

Ungdomsnarkomane i psykiatrisk sykehus

Jan Stang

På Dikemarks sjukhus i Oslo har man under senere år i allt større utsträckning fått ta emot unga narkomaner. Detta har föranlett en rad särskilda vårdorganisatoriska åtgärder, bl a med en särskild satsning på avdelning Bjerget. I nedanstående artikel redogör Jan Stang, assisterende overlege vid Dikemarks sykehus avdeling I, för behandling och miljöterapeutiska prinsipier i behandlingsopplægningen och vissa preliminära erfaringer av verksamheten.

Dikemark er psykiatrisk sykehus for Oslo by med en populasjon på 480 000. Avstanden fra Oslo til Dikemark er 30 km. Opprinnelig var sykehuset delt i en kvinne- og en mannsavdeling. Idag er vi inne i en omstrukturering i forbindelse med sektorisering av Oslo i 4 regioner. Planen er at Dikemark skal yte psykiatrisk service til 3 av sektorene i Oslo, mens Gaustad psykiatriske sykehus, som ligger i byen, skal overta den 4. sektor. Samkjøring med de eksisterende psykiatriske klinikkavdelinger, sosialkontorer, osv, er forutsatt.

Avdeling I, tidligere mannsavdelingen, har siden 1968 blandet belegg, men fortsatt overveiende menn. Sengetallet er ca 270. Siden 1967 har vi hatt en betydelig økning av unge narkomane. I 1968 tok vi imot 12 klienter. I tiden 1.7.1970 till 30.6.1971 (dvs 1 år) var tallet 30. Hösten 1971 hadde vi 25 narkomane samtidig. Dette forholdsvis store antallet førte oss opp i en krisesituasjon.

15 av disse 25 klientene var på avsnitt Bjerget, en åpen avd med 47 plasser for kvinner og menn. Det øvrige klientellet her er temmelig uensartet med både alvorlige og lettere sinnslidelser. Gjennomsnittsalderen er ca 30 år. De fleste ungnarkomane kommer til oss etter å ha vært i kontakt med flere andre institusjoner. Et typisk trekk ved den "hårde kjerne" av narkomane er at de ganske snart bruker opp de institusjonsmiljøer de kommer i kontakt med. Det samme har skjedd hos oss. Dette er uheldig, da klientene på denne måten glir inn i en karusell av forskjellige institusjoner som hver for seg ikke føler det endelige ansvar. Når de helt store provokasjoner melder seg, og vi ikke har kapasitet og ekspertise til å møte dem, fristes vi til å administrere klienten ut. På den annen side har vi fullt ut akseptert at disse ungdommene med sterkt labil motivasjon, utpeker seg som en pendlergruppe mellom utemiljø og institusjon. De som forlater avdelingen, får beskjed om at de vil bli mottatt senere hvis de ønsker det, og under forutsetning av at plass kan skaffes. Dette siste er et stadig økende problem. Tilbud om fortsatt kontakt gjennom vårt ettervernkontor i Oslo står som regel åpent.

Et typisk trekk ved den "hårde kjerne" av narkomane er at de ganske snart bruker opp de institusjonsmiljøer de kommer i kontakt med.

.....
*Vi ser klart behovet for en sentral ungdoms-
psykiatrisk institusjon som kan drive ambulant
og institusjonsbehandling i samarbeid med
sosialkontorene, politi, barnevernsnemnd og
psykiatriske institusjoner forövrig.*
.....

Manglende koordinering

I denne forbindelse vil jeg nevne at vi lider under manglende koordinering av våre sykeavdelinger på Dikemark, med sitt ettervern i Oslo, på den ene siden, og Oslo kommunes ungdomsavdelings uteseksjon, Statens Klinikk for narkomane, Oslo Helseråds avd for psykiatri, osv, på den andre siden. En slik ønskelig samkjøring er imidlertid tidkrevende og blir ofte forsømt. Vi ser klart behovet for en sentral ungdomspsykiatrisk institusjon som kan komplettere og utvide den oppsøkende og registrerende virksomhet, foruten drive ambulant og institusjonsbehandling i samarbeid med sosialkontorene, politi, barnevernsnemnd og psykiatriske institusjoner forövrig. Jeg skulle tro at et team knyttet til Uteseksjonen eller Oslo Helseråds avd for psykiatri, kunne påta seg en koordinering av oppgavene med de ungnarkomane.

Som så mange andre har vi på I Avd engasjert oss betydelig i ungdomspsykiatrien i de senere år. Vi har imidlertid fortsatt overvekt av langtids-pasienter. Av 270 sengeplasser, regner vi at ca 70 ikke er låst av langtidsklientell. Ikke alle avsnitt egner seg for behandling av ungnarkomane, så vi har satset vesentlig på avsnitt Bjerget. Opprinnelig planla vi å motta maksimum 5—6 ungnarkomane på 47 senger her. Spredningsprinsippet ble lagt til grunn med ca 10—15 % stoffmisbrukere i avsnittet. Det ble snart kjent at Bjerget var en "ungdomsavdeling" med bl a narkomane. Dette førte til en betydelig pågang, og vi fant oss i en krisesituasjon, som nevnt, med 15 narkomane, dvs 30 % av belegget, høsten 1971.

