

Pårørende til brugere i dobbeltdiagnose-behandling

Pårørende kan tilføre behandlingen nye dimensioner – men man skal være klar over, at det også kræver ressourcer hos såvel behandlerne som brugerne.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

KASA er et ambulatorium for psykisk syge stofbrugere, også kaldet dobbeltdiagnoser. Ambulatoriet har plads til 26 brugere og har Region Hovedstaden som optageområde. Målgruppen er mennesker, som ved indskrivningen har en alvorlig psykisk lidelse, et misbrug af hårde stoffer og en kaotisk social situation. Behandlingen er meget intensiv og omfatter samtidig behandling af både psykiske lidelser og misbrug samt afhjælpning af sociale problemer. Behandlingstilgangen er tværfaglig og trækker på en række forskellige personalegrupper: psykiatere, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, sosu-assistentter og pædagoger. Behandlingen er organiseret efter princippet om case management, hvor hver bruger har en case manager, der står for at planlægge og facilitere de forskellige behandlingstiltag (1). Hver case manager har 5-6 brugere, som vedkommende er case manager for, og der er således tale om et meget intensivt tilbud med en lav bruger-behandler ratio. KASA er et midlertidigt behandlingstilbud, hvor brugerne typisk er indskrevet mellem 2 og 3 år.

Mennesker med en dobbeltdiagnose har en dårligere prognose end mennesker med kun en psykisk sygdom, og de to samtidige sygdomme – psykiske lidelse og misbrug – gør gensidigt hinanden mere alvorlige (2). Disse mennesker er sværere at

fastholde i behandling end mennesker med færre behandlingskrævede problemer (3). Det er med andre ord en af de mest belastede grupper i vores behandlingssystem.

I nogle beskrivelser af denne gruppe bliver det nævnt, at dette er en gruppe mennesker, der stort set ikke har nogen kontakt til deres pårørende (f.eks. 4), i andre nævnes de pårørende ikke med et ord (f.eks. 5). Ikke desto mindre er pårørende til mennesker med dobbeltdiagnose en vigtig målgruppe for behandling, både for de pårørendes egen skyld, men også fordi hjælp til pårørende betyder et øget engagement i den syges liv og en mere positiv kontakt til den syge – alt sammen forhold, der har positiv betydning for sygdommens forløb (6).

Denne artikel handler om pårørende til mennesker med en dobbeltdiagnose. Som led i et 3-årigt antropologisk funderet forskningsprojekt i KASA har jeg registreret ambulatoriets kontakt med pårørende og interviewet 8 forskellige pårørende om deres syn på den behandling, som brugerne modtager. De pårørende i denne artikel er ikke repræsentativt udvalgt, men er valgt med henblik på at medtage de forskellige slags pårørende, som KASA har berøring med, i undersøgelsen. De emner, som berøres i artiklen, giver dermed et billede af, hvad det er for nogle problemstillinger, som pårørende-gruppen på forskellig vis har. Andre artikler fra projektet om-

handlende ambulatoriets caféfunktion (7), case management (1) og brugernes syn på behandlingen (3) har tidligere været bragt i STOF.

Er der pårørende?

Man kunne måske forvente, at når der er tale om mennesker, der er så hårdt belastede af både psykisk sygdom og misbrug, så ville de færreste af brugerne have nogle pårørende tilbage, som interesserede sig for dem og deres behandling, og som var interesserede i kontakt med behandlingsstedet (6). Det er dog på ingen måde tilfældet med brugerne i KASA. De fleste af brugerne har nogle mennesker, som de selv betegner som deres pårørende. Som regel er der tale om forældre og kærester. Nogle få har også kontakt med søskende. En gennemgang af KASA's 26 brugere pr. 1 april 2008 viser, at alle brugerne på nær én har nogen, som de betegner som pårørende, og som de har en eller anden form for kontakt til. Ved tidligere gennemgange har der været 2 eller 3 brugere, der ikke havde nogen pårørende. Brugere uden pårørende er oftest brugere med en anden etnisk baggrund end dansk, som er kommet alene til Danmark og derfor ikke har nogle pårørende her. Flere af dem har dog pårørende i deres oprindelsesland.

For nogle af brugerne er der tale om, at de har nogle pårørende, som de dog ikke ønsker, at KASA skal have nogen kontakt med. For ca.



3/4 af brugernes vedkommende har KASA dog kontakt til brugernes pårørende i et eller andet omfang, og for ca. halvdelen af brugerne er der en løbende kontakt i forskelligt omfang. KASA er ikke selv opsøgende over for de pårørende, som man ikke har kontakt med. Man har valgt at respektere valget hos de brugere, der ikke ønsker, at behandlingsstedet skal have kontakt med deres familie. Og man har valgt at respektere ønsket hos de pårørende, der ikke selv ønsker at have kontakt med behandlingsstedet.

Pårørendegruppen er meget forskelligartet. Der er nogle, der selv er belastede af psykiske problemer og/eller misbrugsproblemer, og nogle der ikke er. Flere af de pårørende, der er kæresten til KASA's brugere, har selv kontakt med et misbrugsbehandlingstilbud.

På grund af intensiteten i behandlingstilbuddet, det relativt langvarige tilbud og organiseringen efter principperne om case management er der i KASA tid og mulighed for, at man kan have nogen kontakt med de pårørende. I praksis fungerer det sådan, at en brugers case manager også er den person, som de pårørende har kontakt med. Noget af denne kontakt går til egentlig hjælp og behandling af den pårørende selv, andet af denne kontakt bruges til at støtte og hjælpe den pårørende i rollen som pårørende til en psykisk syg, kaotisk stofbruger.

Intensiteten i kontakten mellem KASA og de pårørende er meget forskellig. Nogle har kontakt med behandlingsstedet flere gange om ugen, f.eks. fordi de følger brugeren derhen for at sikre sig, at brugeren kommer til behandlingen; andre har telefonisk kontakt flere gange om ugen, hvis brugeren er inde i en kaotisk periode med meget misbrug, og tjekker med KASA, hvornår brugeren sidst er set; for andre igen kan der gå måneder imellem, og kontakten har primært et socialt indhold, hvor man snakker lidt i telefonen

om, hvordan den pårørende har det. For de fleste pårørende svinger hypigheden af kontakten meget med brugerens tilstand. Når brugeren har det dårligt, er der megen kontakt, og når brugeren har det godt, er der mindre kontakt.

KASA's arbejde med pårørende

KASA har et tilbud til pårørende om at kunne deltage i en gruppe, hvor man dels får konkret information om de forskellige lidelser og behandlingen af dem og dels har mulighed for at udveksle erfaringer med andre i en tilsvarende situation. Som en pårørende beskriver: *'Det er svært at dele det med andre, f.eks. på ens arbejde. Hvis ens datter havde kræft, så ville det være nemmere, men når jeg fortæller, at hun er skizofren og ryger hash og tager kokain, så bliver der så stille. Det er også svært for dem at forstå, at hun bliver ved. 'Hvorfor holder hun ikke bare op?', var der en gang en, der spurgte'.*

KASA har også haft et åbent-husarrangement, hvor pårørende kunne komme og se KASA og møde de ansatte, og hvor der var forskellige mindre oplæg om f.eks. skizofreni, kognitiv behandling af dobbeltdiagnose-problematikker og substituitionsbehandling med metadon eller subutex. Dette arrangement blev afholdt, fordi der i en periode ikke var pårørende nok, der ønskede at deltage i et egentligt gruppeforløb. Derudover er der mulighed for individuelle samtaler mellem den pårørende og behandlerne i KASA, f.eks. case manageren eller psykiateren.

Ud over disse mere formelle tilbud til de pårørende er der også en lang række aktiviteter, som udføres af case manageren i arbejdet med brugeren, som også kan indeholde et element af hjælp til de pårørende. Dette vil der i det følgende blive givet en række eksempler på:

En bruger er blevet smidt ud af sin lejlighed. Han beskriver selv, at han er blevet meget ked af det og har fået det psykisk dårligt på grund

af det, og derfor er han begyndt at misbruge markant mere, end han plejer, for at komme væk fra det hele. Hans mor har lovet, at hans ting kan stå hjemme hos hende i en periode. Da lejligheden skal pakkes sammen, er brugeren ikke til stede, og moderen ringer og spørger brugerens case manager, om han har mulighed for at hjælpe. Sammen får de lejligheden pakket sammen og tingene flyttet, så brugeren har dem til næste gang, han skal prøve at bo i en lejlighed.

En bruger er blevet inviteret til en større social sammenkomst i sin familie og vil egentlig gerne med, men er også nervøs for, om hun kan klare det, da hun ofte får det dårligt, når hun er sammen med mange mennesker. Hendes case manager har en samtale med hendes bror, der arrangerer festen. Case manageren fortæller broderen om brugerens problemer med social angst og forklarer, at det er vigtigt, at hun har mulighed for at trække sig, hvis hun begynder at få det dårligt. Dette er broderen indforstået med, og der bliver sørget for, at brugeren kan komme hjem, hvis hun får brug for det.

At give de pårørende viden om dobbeltdiagnose generelt og brugerens tilstand i øjeblikket er noget af det, som case managerne bruger en stor del af deres kontakt med de pårørende til. Der er jo tale om et stort kompleks, der både omfatter den psykiske sygdom, misbruget, interaktionen mellem de to og de forskellige typer af behandling. Mange af de pårørende efterlyser viden omkring disse ting, eller også fortæller brugerne om, at de gerne vil have, at deres pårørende får noget mere viden, så de bedre kan forstå dem. Hvis der ikke er et egentligt pårørende-tilbud på det konkrete tidspunkt, vil de pårørende typisk blive inviteret til en samtale, hvor man vil tale om de konkrete problemer. Da brugerne kommer i KASA flere gange om ugen, ser case manage-

ren ofte brugeren hyppigere end de pårørende, og de pårørende bruger derfor også case manageren til at blive løbende orienteret om brugerens tilstand. Flere af de pårørende fortæller, at de oplever, at case manageren i KASA har en bedre kontakt til brugeren, end de selv har, og derfor også bedre ved, hvordan det egentlig går med brugeren. Som en sagde: *'Mig vil han ikke fortælle noget, jeg er jo bare hans mor, og han bliver vred, hvis jeg spørger for meget. Hvorimod hans case manager i KASA, han kan bare spørge, og så fortæller han [brugeren], hvordan det går, og hvad der rør sig'*.

For de pårørende, der har en meget tæt kontakt med brugeren – f.eks. fordi de bor sammen, kan kontakten med KASA også indbefatte gode råd om, hvordan man kan tackle brugerens temperament eller udadreagerende adfærd, der kan have baggrund i den psykiske lidelse. *'Hun [case manageren i KASA] har givet mig mange gode råd om, hvordan jeg kan tale til ham [brugeren], når han bliver vred eller bange. Jeg ved jo ikke så meget om det der, de siger, at han fejler'*.

Flere pårørende fortæller, at de oplever at blive aflastet af case manageren. En pårørende beskriver, hvordan det tidligere var hendes ansvar at sørge for, at brugeren mødte op til samtaler på kommunen eller til undersøgelser hos lægen, og den opgave føler hun, at hun ikke længe står alene med, fordi der også er en case manager, der kan hjælpe til.

En pårørende til en bruger, der døde, mens hun var indskrevet i KASA, fremhævede i samtalen, at han [den pårørende] var meget glad for, at case manageren var taget med politiet ud til lejligheden, dengang døren skulle åbnes, efter at ingen havde hørt fra brugeren i nogle dage. Han syntes også, det var rart, at case manageren havde deltaget i begravelsen – *'Hun [case manageren] var jo vigtig i hendes [brugers] liv og kendte hende rigtig godt, så det var rart,*

at hun også var der til begravelsen'.

Nogle pårørende får også tilbud om egentlig behandling. Det kan være tilbud om samtale hos psykologen i KASA, f.eks. med henblik på at bearbejde skyld og sorg i forbindelse med brugerens sygdom. Flere af brugernes kærester, som selv er i behandling for misbrugsproblematikker, har fået hjælp til somatiske problemstillinger, som de ikke selv har magtet at få undersøgt, eller hvor det almindelige behandlingssystem har afvist dem. I de tilfælde har brugerens case manager fungeret som en form for case manager for den pårørende – også i en kortere periode.

Som eksemplerne viser, kan man ikke drage en skarp linje mellem hjælp til pårørende og hjælp til brugerne. Mange af opgaverne har elementer af begge dele. Men de pårørende giver i mine samtaler med dem udtryk for, at de oplever det som en hjælp til dem. *'Det havde de [personalet i KASA] jo ikke behovet at gøre'*, er et typisk udsagn fra de pårørende, når de beskriver forskellige ting, som personalet i KASA har hjulpet med.

Hjælp fra de pårørende

På grund af den periodevis tætte kontakt mellem case manager og pårørende oplever case managerne indimellem også at få hjælp fra de pårørende i deres behandlingsmæssige arbejde. Et eksempel på dette er, når de pårørende bliver kontaktet med henblik på at finde ud af, hvordan brugeren har det i øjeblikket. F.eks. kan man i forhold til brugere, der bor sammen med de pårørende, kontakte de pårørende med henblik på, om brugeren tager sin medicin eller er meget misbrugende i øjeblikket. Der er også i nogle få tilfælde perioder, hvor den pårørende konkret sørger for, at brugeren tager sin medicin. Nogle gange kan man også søge information om, hvorvidt brugeren har mange psykiatriske symptomer, når vedkommende ikke

er i KASA. Indimellem kan de pårørende på den måde komme til at fungere som en forlængelse af KASA og kan blive en form for kontrolinstans uden for behandlingsstedet.

Et andet vigtigt område, hvor KASA får hjælp fra de pårørende, er i forhold til at motivere brugeren til at deltage i behandling. Ved at informere de pårørende omkring sygdommene og behandlingen er man også med til at give de pårørende den samme holdning til psykisk sygdom, misbrug og behandling, som KASA har. Det betyder, at brugeren bliver påvirket i behandlingsstedets retning, også når brugeren ikke er på behandlingsstedet. Dermed understøtter behandlingssted og pårørende hinanden frem for evt. at modarbejde hinanden i tilgangen til brugeren. Der er dermed mulighed for at skabe en fælles tilgang til brugeren mellem to af de centrale sociale aktører i brugeren liv: Familie og behandlingsstedet, hvor brugeren tilbringer mange timer hver uge og får hjælp til mange ting.

De pårørendes syn på behandlingen

Dette afsnit vil præsentere nogle af de temaer, som de 8 pårørende rejste i de interviews, jeg lavede med dem. Helt overordnet udtrykte de pårørende en stor glæde over, at brugerne var i behandling i KASA, og de færreste havde konkrete forslag til, hvad man behandlingsmæssigt kunne gøre anderledes; nogle begrundede dog denne mangel på forslag med, at det ikke var et område, som de vidste så meget om, eller at de ikke havde uddannelse inden for området, og derfor ikke vidste, hvordan man ellers kunne arbejde med det. En enkelt pårørende har i forskellige samtaler med personalet givet udtryk for, at han mener, at KASA er skyld i brugerens øgede misbrug gennem en periode, fordi brugeren møder flere misbrugere i KASA. Dette er dog ikke en generel opfattelse. Andre pårørende, som jeg har talt med, har direkte

adspurgt sagt, at andre misbrugere kan brugerne finde mange andre steder, og at det ikke har noget med KASA at gøre.

De fleste af de pårørende havde fået tilbud om at komme til samtale eller deltage i en gruppe og på denne måde få information om brugernes sygdomme og behandling. De fleste mente dog også, at det var noget, som de havde behov for at vide mere om. Flere af de pårørende fortalte, at de havde været ude til en enkelt samtale, men at det slet ikke havde været nok, og at der jo løbende rejste sig nye spørgsmål. Flere pegede på, at både brugerens og vedkommendes situation havde ændret sig, og at det nu var nogle andre problemer, der dominerede i oplevelsen af brugeren. Disse udsagn peger på, at der i kontakten med de pårørende er brug for løbende tilbud om samtaler, og at viden om dobbeltdiagnose og behandling ikke er noget, der kan formidles ved en enkelt samtale (se også 6). Alle de pårørende sagde, at de altid bare kunne ringe til KASA og tale med case manageren om brugeren, men ikke alle kobledede dette tilbud til, at de også kunne bruge kontakten til at få mere viden om den psykiske sygdom og misbruget.

Alle de pårørende gav udtryk for, at de syntes, at case manageren kendte brugeren rigtig godt, og alle syntes, at ideen med at organisere behandlingen sådan, at brugeren havde en case manager, var rigtig god. Fordi case manageren lærer brugeren så godt at kende, oplever

flere af de pårørende, at de i case manageren får en, som de kan dele deres frustration over brugerens destruktive liv med, og en som kan forstå, at de fortsat kan elske og yde omsorg for brugeren. I interaktionen med case manageren oplever de pårørende en forståelse, som flere af dem fortæller mangler i deres øvrige sociale liv. Denne forståelse er både helt konkret i forhold til viden om sygdommen og misbruget, men også relateret til de pårørendes opretholdelse af en emotionel kontakt med brugeren. De oplever aldrig, at case manageren, i modsætning til andre mennesker i deres omgangskreds, spørger om, hvorfor de bliver ved med at se brugeren.

