

VELKOMMEN TIL FESTEN!

Kære Læser

Du sidder nu med det 20. nummer af STOF – et nummer, der markerer STOFs 10 års jubilæum. Vi indbød alle vores læsere til at bidrage til jubilæumsnummeret, og overvældende mange har taget imod invitationen og skrevet til bladet. Det er vi på redaktionen meget glade for. At så mange og varierede indlæg stadig finder vej til spalterne i STOF bestyrker os i, at vi så rigtigt, da vi i sin tid besluttede, at alle artikler i bladet både kan og skal skrives af folk fra misbrugsområdet. Bladet starter også med en fest: Temaet 'Noter om natten' tager os med ud i nattelivet. Det giver et indblik i den fest, de fleste har oplevet på et tidspunkt: den sjove aften, den herlige rus, flirten, kontroltabet ... For nogle fortsætter festen lidt for længe, overforbrug kan føre til misbrug og afhængighed – ja, helt derud, hvor man har brug for hjælp. Det handler resten af bladet om, og i et mix af aktuelle og tilbagekuende artikler præsenteres meget forskellige overvejelser over udviklingen på misbrugsfeltet gennem de sidste mange år. Redaktionen har fået støtte fra mange gode kræfter i forbindelse med jubilæumsnummeret. Særligt skal nævnes Eric Allouche, som har bidraget med skarp og kritisk læsning af artikler, Kathrine Bro Ludvigsen, som har arbejdet med temaet om familier & misbrug, Sébastien Tutenges, som har været tovholder på temaet 'Noter om Natten', Marianne Bækbøl, som har lavet interviews og Karen Ellen Spannow, som har lavet boganmeldelser og leveret inspiration til arbejdet. Kim Lykke, der har været kreativ layouter på bladet i 15 år, har bevaret overblikket over det største blad, vi har lavet hidtil – det samme har vores trofaste korrekturlæser Leif Aidt.

Tak til alle, der har været med til at holde STOF flydende i 10 år.

Birgitte Jensen,

Redaktør · bj@crf.au.dk



INDHOLD STOF 20

NOTER OM NATTEN

- FELT NOTER** 9
AF SÉBASTIEN TUTENGES
- NATTENS DRØMMESPIL - TEENAGEPIGER I NATTELIVET** 18
AF LEA TRIER KRØLL
- EN SOCIOLOG BAG BAREN** 24
AF MAJ WITTE

FOREBYGGELSE

- MODELKOMMUNEPROJEKT: OM OG OM IGEN?** 32
AF FLEMMING BALVIG & LARS HOLMBERG
- DESIGNERDRUGS**
- NYE RUSMIDLER UDFORDRER FOLKESUNDHEDEN** 38
AF TORBEN BREINDAHL & ANDREAS KIMERGÅRD

PSYKOLOGI

- PSYKEN OG RUSMIDDELBRUG – 10 ÅRS FORSKNING I MISBRUG OG PSYKISKE PROBLEMER** 46
AF MORTEN HESSE & BIRGITTE THYLSTRUP

CANNABISDYRKNING

- DYRKER DU CANNABIS?** 48
AF VIBEKE ASMUSSEN FRANK, HELLE VIBEKE DAHL, ANNE-SOFIE CHRISTENSEN & ANETTE MADSEN

FORBYD HASH!

- HASH ER DET FARLIGSTE ILLEGALE RUSMIDDEL, VI HAR!** 52
AF FLEMMING LICHT

INTERVIEW

- TAL OM STOFFERNE – DE UNGE TAGER DEM JO ALLIGEVEL** 56
AF MARIANNE BÆKBØL

TILBAGEBLIK

- TANKER OM ET VIDENSRESISTENT OMRÅDE** 60
AF KAREN ELLEN SPANNOW
- 50 ÅR MED ILLEGALE STOFFER – FRA SKRÆK OG RÆDSEL TIL FORNUFT OG VIDEN** 64
AF PREBEN BRANDT

KLASSIKER

- VIDEN OM BEHANDLING – ELLER 9 MÅDER AT UNGDÅ AT BLIVE KLOGERE** 70
AF MICHAEL JOURDAN

BEHANDLING

- AT GÅ I BEHANDLING ... OG GÅ FRA DEN IGEN** 74
AF ANNA STELVIG

NETBASERET RÅDGIVNING

- NETSTOF.DK – I NY FORM** 78
AF JANNE ANDERSEN

STOPHASH

- HASHSTOP – ET NYT TILBUD FOR UNGE** 82
AF INGER CHERCKA

ANONYM

- SUCCEs MED ANONYM MISBRUGSBEHANDLING** 86
AF DORTEA NIELSEN

TILBAGEBLIK

- FRA PSYKIATRI TIL STOFMISBRUG – OG TILBAGE IGEN** 92
AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

DOBBELTDIAGNOSE – SET FRA PROJEKT SOCIALSYGEPLEJE

- AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN 96

FRA SOCIALT ARBEJDE OG HELHEDSTÆNKNING - TIL DOKUMENTATION OG MARKEDSSTRATEGIER

- AF MARIANNE BÆKBØL 102

SUBSTITUTIONSBEHANDLING I DANMARK

- AF VIBEKE ASMUSSEN FRANK, BAGGA BJERGE & ESSEN HOUBOG 106

SÅRBARE FAMILIER OG GRAVIDE KVINDER MED STOFPROBLEMATIK

- AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN 110

FAMILIEN I BEHANDLING

- FAMILIER MED MISBRUG I LANGTIDS-DØGNBEHANDLING** 114
AF HELLE LINDGAARD & LISE WIEMANN

NETVÆRK

- HISTORIEN OM CAFÉ TUMLING** 122
AF LISBETH BAK

GRAVID PÅ TVÆRS

- VEJEN TIL BARNET GÅR GENNEM MOR - OG DET GODE TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE** 126
AF KATRINE BRO LUDVIGSEN & MIA HEICK

FOREBYGGELSE BLANDT ÆLDRE

- ER DU ÆLDRE – VÆR SÆRLIG FORSIGTIG MED ALKOHOL** 136
AF CHRISTINA KUDSK NIELSEN

BOGANMELDELSE

- UDENFOR ER OGSÅ INDENFOR** 142
AF KAREN ELLEN SPANNOW

KONFERENCE

- KAMPEN OM KLIENTERNE** 144
AF MARIANNE BÆKBØL

KOMMENTAR

- HVEM HAR ANSVARET FOR DANSK MISBRUGSBEHANDLING?** 150
AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN & KATHRINE BRO LUDVIGSEN

TILBAGEBLIK

- UDFORDRINGER PÅ STOFMISBRUGSOMRÅDET** 152
AF JANN SJURSEN

BOGANMELDELSE

- FRA VIDEN TIL VIRKE** 158
AF KAREN ELLEN SPANNOW

INTERVIEW

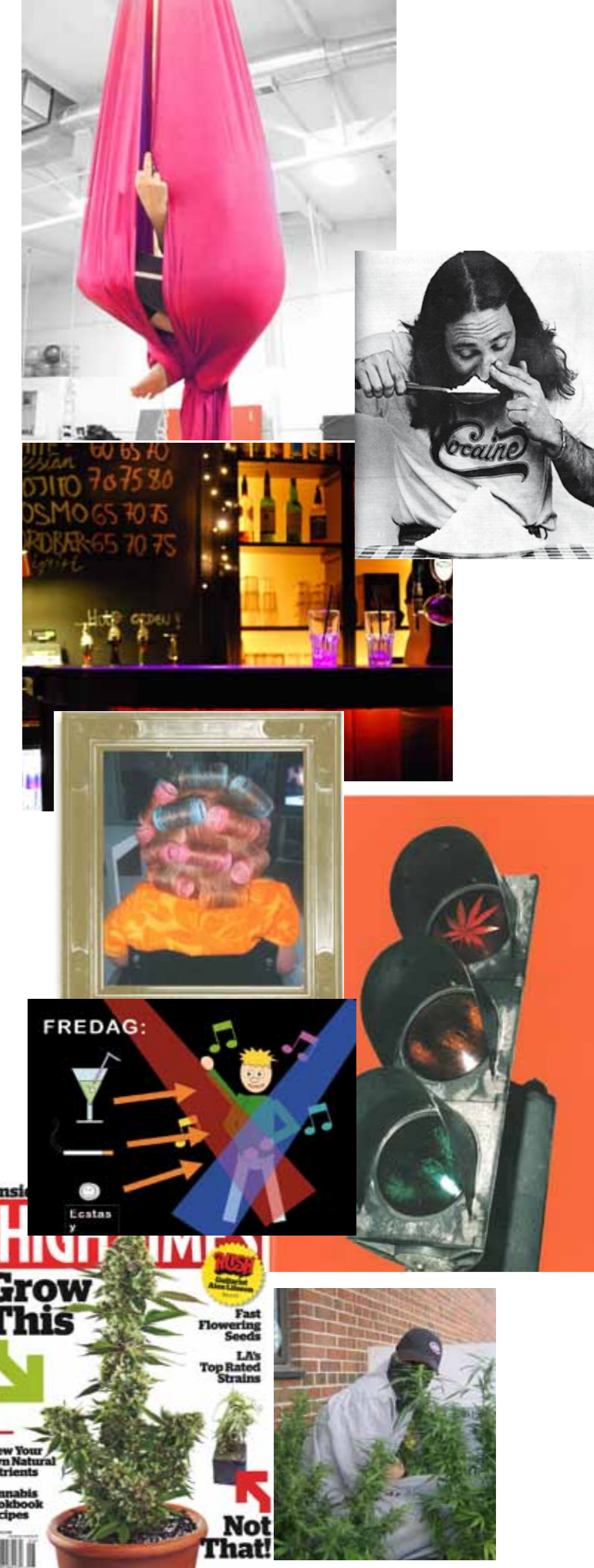
- DANSK MISBRUGSBEHANDLING MANGLER LÆGER, VOLUMEN OG KOORDINERING** 160
AF BIRGITTE JENSEN

TILBAGEBLIK

- STOFSCENEN** 176
AF BIRTHE LARSEN
- BRUGERFORENINGEN** 190
AF JØRGEN KJÆR

STOF BACKSTAGE

- AL ACCESS** 196
AF ERIC ALLOUCHE
- STOF BLEV MIN SKÆBNE** 197
AF BIRGITTE JENSEN
- OM KORREKTUREN** 198
AF LEIF AIDT
- OM GRAFIKKEN** 199
AF KIM LYKKE



A low-angle, shallow depth-of-field photograph of a city street at night. In the foreground, a green glass beer bottle lies on its side on the asphalt. The background is filled with blurred figures of people walking, streetlights, and colorful neon signs, creating a bokeh effect. A bicycle is parked on the right side of the frame. The overall atmosphere is that of a busy, late-night urban environment.

NOTER OM NATTEN

BURG PIZZA
73 43 43 34



NOTER OM NATTEN

AF SÉBASTIENTUTENGES

STOF har gennem tiden budt på et væld af forskningsbaserede artikler. Prøv blot at gå på opdagelse i arkiverne på www.stof-bladet.dk. Her kan man læse om undersøgelser af alkoholforbruget blandt teenagere, misbrugere med personlighedsforstyrrelser, cannabisdyrkning og meget andet. Flere af disse artikler er skrevet af 'etnografer': et folkefærd, der dyrker feltarbejdet som kongevejen til videnskabelig indsigt. Etnografer tager gerne ud i felten i lange perioder for at leve blandt de studerede, tale med dem, observere dem, fotografere dem, imitere dem, sanse dem og gradvis opbygge en kropslig og intellektuel forståelse af deres liv. Dette omstændelige arbejde hører vi imidlertid sjældent nærmere om - hverken i STOF eller andetsteds. Forsknings- og formidlingsartikler skal jo helst være helt koncise, og mange skribenter vælger derfor at nedtone metodeudredningerne for i stedet at skrive detaljeret om forskningsresultaterne. Tag for eksempel Morten Hulvej Jørgensens artikel om 'Teenagernes egen skadesreduktion' fra STOF nummer 10, 2007. Her nævnes det kort, at artiklen bygger på 'en etnografisk undersøgelse, som blev gennemført i 2004 blandt en gruppe 13-16-årige i et dansk landsbysamfund'. Man forstår, at der er blevet udført 'interviews', 'observation' og 'deltagerobservation'. Men hvordan er det lige, at den granvoksne etnograf får unge til at tale åbent og ærligt om deres alkoholforbrug? Hvor, hvornår og hvordan observerer man teenagere? Hvori består deltagelsen, når emnet er alkohol og skader? Og hvilke slags data kommer der ud af de etnografiske metoder?

I det følgende vil vi løfte lidt af sløret for det etnografiske feltarbejde ved at bringe en række feltnoter og billeder fra det danske natteliv, der er taget i forbindelse med det igangværende forskningsprojekt 'Fest i trygge rammer'. Projektets

ærinde er at undersøge og minimere sikkerhedsproblemerne på barer og diskoteker i Danmark, og til det formål anvendes en række metoder, hvoriblandt observation, deltagerobservation og fotografi spiller en central rolle. (1) Nærværende tekst- og billedcollage skulle gerne give et indblik i det etnografiske arbejde og i de typer af data, der kommer ud af etnografi; samtidig håber vi på at give et indtryk af de nattelivsmiljøer, som vi har udforsket i forbindelse med projektet. Når jeg skriver 'vi', så henviser jeg til en gruppe bestående af i alt 12 personer (forskningsassistenter, praktikanter, studentermedhjælpere og undertegnede), der har været ude i felten siden projektstarten i juni 2012. I det følgende præsenterer vi en række eksempler på feltnoter og billeder, der kaster lys på nattelivet i Jomfru Ane Gade, på brune værtshuse, diskoteker og barer. Feltnoterne er oprindeligt blevet nedfældet in situ på en notesblok for efterfølgende i flere omgange at blive renskrevet på en computer. Noterne skal selvfølgelig ikke betragtes som 'rå data', der objektivt gengiver det pulserende liv uden for teksten. Al skrift er altid allerede fortolket, uanset hvor meget man som skribent bestræber sig på at være virkelighedstro. Det samme gælder i øvrigt fotografi. Fotografen sætter nødvendigvis sit personlige præg på den virkelighed, som hun eller han forsøger at indfange.

Vi har masser af noter og billeder i vores arkiv, som er gabende kedelige, forvirrende, misvisende eller for selvudleverende til en offentlig publikation. De feltnoter og billeder, som vi har valgt at inkludere i denne collage, er dem, som vi finder mest sigende og fængende. ■

Projekt 'Fest i trygge rammer' har fået økonomisk støtte fra TrykFonden og Familien Hede Nielsens Fond.

(1) Man kan læse mere om projektet i forrige nummer af STOF: Tutenges, S. et al. (2011). 'Fest i trygge rammer'. STOF, 18: 46-49.

JOMFRU ANE GADE #Ask#

Kl. 19.30

Jomfru Ane Gade løber fra 7-eleven ned mod havnen, casinoet og stripklubberne. Klientellet skifter som man nærmer sig havnen, fra flakkende lidt for unge gymnasielever, over solidt byggede og snart voksne mænd, til dem der er over halvvejs i livet, men stadig har lyst til svir og fadbamser, og noget at se på. Facaderne changerer fra glinsende pink og gult over messing og brunt til sort.

Kl. 20.00

Op og ned ad gaden, ind og ud mellem motorcykler og folk, går et uniformeret korps af piger og sælger den nye drik. De henvender sig mest til unge mænd, der ser ud som om de kommer fra Aalborg. Pigerne har lyst hår og en blå og hvid truckerkasket på, en grøn- og blåternet stram skjorte, der er lidt skovmandsagtig, men figursyet; meget korte hotpants i denim, mørke strømpebukser og kondisko. I mistænkeligt mange af pigernes strømpebukser er der løbet en maske. Pigerne ser sure ud. Det er køligt i aften.

Kl. 20.30

Musikken er egentlig ikke helt ringe. Det er sjovt at være i Aalborg. Men da bandet giver sig til at spille Hendrix går det for vidt. Hendrixfortolkningen er trist og ødelægger også det næste nummer, der skal fungere som kulminationen på aftenens event: Bandet spiller 'Born to be Wild', mens motorcyklerne i procession kører væk, ud i Aalborgs gader, ud til hvem-ved-hvor.

UDEN FOR PÅ BAD BOY #Lars#

Kl. 21.00

Ved døren hænger der et skilt, der siger, at stedet forbeholder sig ret til at afvise folk pga. fire forskellige punkter: hvis de 'er berusede... skiller sig ud fra de øvrige gæster.. udviser truende adfærd eller er iført streetwear,' (sidste punkt uddybes med eksempler som hættetrøjer, joggingbukser m.m.).

Folk i køen er ret fulde. Især en flok unge drenge på 18-20 år, der står bag os. En af dem pisser op af muren, som vi alle står mindre end en halv meter fra. Nogle gider ikke stå i kø længere. Mange folk forlader køen i løbet af de 50 minutter, vi står her, men mindst lige så mange holder ud. Folk må være ret glade for stedet. Mange kommer svedende ud på gaden for at ryge og trække frisk luft. En del kommer herud for at snakke og flirte, hvilket også er ret svært indenfor i larmen. De fleste af pigerne er meget letpåkledte, men de kan tilsyneladende sagtens klare at stå udenfor i aftenens 5 grader i et kvarter alligevel. En fyr kommer trakkende med en pige i hendes halskæde, som han præsenterer



som sin 'nye slave'. Hun ser fuld ud. Så snart hun har vendt ryggen til, siger han, at hun er 'den billigste luder! Hun kysser med alle. Snak med hende i halvandet minut, så skal du se!'. Der er to piger i gruppen, som udtrykker, at det er tarveligt sagt, men samtidig griner de meget af ham.

HELLIGE FRANS PÅ BAR #Frederik#

Kl. 21.30

Dørmanden spørger mig om ID og kigger undrende på mit kørekort og derefter på mig. - Du er godt klar over, at det er 18-20-årige, der er her, ik? siger han uden at smile, sådan ligesom for at advare mig om hvad jeg er på vej ind til. 'Jaah' siger jeg, mens jeg overvejer om jeg skal fortælle ham, at jeg ikke er her for at score, men er i gang med et forskningsprojekt om rusmidler i nattelivet.

Kl. 21.45

Efter at have betalt 50 kroner i entré går jeg ned ad trappen, og fornemmer på lyden af råbende fyre og lugten af spildt fadøl, at der er gang i en god fest allerede. Ved et bord tæt på en af barerne sidder fire drenge med hver deres bakke med ti shots. Det ser flot ud. Jeg spørger dem hvorfor de er på bar i dag. 'Der var ikke nogen damer i ølstykke, og så tog vi toget herind'. 'Hvordan går det så med damerne her?' spørger jeg. Han griner og siger at der ikke har været held med det endnu, men at det helt sikkert kommer senere, når alle har drukket ud.

Kl. 22.15

Jeg går ind i rummet ved siden af, hvor musikken er mere rolig, for at skrive historien om drengene og shotsene ned. Da jeg er færdig sidder jeg og kigger mig lidt omkring, og spekulerer på om alle kan se, at jeg er i hvert fald 10 år ældre end gennemsnittet og 90 % mere ædruelig. Nogle unge lyshårede og fulde piger kigger sig lidt søgende omkring. En af dem spørger mig om jeg keder mig, en anden om hvad jeg drikker. Mine tamme svar opfatter de vist som afvisning. Det står klart, at jeg har brudt barens vigtigste party-normer, og et billede af mig selv i munkeklæder dukker op i mit hoved mens jeg skriver de vise ord ned på min blok: at folk går i byen for at drikke og score.