Behandlingsopplegget

För jeg går videre, vil jeg ganske kort omtale behandlingsopplegget i avsnitt Bjerget. Det uens-

artede klientellet er delt opp i 4 grupper à 12 pasienter. Hver gruppe har sitt faste personale med en sykepleier som gruppeleder. Til hver gruppe er også knyttet sosionom, arbeidsterapeut og lege. Klientene har psykoterapeutiske gruppemøter 5 ganger i uken. Gruppene er ganske autonome og bestemmer sin egen politikk innenfor en støire organisasjonsramme for hele avsnittet. Avsnittet har 2 fellesmøter for samtlige pr uke. Fellesmøtene fungerer bl a som kommunikasjonsledd mellom gruppene for å unngå smågruppeisolasjon. Pasientene velger sitt eget styre med formann, viseformann, fellesmøtereferent, kantinebestyrer, osv. Hver gruppe har sitt arbeidsterapilokale, slik at gruppekontinuiteten og samholdet bevares. Foruten tradisjonell arbeidsterapi, har vi også mere realistisk industrielt betont arbeidstrening.

Sykehuset har egen skole for pasientene. Undervisningen, med alt det den innebærer, utgjør et særdeles viktig ledd i behandlingen. Det er klart at vi har oversett pedagogikkens ressurser i dette krevende arbeid tidligere. En betydelig del av de ungnarkomane har ufullstendig folke- eller ungdomsskole. Den faste, men ikke altfor krevende og pressende skolesituasjon våre elever føres inn i, gir trygghet og kontakt. Deres selvtillit bygges gradvis opp når de klarer eksamen i de ene fag etter det annet. Det er imponerende og gledelig å se hva den enkelte klient kan prestere i et virkelig positivt og nært samarbeid med lærere i små, intime grupper.

De 4 gruppene planlegger selv utflukter, kino og teaterbesök. Alle prøver å gjennomføre morgengymnastik. Vår fritidsleder er behjelpelig med diverse aktiviteter om ettermiddagen og kvelden, nemlig film- og teatergruppe, musikkgruppe, litteraturgruppe, osv. Gjennom gruppesystemet oppnår vi spredning av de ungnarkomane, slik at spesielle undergruppedannelser motvirkes.

.....
*Det er klart at vi har oversett pedagogikkens
ressurser i dette krevende arbeid tidligere.*
.....

.....
Motiveringen viser seg ofte å være tynnere enn man umiddelbart får inntrykk av ved innleggelsen.
.....

.....
Narkomane i nedtrappingsfasen kan være uhyre provoserende og vanskelige å ha med å gjøre.
.....

Motivering — och resultat

Vi satser i første rekke på klienter som har en brukbar motivering, men denne viser seg ofte å være tynnere enn man umiddelbart får inntrykk av ved innleggelsen. Bortsett fra noen ganske få med positiv motivering for hjelp, er de fleste hos oss p g a manglende alternativ. En gruppe ber om hjelp for kort og godt å kunne overleve. Det dreier seg i disse tilfellene ikke om noe egentlig ønske om å slutte med stoff, men bare en hvilepause for å komme i brukbar forfatning, slik at kroppen atter kan nyte rusen. Men disse siste trenger selvfølgelig hjelp for å berge livet, og de blir mottatt på tross av manglende egentlig motivering. Det er imidlertid klart at de kroppslig sykeste bør tas hånd om i en egen avdeling. Vi mottar narkomane til nedtrapping på Methadon, eller en kombinasjon av Heminevrin og Retardin. Forøvrig brukes også psykofarmaka i noen utstrekning.

På I Avd har vi satt en grense for antall ung-narkomane på 15, og håper derved å kunne gjøre

en hederlig innsats for få, enn dårlig for mange. Vi er nå igang med å kartlegge de narkomanes prognose ved etterundersøkelse hvert annet år. Hva som blir resultatet av behandling og andre påvirkninger på lengre sikt, er et åpent spørsmål. Foreløpig er resultatet dårlig og selvfølgelig pessima for langtkomne sprøytenarkomane.

Et stadig økende problem er mangel på senge-plasser for kriseintervensjon og nedtrapping av narkomane. Dette er sannsynligvis den minst attraktive side av dette arbeid som få er villig til å påta seg. Politiets observasjonsavdeling ved Ullevål sykehus i Oslo, og Statens klinikk for narkomane utenfor Oslo, har tatt de tyngste løft her. Vi har imidlertid selv til fulle erfart at narkomane i nedtrappingsfasen kan være uhyre provoserende og vanskelige å ha med å gjøre. Selv om arbeidet med narkoman ungdom er frustrerende og lite oppmuntrende, er det psykiatriens ansvarsområde, men i bredt samarbeid med samfunnets øvrige tilbud.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Med. Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOÅS.