

Brugernes syn på integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom

Hvis det er svært at få mennesker med en dobbeltdiagnose i behandling – og at fastholde dem dér – er det vigtigt, at de kan lide den behandling, de får tilbudt.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Mennesker med en dobbeltdiagnose er svære at få sat i behandling og fastholde i behandling. De bliver ofte af behandlingssystemet beskrevet som 'svært integrerbare' og som 'svingdørspatienter'. Disse karakteristika har været medvirkende til udviklingen af nye anbefalinger for behandlingen af denne gruppe: Behandlingstilbuddene skal blandt andet være integrerede – dvs. at behandling for den psykiske sygdom og misbruget skal tilbydes samlet (se f.eks. 1, 2, 3 og 4). Tilbuddene skal være lavtærskel-tilbud – dvs. at folk med behov for behandling let skal kunne komme i behandling (5), og der skal være en relativ lav bruger-behandler ratio, så behandlerne har mulighed for at engagere sig i brugernes ofte mange forskellige, tunge og komplekse problemstillinger (1).

KASA er et ambulatorium, hvis målgruppe er mennesker med en alvorlig psykisk sygdom, et alvorligt og kaotisk stofmisbrug og en kaotisk social situation. Dette tilbud har man søgt at rette specifikt mod de mennesker med en dobbeltdiagnose, der er svære at rumme inden for andre tilbud, og man har bl.a. brugt de ovennævnte tiltag for at sikre dette. Tilbuddet ligger således inden for rammerne af både de nationale og internationale anbefalinger for behandlingen af dobbeltdiagnose. Denne artikel rejser

spørgsmålet om, hvad KASA's brugere synes om denne form for behandling. For hvis mennesker med en dobbeltdiagnose er svære at få i behandling og fastholde i behandling, er det vigtigt, at de kan lide den behandling, som de får tilbudt.

Behandlingstilbuddet i KASA

Behandlingen i KASA består af medicinsk behandling af brugerens psykiske lidelser og af deres misbrug, hvor det er muligt. Der er en række gruppetilbud, der omfatter motion, psykoedukation og



kognitiv behandling af de psykiske sygdomme og misbruget - samt mulighed for individuelle samtaler med psykiater, psykolog, socialrådgiver og case manager. Den faglige baggrund for case managerne er sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller pædagog. Den overordnede behandlingssideologi i KASA er skadesreduktion, hvor man ikke udelukkende arbejder mod stoffrihed, men også mod andre mål som f.eks. stabilisering af misbruget på et lavere niveau og en større indsigt i misbrugets negative konsekvenser og sammenhængen mellem misbrug og psykisk sygdom. Dette indebærer også en accept af, at mange af brugerne vil fortsætte med et vist misbrug på trods af behandlingen.

Behandlingen i KASA er orga-

niseret efter principperne om case management, hvor én person er ansvarlig for at udrede og organisere de ofte mange behandlingstiltag, som er nødvendige for at kunne hjælpe den enkelte bruger (6). KASA har også en cafe, som dels benyttes som ramme for socialt samvær, dels som ramme for social færdighedstræning og miljøterapi, og endelig som et rum hvor man arbejder videre med den behandling, som introduceres i grupperne og ved de individuelle samtaler. I cafeen er der altid en medarbejder til stede, som har flere forskellige funktioner: at observere brugernes adfærd, at udøve en vis kontrol, at kunne have kontakt til brugerne uden for de egentlige behandlingstilbud og sørge for, at personalet er tilgængeligt. For nogle brugere fungerer cafeen også som en indgang til de øvrige behandlingstilbud, da det her er let at få kontakt med personalet og tale om, hvordan man har det (7).

Behandlingen i KASA er – ud over ovenstående – karakteriseret ved at være intensiv og baseret på en tæt relation mellem bruger og personale. Hver case manager har således kun 5 primære brugere. Der er dermed også relativt mange personalemæssige ressourcer til stede, som gør det muligt at hjælpe brugerne med mange forskellige problemer. Denne type af behandlingstilbud er i andre sammenhænge blevet karakteriseret som 'wrap-around-services', der sigter til, at brugerne bliver dækket helt ind af behandlingstilbuddet.

Metode

Denne artikel er en del af et antropologisk forskningsprojekt om KASA, og forskellige elementer ved behandlingen har været præsenteret her i STOF i to tidligere artikler (6, 7), der også har beskrevet brugergruppen nærmere. Projektet har været i gang siden september 2005, og de data og analyser, som er præsenteret her, er baseret på en tæt kontakt med ambulatoriet, dets

brugere og personale over en to-årig periode. Metoderne til dataindsamlingen har dels været deltagerobservation i ambulatoriet og dels åbne interview med brugere og personale. Med åbne interview menes, at det i vid udstrækning er de interviewedes vurdering af de drøftede emner, som bliver registreret.

En vigtig del af de data, som jeg præsenterer her, kommer fra de samtaler, som jeg har haft med brugerne om deres syn på KASA, hvad de godt kan lide, og hvad de synes er mindre godt. En anden del kommer fra observationer af samtaler brugerne imellem og mellem bruger og case manager. De mere formelle samtaler eller interview er foretaget med 15 brugere, men alle KASA's 25 brugere har været en del af den øvrige dataindsamling. Det har været vigtigt med flere forskellige tilgange til brugerne. Dels fordi brugerne pga. deres psykiske lidelse har svært ved at deltage i lange og udforskende interview, og dels fordi brugernes opfattelse af KASA svinger med deres humør, deres psykiske lidelse og deres misbrug. De data, der her præsenteres, er ikke nødvendigvis repræsentative for alle KASA's brugere, men er udvalgt, så de dækker hele spektret af brugernes oplevelser med behandlingen.

Generelt er mine data omkring brugernes syn på KASA karakteriseret ved at være meget positive i de formelle interview, mens mere negative forhold primært kommer til syne ved reaktioner i dagligdagen og mere uformelle meningsudvekslinger. At de formelle interview er præget af positive udsagn skyldes flere ting. For det første at brugerne generelt er meget glade for at være i KASA, af de grunde som vil blive præsenteret nedenfor. For det andet er de formelle interview ofte foretaget med brugerne på tidspunkter, hvor de har haft det rimelig godt – både psykisk og misbrugsmæssigt, hvilket er blevet afspejlet i et generelt positivt syn på deres tilværelse



og behandling. Havde de haft det dårligt, havde de ikke formået at sidde stille og snakke med mig. For det tredje har mange af dem en sådan relation til deres kontaktperson – fortæller de mig – at de kan snakke om både gode og dårlige ting ved behandlingen med dem. Det betyder, at jeg ikke har fået den funktion, som antropologer ellers ofte får, at alt det dårlige bliver fortalt til mig, fordi jeg er ufarlig i forhold til deres fortsatte behandling i institutionen. Kun to brugere har brugt mig på denne måde.

Så meget af det kritiske materiale i denne artikel kommer fra brugerne reaktioner i hverdagen. Og her er det vigtigt at nævne, at brugerne generelt også er positive i den mere uformelle snak – flere af de positive udsagn nedenfor kommer da også fra disse data. Kritikken baserer sig i vid udstrækning på data fra deltagerobservationen. Følgende eksempler illustrerer nogle af de situationer, hvor disse data er indsamlet:

1) Når en bruger har været til samtale med læge og kontaktperson og efterfølgende kommer ud og sætter sig i sofaen og brokker sig over indholdet og konklusionen på deres samtale; 2) når jeg har siddet sammen med en gruppe brugere i cafeen, og snakken har drejet sig om deres medicin, og hvorfor de ikke får den medicin, som de gerne vil have; eller 3) når jeg har været den, der ringede rundt om morgenen for at vække brugerne og høre, om de kom, og er blevet skældt ud, fordi man var træt af altid at blive ringet op.

Brugernes syn på KASA

Der skal være julefrokost i KASA. Personalet har været i gang med at lave mad siden morgenstunden, og de fleste af ambulatoriets 25 brugere sidder i cafeen og småsnakker om, at de glæder sig, at maden dufter dejligt, og at bordet ser rigtig fint ud med røde servietter. Et par af brugerne hjælper personalet med maden. Et par af brugerne når at gå, inden maden er færdig – de har ikke

lyst til at sidde i så stor en forsamling eller har ikke sovet godt om natten. De får lidt af den færdige julemad med hjem, hvis det ikke lykkes personalet at overtale dem til at blive.

Da maden står på bordet lidt i 12, sætter alle sig og går i gang. På et tidspunkt begynder et par af brugerne at snakke om, hvem der skal holde tale i år. En bruger, som ved tidligere lejligheder har rejst sig og sagt pæne ord, undslår sig denne gang. Så rejser Sofie – en af KASA's få kvindelige brugere – sig og siger, at så skal hun nok. 'Selv om jeg ikke altid er helt enige med jer [personalet] – og særlig dig [hun kigger over på psykiateren] – så er det et dejligt sted at komme, og I er så søde ved os. Skål'. Hele bordet klapper og skåler.

En halv time senere er julefrokosten ved at være færdig. Folk har rejst sig for at gå hen og ryge. Flere vil gerne hjem nu, da arrangementet er overstået, og personalet går så småt i gang med at rydde op.

I de samtaler og interview jeg har haft med de fleste af KASA's brugere over en 2-årig periode, har langt de fleste givet udtryk for, at de var glade for at gå i KASA, at de syntes, de fik hjælp med en lang række af deres problemer, at personalet var søde og hjælpsomme, og at de ikke havde lyst til at skulle gå i behandling et andet sted på et tidspunkt. Nogle få brugere har givet udtryk

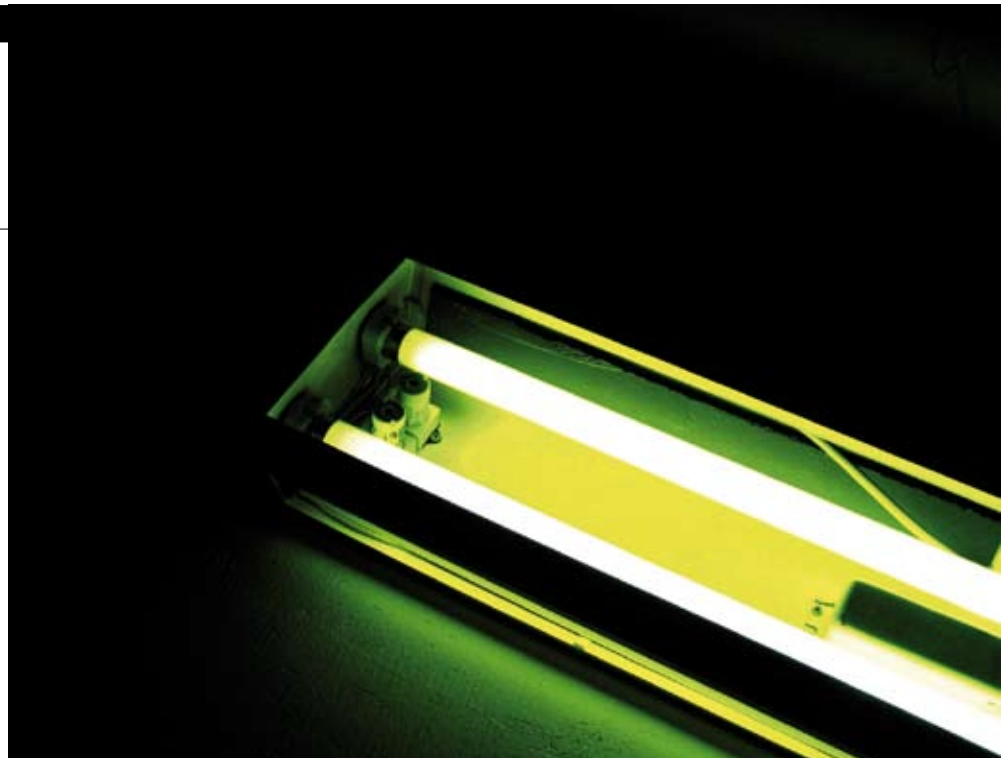
for, at behandlingstilbuddet er godt nok, men at de grundlæggende ikke hører til, fordi de ikke selv oplever at have psykiatiske problemer. Den følgende gennemgang giver en række eksempler på de forhold, som brugerne beskriver eller taler om som henholdsvis positive eller negative ved behandlingstilbuddet i KASA. Det er karakteristisk, at brugerne oftest forholder sig til KASA som et samlet tilbud og ikke skiller de enkelte tilbud ud.

Positive aspekter ved behandlingen i KASA

Det, som stort set alle brugerne fremhæver som noget særligt positivt ved KASA, er den tætte kontakt og relation, som de har til personalet. Nogle af brugerne kan fortælle om, at de med deres case manager for første gang i mange år oplever en person, der gider dem og kan holde dem ud.

Jeg synes, at David er meget dygtig. Han kender mig, han hjælper mig, han forstår mig. For første gang i mange år er der en, der kan det. En anden fortæller: Jeg bliver så glad, når jeg sidder i bussen, og Signe ude fra KASA ringer. Så kan de andre i bussen se, at der også er nogen, der gider ringe til mig.

Det er dog karakteristisk, at mange af brugerne er mest glade for dem, de oplever gå længere end den fagligt definerede rolle.





LUCKY7

Jeg synes, at Christina har været en rigtig god case manager for mig, også fordi at hun går længere, end hvad man kan forvente, og hvad nogle af de andre gør. Jeg kan se, at hun kæmper nogle kampe for mig, som hun ikke behøvede at gøre.

I de formelle samtaler nævner brugerne også, at de synes, at det er rart, at KASA har ansat både psykolog, psykiater og socialrådgiver ud over deres case managere. Flere nævner også, at de synes, at personalet er veluddannet og dygtigt – særligt inden for det psykiatriske område. Flere fortæller om, at de har fået konkrete redskaber til at afhjælpe konkrete problemer – f.eks. angst. Nogle få nævner også at have fået hjælp til at begrænse deres stof-

brug. De, der nævner dette, knytter det sammen med, at de generelt har fået mere styr på deres liv og derfor ikke længere har brug for at bedøve sig i samme omfang som tidligere.

En af de metoder, som case managerne anvender til at etablere en tæt relation til brugerne, er at hjælpe dem med mange forskellige, mere praktiske ting – ud over det egentlige, behandlingsmæssige arbejde. Man hjælper med at købe tøj, udstyr til lejlighed, søge om gældssanering, etablere kontakt med pårørende, hvor man har mistet kontakten, søge kommunen om særtilskud, afmelde diverse abonnementsordninger på f.eks. film, følge brugerne til fremmøde i socialforvaltningen og domstole og til afhøring hos politiet,

indhente oplysninger om forskellige somatiske symptomer hos diverse behandlingsinstitutioner, hjælpe med at rydde op i lejligheden osv. osv. Denne hjælp er brugerne ofte dybt taknemmelige for. I mine interview med brugerne opregnede flere af dem alle de ting, som de mente at have fået hjælp til i KASA. I et evalueringsstudie af belastede stofbrugere i metadonbehandling fandt Asmussen og Kolind på tilsvarende vis, at den personlige relation af misbrugerne blev beskrevet som afgørende for oplevelsen af behandlingen (8).

På grund af den tætte relation får case manageren et meget omfattende kendskab til den enkelte bruger: Han eller hun ved, hvornår deres brugere står op om morgenen; en del om hvad de laver i løbet af en almindelig dag; hvem de omgås; hvad de misbruger; hvad de spiser; hvordan de sover om natten; hvordan deres lejlighed ser ud; hvor gode de er til at holde lejligheden i orden osv. Og en del brugere er faktisk glade for, at der er nogen, der kender dem så godt. Som en bruger sagde i et interview:

Hvordan skal hun [case manageren] vide, hvad hun skal spørge om, hvad der er problemet, hvis hun ikke kendte mig så godt? Igen kan man henvise til Asmussen og Kolind, der på tilsvarende vis fandt, at case manageren kom til at stå som indgang til den øvrige behandling (8).

Dette tætte kendskab til brugeren og følgen med i brugerens liv har også på et andet punkt en positiv betydning for nogle brugere.



ARTIKELSERIE OM KASA, KØBENHAVNS AMTS SPECIAL AMBULATORIUM

Denne artikel er den tredje i en serie af artikler om KASA, og behandlingen af mennesker med en dobbelt-diagnose. Artiklerne præsenterer data fra et antropologisk forskningsprojekt, der består af deltagerobservation og kvalitative interviews med både brugere og personale.

I STOF nr. 8 skrev Katrine Schepelern Johansen om bl.a. brug af caféfunktionen i det ambulante behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere i KASA. I STOF nr. 9 handlede det om brug af case management i KASA. I forbindelse med kommunalreformen overgik KASA til Glostrup Kommune sammen med den øvrige misbrugsbehandling i Københavns Amt. Målgruppen er dog stadig mennesker med en dobbelt diagnose bosat i det tidligere Københavns Amt.

Jens havde gennem en længere periode haft et eskalerende misbrug af benzodiazepiner, som han havde svært ved at blive ved med at skaffe. Dette oplevede case manageren på meget tæt hold, når Jens ofte kom om morgenen og var abstinert, svedte, rystede, havde uro, angst osv., som Jens talte med ham om, og som han fysisk kunne observere. Da Jens en dag ikke længere selv kunne klare at skaffe sine benzodiazepiner, havde case manageren en levende oplevelse af Jens' problemer, som han kunne fremlægge til lægesamtalen, da Jens ønskede at snakke med lægen om en benzodiazepin nedtrapning. Hvorvidt nedtrapningen kom til at fungere som en egentlig nedtrapning, eller om det snarere fungerede som en midlertidig substitution af Jens' illegale brug, var case manageren dog noget usikker på. Men Jens var rigtig glad for både case manager og lægen og syntes, at de – i hvert fald til dels – forstod hans problemer.

Noget andet, som brugerne lægger stor vægt på, er den rummelighed og accept, som de oplever i KASA. Netop fordi målgruppen er psykisk syge med misbrug, så er KASA et sted, hvor de kan få lov at være med alle deres problemer. Særligt i forhold til flere af brugernes erfaring med psykiatrien fremstår KASA som et meget positivt sted. *Claus fortæller, at de sidste par gange han har været indlagt, har personalet været meget trætte af ham og hans gentagne indlæggelser. Han fortæller, at flere personalemedlemmer har spurgt ham ad flere gange, om han ikke bare kan holde op med at ryge hash, så han ikke behøver at blive indlagt så tit. Claus oplever, at han bliver nødt til at skjule sit misbrug, når han er indlagt på psykiatriske afdeling, og at det derfor kommer til at fylde endnu mere i hans bevidsthed. Han fremhæver, at det er noget af det rare ved at være i KASA. 'Her behøver jeg ikke at gå og lade som om, at jeg er en anden end den, jeg er', siger Claus. Han mener samtidig, at behandlingen af hans psykiatriske lidelse bliver mere kvalificeret, fordi personalet ved, at han også har et misbrug af hash.*

KASA har forsøgt at skabe et miljø i institutionen, hvor man rummer brugernes forskellige problemer og afvigende adfærd og kun har få, men faste regler (7). Det virker, som om man har ramt denne balance godt. Mange af brugerne taler om KASA som et fristed - eller som deres sted. Og de få brugere, som på grund af trusler eller vold ikke længere kan benytte værestedsfunktionen i KASA, har alle fortalt til personalet, at de var kedede af det og savnede meget at komme i KASA.

Negative aspekter ved behandlingen i KASA

Som nævnt er det ikke negative aspekter ved behandlingen, som fylder mest hos brugerne. Der er dog muligt at påpege en række punkter, som brugerne er mere kritiske i forhold til – enten eksplicit i interviewene med mig eller på baggrund af utilfredshed eller brok over konkrete forhold.

Flere af brugerne nævner, at de godt nok får hjælp til en masse praktiske ting, men at de ikke oplever, at personalet kan hjælpe dem ret meget i forhold til deres stofmisbrug. De behandlingsmuligheder, som personalet har i forhold til disse problemstillinger, oplever brugerne ikke er dem til meget hjælp. Nogle efterlyser medicin: *Det ville være dejligt, hvis I havde en pille, man kunne få, så man ikke længere havde brug for stofferne.* En anden siger: *Når jeg rigtig giver den gas med speeden, så er der ikke noget, som I kan gøre. Så er I lige så hjælpeløse, som jeg er.* Andre oplever, at det er deres eget arbejde, som gør, at misbruget i perioder er mindre. *Jeg har fået hjælp til meget, men ikke til at holde op – det jeg har flyttet mig der, det har jeg selv gjort.* Næsten alle brugere oplever, at de i perioder nok får begrænset deres misbrug, men at det så eskalerer igen i andre perioder, hvilket de beskriver som en oplevelse af, at behandlingen ikke virker.

Denne utilfredshed hænger til dels

sammen med, at næsten alle brugere har et ønske om at leve et liv helt uden stoffer, men at de ikke har noget konkret bud på, hvordan de skal komme til det. De placerer dette håb på personalet, hvilket betyder, at også skuffelsen over ikke at kunne opnå stoffriheden bliver knyttet til personalet.

