram fíkn (Taylor og Stuart, 2009). Einstaklingar sem neyta vímuefna og hafa geðsjúkóm, eru með tvíþáttagreiningu, eru viðkvæmur hópur fólks með þörf fyrir flókna og einstaklingsmiðaða meðferð. Það má sannarlega segja að þeir sem hafa aðeins aðra greininguna, þ.e. geðsjúkdóm eða fíknisjúkdóm, geta fundið fyrir hamlandi áhrifum sjúkdómsins en þegar einstaklingur hefur báða þessa sjúkdóma getur vandamálið orðið yfirþyrmandi og óyfirstíganlegt (Rassool, 2006). Þjónusta og meðferðarform fyrir geðsjúka annars vegar og fíkla hins vegar hefur þróast og tekið miklum breytingum undanfarna áratugi, en í sitt hvoru lagi. Það hafa orðið til fagstéttir sem sinna hvorum hópi fyrir sig og hefur það leitt af sér að bil hefur myndast milli meðferðarforma og aðila sem sinna fíklum annars vegar og þeirra sem sinna geðsjúkum hins vegar og gerir það meðferð þeirra sem eru með tvíþáttagreiningu erfiða og sundurslitna (Todd o.fl., 2004; Rassool, 2006; Tiet og Mausbach, 2007).

Sterkar vísbendingar eru um það að tíðni þeirra sem neyta vímuefna sé mun hærri meðal geðsjúkra borið saman við hinn almenna borgara (Todd o.fl., 2004). Aðgengi að vímuefnum er líka orðið opnara í dag en það var og framboðið er nóg sem eykur vanda þeirra sem glíma við tvíþáttagreiningu (Rassool, 2006). Fræðimenn velta því fyrir sér hver ástæðan sé fyrir því að einstaklingar neyti vímuefna og af hverju einstaklingar með geðsjúkdóm séu svo stór hluti neytenda (Phillips og Johnson, 2003). Settar hafa verið fram tilgátur og líkön um það af hverju einstaklingar með geðsjúkdóm eru útsettari fyrir misnotkun vímogjafa. Fjórar slíkar hafa vakið athygli og eru það líkanið um sjálfsmeðhöndlun (e. self medication hypothesis),



fjöláhættuþáttakenningin (e. multiple risk factor model), kenningin um linun vanlíðunar (e. allevation of dysphoria) og ofurviðkvæmniskenningin (e. the supersensitivity model).

### **2.3.1 Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið.**

Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið setur þá tilgátu fram að sjúklingar hafi innri hvöt til þess að leita sér sérstakra efna sem losa þá við ákveðin einkenni. Einstaklingar leita þá í ákveðna tegund vímuefna sem bæla niður ákveðin einkenni geðsjúkdóms og því er ekki um handahófskennt val á vímuefnum að ræða. Þeir sem þjást af þunglyndi og/eða reiði eru líklegir til þess að nota óþíöt til að bæla niður og höndla betur þessar neikvæðu tilfinningar og eins hefur kókaín aðdráttarafl vegna eiginleika efnisins til að losa fólk við streitutilfinningu og ofvirkni, sem einnig eru neikvæðar tilfinningar (Hall og Queener, 2007; Rassool, 2006; Phillips, 2000). Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið er mjög aðgengilegt og ásættanlegt sem skýring á því hvers vegna fólk notar vímuefni (Henwood og Padgett, 2007).

Sú gagnrýni sem hefur verið sett fram um sjálfsmeðhöndlunarlíkanið er meðal annars sú að ekki er hægt að nota fíkniefni til að meðhöndla sjúkdómseinkenni sem fylgja ákveðnum geðröskunum. Algengasta efnið sem einstaklingar með geðsjúkdóma nota er áfengi, nikótín, amfetamín, kannabis og ofskynjunarlyf. Öll þessi efni auka alvarleika jákvæðra einkenna geðrofs og hafa áhrif á hugsanir og geta þannig ýtt undir ranghugmyndir og ofskynjanir svo eitthvað sé nefnt. Eins er hægt að nefna það að ástæðan fyrir notkun vímuefna þarf ekki að vera sú að einstaklingur sé að reyna að ná niður einhverjum einkennum geðsjúkdóms heldur getur einstaklingur fengið sér áfengi eða vímuefni í þeim eina tilgangi að tilheyra umhverfi sínu, falla inn í hópinn og láta undan félagslegum þrýstingi (Henwood og Padgett, 2007).

Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið hefur ekki það sterkar stöðir að hægt sé að nota það til að

rökstyðja og mæla með notkun vímuefna þó svo að einhver efni geti dregið úr alvarleika jákvæðra einkenna hjá einstaklingi í geðrofi (Rassool, 2006).

Sjálfsmeðhöndlunarlíkanið gerir í raun ráð fyrir því að misnotkun vímugjafa komi í kjölfar geðsjúkdóms sem er ekki réttlætanlegt og full mikil afhæfing.

### **2.3.2 Fjöláhættuþáttalíkanið.**

Í þessu líkani er einnig sett fram sú kenning að einstaklingar með geðsjúkdóm noti vímugjafa til þess að slá á einkenni geðsjúkdóms en einnig til þess að takast á við félagslega þætti og umhverfið (Rassool, 2006). Í þessu samhengi er talað um að þessir félagslegu þættir eins og skortur á hæfni og getu, félagsleg einangrun, lítil menntun og lítill stuðningur og bakland geti verið einn aðal hvati geðsjúkra til að leita í vímuefni (Todd o.fl., 2004; Rassool, 2006). Einstaklingar með geðsjúkdóm leita þá jafnvel í hóp þeirra sem neyta áfengis og vímuefna til að finnast þeir tilheyra og falla inn í hóp innan þjóðfélagsins og þá líður þeim síður eins og þeir séu eyrnamerkir og einir í flóknu þjóðfélagi (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2003). Ekki eru til neinar haldbærar sannanir á þessu líkani en margt bendir til þess að það eigi við rök að styðjast (Mueser, Drake og Wallach, 1998). Það er þó alþekkt að einstaklingurinn almennt er alltaf að leita sér að sínum samastað og samþykki samfélagsins og því er ekki ólíklegt að þeir sem eiga við geðræn vandamál að stríða reyni að leita af sínum samastað í félagslega umhverfinu, jafnvel meðal vímuefnaneytenda en ekki er hægt að yfirfæra það á alla þá sem eru með geðsjúkdóm.

### **2.3.3 Kenningin um linun vanlíðunar.**

Þessi tiltekna kenning er í grunninn svipuð líkaninu um sjálfsmeðhöndlun nema að hér er búið að víkka rammann og gera kenninguna almennari. Í kenningunni er sett fram sú hugmynd að einstaklingar með geðsjúkdóm noti vímuefni til að lina vanlíðan og slá á einkenni eins og kvíða, þunglyndi og einmannaleika. Munurinn er sá

milli þessarar kenningar og sjálfsmeðhöndlunarlíkansins að ætlun einstaklingsins er ekki að meðhöndla sig sjálfur með vímuefnum heldur er ætlunin að auka vellíðan og slá á vanlíðan (Rassool, 2006). Rannsóknir hafa almennt stutt kenninguna um linun vanlíðunar enda hafa einstaklingar sem tekið hafa þátt í rannsókn gefið upp þær ástæður fyrir neyslu sinni að verið sé að slá á vanlíðan með því að neyta vímugjafa. Hins vegar hafa rannsóknir einnig sýnt það að líkurnar á því að einstaklingur með geðsjúkdóm ánetjist vímugjafa eru ekki meiri en líkurnar á því að einstaklingur án geðsjúkdóms ánetjist (Mueser, Drake og Wallach, 1998). Kenningin er mjög almenn og því er vel hægt að sníða hugmyndir um ástæðuna fyrir vímuefnaneyslu inn í kenninguna og um leið er hægt að gagnrýna kenninguna fyrir það að vera svo almenn að lítið sé hægt að nota hana til þess að afmarka og staðsetja einstaklinga.

