



L7

- Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose

Hvordan udnytter man bedst styrkerne i case management – og hvordan undgår man svaghederne?

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Et af de centrale problemer i arbejdet med mennesker med dobbelt diagnose, dvs. både en psykisk lidelse og et stofmisbrug, er at fastholde disse mennesker i behandlingen (1, 2, 3). Enten opsøger og bruger disse mennesker ikke den tilbudte behandling, eller også får de gjort sig så umulige, at de bliver udelukket fra behandlingstilbuddene.

I KASA har man valgt at lave et intensivt tilbud specielt rettet mod de dårligste blandt de dobbeltdiagnosticerede. Ambulatoriet definerer selv sin målgruppe som mennesker

med en alvorlig psykisk lidelse, et alvorligt, kaotisk misbrug og en kaotisk social situation. Disse mennesker er stort set identiske med den gruppe mennesker, som Narkotikarådet definerer som 'de svært integrerbare psykisk syge misbrugere' (1). Ifølge Narkotikarådet er denne gruppe karakteriseret ved, at 'de på alle måder er svære at rumme – de er så at sige 'ustyrkelige' – og passer ikke ind i de eksisterende/traditionelle institutionsrammer' (Ibid: 9).

Det behandlingstilbud, man har etableret med KASA, er midlertidigt, og man arbejder hen mod at behandle og stabilisere brugerne,

så de efter et behandlingsforløb kan klare sig med et mindre intensivt tilbud. Behandlingen er en kombination af medicinsk behandling, kognitiv miljøterapi og forskellige former for samtalerapi, blandt andet på kognitiv basis. Behandlingen varetages af et tværfagligt team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagog, socialrådgiver, psykolog og psykiater. De fleste blandt personalet har erfaring fra psykiatriske afdelinger.

I KASA har man valgt at organisere arbejdet efter principperne om case management. Case management er et organiseringsprincip,

hvor en person (case manageren) har til opgave at afdække, hvilke behandlingsbehov en bruger eller patient har, og efterfølgende sørge for, at behovene bliver dækket (4). Case manageren behøver ikke selv at sørge for al behandling, men det er vedkommendes opgave at identificere og koordinere de forskellige behandlingstiltag. Denne artikel vil præsentere de centrale karakteristika ved case management, som det praktiseres i KASA, samt diskutere muligheder og problemer ved at anvende denne tilgang.

En typisk bruger

Én måde at præsentere KASA's 25 brugere på kan være at konstruere en case, som sammenfatter typiske forløb: I Jens er en mand i midten af 40'erne. Han bliver henvist fra et misbrugsbehandlingssted, fordi han har det psykisk dårligt. Han er hjemløs, bor lidt rundt omkring – hos venner, familie og på et herberg. Jens har i perioder tidligere i sit liv boet sammen med en kæreste. Han har brugt heroin siden sin ungdom, senere er andre stoffer og alkohol kommet til. Han har været i metadonbehandling i en del år.

Da han starter med at komme i KASA, er han fysisk dårlig. Han drikker ca. 10 øl om dagen og kaster blod op. Han er meget tynd. Psykisk er han voldsomt præget af social angst og hører stemmer. Han har ingen diagnose. Misbrugsmæssigt får han metadon og nogle benzodiazepiner fra egen læge. Socialt har han pension, men er i øjeblikket boligløs.

I KASA bliver han somatisk udredt, dvs. at man undersøger hans fysiske tilstand for eventuelle lidelser. Han bliver sat i behandling for det blodige opkast og henvist til videre udredning. Efter et par måneders motivation, hvor man har snakket med ham om alkoholens skadevirkninger m.m., starter han på antabusbehandling, som han stadig følger et halvt år senere.

Han får konstateret hepatitis C og bliver henvist til videre behandling i hospitalsregi, som han prøver at passe med støtte fra sin case manager. Han kommer i gang med en omfattende tandbehandling.

Psykisk bliver han sat i behandling med en lille dosis antipsykotisk medicin og har samtaler med sin case manager omkring symptomer og behandling. Den sociale angst bliver der også brugt meget tid på at tale om. Han formår efter en periode at komme i caféfunktionen i behandlingstilbuddet, har også en god relation med de øvrige behandlere på stedet og deltager i gruppebehandling. Han har dog fortsat kun en sporadisk kontakt med de øvrige brugere.

Case manageren involverer kommunen i forsøget på at skaffe ham en lejlighed, hvilket lykkes i løbet af en måneds tid.

Da Jens flytter i egen lejlighed – hvilket han er glad for – bliver hans stemmer værre. Han har svært ved at være alene og svært ved at undvære alkoholen. I løbet af et par måneder supplerer han sin udlevere metadon med samme mængde

illegal metadon og en mængde illegale benzodiazepiner. Han beskriver selv, at han har brug for det, når stemmerne er der. Samtidig hjælper det ham til at undvære alkoholen. Misbruget finansierer han ved tyveri. Misbruget belaster hans kontakt med forældrene og øvrige pårørende.

Som ved alle andre brugere er der noget, som er generelt, og noget der er unikt ved Jens. Hans sociale situation er nok bedre, end det er tilfældet for de fleste andre brugere i KASA. Han får nogen hjælp af sine forældre og ser andre pårørende. Hvad der er meget typisk ved Jens' situation er dels mængden af problemer, som han skal have hjælp til, samt den måde som problemerne er vævet sammen på. Da hans boligsituation bliver løst til hans tilfredshed, eskaleres hans psykiske symptomer, hvilket skubber til hans misbrug. Og da hans alkoholforbrug bliver begrænset, eskaleres hans øvrige sidemisbrug. Det øgede misbrug skaber øget kriminalitet og belaster hans sociale liv.

Fælles træk

Jens' eksempel viser for det første den kendte pointe, at der i det behandlingsmæssige arbejde med dobbeltdiagnoser er behov for at tænke meget bredt. Der er ikke kun tale om et misbrugsproblem og et psykiatrisk problem, men om mange forskellige problemstillinger, der er knyttet tæt sammen, og som kan være svære at overskue for både bruger og personale (6). Det viser



ARTIKELSERIE OM KASA, KØBENHAVNS AMTS SPECIAL AMBULATORIUM

Denne artikel er den anden 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, 2007 skrev Katrine Schepelern Johansen om bl.a. brug af caféfunktionen i det ambulante behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere 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.

også, at der tit er forhold, der gør det svært at få hjælp – i Jens' tilfælde den sociale angst. Hos andre kan det være en dyb mistro til et system, der har givet dem mange afvisninger. For disse mennesker kan det være essentielt kun at have én person at forholde sig til og skulle etablere en relation til.

Begge disse forhold – kompleksiteten i problemerne og forhindringer for at søge hjælp – peger på, at case management som metode er en god tilgang til det behandlingsmæssige arbejde med mennesker, der har en dobbeltdiagnose (se også 7, 8). Et centralt element ved case management er netop koordineringen af forskellige behandlingsmæssige tiltag og deres indbyrdes rækkefølge – samt den individuelle udformning af behandlingstilbuddet. Brugers individuelle problemstillinger og deres interne forbundethed og kompleksitet bliver afdækket af case

manageren og nøglepersoner fra det tværfaglige team, typisk psykiater og socialrådgiver. Case manageren fortæller om den enkelte bruger på den ugentlige tværfaglige behandlingskonference, hvor problemer og løsninger yderligere bliver vendt. Derefter har case manager ansvaret for, at behandlingen bliver igangsat. Med denne organisering har brugeren i udgangspunktet kun denne ene person – case manageren – at skulle forholde sig til. De meget komplekse problemstillinger peger dog også på, at det er nødvendigt med et tværfagligt team rundt om de enkelte case managere.

Relationen til brugerne

Case management synes som generelt princip at være en god tilgang i arbejdet med mennesker med en dobbeltdiagnose. Tilgangen får dog i KASA en række mere specifikke karakteristika, som har konsekvenser for det behandlingsmæssige arbejde. Helt overordnet synes case management-organiseringen på mange punkter at facilitere en meget tæt relation mellem case manager og bruger. Disse punkter vil blive gennemgået nedenfor, og konsekvenserne af den tætte relation vil blive diskuteret i det efterfølgende afsnit:

Bruger – behandler ratio

Case management i KASA bærer præg af den meget lave bruger – behandler ratio: Hver case manager har 5 brugere, som vedkommende er primært ansvarlig for, samt 5 brugere hvor pågældende er sekundær case manager, dvs. træder ind, hvis den primære case manager er fraværende. Denne ratio er lav både i forhold til de generelle anbefalinger for misbrugsbehandling (9) og i forhold til anbefalinger inden for behandlingen af dobbeltdiagnosticerede brugere, hvor man anbefaler ca. 10 primære brugere pr. kontaktperson (7). Denne lave ratio betyder, at case manageren har en meget tæt og omfattende kontakt med sine

brugere – og også en relativ tæt kontrol med brugernes gøren og laden gennem en kontinuerlig monitorering af brugerens gøremål, adfærd og psykiske tilstand.

Fordi brugerne har mange og komplekse problemstillinger, kommer den sekundære case manager dog typisk til at spille en meget begrænset rolle. Hver case manager har nemlig rigeligt at gøre med arbejdet med de 5 primære brugere. Så dels opsøger case managerne sjældent egentlige opgaver vedrørende de brugere, hvor de er sekundært ansvarlige, dels bruger den enkelte case manager sjældent tid på at sætte den sekundære case manager ind i behandlingsarbejdet.

Erfaring fra psykiatrien

Et andet forhold, der er med til at præge den konkrete udformning af case management-princippet er, at næsten alt personale tidligere har arbejdet i psykiatrien. De har derfor et tæt kendskab til kontaktpersonfunktionen derfra, som de har taget med sig over i KASA, og som er med til at forme case management-funktionen i praksis. Det betyder, at der er tale om klinisk case management, hvor case manageren ud over at organisere behandlingen også er den direkte behandler. Dermed får vedkommende flere kontaktpunkter til brugerne.

At den tidligere erfaring er hentet fra psykiatrien har også betydet, at arbejdet som case manager ikke fuldt ud understøttes af teorierne og metoderne fra case management (se f.eks. 4), men snarere af teorier og metoder hentet fra psykiatrien og psykologien (f.eks. om udviklende fortrolighed (10), overføring og containing (10, 11)). Det betyder, at forholdet mellem bruger og behandler ikke kun er et praktisk arrangement, der fokuserer på organiseringen og udførelsen af konkrete arbejdsopgaver, hvilket var den oprindelige intention bag case management, men også inddrager

Beat the Dragon



Nordisk netværk for dobbeltdiagnose afholder konference d. 27. – 29. august med fokus på sammenhænge, problemstillinger og behandlingsmuligheder i forbindelse med psykiatriske lidelser og misbrug. Læs mere på www.beatthedragon.dk

en intim, følelsesmæssig relation mellem bruger og behandler, hvor selve relationen bliver opfattet som terapeutisk.

Kontrol, motivation og fastholdelse

Mange af brugerne i KASA er meget socialt og kriminelt belastede. Et sted mellem 20% og 25% af brugerne har en dom til psykiatrisk behandling; de fleste af disse for personfarlig kriminalitet. Nogle af brugerne er farlige. De er tit konfronterende, udadreagerende og impulsstyrede. De er alle sammen understøt af almindelige sociale miljøer. For flere af dem gælder, at hvis de ikke kan komme i KASA, vil deres primære behandlingskontakt være ambulante kontakt med lukkede psykiatriske afdelinger eller egentlige indlæggelser samme sted. Alt dette betyder, at personalet bruger mange ressourcer på at skabe en meget tæt relation til brugerne. Denne relation, mener man, kan kontrollere brugernes udadreagerende adfærd, som ellers har præget meget af kontakten mellem bruger og system.

Et andet aspekt ved relationen er, at den er personalets primære måde at trække brugerne ind i behandlingen på - for slet ikke at tale om at holde dem der. Mange af brugerne er meget ambivalente omkring den medicinske behandling, de modtager, og derfor må relationen til brugerne bære motivationen og fastholdelsen i den medicinske behandling.

Kaos og brandslukning

Disse brugere er karakteriseret af kaos. Det er kendetegnende for dem, at de kontinuerligt eller gentagende gange er i krise. Der er sjældent altid tale om lineære, fremadskridende behandlingsforløb. For nogle brugere er der tale om mere cirkulære processer gennem perioder med mere eller mindre kaos; hos andre brugere finder man mere fremadskridende forløb, der dog typisk også vil være karakteriseret af gen-

tagende tilbagefald til misbrug og forværring af den psykiske tilstand. Det gør, at case manageren ofte er engageret i løsningen af akutte problemer - kaldet brandslukning i den lokale terminologi - og at der derfor går meget tid fra de mere langsigtede opgaver. Man kan anskue krise som en mulighed for at arbejde med behandling, idet brugerne vil have brug for hjælp (7: 101). I så fald har personalet mange muligheder - hvis de altså har tid til det for krisestyringen. En case manager sagde engang om sine brugere: 'Hvis de så bare var indlagte, så kunne de ikke gå ud og lave nye ulykker, som jeg skal bruge tid til at tage mig af.'

De kriser eller problemer, som disse brugere typisk skaber eller pådrager sig, er: Vold mod andre; øget skadende misbrug; skænderier med venner; øget gæld, der skal finansieres ved kriminalitet; fysiske skader pådraget i påvirket tilstand - fald på trapper, fald foran tog, fald på knallert, vold fra andre; og fysiske skader fra misbruget - blodpropper i benene, knækkede kanyler i lysken, betændelse på hjerteklapperne, sår og infektioner, HIV og leverbetændelse.

Integreret behandling

Princippet om integreret behandling bliver fulgt i KASA. Her kan brugerne modtage psykiatrisk behandling og behandling for misbrug. Derudover er der i KASA en fuldtidsansat psykolog og en fuldtids socialrådgiver. Socialrådgiveren hjælper med afklaring af sociale spørgsmål, men udfører også en del opgaver, som normalt varetages af kommunen - f.eks. udfyldelse af diverse papirer i forbindelse med pensionsansøgninger, forskellige særbevillinger fra kommunen m.m.

Det betyder, at en del af den behandling, som case manageren skal koordinere, faktisk kan varetages i institutionen. Den eksterne behandling er ofte hospitalsbehandling. Derudover er der en del eksternt

arbejde i forbindelse med udslusningsprocessen, hvor man rundt om brugeren søger at etablere et netværk, der kan overtage behandlingen, når brugerens behandlingsforløb i KASA er slut.

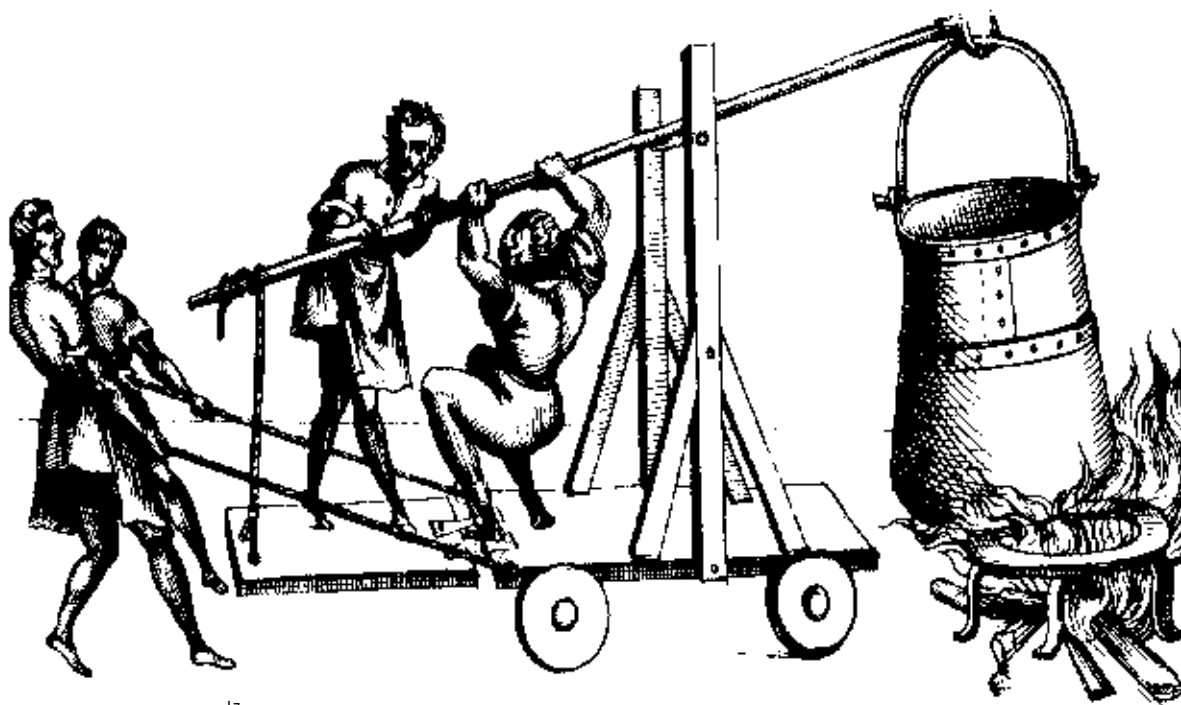
At en stor del af behandlingen kan varetages i institutionen er yderligere en forklaring på, at brugerne knyttes tæt til KASA som behandlingssted og til deres case manager.

Afvisning og advokerende funktion

Brugerne i KASA er velkendte i det øvrige behandlingssystem, inden de kommer i KASA. Dermed ligner de andre dobbeltdiagnosebrugere, som er beskrevet i litteraturen (f.eks. 6,7). Erfaringen fra KASA er dog, at disse andre behandlingssituationer er mere end villige til at give slip på dem. Case managerens opgave kommer derfor til at strække sig ind i områder, som normalt bliver løftet af andre - ofte kommunen og socialpsykiatrien.

Det kan være hjemmehjælpen, som stopper med at komme og gøre rent, og hvor case manageren overtager en del af denne opgave og simpelthen tager hjem og hjælper med at holde lejligheden beboelig. Det kan være støttekontaktpersonen, som opgiver den primære opøgende funktion over for en bruger og i stedet lader denne overgå til case manageren.

I de fleste tilfælde ligger der nogle konkrete overvejelser bag denne glidning af servicefunktioner - f.eks. enten at støttekontaktpersonen vurderer, at brugeren har svært ved to tætte relationer, eller at hjemmehjælpen konkret er bange for at komme og gøre rent i brugerens hjem. Men det ændrer ikke ved den generelle tendens til, at behandlingsansvarlige mennesker rundt om de enkelte brugere opgiver kontakten og initiativet i forhold til den enkelte bruger. Det koordinerede arbejde for case manageren får dermed ofte også en advokerende dimension - i en opdyrkning og fastholdelse af be-



L7

rettigede tilbud til brugerne.

Alle disse punkter viser, hvordan den tætte relation til brugerne står helt centralt i case management-arbejdet i KASA. Den tætte relation bliver den primære forudsætning for, at arbejdet med disse brugere kan lade sig gøre.

Virker behandlingen?

Der er nogle gode aspekter ved at organisere behandlingen på denne måde. Det er én person, der har det konkrete ansvar for og kontrol med behandlingen. Der sker en koordinering, og der eksisterer en vis grad af overskuelighed for den primære behandlingsansvarlige person. Brugeren har én person at henvende sig til, som har overblik over behandlingen, og som kan bære dette overblik for brugeren. Brugeren udtrykker også stor glæde og trykthed ved at have én person, som de kan henvende sig til. Nogle brugere ønsker dog, at denne relation går længere i retning mod det personlige og intime, end hvad personalet mener er acceptabelt. Det giver også en jobmæssig tilfredsstillelse for det enkelte personalemedlem, når be-

handlingen lykkes.

Men der er også forhold ved denne organisering, der skaber en række udfordringer for personalet. Det er ensomt for den enkelte case manager at bære ansvaret for de ofte komplicerede og udfordrende brugerforløb og brugerhistorier. Som i andet behandlingsarbejde er der en generel risiko for, at relationen skridder over mod det 'private' – f.eks. at behandlerne bliver for emotionelt involveret i brugerne, så de ikke kan skelne mellem egne og brugerens behov eller forskelsbehandler brugerne på et ikke-professionelt grundlag. Denne risiko er også til stede, fordi nogle brugere ønsker en privat relation og derfor trækker i den retning. Der er også en betydelig risiko for, at behandlingen falder ud, når den enkelte case manager er fraværende, og fordi den sekundære case manager ofte ikke har mulighed for at løfte den fulde opgave. Og endelig kan det være svært for andre at få en rolle i behandlingen. Dette er et problem i forbindelse med den behandling, som ikke kan foregå i KASA, og hvor andre behandlingsinstanser derfor skal tage over, f.eks.

under en indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Det er også et problem i forbindelse med afslutningen af behandlingsforløbet i KASA, hvor det er svært for andre at overtage behandlingen af brugerne, dels fordi de ikke kan komme til, så længe case manageren er på banen, og dels fordi brugerne er vant til denne meget tætte relation, som det kan være svært for mindre intensive tilbud at skulle leve op til.

Virker behandlingen så, når den bliver organiseret på denne måde? Der er ikke lavet nogen endelig evaluering heraf i KASA, men følgende punkter peger på en positiv effekt:

1. De behandlingsmæssige principper følger de anbefalinger, som man kan finde i litteraturen (se f.eks. 6, 7, 12). Behandlingen er integreret, opsøgende og intensiv. Det eneste område, hvor behandlingen i KASA ikke følger disse principper, er, at den er midlertidig. De fleste anbefalinger peger på, at behandlingen af denne gruppe skal være tidsubegrænset.
2. Et andet punkt er, at brugerne generelt udtrykker glæde og til-



fredshed ved at være i behandling i KASA og har stor modvilje mod at skulle videre til et andet behandlingssted. Brugerne er også glade for, at der er nogen, der kender dem godt.

3. Personalet kan pege på en lang række punkter, hvor brugerne har fået løst konkrete problemer – f.eks. Jens, der fik hjælp til somatisk behandling og etablering i lejlighed.

Styrker og svagheder

Fra behandlingssystemets side er det ofte beskrevet, at mennesker med en dobbeltdiagnose sætter sig mellem to stole: Psykiatrien og misbrugsbehandlingen (f.eks. 3). Erfaringen fra KASA viser, at dette billede dårligt beskriver den konkrete situation. I praksis får brugerne tilbudt behandling i de to behandlingssystemer, men er ikke i stand til at bruge den tilbudte behandling. Der mangler ofte nogen, der har det som deres særlige ansvar at fastholde disse mennesker i behandling; at løfte den opgave det er at opøge og fastholde disse dårligt stillede og dårligt fungerende brugere i behandlingen (se også 6).

IKASA har man valgt at løfte denne opgave med udgangspunkt i case management. Som denne artikel har vist, kan case management være både en styrke og en svaghed. Styrken er, at det med case management er muligt at skabe en ramme, inden for hvilken man kan lave behandling af denne tunge gruppe – hvis man har mulighed for at etablere et behandlingstilbud med den meget tætte kontakt og meget omfattende grad af klinisk case management. Svagheden er, at netop den tætte case management-relation skaber nogle udfordringer i behandlingsarbejdet: Relationen kan blive for tæt og behandlingen bliver afhængig af tilstedeværelsen af en specifik person. Yderligere vanskeliggør den, at andre kan blive en del af behandlingen og evt. på et senere tidspunkt

overtage ansvaret for denne.

Står man og skal i gang med at etablere behandling af mennesker med en dobbelt diagnose, eller et behandlingstilbud til andre brugergrupper hvor case management er påtænkt en central rolle, er det vigtigt at tage de ovenstående punkter med i sine overvejelser og finde ud af, hvordan man kan udnytte styrkerne ved case management og undgå de svagheder, som praksis har vist nemt følger med.

NOTE

1. For en talmæssig præsentation af KASA's brugere henvises til 5.

LITTERATUR

1. Narkotikarådet. Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger. København. 1999.
2. Bømler, T.U.: En anden hverdag: Om psykisk syge misbrugere. Aalborg Forskningsgruppen Arbejds- og Levevilkår. Forskningsenheden Differentieret Social Integration, Aalborg Universitet. 1996.
3. Jessen-Petersen, B.: Psykotiske patienter med misbrugsproblemer (Dual-Diagnosis patients). Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag. København. 1994.
4. Moxley, D.P.: The Practice of Case Management. Newbury Park. Sage Publications. 1989.
5. Johansen, K.S.: Invitation til behandling. Caféfunktion i et ambulans behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere. I: STOF, nr. 8. s. 59-68. 2007.
6. Vendsborg, P.B.: Indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose. I: Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Andersen, K.W. & Perit, D. (red.). Socialt Udviklingscenter SUS. København. 2003.
7. Mueser, K.T., Douglas, L.N., Drake, R.E. & Fox, L.: Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. The Guilford Press. New York. 2003.
8. Vendsborg, P.B., Svarre, D., Ahrensburg, J. & Vogel, A.: Psykoseteam og klinisk case manager. I: Distriktspsykiatri – en lærebog. Blinkenberg S, Vendsborg PB, Lindhardt A, Reisby N (red.). Hans Reitzels Forlag. København. 2002.
9. Pedersen, M.U.: Heroin-afhængige i metadonbehandling. Den medicinske og psykosociale indsats. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2005.
10. Crawford, C.: Udviklende fortrolighed. Tanker om kontaktpersonfunktionen. Hans Reitzels Forlag. København. 1994.
11. Belin, S.: Galskabens magt. Hans Reitzels Forlag. København. 1999.
12. 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.