Nogle af brugerne fortæller også, at de ikke bryder sig om at komme ret meget i KASA, fordi de her bliver tilbudt at købe forskellige stoffer eller piller. Eller de bliver spurgt, om de vil være med til at tage noget. De fleste, der fortæller om disse forbehold, har dog også perioder, hvor de aktivt søger dette samvær og kan i de situationer fortælle, at det er rart at komme i KASA, for der er der nogen, der er ligesom dem selv, og som de kan slappe af og have det rart sammen med – hvilket ofte inkluderer et vist misbrug. Det er ikke tilfældigt at tage stoffer eller handle med dem i KASA, men ofte går brugerne en lille tur med hinanden, hvor handel eller stofindtag klares.

Hovedparten af brugerne i KASA er i substitutionsbehandling med enten metadon eller subutex. Tildelingen af denne substitutionsbehandling oplever brugerne som liberal. De udtrykker ikke bekymring i forhold til deres metadon-ordination, sådan som Steffen Jöhncke fandt blandt misbrugere i en brugerundersøgelse for 10 år siden (9). Få brugere kan udtrykke utilfredshed med den aftale om udlevering af metadon, som de har. Men det er som sagt få, også fordi brugerne som regel godt kan lide at komme i KASA, og det derfor heller ikke er så problematisk for dem at skulle komme og hente medicin flere gange om ugen. Den utilfredshed og kamp om kontrol, som man tidligere så omkring metadonen, kan man dog finde reminiscenser af i forbindelse med ordination af benzodiazepiner (stesolid og lignende præparater, som mange stofbrugere misbruger, og som er meget afhæn-

gighedsskabende). Man har i KASA en praksis med ikke at give brugerne flere benzodiazepiner, end de allerede får ved opstarten i KASA. Men det giver i perioder nogle utilfredse brugere, som mener at have behov for benzodiazepiner til at dæmpe deres uro og angst og ikke kan forstå, at den medicinske behandling af psykiatriske lidelser i KASA ikke kan udstrækkes til også at gælde denne type af problemer.

Andre af brugerne reagerer på den tætte relation, som personalet søger at etablere, og som brugerne til dels oplever som kontrol. Nogle af brugerne bliver trætte af, at der er en behandlingsperson, der følger deres liv så tæt, og udtrykker irritation over, at der er en, der ringer hver morgen og spørger, hvordan man har det. *'Kan jeg ikke bare få lov at være syg og misbrugende i fred, uden at der er nogen, der blander sig?'*, synes at være en reaktion hos nogle brugere i nogle perioder.

Niels er meget ambivalent omkring sin behandling og har, ifølge personalet, en dårlig sygdomsindsigt. Niels giver udtryk for, at han er rigtig træt af at blive ringet op hver morgen, og at nogen spørger til, hvordan han har det. Specielt når han så vælger ikke at komme i flere dage, så bliver case manageren meget insisterende i sin kontakt, spørger, hvorfor han ikke kommer, om han ønsker besøg. Case manageren giver udtryk for, at hun bliver bekymret, når han ikke kommer i ambulatoriet flere dage i træk. Og Niels bliver rigtig træt af den bekymring, som han ikke oplever at have ønsket.

Som beskrevet ovenfor så anvender case managerne i KASA det at hjælpe brugerne med mange ting til at etablere den tætte relation. Men den meget omfattende hjælp betyder også, at brugerne bliver meget frustrerede, når de rammer grænsen for, hvad case manageren vil være med til. Den grænse er nemlig for brugeren ofte vilkårlig (9). Det er også en mulighed, at brugerens psykiske lidelse gør det sværere for

vedkommende at finde den grænse, som ofte ikke defineres eksplicit, men ved hjælp af mere uformelle bemærkninger og afvisninger.

Lotte har en masse somatiske problemer, og case manageren bruger løbende meget tid på at tale med Lotte om disse problemer og følger hende ofte til behandling forskellige steder. Dette er Lotte glad for, fordi hun selv oplever, at hun har svært ved at blive hørt i behandlingssystemet. En dag er case manageren med Lotte hos en almen praktiserende læge, og Lotte begynder at plage lægen for at udskrive en recept på nogle benzodiazepiner, som hun har et omfattende misbrug af. Case manageren vil ikke støtte hende i, at hun har behov for dette, selv om Lotte beskriver sin angst og uro. Efterfølgende er Lotte ked af det og vred, fordi hun ikke kan forstå, at case manageren godt vil hjælpe hende med nogle af hendes lægelige problemer, men ikke andre.

En anden bruger har massiv social angst og har tit svært ved at komme ud af døren. Det hjælper ham lidt, hvis han følges med sin kæreste, som også er misbruger. Men tit kommer de ikke af sted, og så klarer de sig ved at dele deres metadondosis. Det fortæller brugeren en dag sin case manager, og case manageren bliver nødt til at reagere ved at kræve dagligt fremmøde i en periode, fordi brugeren nu skal til at tage sin metadon overvåget, så han ikke deler den med kæresten. Brugeren bliver meget frustreret over dette, da han oplever, at den tillid, som case manageren har søgt at opbygge, alligevel ikke gjaldt (hele vejen). Og at hans problemer med social angst faktisk blev forværret, da han nu skal ud af døren hver eneste dag.

En anden bruger oplevede, at den tætte relation, som han i udgangspunktet satte stor pris på, i en konkret situation ikke længere var entydig positiv.

Han beskrev, hvordan han havde skiftet sagsbehandler og flere andre kontaktpersoner rundt om ham, så nu var der ikke nogen, der kendte ham og hans historie – bortset fra hans case manager

i KASA, som han af samme grund var bange for at miste. Denne glæde ved case managers store kendskab til ham blev dog lidt mindre, da han søgte om øget samvær med sin søn, og myndighederne derfor gik i gang med at indhente oplysninger og udtalelser omkring ham, blandt andet hos KASA.

Case manageren kan altså skifte rolle fra at være en primær social kontakt til at blive en repræsentant for et bureaukratisk system; et skift som brugeren nok har formel viden om, men som vedkommende sjældent forstår rækkevidden af.

For brugerne er deres problemer tit uløseligt vævet sammen, og skellet mellem hvilke problemer, der kan bringes til case manageren, og hvilke der ikke kan, er for nogle af brugerne meget svær at finde (9). Nogle vælger at komme med stort set alt – og oplever så en afvisning eller sanktion, som i det sidste eksempel – en reaktion, som KASA ellers arbejder målrettet på, at de ikke skal opleve. Andre prøver selv at finde grænsen, hvilket betyder, at centrale dele af deres liv bliver holdt uden for behandlingssystemet – selv om disse områder ofte vil være relevante at arbejde med i en behandling.

En bruger med en skizofreni-diagnose havde en stor gæld til nogle pushere efter et tidligere meget stort kokain misbrug. Denne gæld gjorde ham meget stresset og betød også, at hans økonomiske situation var meget dårligere, end hvad de officielle tal lod antyde. Denne bruger syntes ikke, at han kunne inddrage sine behandlere i disse problemer, fordi der var tale om narkogæld og ikke gæld til DSB eller lignende. Men at dette problemområde blev holdt uden for behandlingssamtalerne betød, at behandlerne havde meget svært ved at fastholde et kontinuerligt behandlingsforløb. Der kom hele tiden noget i vejen, som behandlerne ikke rigtig forstod.

Denne case viser også, at selv om brugerne nok sætter pris på KASA, så repræsenterer behandlingen også en indgriben i deres dagligdag, som i nogle tilfælde bliver endnu et for-



styrrende element i en i forvejen stresset hverdag.

Ovenstående gennemgang viser, at en del af de forhold, som brugerne sætter pris på ved KASA – den store hjælp og den tætte relation – også er noget af det, som de i andre situationer forholder sig mere kritisk til.

Opmærksomhedspunkter

Man har i KASA formået at etablere et behandlingstilbud, som brugerne med en dobbelt diagnose godt kan lide at komme i. Man kan dermed sige, at en vigtig forudsætning for at kunne fastholde brugerne i behandling – og dermed undgå den udstødelse, som mange af dem har erfaring med – er til stede. Særligt den personlige relation til deres case manager værdsætter brugerne. Men ligeså vel som, at brugerne værdsætter den intensive og tætte behandling, så skaber den også en række konfliktsituationer i forholdet mellem behandler og bruger. Positivt taler brugerne om kendskab og medleven i problemer, negativt reagerer de på kontrolaspekterne.