#### **2.3.4 Ofurviðkvæmnislíkanið.**

Ofurviðkvæmnislíkanið lýsir því að geðsjúkir eru viðkvæmari fyrir vímuefnum og eiga auðveldara með að ánetjast þeim en margir aðrir. Ástæðurnar fyrir þessari viðkvæmni eru taldar vera erfðir, umhverfi og fyrri reynsla einstaklings sem getur leitt til þess að hann leiðist út í vímuefnaneyslu sem getur m.a. kallað fram geðröskun (Mueser o.fl., 2003). Þeir sem eru með alvarlegan geðsjúkdóm eru því samkvæmt þessi líkani með lágan þröskuld fyrir líkamlegri ánetjun sem margfaldar áhættu á fíkn og neikvæðum afleiðingum. Samkvæmt þessu er hægt að sjá að litlir skammtar af ávanabindandi efnum geta haft neikvæð áhrif á einstaklinga með geðsjúkdóm (Rassool, 2006). Það eru margar kenningar sem styðja þetta líkan og styðja við þær kenningar að einstaklingar séu mis viðkvæmir fyrir ánetjun vímuefna (Rassool, 2006; Mueser o.fl., 1998).

## 2.4 Tvíþáttgreiningin og samfélagið

Einstaklingar með tvíþáttgreiningu eiga oft í erfiðleikum á öðrum sviðum lífsins en þeim sem snúa beinlínis að heilbrigðiskerfinu. Þetta fólk er líklegra til að vera ofbeldisfullt, fá HIV, sýna sjálfskaðandi hegðun og fremja sjálfsmorð. Rannsóknir sýna líka að algengi tvíþáttgreiningar meðal heimilisláusra er mikið og þessi breiði hópur á oftari en ekki í vandræðum með samskipti við fjölskyldu, þeim gengur illa að fóta sig í atvinnulífinu og er líklegra til að leiðast út í glæpi (Rassool, 2006). Rannsókn sem gerð var á lífsgæðum einstaklinga með tvíþáttgreiningu sýndi að þeir lifðu almennt við lakari lífsgæði en hinn almenni borgari (Bizzarri o.fl., 2005).

Þjónustan við þennan hóp þarf að vera heildræn og meðal þess sem er talið mikilvægt er að sjá um það að þessi hópur þjóðfélagsþegna hafi húsaskjól. Rassool (2006) telur að ekki sé nóg að hafa gistiskýli opin og aðgengileg því innan veggja þeirra eru miklar líkur á því að þeir sem þar eru séu að neyta vímuefna sem hefur slæm áhrif á tvíþáttgreindann einstakling sem er hugsanlega í bata eða að íhuga það að leita sér hjálpar.

Íslensk rannsókn sem Sigurbjörg Kristmundsdóttir (2011) gerði á þjónustuþörfum einstaklinga með tvíþáttgreiningu sýndi m.a. að menntunarstig þessa hóps er lægra og atvinnuleysið var mikið en einungis höfðu 32,6% atvinnu. Þessum einstaklingum fylgir því heilmikill kostnaður fyrir samfélagið og er nauðsynlegt að haldið sé utan um þessa einstaklinga.

## 3. Faraldsfræði

Geðheilsa er mikilvæg fyrir einstakling og þjóðfélagið allt. Geðrænir kvillar eru í dag orðnir stórt vandamál á alþjóðavísu og er talið að um 450 milljónir manna

þjáist af einhverskonar geðröskunum. Þá er talið að einn af hverjum fjórum þrói með sér fleiri en eina geðröskun á ævinni (WHO, 2001). Það er áhugavert að velta því upp að þrátt fyrir algengi geðraskana og að reikna megi með því að 25% mannkyns þrói með sér geðsjúkdóm eru ekki nema 1,69 sjúkrarúm á hverja 10.000 íbúa ætlað fyrir geðsjúka meðan það eru 8,9 sjúkrarúm ætluð þeim sem eru með líkamlega kvilla (Geddes, Price og McKnight, 2012).

Einstaklingar sem hafa greinst með geðsjúkdóma eru mun líklegri til þess að leiðast út í neyslu ávanabindandi efna og er talað um að allt að 50% þeirra sem sækja sér þjónustu vegna geðsjúkdóma eigi einnig við fíkn að etja og er hlutfallið eitthvað hærra meðal þeirra sem sækja sér bráðþjónustu eða eru inniliggjandi (Phillips og Johnson, 2003). Þessar tölur eiga aðeins við um þá sem sækja sér þjónustu og er talið að algengi fíknisjúkdóma, geðsjúkdóma og tvíþáttagreiningar sé mun meira ef miðað er við alla þegna þjóðfélagsins og er talið að margir fái ekki meðferð eða hafi ekki fengið rétta greiningu. Rannsókn Phillips og Johnson (2003) á neyslu inniliggjandi sjúklinga á geðdeild sýndi að um 89% þeirra hafði neytt áfengis og/eða annarra vímuefna þann tíma sem þeir voru inniliggjandi.

Því hefur verið haldið fram að um 60% karla og um 70% kvenna sem misnota áfengi séu með að minnsta kosti eina geðröskun (Taylor og Stuart, 2009). Rannsóknir hafa sýnt að tvíþáttagreining er algeng meðal heimilislausra, fanga og þeirra sem eru vistaðir á stofnunum fyrir geðsjúka. Það er margt sem gerir mælingar á algengni tvíþáttagreiningar flókna og erfiða m.a. er það sá munur sem gerður er milli þjóðfélaga á því hvað þarf að uppfylla til að falla undir hatt tvíþáttagreiningar. Túlkunin á skilgreiningunni er enn ólík meðal þjóða og fræðimanna (Edward og Munro, 2009). Fram kemur í skýrslunni Dual Diagnosis Good Practice Guide (Department of Health, 2002) sem breska heilbrigðisráðuneytið gaf út að neysla

vímuefna meðal geðsjúkra sé reglan frekar en undartekningin og tengslin þar á milli séu afar flókin.

Í skýrslu sem var gefin út á vegum Vettvangsgeðteymis Reykjavíkur kemur fram að 17% þeirra sem fengu þjónustu frá teyminu voru með alvarlega tvíþáttagreiningu (Landspítalinn, 2012). Fíknigeðdeild Landspítalans fær um 1000 tilvísanir á ári eða um 20 á dag en ekki kemur fram hversu hátt hlutfall þessa hóps eru tvíþáttagreindir (Kjartan J. Kjartansson munnleg heimild, 28. mars 2014). Miðað við þá tölfræði sem liggur fyrir má gera ráð fyrir því að hlutfallið sé nokkuð hátt. Ef horft er í tölur um vímuefnaneyslu á Íslandi má sjá að neyslan hefur aukist gríðarlega undanfarinn áratug. Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ, 2010) gaf út ársrit sem sýnir tölulegar staðreyndir frá árunum 2007-2010 og þar segir að af heildarfjölda þeirra sem lögðust inn á Vog frá árunum 1994 til ársins 2009 stækkaði sá hópur sem neytti ólöglegra vímuefna úr því að vera 18,4% í 49% og segir einnig í ritinu að þessi hópur sé að öllu jöfnu veikari bæði andlega og líkamlega en aðrir fíklar (SÁÁ, 2010). Það má því gera ráð fyrir að hópur þeirra sem eru ekki með tvíþáttagreiningu sé töluvert stærri en tölur segja.

## **4. Meðferð**

### **4.1 Meðferðarúrræði**

Einstaklingar með tvíþáttagreiningu er viðkvæmur hópur með flóknar þarfir og er meðferð þeirra vandasöm og krefjandi, þar sem geðsjúkdómurinn og fíknisjúkdómurinn hafa gagnvirk áhrif hvor á annan (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2003). Eitt af því sem getur gert meðferð erfiða er að fíknisjúkdómur getur auðveldlega falið geðsjúkdóminn og truflað greiningarferlið (Rassool, 2006). Einstaklingar með tvíþáttagreiningu glíma ekki eingöngu við læknisfræðileg,

sálfræðileg og félagsleg vandamál sem tengjast sjúkdómnum heldur eru þeir almennt líklegri til að fá lélegri þjónustu í samfélaginu. Þeir eru innsæislausir á sjúkdóm sinn og hafa oft ekki getu til að sinna daglegum þörfum, eru húsnæðislausir, atvinnulausir og lenda endurtekið inn á sjúkrahúsum vegna versnunar geðsjúkdóms eða aukinnar fíkniefnaneyslu, eða hvoru tveggja (Rassool, 2006). Enn vantar mikið upp á þjónustu við þennan hóp og hefur það verið áhyggjuefni hversu ófullnægjandi þau úrræði eru (Edward og Munro, 2009).