I de pårørendes beskrivelse af og forholdet sig til brugernes forskellige problemer var det meget tydeligt, at de alle oplevede misbruget som det primære problem. Det var misbruget, der fik skylden for, at brugeren havde det så dårligt. Selv i forhold til de brugere, hvor de pårørende kunne beskrive, at det var de psykiske problemer, der var kommet først, fik misbruget skylden for, at brugeren ikke havde det bedre. Flere af de pårørende fortalte også, at de syntes, at brugeren var mest præget af misbruget. I deres oplevelse af brugeren var det misbruget, de så: Det var misbrugets skyld, at brugeren sad og sov eller fremstod påvirket.

Flere fortalte, at de syntes, at det var nemmere at forstå den psykiske sygdom, at den på en måde var en mere rigtig sygdom, som brugeren

ikke selv havde ansvaret for, hvori- mod misbruget i højere grad var brugerens eget ansvar. De syntes derfor, at det havde været rigtig vigtigt at få noget viden om, hvordan den psykiske sygdom kunne lede til et misbrug af stoffer ved f.eks. at dæmpe brugerens symptomer. Det havde gjort det nemmere for dem at forstå, hvorfor brugeren misbrugte stoffer og fortsatte med at gøre det. Men på trods af denne forståelse stod misbruget stadig for de pårørende som det primære problem.

Flere af dem fortalte også om, at de havde svært ved at forstå, at man ikke kunne behandle misbruget mere effektivt. I KASA arbejder man efter princippet om skadesreduktion (f.eks. 8) – dvs. at man ikke kun arbejder hen imod at gøre brugerne stoffri, men at et behandlingsmål også kan være en mere hensigtsmæssig omgang med stofferne ved f.eks. at bruge rene nåle og kanyler eller ved at begrænse, men ikke stoppe indtaget af stoffer. Denne tilgang til misbruget er meget svær at forstå og acceptere for de pårørende, hvis primære ønske er, at brugerne holder op med at misbruge. Flere nævnte, med et smil på læben, at det var ærgerligt, at man i Danmark ikke kunne tvangsbehandle misbrugere, for det var åbenbart det, der skulle til, hvis man skulle have brugerne ud af misbruget.

Som nævnt ovenfor var der flere af de pårørende, der selv var i behandling for et misbrug i en anden institution. I interviewene med disse pårørende blev det understreget,



ARTIKELSERIE OM KASA, KØBENHAVNS AMTS SPECIAL AMBULATORIUM, NU GLOSTRUP KOMMUNE

Denne artikel er den fjerde i en serie artikler om KASA og behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Artiklerne udspringer af et kvalitativt forskningsprojekt om KASA, der startede september 2005, og som har til formål at øge mængden af forskning omkring psykisk syge stofbrugere samt at gøre behandlingen i KASA kendt for et større publikum.

I de tre tidligere artikler i STOF er forskellige aspekter af behandlingen beskrevet ud fra data, der er baseret på deltagerobservation og kvalitative interviews med både brugere og personale. I STOF nr. 8 handlede det bl.a. om brug af caféfunktionen i det ambulante behandlingstilbud til psykisk syge misbrugere. I STOF nr. 9 blev arbejdet med case management metoden beskrevet, og i STOF nr. 10 var der sat fokus på, hvordan brugerne oplever det, når behandlingen retter sig mod misbrug og psykisk sygdom på én gang. Artiklerne kan læses på www.stofbladet.dk.



hvor meget bedre KASA som behandlingsinstitution var i forhold til de behandlingstilbud, som de selv var tilknyttet. Dette gik dels på, at de fysiske lokaliteter er meget pænere, dels at case managerne har meget bedre tid i KASA, og endelig at stemningen og miljøet i KASA er rarere.

De pårørende, der selv var tilknyttet misbrugsbehandling, havde ikke fået tilbud om at deltage i pårørendegruppe og mente heller ikke, at de havde fået nok information om brugernes behandling. Dette peger på en mere generel tendens, som jeg har set flere eksempler på gennem årene, nemlig at personalet har en tendens til primært at opfatte brugernes familie som pårørende, når disse pårørende ikke selv lider af en psykisk lidelse eller har misbrugsproblemer. Pårørende med enten psykisk lidelse eller eget misbrug bliver i højere grad opfattet som en del af brugerens sociale liv på samme måde som venner og bekendte og i nogle tilfælde også som en del af et problematisk netværk, der fastholder brugeren i uhensigtsmæssige mønstre. F.eks. bliver pårørende i misbrugsbehandling ikke inviteret til at deltage i forbindelse i pårørendegruppe; det samme gælder nogle pårørende, hvor der er mistanke om, at den pårørende har en psykisk lidelse selv. Det kan der måske nok være et vist rationale bag, fordi man f.eks. ikke ønsker at blande pårørende med misbrugsproblemer med pårørende uden, men mine samtaler peger på, at disse pårørende også har et behov for information, og at man i det perspektiv skal overveje også at lave tilbud til denne gruppe.

Hvad kan vi lære?

Helt overordnet er de pårørende til brugerne i KASA meget glade for den behandling, brugerne modtager, og meget glade for den kontakt, de selv har med behandlingsstedet. Det primære forhold, som de pårørende peger på, er den megen tid,

som brugernes case manager har mulighed for at investere i behandlingen af brugeren.

Denne lille undersøgelse af pårørende til mennesker med dobbeltdiagnose peger på, at det er vigtigt også at være opmærksom på de pårørende i behandlingsarbejdet. Men også at opmærksomheden mod de pårørende vil være meget differentieret og strække sig fra mere traditionelt pårørende-arbejde, hvor den pårørende støttes i sin vanskelige rolle som pårørende, til egentligt behandlingsarbejde af de pårørende. Undersøgelsen peger endvidere på, at man som personale skal være opmærksom på, om der er pårørende, der bliver udelukket fra det egentlige pårørende-arbejde, og, hvis dette er tilfældet, at man skal have andre tilbud til dem.

Organiseringen af behandlingsarbejdet i KASA efter princippet om case management gør det relativt simpelt at sammenkoble pårørende-arbejdet med det øvrige behandlingsarbejde. Det betyder, at case manageren får en tæt relation til ikke bare brugeren (1), men også den pårørende, og dette kan skabe en udfordring for case manageren i forhold til, hvilke informationer der udveksles med hvem. Det peger på, at det er vigtigt at sikre en samtykkeerklæring fra brugeren i forbindelse med denne type af pårørende-arbejde, men også løbende bekræfte brugerens tilsagn om, at de pårørende må inddrages i behandlingen. Det skaber en udfordring for nogle pårørende, der oplever at skulle afveje at kunne fastholde en fortrolighed med brugeren på den ene side og på den anden side at give behandlingsstedet relevante informationer, f.eks. om at en bruger ikke tager sin medicin. Dette dilemma for de pårørende er det vigtigt, at case manageren har øje for, når man har kontakt med de pårørende.

Behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose er et komplekst, men nødvendigt arbejde (6), og på

tilsvarende vis kan man pege på, at arbejdet med pårørende til mennesker med dobbeltdiagnose er komplekst og nødvendigt. Ikke bare for de pårørende, men også for det menneske, der har en dobbeltdiagnose. ■

LITTERATUR

1. Johansen, K.S.: Case management – Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnose. I: STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 9, s. 22-27. 2007.
2. Thylstrup, B. & Johansen, K.S. (I trykken): Dual Diagnosis and Treatment – Introduction and Commentary. I review hos: [Nordic Journal of Psychiatry](#).
3. Johansen, K. S.: Brugernes syn på integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom. I: STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 10, s. 34-40. 2007.
4. Bømler, T.U.: En anden hverdag: Om psykisk syge misbrugere. Forskningsgruppen Arbejds- og levemiljøer, Aalborg Universitet, Forskningsenheden Differentieret Social Integration. 1996.
5. Narkotikarådet: Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger. København. 1999.
6. Mueser, K.T., Douglas, L., Noordsy, R., Drake, E. & Lindy Fox: Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. The Guilford Press. New York. 2003.
7. Johansen, K. S.: Invitation til behandling. I: STOF – Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 8, s. 59-68. 2007.
8. Narkotikarådet: Rapport fra Narkotikarådets Skadesreduktionsarbejdsgruppe. København. 1999.