Kontrol er et gammelkendt begreb i forhold til metadonbehandling og – udlevering. Ovenstående analyse viser dog, at kontrol ikke længere udgør så formelt et kritikpunkt blandt brugerne, i hvert fald ikke blandt brugerne i KASA. Dette betyder dog ikke, at spørgsmålet om kontrol er forsvundet ud af misbrugsbehandlingen, men at det i dag er konfigureret på en anden måde. Den personlige relation, der er indgangen til behandlingen, indebærer også et aspekt af kontrol med brugernes hverdag, deres sygdom og deres misbrug. Relationen som behandlingsskaber og behandlingsbærer bør derfor følges af en opmærksomhed omkring 'sidegevinsten' kontrol, og hvordan den påvirker brugerne. ■

LITTERATUR

1. Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L.: Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. The Guilford Press. New York. 2003.
2. Drake, R.E., Mercer-McFadden, C, Mueser, K.T., McHugo, G.J. & Bond, G.R.: Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. I: Schizophrenia Bulletin, Vol 24, nr. 4, s. 589-608. 1998.
3. Vendsborg, P.B.: Indsatsen for mennesker med

dobbelt diagnose. I: Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Andersen, K.W. & Perit D. (red.). Socialt Udviklingscenter SUS. København. 2003.

4. Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. & McGovern, J.: Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behaviour Therapy and Family Intervention for Patients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. I: American Journal of Psychiatry vol. 158, s. 1706-1713. 2001.
5. Bømler, T.U.: En anden hverdag: Om psykisk syge misbrug. Forskningsgruppen Arbejds- og Levemiljøer, Aalborg Universitet, Forskningsenheden Differentieret Social Integration. Aalborg. 1996.
6. Johansen, K.S.: Case management - Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose. I: STOF, nr. 9, s. 22-27. 2007.
7. Johansen, K.S.: Invitation til behandling. I: STOF, nr. 8, s. 59-68. 2007.
8. Asmussen, V. & Kolind, T.: Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Center for Rusmiddelforskning. Århus. 2005.
9. Jöhncke, S.: Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandlingen i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97. Københavns Kommune, Socialdirektoratet. København. 1997.



DAN- MARKS FØRSTE FIXE- HÅND- BOG

Sygeplejerske Charlotte Fich siger om bogen: 'Stofbrugere har behov for reel information, der forholder sig til netop deres subkultur. Vi har en hel del viden om de mange risici, der er forbundet med intravenøs brug af stoffer, og bogen kan muligvis begrænse nogle af disse problemer. En bog om dette emne rummer ligeledes en accept af menneskets personlige valg. Hermed mener jeg, at bogen netop tjener til, at brugerne træffer mere kvalificerede valg, end de ville have gjort uden reel indsigt i deres intravenøse stofbrug. Alt så reel information skaber mulighed for fornuft...'

BrugerForeningens formand Jørgen Kjær udtaler om bogen: 'Den bog har vi savnet meget længe. De fleste stofbrugere har lidt populært sagt lært at fixe af en kammerat i en kælder. Det er sjældent, at det er fysiologisk korrekt, hvilket kan medføre skader i form af fejlfix, bylder og åbne sår. Der-

for er vi utroligt glade for, at der nu findes en rigtig fixe håndbog, hvor stofbrugeren kan få information om, hvordan man fixer uden at skade sig selv.'

Bogen er udgivet af Dugnad Vesterbro – et netværk af lokale beboere, erhvervsdrivende, foreninger og aktører på Vesterbro – der arbejder for at skabe løsninger på de narkotikarelaterede problemer på Vesterbro. Bogen er udgivet med støtte fra en privat fond.

Bogen udkom 1. oktober 2007 i et oplag på 2.700. Efterspørgslen har allerede givet anledning til en fondsansøgning om en 2. udgave og udgiverne overvejer endnu en bog i pixiformat. Bogen kan afhentes hos BrugerForeningen samt på lokale væresteder, kontaktsteder og behandlingssteder på Vesterbro og i København.

På <http://www.dugnad.dk/PDF/Fixeteknik.pdf> kan bogen frit downloades.

Vesterbro må ikke lave fixerum – derfor har Dugnad Vesterbro nu udgivet en Fixehåndbog, så stofbrugere kan blive bedre til at fixe – på gaden.

Fixehåndbogen er en sundhedsfaglig vejledning og den første håndbog for aktive stofbrugere i Danmark. Bogen er oversat fra engelsk til dansk samt justeret til danske forhold af tidligere gadesygeplejerske Charlotte Fich.