ZINK #Lars#

Kl. 23.00

Vi står en del ved dansegulvet. Der er flere enligt dansende fyre. De ser ud til enten at være på stoffer eller helt ustyrligt fulde. Især en ung fyr på omkring 20 år danser helt vildt og energisk med et meget hurtigt benarbejde (en blanding af hip hop moves og irsk folkedans), mens han ser ud til at være i sin egen verden. Folk der skal forbi er alle meget tæt på at blive ramt af hans vilde dans. De fleste reagerer ved først at blive forskrækkede over de

pludselige hurtige bevægelser, som er ved at ramle ind i dem, men ler derefter til hinanden. En skaldet mand på omkring 40 år skifter mellem at stå og kigge på de andre dansende og selv danse helt vildt. En fyr, der går rundt i hvid skjorte med Zink-logo på (bartenderne og garderobedamerne er i sorte trøjer med logo på), snakker på et tidspunkt alvorligt til ham og ser ud til at give ham en advarsel.

SHERWOOD #Merete#

Kl. 23.30

Sherwood taler til mit hjerte. Ikke et sted, jeg ville komme, men et sted, jeg ville ønske at komme. Sherwood har plads til alle. Maskuline karseklippede mænd, dykes, bøsser, indvandrere, straights, asiater (til salg?!?), you name it. Utroligt at tage til en provinsby og finde et af omtale lidet flatterende sted og møde så meget flertydigheds-tolerans. Ved disse mennesker ikke, at man primært skal være sammen med andre fra eget segment og kategori? Har de ikke hørt om kategoriseringer og diskrimination?? Scenen er sat i Sherwoodskoven: Der er grove træmøbler, gamle fake-lysestager, udstoppede vildttrofæer, dj pulten er et minislott, der hænger våbenskjold på væggene, som er malet i temaets stil. Og stilen er gennemført og dårlig, klientellet er en blandet landhandel flertallet marginaliserede mennesker. Dette er for langt ude til en David Lynch film. Sherwood gør intet for at sælge til et bestemt klientel. Sherwood er bare der, hvor alle kan komme, på nær hvis man er typen, der lægger vægt på hvor og med hvilke andre gæster man drikker sit sprut. Så drop din pseudoaltruisme og dine hipster idéer; du er ikke bedre end os. Kom til Sherwood.

CAKE #Lars#

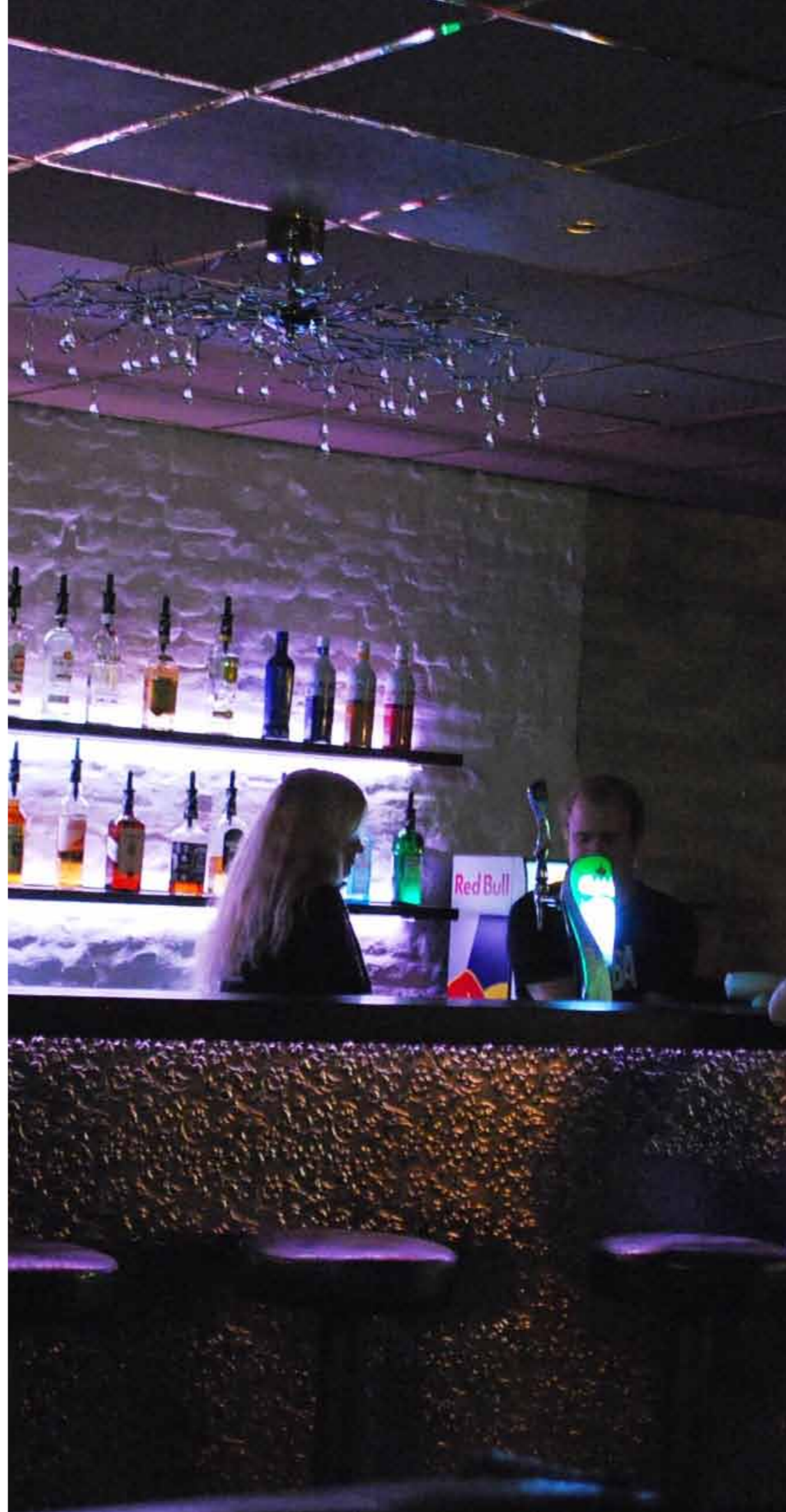
Kl. 01.10

Der står en enkelt dørrmand i indgangen, der også er prydet af et skilt, hvorpå der står, at Cake er en medlemsklub, og at de forbeholder sig retten til at afvise ikke-medlemmer i døren. Det er et lille sted, men stopfyldt af mennesker. Gennemsnitsalderen ser ud til at være omkring de 30. De fleste af fyrene er jeg derimod ret hurtig til at kategorisere som 'bøsser' (virkelig kønne, ingen kropshår, generelt velplejede, stramt tøj, mange veltrænede, feminine bevægelser).

Kl. 01.25

På toilettet er der stor kø. Der stinker af pis og er meget moslen rundt. Det er meget småt, og urinalet er meget tæt på det eneste lukkede toilet derinde. I køen til det aflukkede toilet står to arabisk udseende fyre. Den ene støtter den anden, der dårligt nok er i stand til at stå selv. Jeg tænker, at han skal hjælpe ham med at brække sig.

Kl. 01.50



En tynd og meget påvirket fyr, der er mindre stilet klædt end de fleste herinde (cowboy-skjorte) og noget mindre køn end gennemsnittet, kommer vaklende hen til os. Musikken er høj, han taler meget snøvlet, det virker som om han inviterer os til noget og han trækker en lille pose pot eller skunk op af skjortelommen. Vi ler lidt, og uden at jeg nogensinde helt forstår, hvad vi egentlig snakker om, tror jeg nok, vi får takket nej, og han lægger det tilbage i lommen og går videre.

Kl.02.15

Der er godt proppet herinde. Klientellet ligner meget det samme, som de sidste par gange, jeg har været her: hovedsageligt bøsser fra 25 år og opefter samt heteropiger mellem 20 og 30 år. Der er god stemning, og latteren og snakken høres næsten lige så højt som den overgearede popmusik. Vi smyger os ned gennem lokalet.

Kl. 02.20

Jeg ser en mand og en kvinde sidst i 20'erne gå ud mod toilettet sammen. Han holder hende i hånden og trækker hende leende efter sig ud på herretoilettet, mens hun siger 'ne-eej'. De ler begge to. Jeg venter et halvt minuts tid og går tilbage til toilettet for at se, om de mon går ind i båsen for at knalde og/eller tage narko. Der står en stor fyr i åbningen og ler, mens han siger 'kan du så komme ud!' Det virker ikke til, at de har været i gang med noget uartigt. Der er god toiletstemning.

Kl. 2.30

Jeg bemærker en tydelig lugt af pot. Efter et stykke tid får jeg øje på en fyr, der står i udkanten af dansegulvet og ryger på en joint. En pige får et hiv, mens han stadig holder den.

VESTERGADE #LEA#

Kl. 02.45

Efter observationsbesøget på natklubben K træder vi ud på gaden. Der er så tæt af mennesker, at jeg må mase og zigzag'e mig vej frem. Gaden er et traunkalt knudepunkt for unge i 18-25-års alderen. De mødes og spredes på vej ind og ud af de tæt koncentrerede barer og natklubber; omkring 15 barer og natklubber er samlet alene på denne gade dertil kommer de tilstedende gaders tilbud. Gaden er et kaos af energier. Det er medrivende. En pige sidder på en fortovskant. Det ligner, hun hviler sig. Hun ser meget fuld ud. Foran hende støtter en ung fyr en vaklende pige. Hun kæmper med at tænde en cigaret, der hænger på hendes læber. Han holder en tændt lighter for hende. Hun slingrer, tager skridt frem og tilbage, smiler af sig selv; siger at hun er håbløs. De griner. Med hans støtte fortsætter hun forsøget med at tænde sin cigaret. Jeg ser ikke om det lykkedes.

Kl.02.50

En beruset ung fyr slingrer hen imod en af de gennemkørende biler, hvis ruder er rullet ned. En kvindelig passager på bagsædet kigger ud med opstemte øjne og et smil på læben. Bilens passagerer er ældre end de fleste på gaden omkring dem. Hun har rullet vinduet ned; hun underholder sig med at cruise her.

Kl. 03.00

En fyr i en postrød skjorte kommer helt op til en af bilerne, bukker sig mod bagsædets ene rude og siger eller gør noget; jeg ser ikke hvad. Han bakker derpå baglæns med et smørret smil.

Pigen bag ruden smækker bildøren op, stiger i en heftig bevægelse ud og skridter efter fyren. Hun spytter efter ham. Det fjogede smil har han stadig på læberne, mens han undviger hendes gentagne angreb; i en aggressiv talestrøm raser hun af ham, fægter artikulerende med armene og slår direkte ud efter ham. Han flytter sig, svarer ikke igen. Smilet på hans læber fortager sig. Hun spytter igen.

Den anden pige på bagsædet læner sig ud af bilen; kalder sin veninde ind. Bilen begynder at køre langsomt. Bildøren står stadig åben. Dét reagerer hun heller ikke på.

Pigen i bilen stiger ud og begynder at hive i sin aggressive veninde, der først stritter imod, men kort efter sender den sidste spyttende bevægelse af sted mod fyren. Hun lader sig føre ind i bilen, der derpå kører væk.

Publikum, der som mig før var fokuseret på dramaet, spredes; gaden forvandles igen til et rum, hvor mindre optrin udfolder sig på kryds og tværs.

Kl. 03.15

På gaden foran diskotek S står en flok unge på ca. 20 år og snakker; de fleste er tydeligt fulde, og nogle diskuterer op-hidset. Bag en gigantisk dørmand ses et lille hjemme-printet A4-ark, der reklamerer for torsdags-strip med entré for 20 kr. Vi smiler til hinanden. Hér er løvens hule!

Kl. 03.30

Til venstre for garderobedisken er et 10 kvm. rygerum med 90'er mønstrede sofaer. Sur røg bider i næsen, som om gammel røg har vævet sig ind i sofaerne, eller som om lokalet aldrig er blevet luftet ud. Der er fyldt og livligt herinde. Fra rygerummet ser jeg en gruppe drenge, der konstant går ind og ud mellem gaden og diskoteket; der sker måske noget; de går hurtigt.

Kl. 03.40

Langs den ene væg er en bardisk og på modsatte side et sænket dansegulv med pol-stang, en hævet DJ-pult og et stort optrykt fotografi skruet ind i væggen; det forestiller to nøgne piger tæt sammenslynget i en brusekabine. Dansegulvet er stort set tomt, kun kortvarigt indtages det af en lille gruppe piger. Jeg er urolig og forvirret; stemningen på diskoteket er både sløv og anspændt, utilregnelig.

FELTNOTER

K(L)UBBEN #Maj#

Kl. 04.00

Vi er på vej til en klub hvor jeg har hørt at brugen af euforiserende stoffer skulle være udbredt. Da vi kommer ind sætter vi kursen mod toiletterne. Vi maser igennem en gruppe gæster og kommer ind på de mørke dametoiletter. Her er beskidt: Gulvet er snasket, vådt og rester af toiletpapir er smidt omkring på toiletgulvet. På væggene er der malet skødesløse graffiti, forskellige tags, forskellige budskaber. Et nummer man kan ringe til hvis man er kommet for at få noget. Ida siger at det er på sådan nogle toiletter man er bange for at få en kønssygdom bare ved at sætte sig på brættet. Hendes beskrivelse er spot on! Jeg føler mig overbevist om, at det ikke er unormalt at der bliver sniffet coke i de små aflukkede båse. Der står en pige ved vasken. Hun svajer, nærmest sejler frem og tilbage og jeg kan ikke få øjenkontakt med hende. Måske har hun drukket for meget. Måske er det narko.

Kl. 04.15

Tilbage oven på er der flere der danser. Nogle ligner at de er i deres helt egen verden. Mange danser underligt. Måske er det de underlige asymmetriske technorytmer eller stemningen, men det er som om der er en indforståethed blandt stedets gæster: Her kan man danse som man vil og her kan man opføre sig som man vil. Jeg føler mig dog ikke som en del af stedets atmosfære og måske er det derfor jeg oplever gæsternes adfærd som underlig. Jeg er ikke vant til adfærds-koderne og føler mig udenfor den indforståethed der er omkring hvordan man opfører sig. Jeg ser i løbet af natten aldrig nogen benytte sig af narkotika, men det virker som om, at det er legitimt at være påvirket af andet end alkohol hvis man vil, ligesom det virker okay at opføre sig som om man var på stoffer.

DET BRUNE VÆRTSHUS #Sébastien#

Kl. 04.30

Jeg træder indenfor på den lille bodega. Her er varmt, og røgen er så tæt, at mine øjne straks begynder at løbe i vand. Barejeren vil gerne høre, hvordan det går med forskningsprojektet. 'Har I kaldt det for projekt 'Fest i trygge rammer'!? Det lyder som sådan en fest, man var til i 9. klasse, hvor der var ballondans, og forældrene sad ude i køkkenet og drak kaffe'.

Kl. 04.45

'Nu stopper det. Ud med dig!' Beskeden er henvendt til en meget fuld mand på omkring de 60 år. Han vralter mod udgangen. På vejen fejer han (formentlig med vilje!) flasker og glas omkuld på et bord, hvor der sidder tre mænd og tre kvinder.



Kl.04.50

Nu er situationen dysset ned. Der er ikke stemning for slagsmål her i aften. Den gamle fyr er forduftet. De seks forurettede ved bordet køber eller får nye øl. Festen fortsætter som om intet var hædt.

Kl. 05.15

Vi sætter os op i baren, bestiller Hof og en pakke cigaretter. Vi er ikke rygere, men pulser ivrigt løs. Suttet ved siden af køber en øl og skåler med bartenderen, der vanen tro drikker Underberger. Stemningen er afslappet, venlig og inkluderende. Her kunne man sagtens blande sig i andres diskussioner og selskaber, uden at det ville være mærkeligt.

Kl. 05.30

Pludselig siger den mandlige bartender skarpt, 'Det der gør du bare ikke! Ud på toilettet!'. Men det er for sent. Henrik brækker sig ud over bardisken. 'Jeg klarer den', siger bartenderen, 'men han skal ikke komme tilbage.' Samtalerne i baren er forstummet; mange har blikket rettet mod mig. Jeg ser fornøjede, afventende og skeptiske ansigtsudtryk.

Kl. 05.45

Udenfor har Henrik sprayet asfalten. Han retter sig op og går resolut ind igen for at bestille en ny omgang. Bartenderen siger venligt en sætning, han sikkert har sagt mange gange før: 'Du kan komme igen i morgen. I kan bare komme igen i morgen, drenge.'

UGEN EFTER

Kl. 22.15

Vi tager plads i baren. Bag disken står bartenderen, der bevidnede min vens uheldige optræden. Bartenderen betjener os høfligt, nærmest ærbøddigt. Ingen sure miner. Ingen bebrejdelser eller krav om erstatning for det ubehagelige rengøringsarbejde. Jeg spørger ham, om han før har oplevet kunder, der kaster op ud over baren? Jo da. 'Man oplever en del ting i den her branche. På min anden vagt var der en ung fyr, der kastede op på væggen og op i loftet.' Den unge fyr må have været på kokain eller sådan noget, lyder forklaringen. 'Hvem skulle gøre rent,' spørger jeg. 'Hvem tror du?' lyder svaret. Bartenderen tanker hyppigt op af en brunlig sprutflaske, der lader til kun at være til ham selv. En fyr vil vide mere om episoden fra sidste uge, men bartenderen ryster bestemt på hovedet og siger: 'tavshedspligt'. Dét er klasse.

NATTENS DRØMMESPIIL TEENAGEPIGER PÅ NATKLUB

Vild pige – pæn pige? Dét er piger i dag friset til selv at afgøre – fra situation til situation.

Projekt 'Fest i trygge rammer' følger fire 18-årige piger ud i nattelivet.

Artiklen bygger på fire 18-årige veninders beskrivelser af deres oplevelser med at gå på natklub hver weekend i Indre By i København. Beskrivelserne stammer fra to dybdegående kvalitative dobbelt-interview fra projekt 'Fest i trygge rammer' på Center for Rusmiddelforskning. Pigerne er anonymiserede i artiklen.

NATTESYN

Således som jeg engang mødte dig under stjernerne / i en tom port, hvor dine klæder flagrede / så du blev en ny kvinde i hvert øjeblik / kunne jeg endelig se dig som du var, under stjernerne.

(Henrik Nordbrandt) gengivet i udsnit i Natteliv, Tiderne Skifter

LITTERATUR

- Demant, J. & Heinskou, M.B.: Taking a Chance: Sex, Alcohol and Acquaintance Rape. Young. 19:397. 2011.
- Hayward, K.J.: CITY LIMITS: Crime, Consumer Culture and the Urban Experience. London: Glasshouse Press. 2004.
- Heinskou, M.B.: Seksualitet mellem risiko og chance. Svingninger i senmoderne værdiorienteringer. Dansk sociologi. Nr. 1/18. 2007.
- Heinskou, M.B.: Natten som intensitetsmaskine. I: Kaarsholm, L.F. & Heinskou, M.B. (red): Natteliv: en antologi om nattens kulturer. Tiderne Skifter, Kbh. 2002.
- Lupton, D. & Tulloch, J.: Life would be pretty dull without risk. Health, Risk & Society 4, pp. 113-124. 2002.
- Lyng, S.: Edgework: A social psychological analysis of voluntary risk-taking. American Journal of Sociology 95, pp. 851-886. 1990.
- Measham, F. & Brain, K.: Binge drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication. Crime, Media, Culture: An International Journal, 1, pp. 262-283. 2005.
- Tutenges, S. et al.: Fest i trygge rammer. Hvordan gør man nattelivet sikrere at færdes i? STOF 18, pp. 46-49. 2011.
- Østergaard, J.: Learning to become an alcohol user: Adolescents taking risks and parents living with uncertainty. Addiction Research & Theory. Vol. 17, No. 1. 2009.

AF LEA TRIER KRØLL

Drenge er udadreagerende, de slås og kører fulde ned ad bakker i tomme indkøbsvogne, mens piger mere stilfærdigt afsøger grænser. Ser det ud til. Vi lægger derfor sjældnere mærke til pigerne. Det vil denne artikel råde bod på ved at føre læseren med ind på de ølklistrede mainstream natklubgulve og her give indsigt i nogle af de grænsesøgende lege, teenagepiger udspiller med drenge og veninder.