Hingað til hafa tvær ólíkar meðferðastéttir helst komið að meðferð tvíþáttagreindra einstaklinga, annars vegar þeir sem veita meðferð við fíknivanda og hins vegar þeir sem veita meðferð við geðsjúkdómum. Mismunandi menntun, starfsþjálfun og hugmyndafræði geta að einhverju leiti skýrt ólíkar áherslur þessara meðferðarstétta, fyrir utan ólíkar þarfir þessara sjúklingahópa (Mueser, o.fl., 2003). Meðferð einstaklinga sem glíma við fíkni- og geðsjúkdóma er afar flókin og því mjög mikilvægt að slík meðferð sé veitt af teymi fagaðila með mismunandi menntun sem geta metið meðferðarþörfina og sett fram alhliða meðferðaráætlun til þess að sem bestur árangur náist (Rassool, 2006). Eins og fram kemur hjá Drake o.fl. (2001) samanstendur áhrifarík meðferð tvíþáttagreindra af einstaklingsmiðuðum meðferðaráætlunum sem taka á geðsjúkdómnum og misnotkuninni á vímuefnum.

Meðferðarform eru flokkuð eftir því hvernig meðferðin er samansett og henni háttað. Algengt er að nefna fjóra flokka í þeim efnum; kaflaskipta meðferð (e. sequential treatment), samhliða meðferð (e. parallel treatment), samþætting meðferðar (e. intergrated treatment) og þverfagleg teymisvinna (e. shared care model) (Rassool, 2006). Undanfarin ár hefur sjónum verið beint að því að þróa betri meðferð fyrir þennan hóp með samþættingu fíkní- og geðmeðferðar í þeim tilgangi að ná fram árangursríkari bata til lengri tíma (Mueser, o.fl., 2003).

#### **4.1.1 Kaflaskipt meðferð.**

Kaflaskipt meðferð er byggð á því að meðhöndla aðeins annan sjúkdóminn í einu. Einstaklingur þarf að hafa náð bata eða jafnvægi í fyrri meðferðinni áður en farið er í að meðhöndla hinn sjúkdóminn. Helsta gagnrýnin á þetta meðferðarform er að það hafnar í raun sjúkdómsferli tvíþáttgreindra einstaklinga (Mueser, o.fl., 2003). Þetta meðferðarform heldur ekki vel utan um einstaklinginn og þarfir hans né heildarinnar (Rassool, 2006). Fíkniefnaneyslan er sjaldnast tilviljanakennd og mikil neysla t.d. á kannabis getur haft þau áhrif að einkenni geðsjúkdómsins versnar (Mueser, o.fl., 2003). Ef ekki er tekið á fíkniefnaneyslunni er nær vonlaust að koma jafnvægi á geðsjúkdóminn. Geðrænu einkennin verða alvarlegri og í kjölfarið eykst misnotkun vímuefna sem leiðir þá jafnvel til meiri misnotkunar. Erfitt er að stjórna þessari meðferð og hafa yfirsýn yfir hana. Eitt helsta vandamálið við þetta meðferðarform er að sjúklingi er sjaldnast vísað í aðra meðferð til að takast á við hinn sjúkdóminn og ef það er gert þá tekst honum ekki að fylgja henni eftir. Ein helsta ástæðan fyrir lélegri meðferðarheldni er að sjúklingurinn hefur ekki innri hvatningu til að takast á við meðferðina, er innsæislaus og á erfitt með að mynda nýtt meðferðarsamband við nýja meðferðaraðila (Mueser, o.fl., 2003).

#### **4.1.2 Samhliða meðferð.**

Þegar þessi meðferð er notuð er geðsjúkdómurinn og fíknisjúkdómurinn meðhöndlaður samtímis en af mismunandi fagaðilum jafnvel frá mismunandi meðferðarstofnunum. Samskipti á milli fagaðila eru lítil og hugmyndafræðilegur ágreiningur veldur því að þeir axla ekki ábyrgð sín á milli. Þetta leiðir svo til þess að veikur einstaklingurinn axlar ábyrgð sem hann er ekki fær um sökum sjúkdóms síns. Í samhliða meðferð hafa verið notuð svokölluð inngríp sem er mjög ágeng aðgerð þar sem meðferðaraðilar, fjölskyldur og vinir grípa inn í aðstæður með það fyrir augum



að veiki einstaklingurinn geri sér grein fyrir veikindum sínum og jafnvel þvinga hann í meðferð. Þessi aðgerð skilar ekki góðum árangri og getur slíkt haft þveröfug áhrif. Svona skyndilegt óvænt inngríp getur komið veika einstaklingnum algjörlega úr jafnvægi og gert illt verra og sjúkdómseinkenni geta versnað og í kjölfarið kallað fram óæskilega hegðun og jafnvel ofbeldi (Mueser, o.fl., 2003).

#### **4.1.3 Samþætting meðferðar.**

Samþætting meðferðar felur í sér að fíknisjúkdómurinn og geðsjúkdómurinn eru meðhöndlaðir af sama meðferðaraðila samtímis og þannig komið í veg fyrir ýmis klínísk vandamál sem geta skapast þegar fíknis- og geðsjúkdómarnir eru meðhöndlaðir í sitt hvoru lagi. Þegar meðferð er samþætt er litið á fíknis- og geðsjúkdóminn sem eitt. Meðferðin samanstendur af mörgum ólíkum meðferðum eins og áfengis- og vímuefnameðferð, lyfjameðferð, hvatningarviðtölum, hugrænni atferlismeðferð, sjálfstjórn og sjálfseflingu.

Árekstrar á milli fagaðila vegna mismunandi meðferðarsjónarmiða eru lítil sem engin í þessu meðferðarformi því þarna vinna þeir sameiginlega að meðferð og að sama markmiði. Teymið ber ábyrgð á að veita samþætta meðferð (Mueser, o.fl., 2003; Drake, o.fl., 2001). Helsta gagnrýnin á þetta meðferðarform er að það gerir ráð fyrir stöðugu ástandi einstaklings og gerir ekki ráð fyrir því að sjúkdómsferlið breytist (Rassool, 2006).

#### **4.1.4 Þverfagleg teymisvinna.**

Þverfagleg teymisvinna byggir á þekkingu og samvinnu ólíkra fagaðila. Henni svipar að nokkru leiti til samhliða meðferðar þ.e.a.s. að geðsjúkdómurinn og fíknivandinn eru meðhöndlaðir í sitt hvoru lagi. Munurinn felst í því að í þverfaglegri teymisvinnu er nán samvinna og samskipti á milli meðferðaraðila og allar íhlutanir eru vandlega íhugaðar af öllum meðferðaraðilum. Með þessari meðferð má draga úr

vanefndum og koma í veg fyrir léлага samhæfingu og sundrung í meðferðarferlinu og auka þátttöku einstaklingsins í meðferðinni. Nauðsynlegt er því að þeir sem veita meðferð við geðsjúkdómum og fíknivanda nýti færni sína og þekkingu til að veita áhrifaríka meðferð (Rassool, 2006). Í skýrslu breska heilbrigðisráðuneytisins (2002) var þessari tegund meðferðar gert sérstaklega hátt undir höfði og mælt til þess að hún yrði notuð. Kostir þverfaglegar teymisvinnu eru að þjónustubörf einstaklinganna er metin út frá öllum hliðum, s.s. félagslegri þörf, kyni og aldri, trú og kynþætti. Brotalöm aðferðarinnar er sú að einstaklingur innan teymisins vinnur vel einn og sér en upplýsingaflæðið og samvinnan er ekki fullnægjandi og þannig skilar teymisvinnan sér ekki nægilega vel (Rassool, 2006).

#### **4.2 Áhugahvetjandi samtal**

Áhugahvetjandi samtal er stutt íhlutun til að hjálpa einstaklingum að þróa innri hvatningu til að breyta ávanabindandi hegðun (Martino, Carroll, Kostas, Perkins og Rounsaville, 2002; Rollnick, Miller, og Butler, 2008). Áhugahvetjandi samtöl eru ekki hugsuð til þess að fá fólk til að gera eitthvað sem það vill ekki, miklu frekar er þetta leið til þess að virkja innri vilja einstaklingsins til jákvæðra breytinga á neikvæðum lífstíl sem hefur slæm áhrif á heilsu hans (Rollnick, Miller og Butler, 2008). Breytingarnar geta tengst vímuefnaneyslu, stjórn á geðsjúkdómi, lélegri meðferðarheldni og annarri hegðun sem hefur slæm áhrif á líf einstaklingsins (Cleary, Walter, Hunt, Clancy og Horsfall, 2008). Einstaklingar sem glíma við geðsjúkdóm nota fíkniefni m.a. til þess að minnka þunglyndi, kvíða og leiða eða til að slaka á og falla inn í félagsskap (Cleary, o.fl., 2008). Sálfélagslegar íhlutanir á geðheilbrigðisviði taka ekki til lyfjagjafa heldur er átt við aðferðir eins og áhugahvetjandi samtöl og hugræna atferlismeðferð. Áhugahvetjandi samtöl voru upphaflega fyrst og fremst notuð til að aðstoða einstaklinga sem glímdu við

fíkniefnamisnotkun og hafa reynst vel í meðferð þeirra einstaklinga. Sérfræðingar segja að notkun áhugahvetjandi samtala í meðferð einstaklinga sem glíma við geðsjúkdóm og fíknivanda samtímis lofi góðu og skili árangri (Cleary, o.fl., 2008; Martino o.fl., 2002). Meðferðaraðili verður að bera virðingu fyrir sjálfstæði einstaklingsins, hann getur ráðlagt og veitt stuðning en verður að forðast predikanir og forræðishyggju því það getur skapað mótþróa og dregið úr vilja til að breyta. Það er einstaklingurinn sjálfur sem ákveður hvað skal gert (Rollnick, o.fl., 2002).

### 4.3 Fyrirbygging bakslags

Einstaklingar sem glíma við alvarlega geðræna sjúkdóma skera sig úr hópi þeirra sem neyta fíkniefna á ýmsa vegu. Þeir eiga við langvarandi vitsmuna- og félagsleg vandamál að stríða, þeir þurfa oftast langtíma umönnun heilbrigðiskerfisins og þeir þurfa ýmsa félagslega aðstoð t.d. við að finna búsetuárræði og vinnu. Hegðun þessa hóps er talin hafa áhrif á getu þeirra til að tileinka sér nýjar venjur og félagsleg hegðun þeirra getur leitt til einangrunar og að þeir upplifi sig sem fórnarlömb. Bataferli þeirra sem neyta fíkniefna er grýtt langhlaup og á leiðinni að breyttum lífsháttum glímur einstaklingurinn við neyslu sem tafið getur bataferlið. Bataferlið felst ekki eingöngu í að hætta neyslu fíkniefna heldur felst það líka í viðhorfsbreytingum, stuðningi, venjum og hjargráðum einstaklingsins. Rannsóknir sýna að einstaklingur með tvíþáttagreiningu er afar viðkvæmur fyrir bakslagi og því eðlilegt að áhersla sé lögð á fyrirbyggingu bakslags. Áhættuþættirnir fyrir bakslagi eru versnun á geðsjúkdómi, félagslegur þrýstingur, lélegt húsnæði í slæmu hverfi og skortur á meðferð bæði vegna fíknivanda og geðsjúkdóms. Hægt er að stuðla að fyrirbyggingu bakslags með því að skapa heilbrigt og verndandi umhverfi með raunhæfum markmiðum og hjálpa fólki að gera grundvallabreytingar á lífinu eins og að finna starf við hæfi, efla stuðningsnet fjölskyldu og vina sem eru ekki í neyslu.

Eins er mikilvægt að veita einstaklingsmiðaða meðferð við geð- og fíknisjúkdómnum og vandamálum tengdum þeim (Drake, Wallach og McGovern, 2005).

#### 4.4 Meðferðarúrræði á Íslandi

Sérhæfð þjónusta er rekin á Fíknigeðdeild Landspítalans fyrir einstaklinga sem þjást af geðröskun og glíma við alvarlegan fíknivanda. Undir Fíknigeðdeild Landspítala falla þrjár deildir: móttökugeðdeild, göngudeild fíknimeðferðar og Teigur (Landspítalinn, e.d.a.).

Göngudeild fíknimeðferðar 32E á Hringbraut er meðferðardeild fyrir sjúklinga með vímuefnavanda og geðraskanir og þar er líka greiningarstöð þar sem vandinn er greindur og meðferð síðan ákveðin í framhaldi af því. Gerð er einstaklingsmiðuð meðferðaráætlun í samráði við sjúklinginn. Sjúklingar ýmist fá meðferð á göngudeildinni sjálfri t.d. einstaklingsviðtöl, fráhrarfsmeðferð eða hópmeðferð. Aðrir fara í önnur meðferðarúrræði t.d. innlögn á 33A eða fá tilvísun á Teig (Landspítalinn, e.d.b.).

Teigur er dagdeild sem sér um eftirmeðferð fíknigeðdeildar og þar er fólki með geðraskanir og vímuefnavanda sinnt og er meðferðin hönnuð sérstaklega fyrir sjúklingahóp tvíþáttagreindra. Notast er við hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar eða svokallaða HAM- meðferð. Gerð er sú krafa til einstaklinga sem sækja meðferð á Teigi að þeir séu búnir að ná einhverju jafnvægi og séu ekki í neyslu. Að meðferðinni á Teigi koma hjúkrunarfræðingar, áfengisráðgjafar og sálfræðingar auk félagsráðgjafa og lækna þegar þörf er á. Meðferðin er hópmeðferð en þrátt fyrir það er mikil áhersla lögð á að nálgunin sé einstaklingsmiðuð og unnið sé að heildrænni úrlausn vandamála hvers einstaklings fyrir sig (Landspítalinn, e.d.c.).

Deild 33A við Hringbraut er lokuð móttökugeðdeild sem sérhæfir sig í meðhöndlun einstaklinga sem glíma við geðraskanir, vímuefnavanda,

fráhvarfseinkenni og aðra líkamlega kvilla sem fylgja þessum röskunum. Hópur fagfólks vinnur saman að því að greina bæði líffræðilega, sálræna og félagslega þætti sem stuðla að eða viðhalda báðum sjúkdómum. Áhersla er lögð á einstaklingsmiðaða meðferð (Landspítalinn, e.d.a.).

Samkvæmt Kjartani J. Kjartanssyni (munnleg heimild, 28. mars 2014) er stuðst við meðferðarlíkan Dartmouth á deild 33A sem byggir á samþættri meðferð tvíþáttagreindra. Þetta er þrepaskipt nálgun og markmið meðferðar er í samræmi við þau þrep, þetta er hægfara langtíma meðferð þar sem einstaklingur fær stuðning frá nærumhverfi og er í samráði hvað varðar meðferð. Hann segir einnig að vilji sé fyrir því að nýta betur áhugahvetjandi samtöl, veita ráðgjöf og fræðslu og vinna meira með fjölskyldunni þar sem það er hægt. Hafa þarf í huga að einstaklingar með tvíþáttagreiningar hafa mismunandi þarfir, t.d. þarf fólk með geðklofa sem er að sprauta sig með örvandi efnum og verður mjög veikt sérstaka þjónustu, svo eru aðrir sem eru með geðhvörf og eru aðallega að nota áfengi þegar þeir eru í maníu, það eru svolítið aðrar þarfir sem sá einstaklingur þarf heldur en hinn (Kjartan J. Kjartansson, munnleg heimild, 28. mars, 2014).

## **5. Áhrif tvíþáttagreiningar á þróun hjúkrunar**

### **5.1 Hjúkrun og tvíþáttagreining**

Geðhjúkrun er fag sem snýr að persónulegu ferli og snýst um það að stuðla að og viðhalda virkni einstaklings á samþættan hátt. Meðferðin gæti snúið að einstaklingi, fjölskyldu, hópi eða heilu samfélagi (Stuart, 2009). Mikil þróun hefur verið í þessari grein hjúkrunarfræðinnar og var síðasti fjórðungur 20. aldarinnar tími mikilla breytinga innan greinarinnar. Þekking á geðsjúkdómum breyttist og um leið meðferðarsamband milli sjúklings og hjúkrunarfræðings breyttist í það að verða

samstarf milli fagaðila og skjólstaðings (Stuart, 2009). Á undanförunum árum hefur sú breyting líka orðið á að þjónusta við geðfatlaða hefur í auknum mæli færst út í samfélagið og á vettvang þjónustupega (Henderson, Willis, Walter og Toffoli, 2008).

Á sama tíma, eftir 1970, var farið að loka stofnunum víða í Bandaríkjunum, Evrópu og Ástralíu sem höfðu langtímavistað geðsjúka þannig að þeir sem áður höfðu verið innilokaðir voru núna sendir út í samfélagið þar sem flæði eiturlyfja fór vaxandi. Í framhaldinu var farið að tala um tvíþáttagreiningu og menn fóru að skoða þjónustufarir þessa hóps (Rassool, 2006; Stuart, 2009; Geddes, Price og McKnight, 2012). Það má því segja að geðhjúkrunin og tvíþáttagreiningin hafi þróast samhliða í langan tíma (Munro, Watson og McFadyen, 2007). Það sem er að breytast núna, og sú þróun hefur verið í gangi í nokkur ár, er að sífellt fleiri fagstéttir koma að hjúkrun og meðferð þeirra sem eru með geðræn einkenni eða geðsjúkdóm og enn fleiri þegar fíknivandamál bætast við. Það er því ekki lengur þannig að sérmenntaður hjúkrunarfræðingur og læknir og hugsanlega sálfræðingur séu þeir einu sem koma að meðferð þeirra sem fá þjónustu frá geðsviði. Í vettvangsgeðteymi Reykjavíkur sem er sameiginlegt verkefni Reykjavíkurborgar og Landspítalans eru til að mynda starfandi hjúkrunarfræðingar, sálfræðingar, iðjuþjálfar, geðlæknir og félagsfræðingur (Landspítalinn, 2012).

## **5.2 Hlutverk hjúkrunarfræðinga í meðferð og við greiningu**

Ábyrgð hjúkrunarfræðinga á því að meðferð skili árangri er lykilatriði í starfi hjúkrunarfræðings. Í því umhverfi sem hjúkrunarfræðingar vinna í á geðsviði heilbrigðiskerfisins í dag verða þeir að hafa þor og getu til að meta meðferðir og taka ákvörðun um hvort meðferðin sé að skila árangri, ef ekki að finna þá betri leiðir til árangurs (Stuart, 2009).

Hjúkrunarfræðingar eru í lykilstöðu þegar kemur að meðferð tvíþáttagreindra og ættu að geta stjórnað og framkvæmt meðferð á farsælan hátt en margt hefur hindrað framgang og þróun meðferðarinnar (Rassool, 2006). Á síðustu árum hafa fræðimenn verið að rannsaka hjúkrun tvíþáttagreindra og kannað hvort fagmenn hafi þá þekkingu og kunnáttu sem þarf til að takast á við vandamálið (Edward og Munro, 2009). Það hefur sýnt sig að hjúkrunarfræðingar sem hafa sérhæft sig í geðhjúkrun og þeir sem meðhöndla fíkn þurfa að bæta við sig þekkingu til að standast þær kröfur sem tvíþáttagreindir gera til þjónustunnar. Geðhjúkrunarfræðingar þurfa að fá meiri fræðslu um fíkn og þeir sem meðhöndla fíknina þurfa meiri fræðslu í geðrænum vandamálum (Rassool, 2006). Hjúkrunarfræðingar eiga líka að vera í stakk búnir að greina fíknivanda þannig að hægt sé að grípa fyrir inn í og veita viðeigandi meðferð og þá þarf þekkingin á vandanum að vera til staðar (Department of Health, 2002).

Breytingar á heilbrigðiskerfinu almennt og þeirri stefnu að færa heilsugæsluna meira út í samfélagið hefur gert það að verkum að þeir hjúkrunarfræðingar sem starfa í heilsugæslunni fást oftari við verkefni sem snerta geðheilbrigði en áður.

Hjúkrunarfræðingar á heilsugæslunni ættu að hafa þekkingu til að greina vanda tvíþáttagreindra og beita fyrirbyggjandi aðgerðum og forvörnum, sé þess kostur (Rassool, 2006). Hjúkrunarfræðingar þurfa líka að vera sýnilegir úti í samfélaginu og fræða skjólstæðinga sína og almenning m.a. um geðheilsu og vímuefni (Stuart, 2009). Mat á árangri meðferðar og greiningar er því töluvert í höndum hjúkrunarfræðinga.

### **5.3 Rannsóknir á störfum hjúkrunarfræðinga sem annast tvíþáttagreinda**

Meðal þess sem fræðimenn hafa séð í gögnum sínum er að hjúkrunarfræðingar sem vinna með tvíþáttagreinda sjúklinga finna oft til vanmáttar og treysta sér ekki til þess að veita rétta meðferð (Coombes og Wratten, 2007). Ástæðan fyrir þessari vanmáttarkennd er í flestum tilfellum rakin til þess að menntun fagaðila í

heilbrigðiskerfinu sem snýr að meðhöndlun tvíþáttagreindra er ekki fullnægjandi og afar misjöfn (Munro o.fl., 2007). Það vantar upp á þekkingu hjúkrunarfræðinga á vímuefnaneyslu og tvíþáttagreiningu og enn eru fordómar í garð þeirra sem eiga við fíknisjúkdóm að etja (Rassool, 2006). Það hefur sýnt sig að viðhorfum og þekkingu hjúkrunarfræðinga sem vinna með tvíþáttagreinda er hægt að breyta með réttri fræðslu og þjálfun og um leið eykst starfsánægja þeirra og starfið skilar meiru af sér (Moore, 2013). Rannsókn var gerð á því hvort stutt fjögurra til fimm daga námskeið gætu skilað árangri í rétta átt og sýndu niðurstöður að átján mánuðum eftir fræðsluna hafði ýmislegt í starfi og viðhorfi hjúkrunarfræðinganna breyst til hins betra (Munro, Watson og McFadyen 2008). Í rannsókn Rani og Byrne (2011) kom fram að búin voru til sérstök námskeið fyrir þá sem komu að málum tvíþáttagreindra og aðlöguð að þeim þörfum sem mættu einstaklingum í tilteknu umhverfi. Þessi rannsókn leiddi í ljós að eftir að starfsfólk hafði setið námskeiðið var það öruggara með að tala um geðsjúkdóma, neyslu og vímuefni við skjólstæðinga sína og leið betur með þær upplýsingar sem það hafði (Rani og Byrne, 2011). Við fræðslu þessa starfsfólks voru notuð viðtöl, fyrirlestrar, umræðuhópar og notast var við hlutverkaleiki og voru starfsmenn helst ánægðir með umræðuhópana og vildu fá meiri jafningjafræðslu til þess að geta borið saman aðferðir og þekkingu sína (Rani og Byrne, 2011).