Artiklen følger i hælene på fire teenagepiger, når de på natklubber bevidst leger med grænserne for det mulige og acceptable. Og vi vil se, at når de udfordrer grænser, får de mulighed for at mærke tilværelsen meget mere intenst end i den samtidigt komplekse og kedelige daglige trummerum.

De fire piger er alle 18 år og drager stort set hver weekend mod Københavns Indre By for på natklubber at feste, pjatte, drikke, flirte og nyde det tætte samvær. Det er to venindepar, der ikke kender hinanden, og de fester heller ikke på de samme natklubber. Men det, de finder mest sjovt og ophidsende på natklubber, er alligevel slående ens: Her pirrer de nattens fine sociale strømme i legende konfrontationer med drenge.

Sammen om nattens drømme

Veninderne er fælles om næsten hver weekend at gå i byen sammen. For, som det ene venindepar fortæller: 'Vi har de samme indstillinger' og 'ved, hvad vi vil have'; de kender hinanden. Og de er enige om, at en god aften i byen er, når de først går hjem, når natklubberne lukker. I de tidlige morgentimer følges de i tog eller taxa hjem til deres forældre i forstæderne.

Christina og Nevena går på den samme klub en eller to nætter hver uge, for de elsker det sted, hvis stamgæster og personale er som en lille familie for dem. De har begge en erhvervsuddannelse bag sig, men laver på interviewtidspunktet ikke noget til daglig. Nevena mener, at deres faste natklub for tiden udgør rammen for livet. Og Christina fortæller, hvordan hun hver søndag efter en bytur ringer til Nevena og spørger, om de ikke skal tage i byen igen den kommende weekend. 'Det er bare højdepunktet på ugen,' fortæller hun og tilføjer grinende: 'Ej, nu lyder jeg som en narkoman.' Begge piger har en fast fyr, som de har med i byen hver weekend. Det er drenge, de også snakker med i ugens løb og kalder 'flirts'; men det er ikke kærester, understreger de. Pigerne fest centreres om at lave jokes med hinanden og bagtale fremmede – og om at håndtere jalousispil mellem dem selv og deres flirts. De drikker sig gerne berusede og 'smider

hæmningerne lidt, men det er ikke sådan, at vi bare vælter rundt', for de synes ikke, piger bør være for fulde.

Anna og Camille fester anderledes. De går på interviewtidspunktet begge på hvert sit gymnasium i København og synes, at de er seriøse og har travlt i hverdagen; også derfor er det fedt at kunne glemme hverdagen, når de er i byen, hvor de bare kan have det sjovt og være sammen som veninder. De foretrækker, modsat Christina og Nevena, et scenskift, når de er i byen; der skal kunne ske noget nyt og være mange nye mennesker. Så de er stort set altid på op til tre forskellige natklubber i løbet af en nat. De kan bedst lide at komme steder, hvor folk fremstår selvbevidste og tør flirte, hvilket de også selv gør. Og pigerne drikker altid meget, når de er i byen, og de fortæller grinende om flere episoder, hvor det af samme årsag 'gik helt galt'.

De to venindepar forholder sig altså forskelligt til, om piger må være vilde. Hvor Anna og Camille giver den los, bliver sejlene fulde og blander sig med masser af fremmede, holder Christina og Nevena sig til 'familien', hvor de præsenterer sig som 'pæne' piger, der ikke drikker for meget.

Følelesophidselse

Men hvad er så *sjovest* ved at gå i byen? Begge venindepar nævner, at de legende konfronterer drenge ved at iscenesætte spil, der pirrer og udfordrer deres relationer.

For Christina og Nevena er noget af det mest ophidsende at holde styr på jalousispil, der kører mellem dem og deres respektive flirts. Fnisende fortæller de, hvordan de gør deres flirts jaloux, og hvordan de selv ofte bliver jaloux. Og det medfører tit konflikter. Nevena fortæller f.eks. om, når pigerne danser med andre drenge:

'så lidt nogle gange er det et problem, at vi følges med de to drenge dér, fordi så [begge griner] ... kommer der tit noget jalousi op [...] Når der kommer nogle piger, der ikke kommer der normalt sådan nogen – ja – rigtig irriterende nogen [Christina griner, Nevena smiler i stemmen] så kan der godt komme noget jalousi – og det kan der også komme fra dem, og – ja, så skændes vi lidt [med drengene], men så går vi ind igen [fra gaden til natklubben]'.

Pigerne griner, når de fortæller om konflikterne. Og Christina forklarer, at når jalousispillene udmunder i konflikter, er hun i det humør, hvor der skal 'ske noget'. Og det er sjovt, når der sker noget: Efter at have fortalt om et voldsomt jalousiskænderi afbryder Christina sig selv og siger til Nevena: 'Skal vi ikke tage derhen i weekenden? Nu sidder vi lige og snakker om det.' For Christina bliver ophidset af at genfortælle den dramatiske historie og drages tilbage mod klubben. Det er netop de intense følel-

sesophidsede øjeblikke, der gør jalousispillene attraktive.

Også Anna og Camille nyder at pirre drenge og deres eget mod, når de er på natklub. De kører flere udfordrende og flirtende spil; ét af dem er en konkurrence om, hvem af dem, der kan score flest gratis drinks fra fremmede. De griner, når de fortæller om det og beskriver en tilsvarende leg, hvor de bevidst lægger op til noget hos drenge – og så afviser dem; *'dét synes vi også er sjovt,'* forklarer Anna, hvor hun sammenligner det med at score drinks. Pigerne morer sig med at forvirre drengene og 'smutte fra regningen' ved ikke at flirte videre. Og Camille griner ad Annas fortællinger og tilføjer, at det er *'lidt ondt, men – det er også meget sjovt!'*

Grænselege, der bryder hverdagens rutine

Pigerne er fælles om at opleve en ophidselse, der er *nydelsesfuld*, når grænser tilnærmes eller forrykkes. Christina og Nevena morer sig over at se deres egne og drengenes følelsesmæssige ophidselse, når pigerne nærmer sig grænsen for, hvor meget de kan tillade sig at udfordre de længerevarende relationer til drengene. Anna og Camille udfordrer også grænser; når de bryder typiske forventninger til piger, der flirter og modtager drinks, lirker de ved grænserne for kønnede og seksuelle normer og forventninger. I pigernes lege sker der *noget*, der er engagerende og fortryllende intenst.

Modsat i hverdagens sociale rum, hvor Anna mener, at de er *seriøse*, og hvor Christina og Nevena ikke oplever noget særligt, kan pigerne i de dramatiske øjeblikke opleve tilstande af intenst følelsesmæssigt engagement, der løfter dem *op* og ud af det trivielle hverdagsliv. De oplever her en *nydelsesfuld*, fri, øjeblikksorienteret væren, der ikke minder dem om livets øvrige varige, bindende definitioner.

Anna mener, at selvom det er *'lidt sjovt'*, så er det også *'lidt farligt, eller hvad man siger'*, at gå med fremmede fyre hjem. Pigerne må altså kunne styre både sig selv og situationernes udvikling, når de leger med drenge. Og det er Anna og Camille – omend lidt tvetydigt – selvsikkert besluttede på, at de godt kan. Camille mener, at man: *'ikke helt [kan] beslutte sig [for, at nu er legen slut], men man kan godt alligevel'*.

Christina og Nevena er mindre selvsikre end Anna og Camille. De ved af egen erfaring, at grænsen, som deres jalousispil vugger på, er fin og kan være helt umulig at balancere, hvorfor det også fremgår af deres diskussion af jalousispil, at det er en delikat affære:

'Christina: Det er sjovt, men / Nevena: men så skal det også løses igen. / Christina: ja! Det skal løses! / Nevena: Det skal løses, ellers kan det godt gå over grænsen.'

/ Interviewer: Hvad vil det sige, at det går over grænsen?

/ Nevena: At man bare; – at man kan se, at det ikke er noget, der bliver løst i løbet af aftenen'.

Pigerne ønsker netop kun *momentan* følelsesophidselse og ikke længerevarende, ukontrollabel overophidselse. For mulighed for kontrol er en del af spillet, så længe det er sjovt. Nevena fortæller, hvordan det gik langt over stregen for, hvad der var sjovt, da hendes ekskæreste blev voldelig efter at have set hende tillade en fremmed fyr at lægge armen om sig:

'Så går han fuldstændig amok, det, det var kaos; – så griber han fat i ham drengen og siger: 'Du skal ikke røre hende, og du skal bare fjerne armen'; – og så begynder han at hive fat i mig, om at jeg var bare dit og dat og dat. Og så lod jeg den bare ligge, tænkte jeg [...] Men så havde han altså fundet to flasker og fyrer dem ned efter mig [...] Altså, der kogede jeg fuldstændig; – dér gik jeg i chok; jeg havde aldrig oplevet ham sådan der.'

Det er altså tydeligt, at begge venindepar er fuldt bevidste om, at deres grænseprovokerende spil er risikofyldt. Og at de derfor ved, at de må kunne balance på grænserne for at bevare spillene sjove. At kontrol er et centralt element i legen kan pege på, at det måske ikke kun er følelsesmæssig oplevelse, pigerne nyder, men også det at se sig selv *kontrollere* grænselegene?

Faldskærmsudspringere og teenagepiger

Pigernes søgen efter grænser kan ses som en seriøs leg, hvis mening peger ud over det øjeblik, legen varer. Stephen Lyngs (klassiske) etnografiske studie af faldskærmsudspringere kan vise os hvorfor: Blandt faldskærmsudspringere finder Lyng det socialpsykologiske fænomen *edgework*, der er en form for frivillig risikotagning, hvor det centrale for edgeworkeren er at bevise over for andre og sig selv, at man evner at håndtere risikofulde situationer.

I mange situationer kan man nyde at have evner for noget bestemt. Men netop at kunne håndtere situationer, der vipper på grænsen til kaos – situationer andre mennesker vil finde ukontrollable – er for edgeworkeren en særligt værdifuld egenskab; det beviser dennes mentale styrke. Det er altså glædesfuldt og attraktivt for faldskærmsudspringere at håndtere de farefulde udspring, fordi oplevelsens mening rækker ud over den enkelte situation og giver dem mulighed for at leve livet med en fornemmelse af personlig handlekraft.

At kunne handle frit eller selvstændigt oplever pigerne sandsynligvis netop ikke i hverdagslivet. Unges livsverden er i dag præget af en række komplekse krav

om tilpasning til kontrollerende institutioner: i familien, i skolen, på karrierevejen o.lign. Samtidigt med, at der forestår forskelligartede institutionelle krav, spøger også bevidstheden om markedets og dermed ens egen fremtids uforudsigelige foranderlighed, der kræver kontinuerlig selvaktualisering. Situationen er paradoks: Unge oplever samtidig krav om tilpasning til et samfund i kontinuerlig forandring og en glædesløs binding til institutionelle normer.

Edgework kan umiddelbart tilfredsstillende længsler i pigernes hverdag. I deres spil kan pigerne momentant opleve både at være følelsesmæssigt autentiske og selvstændigt handlende, stærke individer. At oplevelsen blot er momentan betyder måske ikke så meget, for netop dér i det intense øjeblik fremstår alt åbent og stadig muligt; en besnærende drømmetilstand, hvor intet er fastsat.

Kontrol(tab?)

Antagelsen om, at piger er mere stilfærdige end drenge, er forhåbentligt blevet udfordret og nuanceret i denne artikel. Jeg har villet vise, at piger er handlekraftige, og at det også er værd at have øje for deres måder at søge grænser på. Konkret var det her fire teenagepigens pirrende sociale spil med drenge og veninder. Vi har set, at pigernes pirrende lege på natklubber er *nydelsesfulde*; det er de, når pigerne leger med grænser og dermed oplever følelsesmæssig ophidselse og autenticitet. Pigerne kan også nyde at opleve selvstændig handlekraft, når legene falder ud som de selv ønsker: værdifulde på et subjektivt plan, hvor de kan virke som individuelle oprør mod hverdagssamfundets usikkerhed og overvågning. Samtidig kan de på et socialt plan rokke ved upåagtede forventninger til køn og dermed på sin vis være kreativt udforskende. Vild pige – pæn pige? Dét er piger i dag friset til selv at afgøre – fra situation til situation. Men det er netop også med til at gøre legene risikable. For de er komplekse. Og også drengene kan have svært ved at gennemskue, at pigerne egentlig ikke er så interesserede i at score som i at have det sjovt. Det er heller ikke sjældent, at det er pigerne der støber kuglerne til de konflikter, der senere udvikler sig voldeligt blandt drengene.

Et projekt som 'Fest i trygge rammer', der arbejder for at oplyse politikere og praktikere om (for dem) formålstjenlige interventioner i nattelivet, kan være med til at sikre hensynet til unges værdifulde oplevelser ved også at søge forståelse for de handlinger, der umiddelbart fremstår dumdristige, uansvarlige og unødvendigt risikofulde.

Men at risikofulde lege kan være værdifulde har meget af den tidligere forskning om risici ikke kunnet se. Her er risikotagning ofte blevet sammenkædet med enten bekymring eller irrationalitet. Pigernes spil er dog netop ikke udtryk for simpel irrationalitet, og måske kan denne artikel medvirke til, at en eventuel første impuls til fordømmelse af unge menneskers risikofulde handlinger genovervejes.

Man må dog samtidig have øje for, at nok mener unge at kunne opnå noget, når de tager risici, men ikke alle unge er lige gode til at kalkulere og vurdere risici og således holde sig inden for grænsen for, hvad der er sjovt og givende. Tidligere studier har vist, at social baggrund også her spiller en rolle.

Her er det også værd at diskutere, om kommercielle natklubbers opfordring til et her-og-nu hedonistisk forbrug fører til *for* hovedløs ophidselse. For nok kan klubbernes illusionsmaskineri, der tilslører hverdagens krav og normer, være skønt, men det kan også bombardere med så mange reklamestimuli, at gæster reduceres til rusforbrugere, hvis hovedbeskæftigelse bliver ophidselse for ophidselsens egen skyld og en endeløs jagt på endnu flere nye ting og oplevelser. I sådanne processer, hvor bevidsthed om fortid og fremtid viger til fordel for intense nu'ers oplevelse, kan perspektiverne i det sociale liv i så høj grad forsvinde, at lege med grænser *inden* for det sjove og meningsfuldes grænser helt glemmes. Og hvis pigernes samlede meningshorisont forstyrres, kan pigerne ikke bare forledes til at tro, at enkelte intense øjeblikke er tilfredsstillende modsvar på hverdagens kedsomhed, men også gøre det endnu sværere for dem at integrere nattens brag i deres hele liv.

Perspektiverne i denne artikel rækker videre end de fire teenagepiger. Måske kan f.eks. unges forhold til alkohol og beruselse minde om pigernes på samme tid løsslupne og kontrollerede spil? Rusbildningsforskerne Measham og Brain ser britiske unge søge det, de kalder, *kontrolleret tab af kontrol*: De unge vil opnå intens nydelse, når de drikker sig fulde – men samtidig kalkulerer de meget bevidst med grænser for deres excès, f.eks. hvordan, hvor og med hvem de drikker sig fulde. Om fænomenerne også ligner hinanden på et socialpsykologisk plan, kan fremtidige studier måske vise. Men sikkert er det, at der er mange flere måder, hvorpå unge søger nydelse og tilfredsstillelse i grænsesøgende adfærd. Og måske kan videre forskning i dette fænomen oplyse om ikke bare nattelivets berusende socialitet og subjektive værdier, men også pege på noget tidstypisk ved ungdomslivet? ■

Medierne har ofte fokus på den danske ungdoms alkoholforbrug og de risici, de unge udsætter sig for, når de fester igennem fra torsdag til lørdag. Et aspekt ved nattelivet, som sjældent bliver belyst, er de risici, som de ansatte i nattelivet udsættes for. Et nyt forskningsprojekt har denne vinkel med. Her følger erfaringer fra et feltarbejde som bartender.

EN SOCIOLOG BAG BAREN

OM FELTARBEJDET OG UDSKÆNKINGS- STEDET

Feltarbejdet foregik på et mellemstort diskotek i hovedstadsområdet, hvor der serveres et stort udvalg af alkoholiske drikke til lave priser.

På udskækningsstedet er bartenderne alle unge kvinder. Som bartender skal man være iklædt diskotekets bluser, nedringet og med udskækningsstedets logo samt bære make-up, som om man selv skulle i byen. Ifølge personalepolitikken skal de ansatte være venlige og imødekommende, og det vægtes højt, at opmærksomheden rettes mod kunden. Bartendernes løn består dels af en fast løn, dels af drikkepenge, som optjenes individuelt. Af drikkepengene skal der lægges 20 procent til afrydderne. Bartenderne betaler halv pris på alt i baren, som de selv køber. Jeg afløste en bartender og indgik på lige fod med de ansatte i serveringen.

Feltarbejdet forløb over i alt fire vagter: to fredage og to lørdage fra klokken 23 til 05.

I foråret 2012 var jeg praktikant på 'Fest i trygge rammer'. Med vejledning fra Sébastien Tutenges, forsker på projektet, foretog jeg et etnografisk feltarbejde som bartender på et mellemstort diskotek. Målet med feltarbejdet var at belyse nogle af de risici, der er forbundet med at arbejde bag baren. Jeg afløste en bartender og indgik på lige fod med de ansatte i serveringen, hvor jeg skulle varetage opgaver og leve op til samme krav som dem.

Ved inddragelse af feltnoter vil jeg beskrive udfordringer, der dukkede op i feltarbejdet, hvorefter jeg vil komme ind på både positive aspekter og problematikker, jeg erfarede som bartender.

På udebane

Min opstart som bartender var præget af usikkerhed. Der foregik konstant en masse omkring mig i et hæslæsende tempo, og jeg måtte forsøge at følge med, da kunderne i baren hurtigt blev utålmodige og utilfredse, hvis en servering tog for lang tid. Det var kaotisk at stå bag baren. I starten virkede det overvældende, og jeg mistede overblikket. Jeg var på udebane, og de mange forskellige opgaver og instruktioner, jeg havde fået, smeltede sammen i ét stort rod i mit hoved. Jeg følte mig fremmed, hvilket tydeligt fremgår af mine feltnoter:

Selvom der er mennesker rundt om mig, føles det ikke, som om det er den samme verden, vi befinder os i. Jeg prøver at finde min plads, men jeg ved ikke, hvilket ben jeg skal stå på. Jeg føler mig ualmindelig klodset ved situationen: tøjet, pladsen bag baren, hvor jeg skal i gang med at bestille noget, og det smil, som jeg forventes at skruer op for. Jeg vakler. Smiler lettere kunstigt. Så tager den ene bartender fat i min arm. Hun er lidt lavere end mig, har lyst hår og et stort smil. 'Du tager bare imod den næste bestilling, så hjælper jeg dig!' halvt råber hun ind i mit øre. 'Øh – o.k.', svarer jeg.

Jeg følte mig alene og forvirret, men erfarede, at det var jeg ikke. Bartenderen Lærke¹ blev min nye bedste ven og den bartender, der primært hjalp mig i gang. Hun var sød ved mig – men hendes læs af kunder blev også større og større i takt med, at jeg ikke fik betjent nogen: At jeg blev selvkørende var bestemt også i hendes interesse. Der opstod dog, på trods af støtten fra Lærke, løbende problemer, som jeg selv måtte løse:

Jeg skal virkelig anstrenge mig for at få det til at køre, og jeg koncentrerer mig alt, hvad jeg kan, for at huske, hvilke priser de forskellige typer af alkohol har, hvilke typer af alkohol der er i de forskellige drinks, og hvor ananasjuic-

en er gemt henne, når den ikke står på bordet. (...) Jeg spørger flere gange de forskellige bartendere, hvad der skal i de pågældende drinks – hvordan pokker laver man en Kung-Fu? – en tanke, jeg aldrig havde forventet skulle stå som et stort mystisk og ubesvaret spørgsmål i mit hoved.

Det var først efter jeg havde været bag baren et stykke tid, at jeg fik lidt rutine i mine arbejdsopgaver, og jeg begyndte at kunne huske tricks og regler, som jeg var blevet introduceret til under min ca. 15 minutters oplæring. Først herefter fortog den værste fremmedhed over for omgivelserne sig, og jeg begyndte at kunne fokusere på det nye perspektiv på bartenderarbejdet, der blev synligt bag baren – på godt og ondt...