#### **5.4 Áhrif greiningarinnar á starf hjúkrunarfræðingsins**

Nauðsynlegt er að hlúa að andlegri og líkamlegri heilsu hjúkrunarfræðinga sem annast þennan hóp krefjandi einstaklinga (Moore, 2013). Tilkoma tvíþáttagreindra hefur orðið til þess að þeir hjúkrunarfræðingar sem vinna að meðferð þessa einstaklinga þurfa að hafa víðtæka þekkingu á geðsjúkdómum, vímuefnum og félagslega kerfinu (Rassool, 2006). Þróunin hefur leitt til þess að fagfólk vinnur nú að því að veita heildræna meðferð sem á að mæta þörfum skjólstæðinga. Til þess að það



sé mögulegt er vinna þverfaglegra teyma orðin stærri þáttur og því hafa svið fagfólks skarast og er gott dæmi um það svið félagsfræðings annars vegar og hjúkrunarfræðings hins vegar (Simpson, 2005). Eitt af því sem hefur verið rætt um er að nauðsynlegt er að fræða hjúkrunarfræðinga og aðra sem vinna í þverfaglegu teymi um það hvaða störf tilheyra hverjum og einum fagmanni í teyminu sérstaklega þegar unnið er með tvíþáttgreinda því þeirra mál eru oft flókin og teygja anga sína inn á mörg svið (Rassool, 2006). Með því ætti vinnan að verða skilvirkari og vinnuálagið ætti að jafnast meira. Eitt af því sem kom fram í rannsókn Henderson og félagar (2008) var að hjúkrunarfræðingar sem sinntu meðferð tvíþáttgreindra ættu oft erfitt með að skipta með sér verkum og fá aðrar fagstéttir inn í meðferðina sem leiddi jafnan til þreytu og starfsleiða. Þjálfun og fræðsla þeirra sem sinna tvíþáttgreindum ætti að vera aðlöguð hverjum og einum vinnustað því vafalaust er áherslumunur á þjónustubörfum þeirra sem eru úti í samfélaginu, þeirra sem eru heimilisláusir og þeirra sem dvelja á stofnun. Meðal þess sem einstaklingur sem vinnur í umhverfi tvíþáttgreindra þarf að hafa þekkingu á er m.a. tvíþáttagreining, fíknisjúkdómar, þeir þurfa að hafa getu til að meta neyslu og hættu á þróun fíknisjúkdóms, sjálf skaða, afeitrun, þekking á félagslega kerfinu, forvörnum o.fl. (Rassool, 2006). Mikilvægi þess að fylgjast vel með í faginu og sinna starfsþróun er gríðarlegt innan þessa starfssviðs, sem og annarra, og svo ætti að hvetja til jafningjastuðnings meðal fagmanna til að halda faginu lifandi og starfsumhverfinu hvetjandi (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007; Rassool, 2006). Tilkoma tvíþáttagreiningar hefur orðið til þess að hjúkrunarfræðingar hafa þurft að víkka sjóndeildarhring sinn og þurfa að hafa þekkingu á fleiri sviðum og úrræðum samfélagsins til þess að geta verið þessum einstaklingum til gagns (Rassool, 2006; Stuart, 2009).

## 5.5 Leiðir til að styrkja hjúkrunarfræðinginn

Margir hafa haldið því fram að mikilvægt sé fyrir hjúkrunarfræðinginn að skilja vinnuna eftir í vinnunni og ekki taka heimilislífið með sér í vinnuna en á síðustu árum hafa flestir orðið sammála um þá staðhæfingu að það að hjúkra er að nota sjálfan sig í meðferðarlegum tilgangi og algjör aðskilnaður þessara tveggja heima verður aldrei mögulegur (Stuart, 2009).

Hjúkrunarfræðingar sem starfa með tvíþáttagreinda þurfa að hlúa að líffræðilegum, sálfræðilegum og félagslegum þörfum einstaklingsins og verða að geta tekið á þeim tilfinningum sem fylgja því að veita þessum einstaklingum hjúkrun. Meðal þess sem hjúkrunarfræðingurinn þarf að efla er sjálfsvitundin (e. self-awareness) og líkamleg heilsa.

### 5.5.1 Starfsþróun

Mikilvægt er fyrir fagið og starfsmanninn að hlúa að starfsþróun. Í mannauðsstefnu Landspítalans (e.d.d.) kemur fram að starfsþróun hjá fagfólki er lögbundin skylda og ætti vinnustaðurinn að vera hvetjandi. Á heimasíðu Landspítalans stendur „Hjúkrunarfræðingar á geðsviði leggja mikla áherslu á lærdóm sem leiðir til starfsþróunar og að veita þjónustu sem er í sífelldri framþróun.“ (Landspítali, e.d.e.). Rannsóknir hafa sýnt að þeir þættir sem stuðla að getu fagmanna innan geðsviðs til að veita árangursríka meðferð eru menntunin, starfsþróunin og klínísk handleiðsla (Rassool, 2006). Í umfjöllun Sigrúnar Gunnarsdóttur og Helgu Bragadóttur (2007) segir að árangur heilbrigðisþjónustu sé að miklu leiti bundinn hjúkrunarfræðingunum, færni þeirra og þekkingu. Þróun á starfi hjúkrunarfræðinga er stöðug og hafa auknar kröfur um þekkingu og færni fylgt framþróun vísinda á sviði heilbrigðismála. Því eru hæfileikar og þekking sem starfsmenn búa yfir að þróast og þörfin og tækifærin fyrir símenntun hafa vaxið gríðarlega (Ásta Kristín Gunnarsdóttir,

2011). Það má því með sanni segja að menntun hjúkrunarfræðinga sé ekki lokið við útskrift heldur er krafan sú að hjúkrunarfræðingurinn haldi áfram að mennta sig í starfi og efla sig sem fagmann og einstakling.

### 5.5.2 Handleiðsla

Handleiðsla er aðferð þróuð út frá áhrifum frá sálgreiningu (Sigrún Júlíusdóttir, 2000) og hefur verið notuð talsvert fyrir starfsfólk á geðsviði Landspítalans. Hugtakið handleiðsla er komin úr grískri goðafræði og tengist því að vera lærlingur hjá eldri og reyndari einstaklingi sem kennir og miðlar þekkingu sinni og leiðbeinir um hvernig eigi að framkvæma ákveðin verk. Handleiðari hjálpar einstaklingi að vaxa í starfi með því að fara í gegnum ákveðið lærdómsferli og býr handleiðari yfirleitt yfir mikilli reynslu og sérfræðikunnáttu (Bjarni Þór Bjarnason og Inga Jóna Jónsdóttir, 2010). Það ferli sem einstaklingur er leiddur í gegnum er ætlað bæði til að skoða hvernig fagmaður og manneskja einstaklingurinn er og læra að fóta sig betur í starfi, finna styrkleika sína og veikleika. Rannsóknir hafa sýnt að það eru tengsl milli þess að líða vel í starfi og þess að hafa aðgang að einhverskonar leiðbeinanda (Tryssenaar og Perkins, 1999). Á vef Landspítalans (e.d.f.) kemur fram að hlutverk handleiðslu sé m.a. að auka starfsþrótt og starfsánægju starfsmanns og virkja hann í faglegri ígrundun og vexti. Rannsóknir hafa sýnt að með handleiðslu er hægt að koma í veg fyrir kulnun og starfsleiða og auka starfsánægju og um leið er verið að gera hjúkrunarfræðinga hæfari í starfi (Hyrkäs, 2005). Eins hafa rannsóknir sýnt að með handleiðslu þróar hjúkrunarfræðingurinn færni sína og þá verður þróun á faglegum þáttum starfsins og leiðir ferlið til sjálfstæðis (Hyrkäs, Koivula og Paunonen, 1999). Handleiðsla gæti því talist hluti af stuðningsneti starfsfólks innan heilbrigðiskerfisins. Víða er handleiðsla óaðskiljanlegur hluti faglegs starfs og lögboðin krafa hjúkrunarfræðinga og annarra starfsstétta (Driscoll og O'Sullivan,

2007). Á Landspítalanum er starfandi handleiðsluteymi sem fylgir eftir stefnu félagsráðgjafa um faghandleiðslu innan spítalans (Landspítalinn, e.d.f).

Sjálfsvitund er mikilvægt hugtak og það er mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinginn að vera meðvitaður um sjálfsvitund sína. Þegar talað er um sjálfsvitund falla þar undir þættir eins og þekking hjúkrunarfræðingsins á sjálfum sér, fordómum sínum og persónuleika. Til að efla sjálfsvitund sína er nauðsynlegt að hlusta á hugsanir sínar og viðbrögð og ígrunda hegðun sína og mikilvægt er að vera opinn fyrir því að læra af öðrum og reyna að sjá sjálfan sig með augum annarra (Stuart, 2009). Þetta er meðal þess sem unnið er að í handleiðslu. Að hlúa að sjálfum sér bæði líkamlega og andlega hefur mikið að segja og getur komið í veg fyrir kulnun í starfi (Richards, Campenni, Muse-Burke, 2010).

Í hjúkrunarkenningu Sigríðar Halldórsdóttur um faglega umhyggju (2006) setur hún fram fimm þætti sem stuðla að faglegri umhyggju, sem er það sem hjúkrunarfræðingar eiga að geta veitt skjólstæðingum sínum, og eru þessir þættir: umhyggja, samskipti og tengsl, fagvíska, fagleg færni og að lokum sjálfsþekking og sjálfsrækt. Það verður seint of oft sagt að sjálfsræktin er nauðsynlegur þáttur og mikilvægur hlekkur í því að geta veitt faglega umhyggju.

## 6. Umræður

Tvíþáttagreining er nokkuð nýtt hugtak innan heilbrigðisþjónustunnar og er notað yfir einstaklinga sem bæði hafa verið greindir með geðsjúkdóm og fíknisjúkdóm. Tvíþáttagreining kom fram á tímum mikilla breytinga í geðheilbrigðisþjónustunni þegar verið var að loka stofnunum sem höfðu áður langtímvistað einstaklinga með geðsjúkdóma (Rassool, 2006). Í kjölfar þeirra breytinga streymdi þetta fólk út í samfélag þar sem straumur ávanabindandi efna var alltaf að aukast og auðvelt var að nálgast þessi efni. Maður veltir því fyrir sér hvaða áætlanir menn höfðu um afdrif þessa fólks. Þetta fólk sem þarna var sett út í samfélagið fékk engan undirbúning og enga aðlögun að lífinu sem fram fór utan stofnana og margir hverjir höfðu dvalið í ár eða jafnvel áratugi innilokaðir á stofnun. Óöryggið sem hefur myndast í sálum þessa fólks hlýtur að hafa verið töluvert. Þarna varð til nýr þjónustuhópur sem þurfti að leita sér hjálpar með öðrum leiðum og lausn samfélagsins var ekki lengur að taka þetta fólk úr samfélaginu og loka það inni. Heilbrigðiskerfið þurfti að bregðast við þörfum þessa nýja hóps á nýjan hátt.

Í dag áratugum seinna er ekki enn búið að móta kerfi sem fullnægir þörfum þessa einstaklinga og enn er þetta hópur sem verður útundan í heilbrigðiskerfinu. Meðferðarform hafa verið þróuð og eftir þeim hefur verið unnið en útkoman hefur ekki verið sérlega árangursrík. Fræðimenn virðast vera í dag sammála um það að meðferð tvíþáttagreindra þarf að vera einstaklingsmiðuð og taka þarf til greina félagslegt umhverfi og flóknar þarfir (Drake, o.fl., 2001). Breska heilbrigðisráðuneytið gaf út opinberar leiðbeiningar um hvernig meðferð tvíþáttagreindra skal háttað (Department of Health, 2002). Það vakti athygli okkar að þessar leiðbeiningar eru gefnar út árið 2002 og enn reynist erfitt fyrir heilbrigðiskerfið að halda utan um þennan hóp rúmum áratugum seinna og má taka sem dæmi að á Írlandi

er innan við áratugur síðan farið var að skrá fíknivanda hjá þeim sem eru með geðsjúkdóma (Rani og Byrne, 2011). Þess má geta að fram kemur í skýrslu um stefnumótun geðsviðs Landspítala (2009) að innan margra landa eru fíknigeðlækningar viðurkennd undirsérgrein geðlækninga.

Á Íslandi má reikna með því að hópur tvíþáttgreindra sé hlutfallslega jafn stór og í öðrum ríkjum Evrópu. Á undanförunum fimm árum hafa orðið miklar breytingar á geðsviði Landspítalans og má þar t.d. nefna opnun ferli- og bráðabjónustu. Fyrirhugaðar eru enn meiri breytingar á þjónustunni. Enn hafa ekki verið gefnar út klínískar leiðbeiningar eða aðrar leiðbeiningar um meðhöndlun tvíþáttgreindra á Landspítala en höfundar hafa orðið varir við miklar umræður og vangaveltur um það hvernig skuli taka á þessum málum. Árið 2007 gaf Embætti Landlæknis út klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðhöndlun áfengisvanda í heilsugæslu en ekki hafa verið gerðar, enn sem komið er, álíka leiðbeiningar fyrir vímuefnavanda (Embætti Landlæknis, 2007). Það verður því áhugavert að fylgjast með því hvernig málin þróast á næstu árum.

Starf hjúkrunarfræðinga hefur breyst gríðarlega í gegnum tíðina og kröfur og hlutverk þeirra breytist hratt í takt við framfarir í læknávisindum. Með breytingu heilbrigðiskerfisins og auknu vægi heilsugæslunnar er vel hægt að ímynda sér að heilsugæsluhjúkrunarfræðingar eigi eftir að koma meira að greiningu og fyrstu inngrípum tvíþáttgreindra. Það er mjög mikilvægt að hjúkrunarfræðingar skoði vel það umhverfi sem þeir vinna í og læri að þekkja þarfir samfélagsins og verði duglegir við að safna þekkingu til að geta sinnt þörfum þess samfélags sem þeir starfa í (Stuart, 2009). Í dag hefur orðið mikil vakning meðal fagstétta að starfa eftir gagnreyndum aðferðum þeirra fræðigreina sem þeir starfa innan og áherlsan á starfsþróun og endurmenntum er mun meiri nú en fyrir nokkrum árum. Það er mjög ánægjulegt að

sjá hversu mikið er lagt upp úr starfsþróun á Landspítala og á heimasíðunni liggur fyrir námskrá þar sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geta skráð sig á styttri námskeið og gengið í leshópa. Fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga er nú í boði starfsþróunarár veturinn 2014-2015 og á geðsviði er í boði starfsþróunarár fyrir hjúkrunarfræðinga sem hefja störf innan geðsviðsins.

Áhrifin sem greiningar eins og tvíþáttagreining hefur á hjúkrunarstéttina sem fagstétt eru töluverð. Til þess að sinna þessum einstaklingum þarf að víkka sjóndeildarhring hjúkrunar og afla sér þekkingar á ýmsum sviðum samfélagsins sem ekki falla undir hina hefðbundnu hjúkrun. Vandamál tvíþáttagreindra snýr ekki aðeins að læknisfræðilegum, sálfræðilegum og félagslegum þáttum heldur snertir það alla þætti daglegs lífs þeirra og þarf þekking hjúkrunarfræðingsins að ná yfir alla þessa þætti.

Á komandi árum verða væntanlega gerðar breytingar á námi hjúkrunarfræðinga í takt við breyttar kröfur og breytt starfsumhverfi. Starfsheiti hjúkrunarfræðinga er lögverndað og eru kröfurnar og ábyrgðin sem fylgir starfinu töluverðar. Það er því gríðarlega mikilvægt að standa vel að menntun, starfsþróun og styrkingu hjúkrunarfræðinganna sem fagaðila. Fagmennska snýst um að hafa hagsmuni skjólstæðinga sinna að leiðarljósi og ætti alltaf að vera í forgrunni í starfi hjúkrunarfræðings.

## 7. Lokaorð

Tvíþáttagreining er vandamál sem getur haft mikil áhrif á samfélagið í heild sinni. Allar líkur eru á því að tvíþáttgreindum eigi eftir að fjölga og þessi hópur eigi eftir að verða stærri hluti þeirra sem þurfa á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda. Eins er það okkar mat að til þess að þessir einstaklingar fái þá þjónustu sem þeir þurfa er nauðsynlegt fyrir heilbrigðisstéttir að finna leiðir til að koma til móts við þennan hóp úti í samfélaginu á þeirra eigin forsendum. Til þess að geta veitt þessum hóp fullnægandi meðferð þarf að styrkja og efla hjúkrunarfræðinginn og gera hann í stakk búinn til að takast á við það krefjandi verkefni sem meðferð tvíþáttgreindra er. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingurinn fái menntun og fræðslu sem hentar því starfsumhverfi sem hann vinnur í og öðlist þjálfun í þverfaglegri teymisvinnu. Talið er að með þverfaglegri teymisvinnu sé hægt að nálgast tvíþáttgreinda á heildrænan hátt og nýta þekkingu og færni allra í teyminu til þess að þróa einstaklingsmiðaða meðferð sem vonast er til að skili betri árangri og styðji einstaklinginn til virkni innan þjóðfélagsins.

Hjúkrunarfræðingurinn ætti að hlúa vel að sjálfum sér og þróa með sér sjálfsvitund. Mikilvægt er að tileinka sér fagmennsku í starfi og gera sér grein fyrir því að starfsþróun hefst áður en nám í hjúkrunarfræði klárast og ætti að halda áfram meðan starfað er innan fagstéttarinnar.



### Heimildir

Adams, M. W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 101-108.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa, endurskoðuð). Washington: American Psychiatric Association.

Ásta Kristín Gunnarsdóttir. (2011). Gildi Landspítala og starf deildastjóra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(1), 36-41.

Bizzari, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandalor, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C. og Dellantonio, E. (2005). Dual Diagnosis and Quality of Life in Patients in Treatment for Opioid Dependence. *Substance Use & misuse*, 40, 1765-1776. doi: 10.1080/10826080500260800

Bjarni Þór Bjarnason og Inga Jóna Jónsdóttir. (2010). Í Ingjaldur Hannibalsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XI* (bls. 50-58). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.

Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. og Walter, G. (2008). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 238-258. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x

- Cleary, M., Walter, G., Hunt, G. E., Clancy, R. og Horsfall, J. (2008). Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(12), 43–49. doi: 10.3928/02793695-20081201-02
- Coombes, L. og Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 382-392.
- Department of Health. (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide. Dual Diagnosis Good Practise Guide*. London: Department of Health Publications.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
- Drake, R. E., Wallach, M. A. og McGovern, M. P. (2005). Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among Client With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 56(10), 1297–1302.
- Driscoll, J. og O'Sullivan, J. (2007). The place of clinical supervision in modern healthcare. Í J. Driscoll (ritstjóri), *Practising Clinical Supervision: A Reflective Approach for Healthcare Professionals* (2. útgáfa) (bls. 3-26). London: Baillière Tindall.
- Embætti Landlæknis. (2007). Klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðhöndlun áfengisvanda í heilsugæslu. Sótt af [http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item2535/](http://www.landlaeknir.is/utgefing/efni/skjal/item2535/)

- Edward, K. L. og Munro, I. (2009). Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 74-79.  
doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x
- Geddes, J., Price, J., Mcknight, R., Gelder, M. og Mayou, R. (2012). *Psychiatry* (4. útgáfa). New York: Oxford.
- Hall, D. H. og Queener, J. E. (2007). Self-Medication Hypothesis of Substance Use: Testing Khantzian's Updated Theory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(2), 151-158.
- Henwood, B. og Padgett, D. K. (2007). Reevaluating the Self-Medication Hypothesis among the Dually Diagnosed. *The American Journal on Addictions*, 16, 160-165. doi: 10.1080/10550490701375368
- Henderson, J., Willis, E., Walter, B. og Toffoli, L. (2008). Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery? *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 162-170. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00528.x
- Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout, and job job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 531-556. doi: 10.1080/01612840590931975
- Hyrkäs, K., Koivula, M. og Paunonen, M. (1999). Clinical supervision in nursing in the 1990s – current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*, 7(3), 177-187.
- Íslensk orðabók. (2007). Reykjavík: Forlagið.

Krausz M., Verthein U. og Degkwitz P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research*, 5, 55–62.

Landspítalinn. (2009). Stefnunótun geðsviðs Landspítala. Í Bjarni Össuraron, Páll Matthíasson og Rakel Valdimarsdóttir (ritstjórar), Stefnunótun Landspítala (bls. 2-37). Reykjavík: Landspítali.

Landspítalinn. (2012, október). *Tveggja ára stöðumatsskýrsla vettvangsteymis Reykjavíkur*. Sótt af <http://lsh.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Klinisk-svid-og-deildir/Gedsvid/Deildir/Vettvangsgedteymi/tveggja%20ára%20stodumatsskyrsla%20Vettvangsgeðteymis%20.pdf>

Landspítalinn. (e.d.a.). *Fíknigeðdeild*. Sótt af <http://www.landspitali.is/klinisk-svid-og-deildir/gedsvid/thjonusta-a-gedsvidi/deildir/fiknigeddeild/>

Landspítalinn. (e.d.b.). *Göngudeild fíknimeðferðar 32E*. Sótt af <http://www.landspitali.is/?PageID=14182>

Landspítalinn. (e.d.c.). *Teigur- dagdeild*. Sótt af <http://www.landspitali.is/?PageID=14183>

Landspítalinn. (e.d.d.). *Mannauðsstefna Landspítala*. Sótt af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=11445>.

Landspítalinn. (e.d.e.). *Hjúkrunarfræðingar*. Sótt af <http://www.landspitali.is/klinisk-svid-og-deildir/gedsvid/thjonusta-a-gedsvidi/faghopar-gedsvids/hjukrunarfraedingar/>

Landspítalinn. (e.d.f.). *Handleiðsla*. Sótt af <http://www.landspitali.is/?PageID=15626>

Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J. og Rounsaville, B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: A modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 297-308.

Mueser, K.T., Drake, R. E. og Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-733.

Mueser, K. T., Noordsy, D.L., Drake, R. E. og Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.

Munro, A., Watson, H. E. og McFadyen, A. (2007). Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1430-1438. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.024

Moore, J. (2013). Dual diagnosis: training needs and attitudes of nursing staff. *Mental Health Practice*, 16, 27-31.

Phillips, P. (2000). Substance misuse, offending and mental illness: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3, 483-489.

Phillips, P. og Johnson, S. (2003). Drug and alcohol misuse among in-patients with psychotic illnesses in three inner- London psychiatric units. *Psychiatric Bulletin*, (27), 217-220. doi: 10.1192/pb.27.6.217

Rani, S. og Byrne, H. (2012). A multi-method evaluation of a training course on dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 509-520.

doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01808.x

Rassool, G. H. (ritstjóri). (2006). *Dual Diagnosis Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Professionalism in Nursing*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Richards, K. C., Campenni, C. E og Muse-Burke, J. L. (2010). Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness an Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32, 247-264.

Rollnick, S., Miller, W. R. og Butler, C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press.

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2010). *Ársrit SÁÁ 2007-2010*. Reykjavík: Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann.

Simpson, A. (2005). Community psychiatric nurses and care co-ordinator role: Squeezed to provide 'limited nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 689-699.

Sigríður Halldórsdóttir. (2006). Hjúkrun sem fagleg umhyggja: Kynning á hjúkrunarkenningu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 1, 2-11.

- Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir. (2007). Hvað er starfsþróun og fyrir hverja er hún? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(5), bls. 14-17.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2000). Handleiðslumál fagfólks á Íslandi. *Sálfræðiritið- Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 6(1), 51-62.
- Sigurbjörg Kristmundsdóttir. (2011). *Þjónustuparfir einstaklinga með tvíþátta sjúkdómsgreiningu*. Háskóli Íslands: Hjúkrunarfræðideild.
- Stuart, G. W. (2009). Principles of psychiatric Nursing Care. Í Stuart, G. W. (ritstjóri), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9. útgáfa) (bls. 2-169). St. Louis: Mosby.
- Taylor, D., L. og Stuart, G., W. (2009). Chemically Mediated Responses and Substance- Related Disorders. Í G. W Stuart (ritstjóri), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9. útgáfa) (bls. 414-457). St. Louis: Mosby.
- Tiet, Q., Q. og Mausbach, B. (2007). Treatments for Patients With Dual Diagnosis: A Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), bls. 513-536. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.0036.x
- Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Baldacchino, A. og Sherwood, S. (2004). Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 48-54.
- Tryssenaar, J. og Perkins, J. (1999). From Student to Therapist: Exploring the First Year of Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 19-27.

Walsh, Y. og Frankland, A. (2005). Dual Diagnosis 2005. *The Mental Health Review* 2, 7-14.

World Health Organisation. (2010). *International Classification of Diseases (ICD)*.  
Genf: World Health Organisation.

World Health Organisation. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genf: World Health Organisation.