Fællesskab, samarbejde og hænderne over hovedet

Særligt i starten, men også senere, var jeg afhængig af de andre bartendere, og det var min oplevelse, at de gladelig hjalp mig. Her var både et godt samarbejde og en god stemning det meste af tiden. Fællesskabet og interessen for hinanden kom blandt andet til udtryk, da en tredje bartender spurgte mig, om jeg ikke skulle have et shot at komme i gang på. Det takkede jeg ja til, hvorefter hun hældte et shot 'Fisk' op til mig. Der blev også hældt shots op til de andre. Alle bag baren skålede og vendte bunden i vejret på deres glas samtidig. Skålen er et samlingspunkt for de ansatte.

I feltarbejdet er det forsøgt at lægge deltagerobservationerne så tæt som overhovedet muligt op ad de forhold, som bartenderne normalt er underlagt. Jeg indtog derfor alkohol, som de andre bartendere, når normerne foreskrev det, eller jeg direkte blev opfordret til det. Dette metodiske valg bygger på overvejelser fra Hammersley og Atkinsons principper om etnografi (Hammersley & Atkinson, 1995).

Den gode stemning, som ses i eksemplet ovenfor, var ikke enkeltstående. Bartenderpigerne dansede ofte glade med til musikken, vrikkede med numsen og svingede armene over hovedet. Indimellem er der en fest bag baren! Dette bliver ikke mindst styrket af bestyrelsen, som flere gange kom forbi med shots til alle ansatte. Festglade ansatte giver en god forretning. En stor del af arbejdet bag baren kan betragtes som 'følelsesarbejde', som det er beskrevet af sociologen Hochschild. Hun definerer følelsesarbejdet som: '(...) en handling, der forsøger at ændre på graden af /kvalitetsniveauet i en følelse eller stemning'. (Hochschild, 1979: 561).

(Redaktionens oversættelse fra: '...the act of trying to change in degree of quality an emotion or feeling'.)

Men den gode stemning påvirker også de ansatte selv, hvilket jeg også oplevede: Jeg løsnede op, dansede

med til den velkendte popmusik, og mit smil blev mere og mere mit eget frem for det før så kunstige. Stemningen og det gode humør blandt bartenderne er vigtigt og gør aftenen både lettere og sjovere at komme igennem. Min første oplevelse af at være alene bag baren bliver mere og mere fjern og ophæves til sidst af fællesskabet.

Bag baren er man afhængig af at kunne samarbejde for at kunne nå sine serveringer. Der er ikke megen plads, men mange mennesker; derfor bliver man nødt til at have en konstruktiv fysisk omgang med hinanden for at betjeningen kan gå hurtigt og gnidningsfrit. Man rækker ting til hinanden, men indimellem er de ansatte også nødt til at komme frem, tilbage og rundt om hinanden for at få fat i de forskellige flasker. På min første vagt var det en udfordring at komme omkring, indtil jeg opdagede, hvordan der bag baren også blev kommunikeret på et kropsligt sprog, som jeg var uvant med:

Jeg må flere gange gøre mig umage for ikke at gå i vejen for de andre bartendere, og vi danser indimellem frem og tilbage, fordi vi ikke kan finde ud af, hvilken vej vi skal gå uden om hinanden. Flere gange tager en af dem fat om livet på mig for at føre mig lidt til den ene side, hvis jeg står i vejen foran køleskabet eller et af skabene under bordet. Det virker ret intimt med måden, de kærligt 'flytter' eller rykker hinanden og mig rundt på, men samtidig går det klart hurtigere, end hvis man skulle til at råbe, at vedkommende skulle flytte sig. Samtidig virker det også, som om der er en underlig form for nærhed i det blide tag.

For at arbejdet kan udføres så effektivt og elegant som muligt, tyr bartenderne til en kropslig strategi, når det verbale går for langsomt eller ikke kan trænge igennem. At tage fat i hinanden opleves ikke negativt – nærmere kærligt effektiviserende og indforstået. På den måde er en del af samarbejdet en accept af, at man fysisk rykker rundt på hinanden.

Jeg oplevede i løbet af feltarbejdet mange positive interaktioner mellem bartenderne. Anerkendelse af udseende, måden, opgaver blev løst på, eller blot fælles grin. Selv blev jeg påvirket og revet med af stemningen som bartenderne var med til at skabe. Det sammenhold og samarbejde, som man blev en del af, er dels en god oplevelse, dels hjælper det bartenderens eget arbejde, men man bliver også afhængig af de andres samarbejde, hjælp og humør. På den måde er samarbejdet i alles interesse, også virksomhedens.

Fra smiger til grænseoverskridende opførsel

Det var ikke bare de andre ansatte, jeg fik gode oplevelser med. Undervejs i mit feltarbejde oplevede jeg at få særlig opmærksomhed fra nogle af kunderne.

Opmærksomheden virkede positiv og styrkende på min bartendersevillid, når den blev formidlet som anerkendelse, og den var anderledes end den, jeg fik fra kollegerne i baren, da relationen til gæsterne naturligvis var en anden. For gæsterne er bartenderen en serviceperson, men også noget særligt, da denne er en af de udvalgte bag baren. De gange jeg oplevede anerkendelse eller personlig interesse fra kundernes side, blev jeg både glad og stolt:

Et par piger kommer op i baren og bestiller to drinks, de er smilende. Da jeg går i gang med deres Captain Morgan med cola, dobbelt op selvfølgelig, spørger den ene, om jeg er ny. Jeg smiler og forklarer, at det er min første aften bag en bar. De griner og præsenterer sig selv ved at give hånd. Den ene forklarer, at de er stamkunder, og at de kender alle bartenderne 'du gør det super godt!! – og du er rigtig sød!!', siger den anden.

Gode oplevelser ved erhvervet kan således også komme fra kundernes tilfredshed. Ofte er kommentarerne overdrevne på grund af kundernes berusede tilstand. Opmærksomheden kan dog også antage en mere grænseoverskridende karakter, eksempelvis når den tager form af vedholdende tilnærmelser fra gæster. Karakteristisk for diskoteket er dets kvindelige bartendere, og det påvirkede tydeligt interaktionen med de mandlige gæster. Fyrenes interesse var først smigrende, men hos vedholdende kunder blev tilnærmelserne grænseoverskridende. Dette skete eksempelvis med en kunde, der gentagne gange vendte tilbage til baren:

Peter (gæst) hænger ind over baren og vil tale. Det er dog mest det samme, han spørger mig om: 'Vil du med videre?' og: 'Jeg skal have dit nummer i aften!' Jeg smiler og siger, at det må vi snakke om, når jeg har fri – jeg må slet ikke den slags, mens jeg er på arbejde, bilder jeg ham ind. Det ved jeg ikke om reelt er tilfældet, men jeg gemmer mig bag idéen om, at der er en sådan regel. 'Du er så smuk', siger han og kigger fuld og fortryllet på mig.

I situationen bliver det tydeligt, hvordan man kan blive fanget i den rolle, som man forventes at leve op til: som den smilende og imødekommende bartender. I salget af drinks og øl er de følelser, bartenderen viser, centrale for, at kundens købsoplevelse bliver god. Desuden forøges chancen for at få drikkepenge ved en flirrende attitude. Det følelsesmæssige udtryk må derfor formes efter situationen – er bartenderen i et humør, der ikke passer ind i rollen, må disse følelser skjules og erstattes af et stort og imødekommende smil. Netop her bliver bagsiden af følelsesarbejdet tydeligt. Servicearbejderen risikerer ifølge Hochschild at blive fremmed

for sine følelser i arbejdet, idet bartenderen tvinges til at lade som om, at pågældende føler på en specifik måde i kraft af arbejdets karakter (Turner & Stets, 2005:39f).

For at komme uden om tilnærmelserne blev min strategi at finde på regler som en undskyldning for mit manglende engagement. Nogle festgængeres interesse i at score og deres høje promille leder let til, at bartenderen bliver fanget i situationer mellem på den ene side sit job som den belevne bartender, der interesserer sig for sine kunder, og på den anden side en direkte grænseoverskridende adfærd fra gæsten. Bartenderens position bag baren er dobbelt. Der er noget frydefuldt over tilnærmelserne, men også noget ubehageligt påtvunget. Bartenderen skal finde sig i meget og kan ikke påvirke situationen i samme grad som kunden. Relationen er ulige og defineret af gæsten, hvilket jeg oplevede som noget negativt.

At situationen er påtvunget bliver endnu tydeligere, når man ser på, hvordan bartenderen, ud over at behage kunderne gennem følelsesarbejdet yderligere er fysisk fastlåst på sin plads bag baren: Immobiliteten gør situationen problematisk, da man er magtesløs og ufri til at forlade situationen (Jackson, 2002: 182; se også Tutenges & Rod, 2009: 363). Bartenderen kan ikke gøre andet end at fortsætte betjeningen, fanget bag baren.

Det handler om alkohol – og kroner og øre

En anden negativ side, jeg oplevede ved feltarbejdet, var konfrontationen med det faktum, at bartenderhvervet handler om at skabe profit i en benhård industri. Som beskrevet ovenfor skal alle betjeningen gå stærkt, og ved nogle serveringer bliver der solgt varer for mange hundrede kroner. Det betyder også, at bestyreren holder øje med de ansatte og deres afregning. Bartenderne forventes dog også at feste med og drikke selv, men skal samtidig kunne holde styr på pengene og betjene kasseapparatet korrekt. Dette lykkedes ikke hver gang, hverken for mig eller for de andre:

Lærke laver en bestilling på seks Jægerbombs², der går galt, da hun slår dem ind. Hun står i længere tid ved kasseapparatet. Efter et stykke tid kommer Christian (bestyreren) hen. Han er tydeligt irriteret, 'Du har ikke tastet nok ind!' siger han. Grænsen for, hvornår man er fuld og kan varetage sit job, og hvornår man er for fuld og ikke kan varetage det, er hårfin. Lærke er tæt på den. Christian tager hendes nøgle og trykker 6 Jægerbombs ind. Han virker rigtig irriteret på hende.

Som bartender presses man til at få solgt så meget så hurtigt som muligt: gøre det korrekt samtidig med, at man giver en god service. Dette pres med at få langet så mange drinks som mulig over disken øger stresset hos bartenderne. Min oplevelse af dette var, at jeg gang på gang måtte gentage for mig selv, hvad det var, jeg var i gang med at lave. Særligt i de travleste timer efter midnat er det svært at følge med, og man mister let overblikket. Når en bartender er for langsom til at hjælpe, eller man selv fjumrer for længe med vodkaflassen, påvirker det også de andre bartenderne, som bliver utålmodige og irriterede, fordi man sinker hinanden.

Som det fremgår af ovenstående er der en tendens til, at bartenderes alkoholindtag kan nærme sig grænsen, hvor bartenderen ikke kan varetage sit job³. Dette leder mig hen til et andet forhold, jeg oplevede som problematisk, nemlig at bartenderne og herunder mig selv i mit feltarbejde indtog store mængder alkohol for at bevare den festlige stemning og holde sig i gang til lukketid. Dette gør det naturligvis sværere at varetage sit arbejde, som det ses ovenfor med Lærke, men hvad der er mere relevant er bartenderes sundhedsmæssige tilstand, som flere gange ugentlig, i kraft af deres arbejde udsættes for de risici, som et større alkoholindtag medfører. Det er svært at sige nej tak til alkoholen, og dermed er det en risiko, som det er svært ikke at udsætte sig selv for. ■

Projekt 'Fest i trygge rammer' har fået økonomisk støtte fra TrygFonden og Familien Hede Nielsens Fond.

LITTERATUR

- Hammersley, M. & Atkinson, P.: Ethnography: Principles in Practice. London: Routledge. 1995.
Hochschild, A. R.: Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. American Journal of Sociology, 85 (3), 551-575. 1979.
Jackson, M.: The politics of storytelling. Violence, transgression and intersubjectivity. Copenhagen: Museum Tusulanum Press. 2002.
Turner, J. H. & Stets, J. E.: The Sociology of Emotions: Cambridge University Press, New York. 2005.
Tutenges, S. & Rod, M. H.: 'We got incredibly drunk ... It was damned fun'. Drinking stories among Danish youth. Journal of Youth Studies, 12(4): 355 – 370. 2009.

NOTER

- 1 Alle navne på personer fra feltarbejdet er anonymiseret.
- 2 En Jægerbomb er et shot, hvor der i et lavt glas skænkes energidrik. Oven i dette placeres et shotglas med Jägermeister.
- 3 I denne forbindelse skal det understreges, at mit feltarbejde bygger på et specifikt udskænkingssted, og jeg derfor ikke kan sige noget generelt om bartenderes alkoholforbrug.



SÉBASTIEN TUTENGES
ANTROPOLOG
ADJUNKT PÅ CRF



ASK GREVE JØRGENSEN
STUD.CAND.SCIENT.SOC., KU
PRAKTIKANT PÅ
'FEST I TRYGGE RAMMER'



MAJ WITTE
STUD.CAND.SCIENT.SOC., KU
PRAKTIKANT PÅ
'FEST I TRYGGE RAMMER'



LEA TRIER KRØLL
STUD.CAND.SCIENT.SOC., KU
PRAKTIKANT PÅ
'FEST I TRYGGE RAMMER'



FREDERIK BÖHLING
CAND.SCIENT.SOC.
PH.D.-STUDERENDE, CRF
LØST TILKNYTTET PROJEKTET
'FEST I TRYGGE RAMMER'

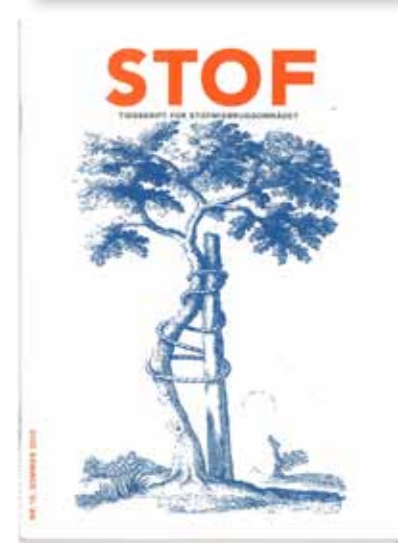
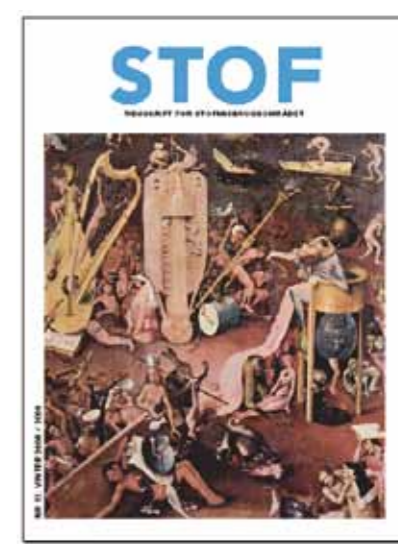


LARS NØRR MIKKELSEN
CAND.SCIENT.SOC., KU
VIDENSKABELIG ASSISTENT, CRF



MERETE POULSEN
CAND.PSYCH.
PH.D.-STUDERENDE, CRF

Alle billeder til temaet 'Noter om natten' er taget af Lea Trier Krøll.



MODELKOMMUNE- PROJEKT: OM OG OM IGEN?

'Narkoen ud af Byen' var ikke just en entydig succes. Hvorfor så gentage projektet?

AF FLEMMING BALVIG & LARS HOLMBERG

Hvad får samfundet ud af de modelkommuneprojekter vedrørende forebyggelse af unges brug af narkotika, som er gennemført i Danmark i 2004-2007 og nu igen i perioden 2011-2014? At dømme efter planerne for det nye projekt og den planlagte evaluering af dets resultater: desværre ikke ret meget. De problemer, der var med effektmålingen af 'Narkoen ud af byen', har Sundhedsstyrelsen valgt at løse på særegen vis, nemlig ved slet ikke at knytte nogen effektmål til evalueringen af det nye projekt.

'Narkoen ud af Byen' (NUB): en delvis succes?

I 2007 afsluttedes modelkommuneprojektet 'Narkoen ud af byen' først med en konference med deltagelse af daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, sidenhen med en evalueringsrapport, som Sundhedsstyrelsen havde bestilt hos Muusmann Research & Consulting. Ved konferencen konstaterede sundhedsministeren, at indsatsen havde virket: 'Eksempelvis er antallet af unge, som angiver, at de har prøvet hash og andre stoffer, faldet i samtlige af de medvirkende modelkommuner'. (Ministerens tale ved Sundhedsstyrelsens konference 'Narkoen ud af byen' den 28. marts 2007, Internationalt kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

Af evalueringsrapporten¹ (herefter kaldet NUB-rapporten) fremgår det, at 'de otte opstillede succeskriterier for projekterne generelt er enten *helt* eller *delvist* opfyldt i de 14 modelkommuner i projektperioden' (s. 3). De otte kriterier og deres opfyldelsesgrad er ifølge rapporten følgende:

Succeskriterium 1: Alle kommuner etablerer et samarbejde i kommunen omkring forebyggelse i projektperioden.

Resultat: opfyldt i 12 af de 14 deltagende kommuner (Hvis der fandtes et sådant samarbejde før projektperioden, og dette er videreført i projektperioden, betragtes kriteriet som opfyldt).

Succeskriterium 2: Alle kommuner arbejder med forebyggelse inden for mindst 2 miljøer.

Resultat: opfyldt i alle 14 kommuner.

Succeskriterium 3: Alle kommuner inddrager mindst en af de anbefalede forebyggelsesmetoder i arbejdet med forebyggelse.

Resultat: opfyldt i alle 14 kommuner.

Succeskriterium 4: 75 procent af kommunerne har en plan for rusmiddelforebyggelse efter endt projektperiode.

Resultat: opfyldt i 3 kommuner, delvis opfyldt i 11 kommuner.

Succeskriterium 5: Tilgængeligheden og de unges brug af rusmidler falder inden for den 2½-årige projektperiode.

Resultat: delvis opfyldt. *Tilgængeligheden* af rusmidler er, målt ud fra politiets registreringer og unges vurderinger, ikke faldet, men steget. *Brugen* af rusmidler, målt ud fra hvor mange unge der har prøvet hash og andre stoffer, er faldet. (Dette punkt vender vi tilbage til nedenfor).

Succeskriterium 6: Øget viden hos frontpersonale om forebyggelse og håndtering af unge med et overforbrug af illegale stoffer.

Resultat: opfyldt i 12 kommuner, delvis opfyldt i 2.

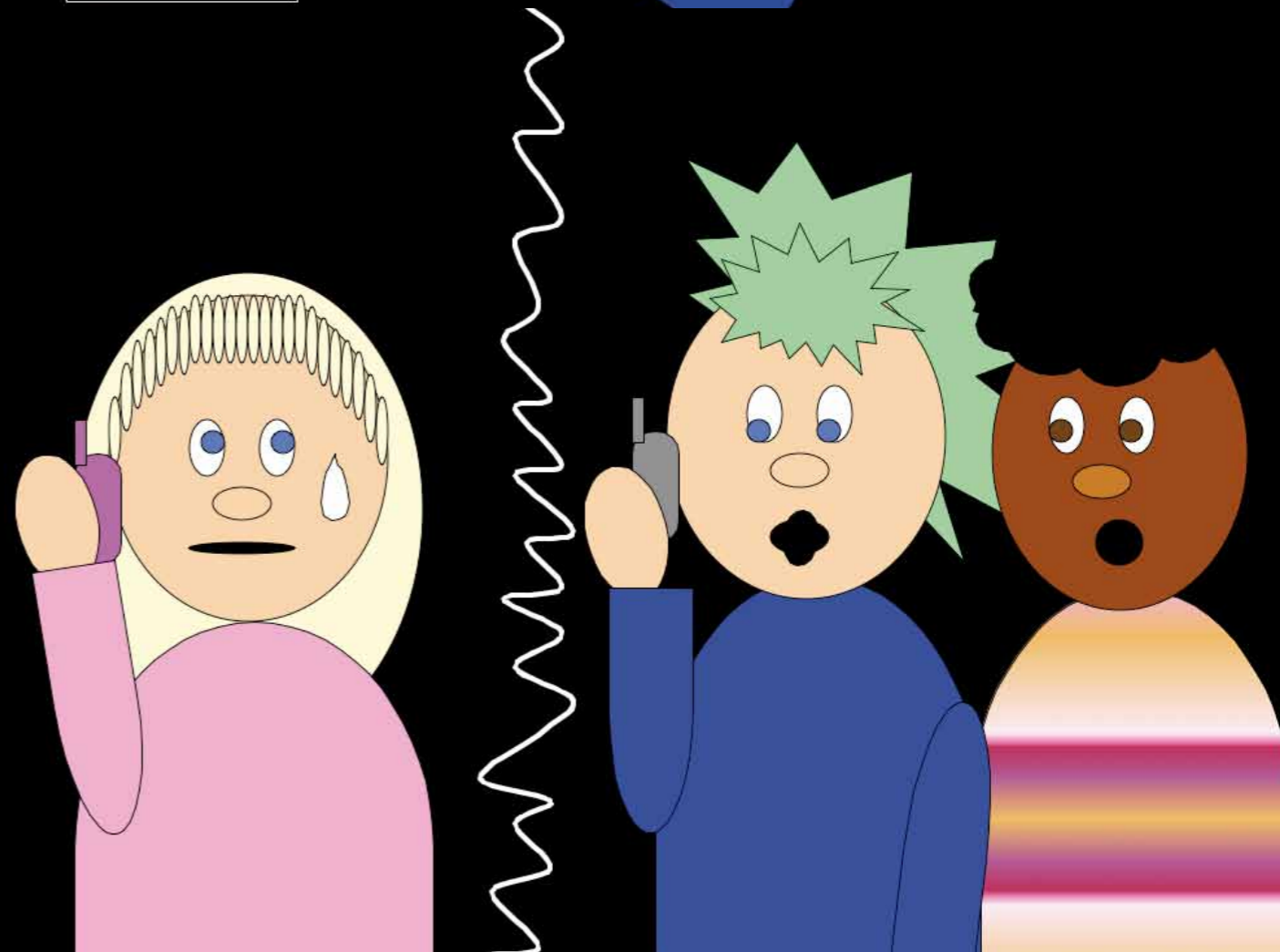
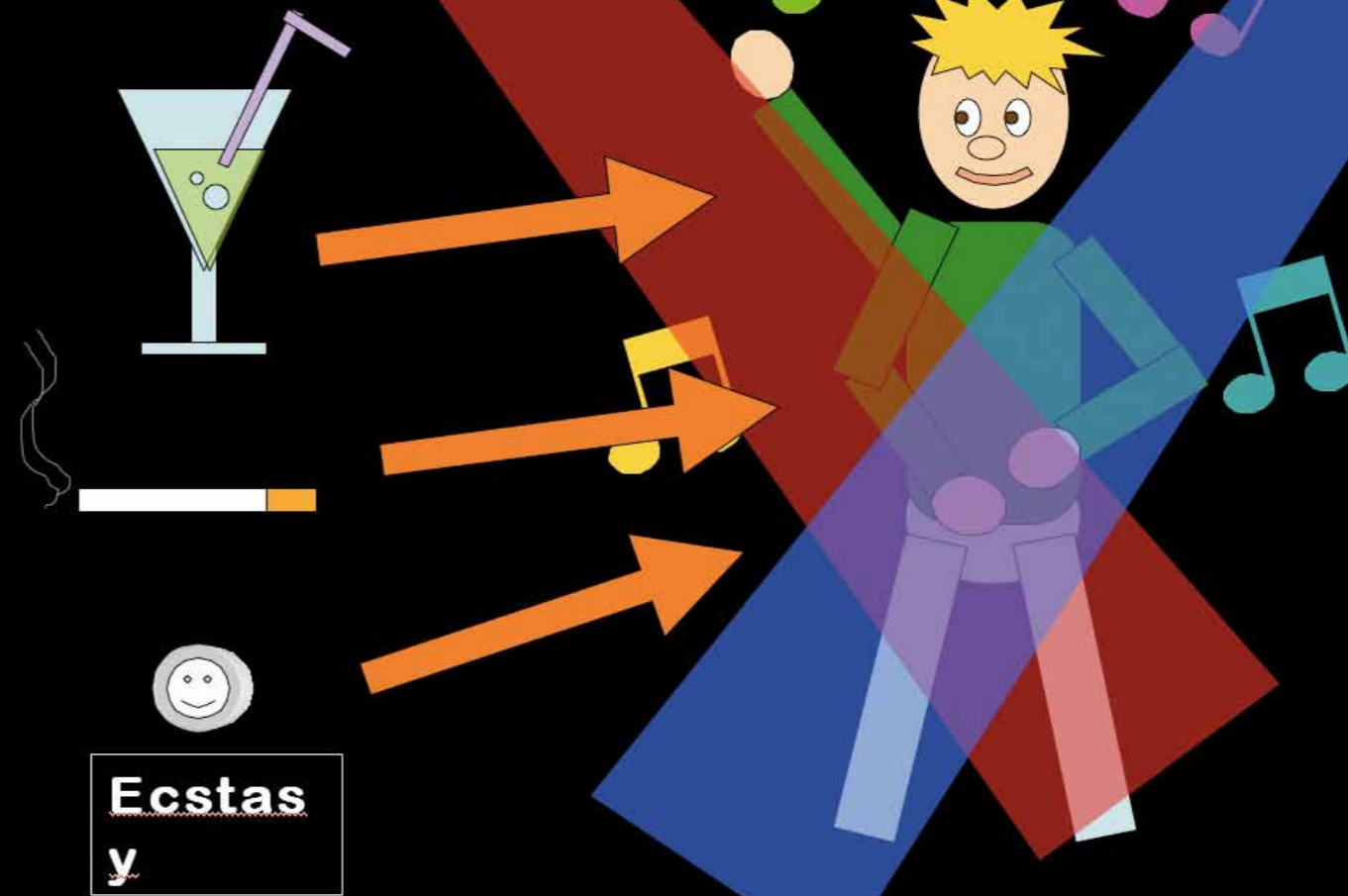
Succeskriterium 7: Øget viden om stoffer og skadesvirkninger blandt de 15-20-årige.

Resultat: delvis opfyldt. Andelen af unge, som vurderer, at der er stor risiko forbundet med stoffer, er steget, mens andelen af unge, der selv mener at have behov for information om stoffer, er uændret.

Succeskriterium 8: Oplevet forbedring af situationen med stoffer blandt nøglepersoner i kommunen.

Resultat: delvis opfyldt. I 9 kommuner oplever nøglepersonerne situationen forbedret, i 5 kommuner oplever nøglepersonerne ikke nogen nævneværdig forbedring, eller der er uenighed blandt dem om udviklingen.

FREDAG:



Konklusionen i NUB-rapporten lyder således:

‘En samlet gennemgang af kommunernes indsats viser, at der i forsøgsperioden er igangsat et ganske omfattende og tværgående samarbejde mellem lokale aktører, og at der er igangsat en række indsatser inden for forskellige forebyggelsesmiljøer. Der kan således ikke herske tvivl om, at det lokale forebyggende arbejde er intensiveret betydeligt i en række af modelkommunerne.

I samme periode peger den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse blandt de 15-20-årige i de 14 modelkommuner på, at der er sket et fald i andelen, der har prøvet hash eller andre stoffer. Endvidere er der i projektperioden sket en positiv udvikling i de 15-20-åriges risikovurdering. Faldet i de unges afprøvning af hash eller andre stoffer og den øgede risikovurdering kan være betinget af det intensiverede forebyggelsesarbejde i projektperioden. Tendenserne i afprøvningen af hash eller andre stoffer og i risikovurdering vil imidlertid også være påvirket af andre faktorer, der ikke har noget med modelkommuneprojektet at gøre. Endvidere er der ikke indgået kontrolkommuner i undersøgelsen, hvorfor der ikke kan drages entydige konklusioner om, hvilken betydning modelkommuneprojektet har haft for den tilsyneladende positive udvikling i afprøvningen/brugen af stoffer blandt de unge’ (s. 7).

Påvirkede NUB unges brug af stoffer? I en artikel i nærværende tidsskrift (STOF 10, 2007) gennemgik vi rapportens resultater vedr. unges afprøvning og brug af stoffer, blandt andet ved at sammenligne resultaterne fra de 14 modelkommuner med en tilnærmet kontrolgruppe bestående af unge, som havde deltaget i Sundhedsstyrelsens MULD-undersøgelser.² Der var ikke tale om noget perfekt match³ hverken tidsmæssigt eller geografisk, men sammenligningen kunne dog give en indikation af, om udviklingen i modelkommunerne adskilte sig fra udviklingen på landsplan.

Resultatet var nedslående: Det omtalte fald i andelen af unge i modelkommunerne, der havde prøvet hash og andre stoffer, var af præcis samme størrelsesorden som i MULD-undersøgelserne (et signifikant fald på 5 procentpoint i andelen, som havde prøvet hash nogensinde, og et ikke-signifikant fald på 1 procentpoint i andelen, der havde prøvet andre stoffer). Andelen af unge i NUB-undersøgelsen, der havde røget hash inden for det seneste år, faldt med 1 procentpoint i projektperioden, mens MULD-undersøgelserne viste et fald på 4 procentpoint. Ingen af

undersøgelserne viste nogen udvikling i andelen, der havde røget hash inden for de sidste 30 dage.

Rent bortset fra den direkte sammenligning af resultaterne fra de to typer undersøgelser kunne vi også konstatere, at datagrundlaget i NUB-undersøgelserne var særdeles problematisk med hensyn til svarprocent, repræsentativitet og overensstemmelse mellem stikprøverne fra første og anden undersøgelse. En betydelig del af besvarelsene stammede fra unge, som slet ikke boede i modelkommunerne, men alene havde deres uddannelsesinstitution der.

Samlet set måtte vi derfor konkludere, at det omtalte fald i andelen af unge, som havde prøvet hash og andre stoffer, ikke med nogen sikkerhed kunne tilskrives NUB, og at udviklingen af unges brug af stoffer i øvrigt, så vidt det kunne konstateres, var den samme i modelkommunerne, som den var på landsplan.

Operationen lykkedes – men patienten døde Som det fremgår af gennemgangen af de 8 succeskriterier ovenfor, er der dels tale om en række procesmål – om det lykkedes at gennemføre de indsatser, man havde planlagt – dels en række effektmål – havde indsatserne den ønskede virkning? Den overordnede konklusion synes at være, at det på en række områder lykkedes at forbedre samarbejdet omkring forebyggelse af unges rusmiddelbrug i modelkommunerne – og det var da også det indtryk, der gik igen på konferencen, hvor en del af praktikerne fra kommunerne var til stede. På den anden side er der ikke belæg for at sige, at den øgede indsats og det forbedrede samarbejde havde nogen effekt i forhold til de centrale målsætninger, nemlig at reducere tilgængeligheden af stoffer og at begrænse unges brug af stoffer. Set ud fra denne synsvinkel var modelkommuneprojektet altså ikke nogen succes.

Et forbedret samarbejde, som ikke fører til mærkbare resultater, er det efter vores mening vanskeligt at udnævne til en succes – uanset at flertallet af de opstillede succeskriterier siges at være opfyldt. Det kan jo i en større sammenhæng være temmelig ligegyldigt, om kommunerne er blevet bedre til at samarbejde, så længe det forbedrede samarbejde ikke fører til de ønskede ændringer i de unges omgang med rusmidler.

Et nyt modelkommuneprojekt På denne baggrund var det ganske overraskende, at NUB i 2010 fik en efterfølger i form af et nyt modelkommuneprojekt. I ‘Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2011-2014’⁴ kan man læse følgende:

‘For at imødegå udbredelsen af narkotika blandt

unge er aftalepartierne enige om, at der med udgangspunkt i de gode erfaringer fra projektet ‘Narkoen ud af byen’ fra 2004-2007 afsættes midler til modelkommuneprojekt om unge og narko, som skal afprøve en ny form for tværgående målrettet indsats i form af et forpligtende samarbejde mellem kommunen og de lokale uddannelses- og fritidstilbud til unge. Der skal sættes yderligere fokus på udvikling af forebyggelsestiltag som fx formulering af rusmiddelpolitikker og opkvalificering af nøglepersoner på ungdomsuddannelser. Samtidig skal blikket rettes mod opsporing og tidlig indsats over for unge, som viser tegn på at være i farezonen.’

Der er afsat i alt 19 mio. kr. til projektet, hvoraf de 17 mio. skal gå til ansættelse af koordinatore mv. i de 8 kommuner, som deltager i projektet.⁵ Modelkommuneprojektet skal vurderes af et eksternt konsulentfirma (NIRAS), og målsætningen for evalueringen beskrives på følgende måde i udbudsmaterialet:

‘Den samlede evaluering skal overordnet bidrage med læring og viden til kommuner og ungdomsuddannelser inden for området rusmiddelforebyggelse. Det gælder både dem, der er involveret i projekterne under satspuljen, men også landets øvrige institutioner og organisationer med interesse for hhv. målgruppen af unge og for rusmiddelforebyggelse generelt. Den skal endvidere dokumentere følgende succeskriterier:

- At deltagende ungdomsuddannelser har en etableret rusmiddelpolitik og dertil hørende handleplan.
- At der er udviklet en eller flere modeller for samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner og kommune om rusmiddelforebyggelse (implementering af politikker og en tidlig opsporing og indsats over for unge).
- At der i projektperioden er afprøvet og implementeret kendte metoder til tidlig indsats gennem korte rådgivningsforløb i forhold til unge med problematiske brug af rusmidler.
- At deltagende kommuner ved projektets afslutning har en plan for videre forankring af de gode erfaringer, projektet bibringer’.⁶

Det nye modelkommuneprojekt ligner NUB på en række punkter: Målet er at etablere rusmiddelpolitikker og handleplaner (hvilket kun delvis lykkedes i NUB-projektet); at skabe samarbejde (hvilket generelt lykkedes i NUB. – Denne gang er målet så at skabe samarbejde mellem ungdomsuddannelser og kommuner); at afprøve og implementere kendte metoder til tidlig indsats (i NUB var det hensigten at inddrage mindst én afprøvet forebyggelsesmetode i hver kommune); at sikre, at de indhøstede erfaringer kan

forankres i kommunerne; og endelig at sikre opkvalificering af fagpersoner (i NUB alt ‘frontpersonale’, i det nye projekt: ‘kommunale nøglepersoner i den tidlige indsats blandt unge i farezonen for at udvikle et problematisk brug af stoffer’).⁷

På ét punkt adskiller det nye modelkommuneprojekt sig dog afgørende fra NUB: Hvor evalueringen af ‘Narkoen ud af byen’ indeholdt såvel en procesevaluering som en effektevaluering, er der i det nye projekt stort set udelukkende tale om en procesevaluering. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside er gengivet svar fra styrelsen på en række spørgsmål fra firmaer, som er interesserede i at byde på evalueringsopgaven. Et af disse lyder som følger:⁸

‘Spørgsmål 3’

udbudsmaterialet lægger I – som vi læser det – vægt på, at evalueringen primært skal bidrage med dokumentation af succeskriterier på output- og procesniveau.

Skal det forstås som en bevidst prioritering af, at evalueringen ikke skal afdække effekter af indsatsen på målgruppen af unge med alkohol- eller stofmisbrug?

Svar: Det er en bevidst prioritering, at der ikke måles på de direkte effekter på slutmålgruppen af unge med alkohol- og stofmisbrug. Dette fravalg skyldes, at det vurderes for omfattende og ressourcetrækkende at indhente disse oplysninger ift. evalueringens omfang og tidsperspektivet i projektet. Evalueringens hovedfokus bør være erfaringerne mht. indhold og organisering af rusmiddelforebyggelsen i kommuner og på ungdomsuddannelser. Der ønskes dog, som det fremgår af udbudsskrivelsen, en beskrivelse af de unge, der anvender rådgivningstilbuddene.’

Sundhedsstyrelsen har altså bevidst valgt, at modelkommuneprojektets effekt på endemålet – at ‘imødegå udbredelsen af narkotika blandt unge’, som det hedder i aftaleteksten – slet ikke søges evalueret. Dette skyldes angiveligt, at der ikke er hverken ressourcer eller tid til rådighed til at undersøge dette. Det fremgår af udbudsmaterialet (s. 9), at den maksimale pris, evaluator kan tage for opgaven, er 750.000 kr. eksklusiv moms. Det er ikke noget stort beløb i evalueringssammenhæng, og det ville givet være vanskeligt at gennemføre både en proces- og en effektevaluering inden for denne prisramme. På den anden side kan det undre, at man så ikke har afsat en større pulje penge til formålet.

Vi kan umiddelbart forestille os i hvert fald 3 forklaringer på denne satsning: For det første kan det tænkes, at Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der



ANDRE STOF-ARTIKLER:

STOF nr. 10: Kom narkoen ud af byen?

FLEMMING BALVIG
PROFESSOR, DR. JUR. – PROFESSOR I RETSSOCIOLOGI
LARS HOLMBERG
LEKTOR, PH.D. – LEKTOR I KRIMINOLOGI
BEGGE DET JURIDISKE FAKULTET, KØBENHAVNS UNIVERSITET



uanset udgifter til evaluator ikke vil kunne siges noget sikkert om det nye modelkommuneprojekts effekt, og at man derfor lige så godt kan bruge pengene på noget andet. Hvis dette skulle være tilfældet, må vi erklære os uenige: Selvfølgelig ville det være muligt at gennemføre en evaluering, som kunne belyse såvel proces- som effektmål i projektet. En anden forklaring kunne være, at Sundhedsstyrelsen reelt ikke har den store interesse i det nye modelkommuneprojekt og har valgt at tolke kravet om 'at afprøve' nye samarbejdsformer ganske snævert. Endelig er det muligt, at Sundhedsstyrelsen søger at undgå, at resultatet af det nye projekt bliver det samme som af NUB: altså, at samarbejdet forbedres, uden at det har nogen effekt blandt de unge. Dette kan jo i sagens natur ikke blive udfaldet, hvis effekten på de unges narkotikaforbrug slet ikke undersøges.

Der kan naturligvis tænkes flere grunde til den valgte model, men uanset årsagen må vi konstatere, at pengene til det nye modelkommuneprojekt langt hen ad vejen er spildt på forhånd. Der anvendes 19 mio. kr. af offentlige midler til et projekt, som vi reelt aldrig kommer til at kende effekten af. Det kan gerne være, at det kommunale samarbejde med uddannelsesinstitutionerne bliver forbedret, men så længe vi ikke ved, om dette samarbejde så faktisk fører til de ønskede resultater, kan det vel i realiteten være lige meget?

En anden model for et modelkommuneprojekt

Ovenstående skal ikke forstås derhen, at vi er modstandere af, at man afprøver nye tiltag i den kommunale verden. På et så usikkert og vanskeligt område som forebyggelsesområdet er det naturligvis grundlæggende en god idé at afprøve nye og dyre tiltag i en eller flere kommuner, inden de tildeles en status som model – dvs. som efterstræbelsværdige – for de øvrige kommuner.

De tre primære krav til sådanne modelkommuneprojekter må være: spredningspotentiale, relevans, dokumenteret effekt.

Spredningspotentiale indebærer et krav om, at det, man foretager sig, bliver beskrevet på en sådan måde, at der efterfølgende foreligger en opskrift, som andre kan benytte sig af (procesevaluering) – og at man har vist, at det er muligt at følge en sådan opskrift.

Relevans betyder, at det, man vil afprøve, vedrører tiltag, som ikke allerede anvendes, eller som kun an-

vendes i begrænset omfang. Det bør samtidig dreje sig om tiltag, som man har gode grunde til at antage vil kunne have en mærkbar effekt, enten fordi de allerede er evidensbaserede, eller fordi i øvrigt centrale teorier giver forventning om, at de kan virke.

Mens kravet om spredningspotentiale i hvert fald til dels er opfyldt såvel i det tidligere som i det nuværende modelkommuneprojekt, er det tvivlsomt, i hvilket omfang relevans har været styrende for, hvad man de facto har gjort i projekterne. Intentionerne om at arbejde evidensbaseret mv. har været der, men det er jo ikke ensbetydende med, at det så også er det, man har gjort. En langt mere tydelig og stram forbindelse til evidensbaserede tiltag med udsigt til direkte mærkbare effekter findes f.eks. i Ungdomskommissionens forslag fra 2009 til et modelkommuneprojekt.⁹ Af en eller anden grund har man forbigået dette forslag i stilhed ved udformning af det aktuelle modelkommuneprojekt.

Det tredje krav er dokumenteret effekt, dvs. at der foretages en effektevaluering. Uanset hvor meget man bygger på f.eks. udenlandsk forskning og/eller i øvrigt gode teorier, kan man ikke vide med tilstrækkelig sikkerhed, om det nu også faktisk virker i en kommune i Danmark. I al sin banalitet betyder dette, at der som et minimum bliver målt før og efter tiltagets iværksættelse, at det tilsvarende sker i en eller flere kommuner, der kan sammenlignes med ('kontrolkommuner'), og at målingerne vedrører det, som det til syvende og sidst drejer sig om: i dette tilfælde de unges faktiske forbrug af narkotika. ■

NOTER

- 1 Muusmann Research & Consulting/Sundhedsstyrelsen (2007): 'Narkoen ud af byen'. Evaluering af 14 modelkommuneprojekter. Sundhedsstyrelsen, april 2007.
- 2 Det drejer sig om følgende to rapporter: Sundhedsstyrelsen (2005): Unges livsstil og dagligdag 2004 – MULD-rapport nr. 5 samt Sundhedsstyrelsen (2007): Unges livsstil og dagligdag 2006 – MULD-rapport nr. 6.
- 3 Da Sundhedsstyrelsen havde direkte adgang til de respektive datamaterialer, ville det have været muligt at opstille en mere præcist matchet kontrolgruppe, end vi havde mulighed for.
- 4 Indgået 15. oktober 2010 mellem regeringen og alle Folketingets partier med undtagelse af Enhedslisten.
- 5 De 8 kommuner, der har fået støtte, er: Svendborg, Skive, Horsens, København, Odense, samt i fællesskab: Kalundborg, Odsherred og Holbæk kommuner.
- 6 Udbudsbetingelser og kravspecifikation for evaluering af satsuljeprojektet 'Modelkommuneprojekt Unge, alkohol og stoffer', Sundhedsstyrelsen 4. august 2011, s. 5-6.
- 7 Opslag af satsulje 'Modelkommuneprojekt unge, alkohol og stoffer', Sundhedsstyrelsen 31. maj 2011, s. 3.
- 8 http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Narkotika/Kampagner%20og%20projekter/Satsulje_modelkom_mune/Evaluering/udbud/Spoergsmaal%20og%20svar.aspx (downloadet september 2012).
- 9 Indsatsen mod ungdomskriminalitet. Betænkning nr. 1508. 2009, Justitsministeriet (forslag 2.2.1.10).

2007

STOF nr. 10

'Dette er som en kravlegård, hvor de kan lære at feste, før de skal ind til Skive. Fordi hvis vi ikke arrangerede disse fester,

ville de unge blot tage ind til Skive, og hvis de ville gøre nogle af de ting i Skive, som de gør til de her fester, så ville de få en røvfuld.'

Med genstandsgrænser i hovedet
– og en teenager ved middagsbordet.
Af Karen Elmeland & Torsten Kolind.

STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET



Illustration fra tegnefilmen 'Der sker jo ikke noget' af: Majken Møller Rasmussen & Tenna Buus Rasmussen, 8. a, Løgstrup Skole. Filmen blev lavet i en Projektuge om euforiserende stoffer i oktober 2006 i forbindelse med kampagnen 'Narkoen ud af byen' og blev offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. STOF har fået tilladelse fra Løgstrup Skole til at genoptrykke dette uddrag fra STOF nr. 10.

NYE RUSMIDLER UDFORDRER FOLKESUNDHEDEN

Der hersker et intenst kapløb imellem illegale laboratorier og myndighederne for henholdsvis at udbyde nye potente, narkotiske stoffer på det illegale marked – og så hurtigt som muligt at forbyde de nye stoffer. Det er dog typisk først, når stofferne forårsager sygdom og dødsfald, at myndighederne får kendskab til stofferne.

AF TORBEN BREINDAHL & ANDREAS KIMERGÅRD

Designerdrugs er fællesbetegnelse for psykoaktive stoffer, der er kemisk fremstillet med henblik på at blive solgt på det illegale marked. Ofte er de lavet ud fra et kendt rusmiddel, som for eksempel Cannabis og Khat, hvor man kemisk genskaber stoffet, men foretager mindre ændringer for at frembringe en ny virkning og for at omgå narkotikalovgivningen.

Designerdrugs bliver fremstillet til mange forskellige formål.¹ Denne artikel handler om stoffer, der har en stimulerende, bedøvende eller hallucinogen virkning og tages for at opnå en rus. Rapporter om bivirkninger blandt brugere af designerdrugs, kemiske undersøgelser af konfiskerede stoffer og ikke mindst diskussioner på internetfora om designerdrugs virkning viser, at disse stoffer blandt andre tages af unge mennesker i nattelivet og af personer, der ønsker at eksperimentere med rusmidler. Nogle af de mest kendte designerdrugs er MDMA (Ecstasy) og LSD, og inden for de sidste to årtier er flere og flere nye designerdrugs begyndt at dukke op på det illegale marked.

Brugen af designerdrugs er et komplekst problem. Det skyldes blandt andet, at de sælges både på 'gaden' og på internettet. En internetsøgning, for eksempel med Google.dk, på ordene 'research chemicals' giver et indblik i, hvor og hvordan man kan købe disse stoffer, der tilsyneladende er nemme at få fat i. Desuden er det svært at kortlægge udbredelsen af designerdrugs. I 2010 spurgte et hold forskere 207 personer i nattelivet i flere engelske byer om deres brug af designerdrugs og fandt, at én ud af ti af de adspurgte sagde, at de havde indtaget designerdrugs inden for det sidste år.⁴ Herhjemme ved man ikke præcist, hvor

mange mennesker der bruger designerdrugs, og hvilke slags der oftest indtages.

Fordi der ofte dukker nye designerdrugs op er det svært for myndighederne at danne sig et overblik over, hvilke stoffer der for øjeblikket kan anskaffes illegalt. Det er typisk først, når stofferne forårsager sygdom og dødsfald, at myndighederne finder ud af, at de findes. Det var for eksempel efter, at det såkaldte Bromo-Dragonfly - et designerdrug med hallucinogen virkning, der blandt andet bliver indtaget af unge i nattelivet - blev kædet sammen med et dødsfald, at det blev registreret herhjemme som et ulovligt rusmiddel.⁵ Nogle designerdrugs forbliver formodentligt ukendte for myndigheder, behandlingssystemet og den brede offentlighed.

Endelig er der rig mulighed for, at illegale laboratorier kan hente inspiration til nye designerdrugs fra forskning i nye lægemidler. Der fremstilles jævnligt nye stoffer, hvis virkning afprøves på dyr og mennesker, hvilket giver en detaljeret viden om effekt og binding/blokering af kroppens vigtige receptorer. Især er stoffernes virkning på centralnervesystemet og hjernens receptorer interessant, da man gennem denne forskning kan udvikle lægemidler til behandling af sygdomme såsom Alzheimers sygdom, Parkinsons sygdom og ADHD. Nogle stoffer, der udvikles til behandling af sygdomme, har imidlertid også psykoaktive egenskaber. Når resultaterne af forskningen offentliggøres, for eksempel i videnskabelige tidsskrifter, følger illegale laboratorier med og udnytter den ny viden til at fremstille ulovlige rusmidler. Til en vis grad kan denne tendens begrænse udviklingen af lægemidler, hvis forskere tøver med at udgive deres resultater af frygt for, at de bliver brugt til fremstilling af rusmidler.⁶

2010

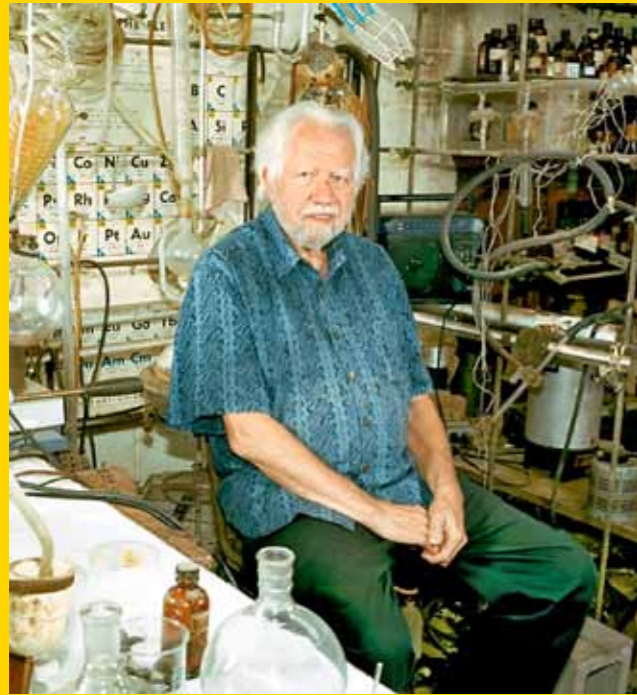
STOF nr. 16 #

'40% af natklubgæsterne har stoferfaring – 58% har røget hash. Der bliver brugt hårde stoffer på både mainstream-klubber og på subkulturelle klubber – men stofbruget står stort set aldrig alene; tværtimod er det næsten altid understøttet af et ret markant alkoholbrug. De unge søger at skabe en cocktail af alkohol og stoffer, som passer lige netop til den fest, de er ude efter.'

Er stoffer normaliserede?

Af Jakob Demant & Signe Ravn.





Shulgin i laboratoriet.

I 1991 udgav Shulgin sammen med sin hustru bogen 'PIHKAL - A Chemical Love Story' (PIHKAL står for 'Phenylethylamines I have Known and Loved'), som nu foreligger i fuld længde på internettet.⁸ Bogen beskriver præcise metoder til fremstilling, oprensning og karakterisering af en mængde rusmidler suppleret med personlige kommentarer til og vurdering af rusvirkningen. For eksempel skriver Shulgin om sine erfaringer med 2C-B, også kaldet Nexus, at det 'var en rig oplevelse på alle tænkelige måder' og at 'elskoven var fantastisk'.

DESIGNERDRUGS OG LOVEN

Designerdrugs er skræddersyet til at omgå Lov om euforiserende stoffer, idet der fremstilles et nyt stof, eller et derivat med en lille variation i kemisk struktur, ud fra et kendt rusmiddel.² Som udgangspunkt er de nye kemiske stoffer lovlige, indtil de bliver tilføjet listen over ulovlige, euforiserende midler, men det tager tid, og imens dukker nye stoffer op, og hele processen kan begynde forfra.³ Dog betyder nylige ændringer af loven, at man nu kan tilføje hele stofgrupper – og ikke kun enkelte forbindelser – efter de euforiserende egenskaber, de har eller antages at have. Det betyder, at selv om man foretager en kemisk ændring af et stof, der allerede er på listen, er det i nogle tilfælde stadig ulovligt, fordi hele stofgruppen er ulovlig.

Regulering af designerdrugs

Fordi narkotika kan gøre skade på mennesker er disse midler nogle af de aller mest regulerede i samfundet. Der er mange forskellige former for regulering, hvis formål groft sagt er at få mennesker til at opføre sig efter nogle fastsatte regler.⁷ For eksempel er narkotiske stoffer reguleret efter Lov om euforiserende stoffer, og derfor er besiddelse og fremstilling forbudt og kan straffes med bøde og fængsel. I nogle tilfælde er det tilladt at være i besiddelse af regulerede stoffer, hvis man har fået dem til behandling af en sygdom. Når SKAT undersøger pakker, der ankommer til landet via eksempelvis Københavns Lufthavne, og konfiskerer ulovlige stoffer, er der tale om en anden slags regulering. Såfremt SKAT finder forbudte rusmidler, kan forbrugeren straffes for ulovlig indførelse.



Forsiden af Alexander Shulgins to bøger om designerdrugs, henholdsvis PIHKAL (1991) og TIHKAL (1997)

Fremstillingen af designerdrugs lader til at være en voksende industri, og det illegale marked for rusmidler er præget af, at nye stoffer dukker op og kan købes i en periode, hvorefter nogle tilsyneladende forsvinder igen. Antallet af nye designerdrugs er voksende, og der hersker et intenst kapløb imellem illegale laboratorier og myndighederne for henholdsvis at udbyde nye potente, narkotiske stoffer på det illegale marked og så hurtigt som muligt at forbyde de nye stoffer.

Eftersom designerdrugs fremstilles på illegale laboratorier, kan de indeholde toksiske urenheder. Andre gange kan de indeholde andre aktive stoffer end det, brugerne får at vide, der er i dem. Desuden er det svært at vide, hvor stor en mængde aktivt stof der er i de enkelte rusmidler. Dette indebærer risici for brugerne. I det følgende beskrives forskellige typer af designerdrugs. Desuden bliver det gennemgået, hvordan de blev udviklet, deres skadelige virkninger på mennesker, og hvilke udfordringer der eksisterer i forhold til at forsøge at begrænse stoffernes udbredelse.

Nye designerdrugs

At man kan designe nye kemiske stoffer ud fra kendte rusmidler finder man et godt eksempel på hos amerikaneren Alexander Shulgin (født 1925) i hans arbejde med psykoaktive stoffer. Shulgin - også kaldet 'The Godfather of Ecstasy', fordi han genopdagede Ecstasy i 1976 - er forsker, forfatter og bruger af rusmidler, som han blandt andet har udviklet i sit eget laboratorium. Shulgins forskningsinteresser spænder bredt og har omfattet organisk kemi, biokemi, farmakologi og psykiatri. Ud fra den kemiske grundstruktur af blandt andet phenethylamin og tryptamin har Shulgin fremstillet over 200 forskellige stoffer, som han selv har indtaget i større og større doser, mens han omhyggeligt noterede effekter og bivirkninger. Hans bidrag til psykofarmakologien som videnskabeligt område er både betragteligt og naturligvis kontroversielt. I 1991 udgav Shulgin sammen med sin hustru bogen 'PIHKAL - A Chemical Love Story' (PIHKAL står for 'Phenylethylamines I have Known and Loved'), som nu foreligger i fuld længde på internettet.⁸ Bogen beskriver præcise metoder til fremstilling, oprensning og karakterisering af en mængde rusmidler suppleret med personlige kommentarer til og vurdering af rusvirkningen. For eksempel skriver Shulgin om sine erfaringer med 2C-B, også kaldet Nexus, at det 'var en rig oplevelse på alle tænkelige måder' og at 'elskoven var fantastisk'. Stoffet er kendt herhjemme og står på listen over ulovlige euforiserende midler. I 1997 udgav Shulgin sine erfaringer om tryptaminer i bogen: 'TIHKAL - the Continuation' (TIHKAL står for 'Tryptamines I Have

Known and Loved').⁹

En af de nyeste trends inden for designerdrugs, de såkaldte cathinoner, kan på mange måder ses som en fortsættelse af Shulgins arbejde. Her har man har taget udgangspunkt i stoffet cathinon, som er det aktive stof i blade fra planten Catha edulis (Khat), og fremstillet flere varianter af cathinoner. Mange af dem er beskrevet i den videnskabelige litteratur, hvoraf et af de mest kendte er døbt Mephedron, der sammen med andre cathinoner blandt andet distribueres under betegnelsen 'Bath Salts' og 'legal highs'. Cathinoner har været årsag til akutte hospitalisindlæggelser, efter at det er blevet indtaget af personer i nattelivet, og i England mistænkes Mephedron for at være skyld i flere dødsfald.¹⁰

Syntetisk Cannabis

Man har gennem længere tid anvendt lægemidler med Cannabis og beslægtede stoffer til behandling af forskellige sygdomme. For eksempel anvendes tetrahydrocannabinol (THC), det aktive stof i Cannabis, til kvalmelindring hos kræftpatienter i kemoterapi (Marinol®). Ligeledes benyttes et Cannabisekstrakt til behandling af spasticitet ved sklerose og til neuropatisk smertelindring (Sativex®).

I slutningen af 1980'erne påviste forskere, at de aktive stoffer i Cannabis binder sig til helt specifikke receptorer i kroppen; de såkaldte cannabinoid receptorer. Der findes to typer, som er navngivet med forkortelserne CB1R og CB2R. THC bindes til CB1-receptorer, som hovedsageligt findes i centralnervesystemet (CNS). Derimod er CB2-receptorerne fordelt i immunsystemets organer over hele kroppen, det vil sige uden for CNS. Effekterne af syntetisk Cannabis afgøres blandt andet af, hvilke af de to receptorer stoffet virker på.

En forskningsgruppe fra Clemson University (USA), ledet af John. W. Huffman (født 1932), fremstillede som de første en række forskellige syntetiske cannabinoider (syntetisk Cannabis) og undersøgte deres interaktion med CB1R og CB2R i et forsøg på at finde nye lægemidler. De nye syntetiske cannabinoider beskrives via et nummereringssystem med Huffmans initialer (for eksempel JWH-018). Senere hen blev forskningen i CB1- og CB2-receptorer rettet mod at finde hæmmere af CB1R. Det vil sige stoffer, som blokerer receptoren, idet man fandt en sammenhæng mellem CB1R og reguleringen af appetitten. Mange forskere har derfor haft store forhåbninger om, at man kunne udvikle medicin mod overvægt. I 2008 standse flere lægemiddelvirksomheder deres kliniske studier af CB1R-hæmmere på grund af for mange bivirkninger hos brugerne. I dag er cannabinoiders potentiale som læ-



STOFGRUPPE / KLASSE	EKSEMPLER PÅ DESIGNERDRUGS
Amfetaminer	Alle syntetiske stoffer beskrevet af Shulgin i PIHKAL, herunder derivater af MDMA (Ecstasy)
Hallucinogener	Flere amfetaminlignende designerdrugs har også hallucinogenerende egenskaber, hvor dele af de enkelte molekyler har en lighed med LSD, for eksempel 2C-B
Cathinon	Syntetiske cathinoner, herunder methylon, mephedron og MDPV
Benzodiazepiner	Fenazepam
Cannabis	Syntetisk Cannabis, herunder JWH-018; JWH-073; JWH-200; CP-47,497; AM-2201
Opioider	Alpha-methylfentanyl, MPPP. Mange andre derivater af pethidin og fentanyl findes beskrevet i den lægevidenskabelige litteratur
Phencyclidin (PCP)	Flere analoger undersøgt i litteraturen, 4-methyl-PCP
Ketamin	Methoxetamin (MXE)
Tryptaminer	Alle syntetiske stoffer beskrevet af Shulgin i TIHKAL, herunder alpha-methyltryptamin (AMT), 5-API og 5-MeO-DIPT
Piperaziner	BZP, TFMPP og mCPP m.m.

gemidler noget tvivlsomt.¹¹ Alt imens dette stod på, fik den illegale industri interesse for Huffmans forskning. Faktisk er der i illegale laboratorier blevet udviklet og fremstillet nye rusmidler, såsom syntetisk Cannabis kaldet K2 og Spice, baseret på Huffmans arbejde. Syntetisk Cannabis er således et eksempel på, at forskning i nye lægemidler har banet vejen for nye typer af rusmidler.

Spice og K2

Spice og K2 er eksempler på syntetisk Cannabis, der primært indtages ved rygning (figur 2). Begge stoffer har været kendt i Europa siden begyndelsen af år 2000, og der gik ikke længe fra, at de kunne anskaffes på det illegale marked til, at man så de første indberetninger om deres bivirkninger.¹² Dog er det vanskeligt at fastslå en kausal sammenhæng mellem stofferne og de rapporterede bivirkninger. For det første manglede der gode analysemetoder, der kunne påvise indtagelsen af de nye cannabinoider, da de kom frem på det illegale marked. For det andet kan flere narkotiske stoffer være iblandet rusmidler, hvilket gør det vanskeligt at kæde et enkelt stof sammen med en forgiftning. Det er også uvist, om de forskellige plantematerialer, der ofte iblandes stofferne, har betydning for, om brugerne får bivirkninger.

Det kan være vanskeligt for brugerne at vide, hvordan de vil reagere på indtagelsen af syntetisk Cannabis. Alt efter hvilke af de to typer receptorer (CB1R eller CB2R) et stof virker på, får man meget varierende effekter. Nogle syntetiske cannabinoider vil ikke være psykoaktive, mens andre kan have en meget kraftig rusvirkning. I øvrigt er der risiko for, at brugerne forveksler Cannabis med syntetisk Cannabis. Rygning af Cannabis, selv ved høj dosering, er ikke toksisk. Derimod kan syntetisk Cannabis have en kraftig rusvirkning, og indtagelse kan indebære akut toksicitet.

Syntetisk Cannabis diskuteres flittigt på danske hjemmesider, hvor brugerne udveksler deres erfaringer. Blandt andet skriver en bruger af JWH-018 at 'rusen er for fed'. Selv om de syntetiske cannabinoider er forbudte herhjemme, er de alligevel tilgængelige for danske brugere. For eksempel iblandes syntetisk Cannabis plantematerialer og sælges på internettet mærket med 'not for human consumption', under dække af at være røgelse til 'aromaterapi'. Dette er ét eksempel på, hvordan man opfindsomt prøver at omgå gældende lov for at unddrage sig straf.

BZP party-pills

Undertiden bliver nogle designerdrugs markedsført under betegnelsen 'party-pills'. Det gælder stoffet 1-benzylpiperazin (BZP), der i de seneste år har fået

en del omtale blandt andet i New Zealand. BZP er afledet af Piperazin. Piperazin har været brugt i mange år til behandling af ormeinfektion og har ingen psykoaktive egenskaber. Det har BZP derimod. Det opdaede man, da en lægemiddelvirksomhed i 1970'erne undersøgte, om stoffet kunne bruges som antidepressiv medicin og måtte indstille arbejdet på grund af stoffets rusvirkning. Efter at BZP blev tilgængeligt i New Zealand omkring år 2000, steg forbruget og antallet af forskellige slags BZP-piller. Producenterne af BZP anslog, at flere millioner doser blev solgt mellem 2000 og 2005, før stoffet blev gjort ulovligt i 2008.¹³ Debatten om BZP i New Zealand bragte flere interessante spørgsmål på banen, der også gælder andre designerdrugs: Kan myndighederne se igennem fingre med, at stoffer uden dokumentation for, hvordan de er fremstillet, og hvilke bivirkninger de kan have, åbenlyst og lovligt benyttes som rusmidler? Kan man ligefrem forestille sig en markedsføring af legale designerdrugs? Er BZP mere sikkert at indtage end alkohol, og vil det for eksempel være skyld i færre trafikulykker end alkohol? Selv om der ikke blev rapporteret ret mange tilfælde af bivirkninger ved brugen af BZP, kan alle slags narkotika gøre skade, og som tidligere vist er der ingen garanti for kvaliteten af stoffer, der er fremstillet under illegale forhold. Med mindre disse midler bliver undersøgt i et laboratorium, er det vanskeligt for brugerne at vide, hvad stofferne reelt indeholder.¹⁴

Designerdrugs skaber nye udfordringer for folkesundheden

Som beskrevet i denne artikel kender man til fremstilling af designerdrugs inden for næsten alle kategorier af narkotiske stoffer: amfetaminer, hallucinogener, benzodiazepiner, cannabinoider og opioider (skema 1). Generelt har den illegale industri haft en god fornemmelse for, hvad der har markedsverdi. For eksempel viser historien, at når Heroin ikke produceres i tilstrækkelige mængder til at dække efterspørgslen, dukker der alternative syntetiske varianter op på det illegale marked.¹⁵ Men de syntetiske stoffer medfører en række risici for brugerne, idet:

- (1) Små ændringer i den kemiske struktur kan forstærke virkningen betydeligt, ofte flere hundrede gange, så stoffet nemt kan overdoseres.
- (2) Der er eksempler på, at der benyttes en opblanding af det aktive stof (cutting) for at berige forhandleren, hvilket gør det svært for brugeren at vide, hvor stor en mængde aktivt stof der er i de enkelte rusmidler.



ANDRE STOF-ARTIKLER:

STOF 19, 2012: MISBRUGSANALYSER – HVOR GÅR DET GALT?
STOF 18, 2011: LABORATORIEUNDERSØGELSER.

TORBEN BREINDAHL
HOSPITALSKEMIKER, CAND.SCIENT.
KLINISK BIOKEMISK AFD., SYGEHUS VENDSYSEL
ANDREAS KIMERGÅRD
PH.D.-STUDERENDE, CAND.SCIENT.
INST. FOR FOLKESUNDHED, AARHUS UNIVERSITET



(3) Urenheder fra fremstillingen kan være stærkt toksiske, og da der benyttes forskellige metoder til fremstilling, kan det som bruger være svært at vide sig sikker. Desuden er der risiko for, at de skadelige virkninger forstærkes, hvis man samtidig indtager andre lægemidler, narkotika eller alkohol. Man udsætter altså sig selv for betydelige risici, hvis man eksperimenterer med disse nye stoffer.

Urenheder kan være toksiske

Fordi designerdrugs fremstilles i illegale laboratorier kan stofferne være forurenede af forskellige slags urenheder. Et stof kaldet Krokodil har for nylig været omtalt i medierne herhjemme og er blevet kædet sammen med dødsfald i Rusland og Norge. Krokodil kan fremstilles ud fra Kodein, der er et smertestilende middel, som blandt andet findes i nogle slags håndkøbsmedicin. Af Kodein kan man producere Desomorfin, der har været kendt siden 1932 som et meget potent opioid. Men når produktionen af Krokodil foregår under primitive forhold uden mulighed for at oprense den dannede mængde Desomorfin, kan bivirkningerne imidlertid være alvorlige. Hvis det urene produkt injiceres direkte, kan det resultere i ødelæggelse af blodåre, muskler og knogler, hvilket er en livstruende tilstand. Hvis stoffet Desomorfin bliver fremstillet rent, forårsager det imidlertid ikke disse bivirkninger. Faktisk var den eneste grund til, at det blev opgivet som lægemiddel, at det kun virkede i kort tid og var mere vanedannende end morfin.¹⁶

Konklusion

Det nuværende narkotikamarked er præget af, at flere og flere nye designerdrugs er tilgængelige. Med de mange nye stoffer følger risici for brugernes sundhed både på grund af stoffernes toksiske virkninger og fra eventuelle urenheder opstået under fremstillingen. Mange nye designerdrugs har en kemisk struktur, der ligner strukturen af kendte rusmidler eller godkendte lægemidler. Sammenlignet hermed kan designerdrugs dog have en langt kraftigere rusvirkning. For eksempel må syntetisk Cannabis som nævnt ikke forveksles med Cannabis. Fremstilling af designerdrugs er blevet en lukrativ forretning, som lader til at være godt organiseret og involverer fagfolk med et detaljeret kendskab til kemi og farmakologi. Ofte er forskning i nye lægemidler, som publiceres i den videnskabelige litteratur, idégrundlag for nye illegale

designerdrugs. I mange lande tilføjes nye designerdrugs jævnligt til listen af illegale stoffer, hvorefter besiddelse og fremstilling er strafbar. I forhold til antallet af nye stoffer, der dukker op på det illegale marked, er det dog en kamp, der synes næsten umulig for myndighederne at vinde. Imens bliver der til stadighed rapporteret om nye forgiftningstilfælde og akutindlæggelser på hospitalerne efter brugen af de nye typer narkotika. Samtidigt er det vanskeligt for brugerne at vide, om nye designerdrugs er lovlige eller ej. Det er sandsynligt, at markedsføring af designerdrugs som lovlige alternativer til kendte rusmidler kan forlede nogle til at tro, at stofferne er sikre at indtage. Når designerdrugs sælges som naturprodukter, kan det måske også få brugerne til at tro, at de kan indtages uden risiko. Der er derfor brug for nye, innovative tiltag, hvis man vil forhindre, at brugerne lider skade.¹⁷ De eksempler på designerdrugs, der er nævnt i denne artikel, er kun et udvalg af de stoffer, der findes på det illegale marked, og mange vil formodentligt komme til i fremtiden. ■

NOTER OG REFERENCER

- 1 Læseren henvises til en ny og omfattende rapport, der omtaler forskellige designerdrugs, som tages for at forbedre udseende og præstation. Det gælder for eksempel slankemidler og potensmidler. Evans-Brown M. et al.: *Human Enhancement Drugs - The Emerging Challenges to Public Health*. 2012. Rapporten kan downloades: www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=784
- 2 Lov om euforiserende stoffer kan læses på www.retsinformation.dk
- 3 Brandt S. et al.: Analysis of NRG 'legal highs' in the UK: Identification and formation of novel cathinones. *Drug Testing and Analysis* 3: 569-575. 2011.
- 4 Measham F. et al.: Mephedrone, 'Bubble' and unidentified white powders: the contested identities of synthetic 'legal highs'. *Drugs and Alcohol Today* 11: 137-146. 2011.
- 5 Andreasen M.F. et al.: A fatal poisoning involving Bromo-Dragonfly. *Forensic Science International* 183: 91-96. 2009.
- 6 Nichols D.: Legal highs: the dark side of medicinal chemistry. *Nature* 469: 7. 2011.
- 7 Baldwin R. et al.: *Understanding Regulation. Theory, Strategy and Practice*. Oxford University Press, Oxford. 2012.
- 8 www.erowid.org/library/books_online/pihkal/pihkal.shtml
- 9 www.erowid.org/library/books_online/tihkal/tihkal.shtml
- 10 Maskell P.D. et al.: Mephedrone (4-methylmethcathinone)-related deaths. *Journal of Analytical Toxicology* 35: 188-191. 2011.
- 11 Seely K.A. et al.: Marijuana-based Drugs: Innovative Therapeutics or Designer Drugs of Abuse? *Molecular Interventions* 11: 36-50. 2012.
- 12 Rosenbaum C.D. et al.: Here Today, Gone Tomorrow...and Back Again? A Review of Herbal Marijuana Alternatives (K2, Spice), Synthetic Cathinones (Bath Salts), Kratom, Salvia divinorum, Methoxetamine, and Piperazines. *Journal of Medical Toxicology* 8:15-32. 2012.
- 13 Cohen B.M.Z. & Butler R.: BZP-party pills: A review of research on benzylpiperazine as a recreational drug. *International Journal of Drug Policy* 22: 95-101. 2011.
- 14 I Danmark har man påvist BZP i beslaglagt narkotika. Se rapporter fra retskeniske afdelinger på <http://forens.au.dk/forskning/publikationer/rapporter>
- 15 Carroll F.I. et al.: Designer Drugs: a medical chemistry perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248: 18-38. 2012.
- 16 Gahr M. et al.: 'Krokodil': revival of an old drug with new problems. *Substance Use & Misuse* 47: 861-863. 2012.
- 17 Evans-Brown M. et al.: 'Legal highs' should be regulated as medical products. *British Medical Journal* 342: 501. 2011.

2007

STOF nr. 8.#

'Enten lykkes det teenagerne at skjule deres beruselse, eller også lukker de voksne dørmænd dem ind alligevel. Den slags afvigelser fra reglerne begrundes de voksne med, at det er bedre, at teenagerne er fulde til sodavandsdis-koteket, end at de render rundt i byen på egen hånd.'

Det kommer an på, hvor moden du føler dig.
Af Morten Hulvej Rod Jørgensen.



PSYKEN OG RUSMIDDELBRUG – TI ÅRS FORSKNING I MISBRUG OG PSYKISKE PROBLEMER

Økonomiske problemer, ustyrlig adfærd og hemmelighedskræmmeri synes at være gode forklaringer på, at mennesker med afhængighed af stoffer eller alkohol ofte har det svært.

AF MORTEN HESSE & BIRGITTE THYLSTRUP

Hvad er sammenhængen mellem psyke og stofbrug? Bliver mennesker misbrugere af at have en bestemt psyke? Eller udvikler mennesker en bestemt psyke som følge af afhængighed af stoffer eller alkohol? Disse spørgsmål har stor betydning for alt arbejde med at hjælpe mennesker med stof- og alkoholproblemer og for alt arbejde med at forebygge rusmiddelproblemer.

Påvirker rusmiddelbrug psyken?

Det er tydeligt for enhver, at mennesker forandrer ad-

færd, tænkning og reaktionsmønstre, når de påvirkes af stoffer som alkohol, cannabis eller amfetamin. Det er jo netop derfor, man indtager stoffer!

Et amerikansk studie fulgte således 149 mænd med misbrug og deres samlevende kvindelige partnere gennem dagbøger. Både mænd og kvinder blev spurgt om vold og om tidspunkt for brug af forskellige stoffer. Forskerne sammenholdt mændenes beskrivelse af stofbrug og kvindernes beskrivelse af vold og fandt, at brug af alkohol eller kokain, men ikke cannabis eller opiater ofte gik forud for, at manden var fysisk voldelig over for partneren^[1]. De fleste af disse grovheder fandt

sted inden for to timer efter, at stoffet var indtaget.

Sådanne undersøgelser rejser det spørgsmål, om ikke den adfærd, man ser hos misbrugere, kan forklares med virkningen af de stoffer, de indtager. Hertil kommer, at misbrug er stigmatiserende, og at der derfor er gode grunde til at forsøge at holde misbruget hemmeligt i mange sammenhænge^[2, 3].

Endelig er stoffer dyre! Det fører mennesker med et stofproblem ud i økonomisk ufare, når de først er afhængige af stofferne, og det giver stor risiko for kriminalitet. Således er afhængighed af stoffer som heroin og amfetamin ofte forbundet med berigelses-kriminalitet^[4].

De økonomiske problemer, den ustyrlige adfærd og hemmelighedskræmmeriet synes at være gode forklaringer på, at mennesker med afhængighed af stoffer eller alkohol ofte har det svært.

Før misbruget: generne, fødslen og barndommen

Endelig er der barndommen. Skyldes problemer med stoffer eller alkohol, at man har haft vanskeligheder i barndommen? Barndommen består af tre vigtige elementer:

- Den krop, man er født med. Dette inkluderer genetiske og epigenetiske faktorer, moderens graviditet og selve fødslen.
- De forhold, som man fra en helt tidlig alder udvikler til andre mennesker. Det vigtigste synes her at være forholdet til den primære tilknytningsperson helt fra fødslen.
- Forholdet til kammerater og den plads, man får i skolesystemet.

Genetiske faktorer er meget veldokumenterede for afhængighed. Tvillingestudier giver især robust støtte for, at afhængighed af alkohol og stoffer påvirkes af genetiske faktorer. Den nyeste forskning peger på, at når der er en arvelighed af misbrug, er det primært personlighedstræk som impulsivitet, behov for stimulation og aggressivitet, der arves^[5]. Disse personlighedstræk bliver senere risikofaktorer for eksperimenteren med stoffer og senere udvikling af problemer med stoffer og alkohol.

Men før man når frem til stofferne, er der relationerne til andre. Trygheden ved forældrene, helt fra den tidligste barndom, er en tryghed, som danner udgangspunktet for senere relationer til andre. Vi

ved ikke meget om forholdet mellem tilknytning og senere alkohol- og stofproblemer, men det er sandsynligt, at det forhold, der eksisterer mellem barn og forældre igennem opvæksten, har stor betydning for udviklingen.

Hvad vi til gengæld ved ganske meget om, er forholdet til kammerater. De første tegn på de problemer, som bliver til misbrug i ungdommen, er aggressiv adfærd over for kammerater, som kan spores i børnehavealderen. Aggressiv adfærd udløser kammeraternes afvisning, og dette medfører senere udgrænsning og valg af andre aggressive kammerater^[6, 7]. Men hvis barnet forbliver en del af fællesskabet, så forsvinder den aggressive adfærd, og den senere risiko for misbrug mindskes.

Så et aggressivt barn kan altså beskyttes mod at udvikle misbrug senere ved at blive inkluderet i et socialt fællesskab.

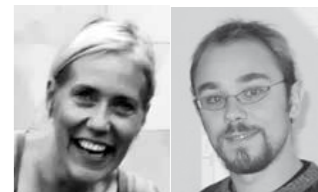
Samlende bemærkninger

Hvad er hønen, og hvad er ægget i misbrug og psykisk sygdom? Hvis man holder op med at drikke eller tage amfetamin og kokain, bliver man med stor sandsynlighed mindre aggressiv og voldelig. Hvis man hjælper børn med aggressiv adfærd til at blive del af fællesskabet, får de mindre risiko for at få misbrug. Den aggressive adfærd og den skrøbelige psyke er som oftest til stede forud for udviklingen af misbruget. Men den forværres også af misbruget. ■

LITTERATUR

1. Fals-Stewart, W., J. Golden & J.A. Schumacher: Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*. 28(9): p. 1555-1574.2003.
2. Ghitza, U.E., D.H. Epstein & K.L. Preston: Nonreporting of cannabis use: Predictors and relationship to treatment outcome in methadone maintained patients. *Addictive Behaviors*. 32(5): p. 938-949.2007.
3. Myrick, H. et al.: Clinical characteristics of under-reporters on urine drug screens in a cocaine treatment study. *American Journal on Addictions*. 11(4): p. 255-261. 2002.
4. Fridell, M. et al.: Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviors*. 33(6): p. 799-811. 2008.
5. Gorwood, P. et al.: Genetics of dopamine receptors and drug addiction. *Human Genetics*. 131(6): p. 803-822. 2012.
6. Fite, P.J. et al.: The relation between childhood proactive and reactive aggression and substance use initiation. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 36(2): p. 261-271. 2008.
7. Prinstein, M.J. & A.M. La Greca: Childhood peer rejection and aggression as predictors of adolescent girls' externalizing and health risk behaviors: A 6-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72(1): p. 103-112. 2004.

BIRGITTE THYLSTRUP
PSYKOLOG, PH.D., ADJUNKT
MORTEN HESSE
PSYKOLOG, PH.D., LEKTOR
BEGGE CRF



DYRKER DU CANNABIS?

CRF er med i et internationalt forsknings samarbejde om cannabisdyrkning, hvor lokale trends ses i et globalt perspektiv.

AF VIBEKE ASMUSSEN FRANK, HELLE VIBEKE DAHL, ANNE-SOFIE CHRISTENSEN & ANETTE MADSEN

Da Center for Rusmiddelforskning (CRF) tilbage i 2008 indledte en undersøgelse om cannabisdyrkning i Danmark, skete det via lanceringen af et internetbaseret spørgeskema til anonym besvarelse. Det var på daværende tidspunkt ikke bare den første og hidtil eneste danske undersøgelse af fænomenet 'hjemmedyrkning', der hermed blev skudt i gang. Det var også første gang, CRF afprøvede metoden med at indsamle data via internettet. Resultater fra den pågældende undersøgelse, som ud over det internetbaserede spørgeskema byggede på interview med cannabisdyrkere, er løbende blevet publiceret blandt andet i artikler i STOF.

Nu - fire år efter - har vi iværksat en ny undersøgelse, denne gang i samarbejde med en internationalt sammensat gruppe forskere og med grundlag i et spørgeskema, som er udformet i fællesskab og derefter oversat til de deltagende landes nationalsprog. Med udgangspunkt i en kort omtale af tendenser i nyere cannabisforskning samt den aktuelle cannabispolitiske situation opridses baggrunden for og formålet med den internationale undersøgelse.

Nyere dansk og europæisk cannabisforskning

I betragtning af, at cannabis siden 1970'erne har været det mest populære illegale rusmiddel, kan det undre, at dansk cannabisforskning har været så sparsom. Her tænkes blandt andet på fraværet af forskning i forbrugsrelaterede aspekter med inddragelse af brugernes oplevelser og erfaringer. Det skal retfærdigvis siges, at dette relative fravær ikke er et enestående dansk fænomen. Cannabisforskning er overalt i verden kendetegnet ved en overrepræsentation af biologiske, farmakologiske og psykiatriske tilgange. Det er derfor ikke underligt, at negative konsekvenser forbundet

med indtagelse af cannabis i form af misbrugs- og behandlingsproblematikker indtager en så fremtrædende plads såvel i den tilgængelige litteratur som i den offentlige diskurs. Til gengæld indebærer den naturvidenskabeligt funderede dominans på området, at andre former for viden tilvejebragt via samfunds- og socialvidenskabelige tilgange er blevet overskygget, overhørt eller endog anset for at være en slags partsindlæg til fordel for en mindre restriktiv holdning til brugen af stoffet som rusmiddel. Det gælder fx i forhold til viden om den rolle, politik og lovgivning spiller for forbruget generelt og for brugere mere specifikt, herunder muligheden for at få bedre indsigt i, hvordan det, der af brugere opfattes som rekreativt og nydelsesbetonet brug, kan forstås.

Cannabis er ifølge både international og national lovgivning klassificeret som et illegalt stof. Herhjemme har en række skærpelser af kontrolpolitiske tiltag samt straf ramme for handel med og besiddelse af cannabis (hash, pot, skunk) i løbet af det seneste årti haft betydelige implikationer for den måde, cannabis er til stede i samfundet på, og de måder og midler med hvilke det søges bekæmpet. Således har ikke mindst den kriminalisering af besiddelse, som blev aktualiseret med indførelsen af nul-tolerancepolitikken i 2004, medvirket til dels at udviske den hidtidige anerkendte skelnen mellem 'bløde' og 'hårde' stoffer, dels at al indtagelse af cannabis - uanset mængde og hyppighed - ifølge loven anses for misbrug. Ud fra denne logik er de repressive elementer i cannabispolitikken da også blevet suppleret med retten til behandling via offentligt finansierede behandlingstilbud. Her kan man imidlertid minde om, at lovstramninger og straf ikke synes at have de tilsluttede effekter. Således har international forskning ikke kunnet dokumentere nævneværdige forskelle imellem lande med en liberal eller repressiv cannabispolitik, hvad angår forbrug, udbud eller priser, ligesom det



CHRISTENSEN, EN FRANK

Interviewpersonerne består af mænd og 7 kvinder, der spredt



The Ultimate von Dutch Pa

Durch sorgfältige Züchtung hat Dutch Passion eine ihrer wichtigsten Sorten erschaffen, die "The Ultimate". Sie verfügt über eine der





ANDRE STOF-ARTIKLER:

Nr. 15, 2010: Hjemmedyrket cannabis – dyrkernes egne erfaringer og perspektiver.

Nr. 16, 2010: Selvmedicinering i det skjulte.

Nr. 19, 2012: Danske cannabisdyrkeres syn på legalisering.

stadig mangler at blive set, at en tiltagende repressiv politik får markedet til at gå i sig selv og forsvinde (fx Kilmer, 2002, Room m.fl. 2008). Det er ikke desto mindre interessant at se nærmere på, hvorfor de repressive tiltag herhjemme hverken synes at have været i stand til at afholde folk fra at købe og bruge, men heller ikke fra at dyrke cannabis. Måske endda snarere tværtimod, som det vil fremgå.

Nye tider, nye fænomener, nye metoder

Indtil starten af det ny årtusind udgjorde hash importeret fra ikke-vestlige lande suverænt hovedparten af den cannabis, der fandtes på de europæiske markeder. Marokko ser stadig ud til at være hovedleverandør af den cannabis – hovedsagelig i form af hash – der indføres og omsættes på det danske såvel som det skandinaviske marked. I Holland, Belgien og England skønnes det, at mere end halvdelen af den cannabis, der omsættes, er lokalt produceret, mens der efterhånden nærmest er tale om selvforsyning i USA, Canada, Australien og New Zealand (Potter, Bouchard & Decorte 2011).

Grunden til eller forudsætningerne for skiftet fra udenlandsk produceret hash til lokal eller hjemlig produktion af pot, også kendt under betegnelsen 'import-substitution', skal findes i flere forhold. Det vejer dog utvivlsomt tungt i vægtskålen, at de risici, der er forbundet med transport og indførsel over landegrænser, kan reduceres ved, at dyrkningen foregår lokalt. Til gengæld stilles der visse krav til produktet, dets kvalitet og styrke, men også til stabile og tilstrækkeligt store forsyninger. I den forbindelse har udviklingen af stadigt mere intensive og avancerede dyrkningsmetoder med anvendelse af teknologisk udstyr samt fremavl af nye sorter været afgørende. Ikke bare for kommercielle og profitorienterede stordyrkere, men også for dem, der dyrker i det små til eget forbrug.

Ligesom besiddelse og distribution af cannabis er forbudt, er det også forbudt at dyrke cannabis. Dyrkning af cannabis til brug som rusmiddel har været kendt herhjemme siden 1960'erne. Det er en relativt hårdfør og nem plante at dyrke også under vores himmelstrøg, og selv uden særlig pasning og pleje giver udendørsdyrkede planter et pænt udbytte. I modsætning til de nye former for indendørsdyrkning, hvor der kan høstes helt op til 5-6 gange årligt, giver traditionel

udendørsdyrkning kun mulighed for én høst pr. år.

Det øgede fokus på betydningen af den vækst, som den hjemlige cannabisdyrkning udviser i mange lande, har især været rettet mod dyrkere, der driver kommerciel stordrift. Det er imidlertid vigtigt at anerkende, at cannabisdyrkere udgør en langt mere heterogen gruppe, hvis motiver ikke bare er drevet af ønsket om at tjene penge. Således har en række nyere studier – herunder vores egen undersøgelse fra 2008 – vist, at ikke-kommerciel dyrkning i det små ser ud til være et udbredt og stigende fænomen (Potter, Bouchard & Decorte 2011).

Som det fremgår af studier af cannabisdyrkning i Europa, er der store sammenfald både mellem den måde, der dyrkes på i Belgien, Holland, England, Danmark og Finland, men også hvad angår formålene med hjemmedyrkning, som typisk begrundes med henvisning til forsyning af eget og venners forbrug og i mindre omfang til medicinsk brug. Desuden forklares hjemmedyrkning med hensynet til selv at have kontrol over dyrkningsprocessen og dermed over det produkt, man indtager. Ligeledes fremhæves det faktum, at hjemmedyrkning til selvforsyning betyder, at man kan undgå kontakt med kriminelle miljøer og/eller at understøtte organiseret kriminalitet.

Betingelserne for at dyrke i det små er imidlertid ikke de samme i de forskellige lande. Fx er det tilladt at dyrke få planter til eget rekreative brug i Belgien, ligesom der i Holland kan opnås tilladelse til at dyrke til eget medicinske brug. Og mens det i Danmark er tilladt at købe og forhandle frø, anses det i Finland for en strafbar handling. Hvilke tværnationale ligheder og forskelle, der ellers gør sig gældende, og hvilken betydning det har for den dyrkning, der foregår i forskellige lande, er genstand for den nye, internationalt anlagte undersøgelse, som Danmark nu deltager i. ■

LITTERATUR

Kilmer, B.: Do cannabis possession laws influence cannabis use? I: Cannabis 2002 Report, Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium, s. 101-123. 2002.

Potter, G., Bouchard, m. & Decorte, t.: The Globalization of Cannabis Cultivation. I Decorte, T., G.R. Potter & M. Bouchard (red.) World Wide Weed. Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control. London: Ashgate, 1-22. 2011.

Room, R., Hall, W., Reuter, P., Fischer, B. & Lenton, S.: Global Cannabis Commission Report. Oxford: Beckley Foundation. 2008.

VIBEKE ASMUSSEN FRANK
ANTROPOLOG, PH.D., CENTERLEDER
HELLE VIBEKE DAHL
ETNOGRAF, ADJUNKT
ANNE-SOFIE CHRISTENSEN
ANTROPOLOG, PH.D., ADJUNKT
ANETTE MADSEN
STUD.CAND.SOC., PRAKTIKANT
ALLE FIRE CRF



WORLD WIDE WEED - GLOBALE OG LOKALE NETVÆRK

Med etableringen af The Global Cannabis Cultivation Research Consortium (GCCRC) og udarbejdelsen af et fælles spørgeskema til anonym online-besvarelse indtager internettet en fremtrædende rolle – både i forhold til information om og rekruttering af deltagere til undersøgelsen, men også til fastholdelse af kontakten mellem GCCRC's medlemmer.

På sitet www.worldwideweeds.nl kan man holde sig orienteret om projektet. Her findes beskrivelser af de 10 landes forskere og forskningsinstitutioner, der deltager i

netværket. Siden indeholder desuden referencer til litteratur på cannabisdyrkning i eget land. Endelig kan man klikke sig ind på de forskellige nationale undersøgelser. Og for interesserede, der ikke bor i ét af de 10 deltagende lande, er der et internationalt spørgeskema på engelsk.

Center for Rusmiddelforskning deltager i dette internationale netværk har et dobbelt formål. På den ene side er det hensigten at følge op på udviklingen inden for hjemmedyrkning i Danmark og at kunne sammenligne med vores tidligere

data fra 2008. På den anden side er formålet at kunne sammenligne danske forhold og data med andre landes. Hjemmedyrkning af cannabis er ikke et lokalt fænomen, der har bredt sig gennem de sidste årtier i et bestemt land eller et bestemt område. Det er et globalt fænomen, som fortjener et internationalt, sammenlignende projekt som GCCRC. ■

Den danske undersøgelse løber fra 1. oktober 2012 til 31. marts 2013. Link til undersøgelsen findes på www.crf.au.dk og www.worldwideweeds.nl.

HVIS DU VIL VIDE MERE:

Cannabis –

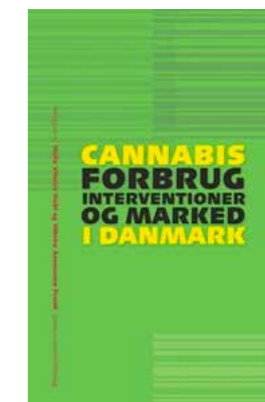
Forbrug, interventioner og marked i Danmark

Redigeret af Helle Vibeke Dahl & Vibeke Asmusen Frank
223 sider, 249,95 kr.
Aarhus Universitetsforlag. 2012.
www.unipress.dk

Høj, skæv eller stenet. Op imod halvdelen af alle danskere har oplevet en cannabisrus, og siden 1960'erne har cannabis været det mest udbredte illegale rusmiddel i Danmark. Det skyldes ikke mindst, at cannabis har haft ry for at være relativt mildt og harmløst. I de seneste 5-10 år er der dog kommet et øget fokus på, at rusen kan være ved i form af psykiske,

fysiske og sociale skader.

Cannabis-antologien belyser, hvordan vi som samfund forholder os til cannabis, og undersøger betydningen af den skærpede, og overvejende negative, opmærksomhed på cannabis. Danmark har indført en nultolerancepolitik for besiddelse og brug af rudmidlet, strafferammen er blevet udvidet, cannabis sidestilles nu med 'hårde' stoffer som heroin, kokain og amfetamin, og mange er begyndt at søge behandling for deres misbrug. Alligevel rykker rusen i flere end nogensinde før, især i de unge. Bogen er baseret på empirisk forskning og undersøger både antropologisk, kriminologisk, psykologisk og sociologisk, hvordan samfundets nye indstilling til cannabis kommer til udtryk. ■



FØLGENDE HAR BIDRAGET TIL ANTOLOGIEN:
ESBEN HOUBORG, KATRINE SCHJØDT VAMMEN, KIM MØLLER, MORTEN HESSE, SÉBASTIAN TUTENGES, BETINA BANG SØRENSEN, VIBEKE ASMUSSEN FRANK, MADS UFFE PEDERSEN, MARIA DICH HEROLD, SVEINUNG SANDBERG, ANNE-SOFIE CHRISTENSEN, SUSANNE VILLUMSEN, HELLE VIBEKE DAHL, METTE KRONBÆK OG TORSTEN KOLIND.

Dyrker du cannabis?

Vil du deltage i en spørgeskemaundersøgelse?
Find yderligere information og link på: crf.au.dk/cannabisdyrkning

Center for Rusmiddelforskning

AARHUS UNIVERSITET

HASH ER DET FARLIGSTE ILLEGALE RUSMIDDEL, VI HAR!

Med mange års erfaring som ungebehandler er forfatteren overbevist om, at legalisering af hash ikke er vejen, vi skal gå.

AF FLEMMING W. LICHT

Som rusmiddelkonsulent gennem mange år bliver jeg nødsaget til endnu en gang at sætte spørgsmålstegn ved det fornuftige i at legalisere hash. Set i mit perspektiv er hash nemlig det mest skadelige illegale rusmiddel, vi har.

I artiklen belyser jeg det ved at forholde mig til:

- Den debatform, vi har omkring fri hash, som er med til at skabe usikkerhed hos de unge om de skadelige virkninger ved at ryge regelmæssigt.
- Den succes, vi faktisk har haft med at blive mere restriktive på alkohol- og tobaksområdet.
- Løsningen, som ikke er en legalisering, men reel dialog på et sagligt grundlag med de unge, uden 60'er romantik omkring stofferne.
- Viden om, at der ikke er et flertal af danskere, der vil legalisere hash, men at Gallup har lagt navn til en tendentiøs rundspørge, hvor der efter min opfattelse spørges på en ledende måde.

Hvad er farligt?

Hvad vil det i det hele taget sige, at et stof er farligt? Hvis det er, fordi man kan dø af at tage stoffet, så er hash nok ikke det farligste stof, men hvis det handler om, at ca. 95.000 unge har et problematisk forbrug af hash, og at ca. 45.000 unge har et direkte interventionskrævende misbrug af hash, så er hash det farligste illegale rusmiddel.¹

Hvis det handler om, at unge, der ryger hash, efter endt behandling har den største tilbagefaldsprocent, når man sammenligner med de andre illegale stoffer, så er hash det farligste stof.

Tager vi udgangspunkt i, hvor mange år de unge ryger, inden de går i behandling, så er unge på hash ca. 6 - 7 år om at erkende, at de har et problem, mens unge på andre stoffer hurtigere oplever konsekvenserne af misbruget og derfor hurtigere vælger at gå i behandling.

Hash er det rusmiddel, der bruges af flest unge til at 'selvmedicinere' sig selv med, når livet ikke bare er let, hvorved hashen er med til at skjule de vanske-

ligheder, som unge i dagens Danmark har, lige fra psykiske problemer til problemer med at magte livet i overhalingsbanen. Så ja, jeg kan godt argumentere for, at hash er det farligste illegale rusmiddel, vi har i Danmark.

Fri hash-debat giver flere brugere!

Jeg kan blive reelt bekymret over, hvad der vil ske, hvis vi får en legalisering (fri hash). Alene debatten om den fri hash er med til at skubbe til nogle unge, der som alle andre mennesker lægger mest mærke til og mest vægt på de sundhedsbudskaber, som de synes passer bedst til dem selv. Mange unge henter i den løbende debat argumenter for, at hash ikke er så farligt.

Det kan virke, som om debattørerne har mere brug for at løse bande problemer eller problemer på Christiania frem for de problemer, de unge, der bliver afhængige af hashen, har. Hvis hashen bliver legaliseret, så nøjes vi ikke med de henholdsvis ca. 45.000 unge (unge, der har et direkte interventionskrævende misbrug af hash) og ca. 95.000 unge (unge, der har et problematisk forbrug af hash). Hvor meget tallene kommer til at stige, er der ikke nogen, der ved, men at de kommer til at stige er sikkert, fordi det jo er almindelig købmandskab, at jo mere tilgængeligt et produkt er, jo mere sælges der af det.

Det er rigtigt, at det er et problem, at unge ryger hash, men svaret er ikke at satse på fri hash. Det vil ikke få færre unge til at ryge, men tværtimod tiltrække flere. Forskningen viser, at hvis vi gør et rusmiddel mere tilgængeligt, vil flere bruge det, og hvis flere bruger et rusmiddel, vil der blive flere, som får problemer med rusmidlet (påvist i flere WHO-rapporter). Så det er helt klart ikke svaret. Det er naiv romantik at tro, at en legalisering og bredere accept af hash og andre rusmidler ikke vil betyde flere unge, som får problemer. I øvrigt viser tallene fra 'Narkotikasituationen 2011' (udgivet af Sundhedsstyrelsen), at der er stagnation og fald i antallet af brugere af hash i aldersgruppen 15 - 16 år og 16 - 24 år. Så på den baggrund ville det jo slet ikke give mening at legalisere hashen.

2001

STOF nr. 14.#

'Hvis hash på den ene eller den anden måde blev placeret som et ikke-forbudt stof, ville vi så alle begynde at ryge og derfra gå videre til også at bruge de rigtigt alvorligt afhængighedsskabende rusmidler? Nej, vi ville ikke, tør jeg godt svare. Sådan er det ikke gået i f.eks. Holland, hvor man har gjort salg under særlige kontrollerede forhold lovligt. Og sådan er det jo trods alt heller ikke gået med et nogenlunde sammenligneligt rusmiddel, alkohol. Med et stof som hash er jeg bekymret for, at forbuddet ikke rækker langt som forbrugsreducerende foranstaltning og i øvrigt mest er til gavn for dem, der profiterer af den massive illegale økonomi. Så jeg så gerne, at vi seriøst diskuterede muligheden for at finde andre veje end et fortsat ubetinget forbud mod hash.'

Leder: Rusmidlerne og samfundet.
Af Preben Brandt.
Formand for regeringens Narkotikaråd.





Succes med restriktive midler!

Vi lever, lige nu, i en tid, hvor vi som samfund rent faktisk har succes med at sætte skrappe grænser for de unges alkoholindtag, samtidig med, at oplysningskampagner mv. målrettet forældre og unge betyder, at de unges alkoholkurve er knækket. Jeg synes, at det kunne være en vej at gå også i forhold til hash.

I dag skal man være 16 år for at købe øl og lignende former for alkohol og 18 år for at købe stærk alkohol. Det har rent faktisk betydet, at vi har fået forældre til at tænke: Hvis det ikke er lovligt at købe, så er det måske heller ikke ok at drikke? Det har igen ført til, at vi kan opleve, at de unges alkohol-debutalder er svagt stigende. Lovgivningstendensen peger mod, at der på sigt snarere vil komme en lov, der fastsætter aldersgrænsen for at købe alle former for alkohol til 18 år, frem for at vi får legaliseret alkohol (fri alkohol). Fri alkohol har vi prøvet i mange år, og det har jo ikke ført noget godt med sig overhovedet. Den fri alkohol har tværtimod ført til, at vi i mange år har ligget i toppen i Europa med hensyn til unges druk (men nu ser vi tendenser til, at kurven er ved at knække). Og på tv i primetime kan vi opleve unge, der drikker sig fra sans og samling i for eksempel 'Kongerne af Marienlyst' og andre programmer.

I en tid, hvor vi som samfund laver skrappe og skrappe rygeregler - igen med succes - virker det helt absurd, at vi skulle lempe på lovgivningen for hash. Det er nu forbudt at ryge på og ved skoler og institutioner, og man skal være 18 år for at købe cigaretter.

Løsningen er debat og oplysning!

En del af løsningen på at nedbringe antallet af unge, der ryger hash, vil være at tage debatten med de unge. At tydeliggøre for dem, at det har konsekvenser, hvis de ryger hash, at tydeliggøre hvilke konsekvenser der er tale om, samt at tydeliggøre hvor svært det er at stoppe, hvis man har haft et regelmæssigt, grænsende til dagligt, forbrug af hash. At det ikke er et uskadeligt rusmiddel. At det at ryge hash har som alt andet rusmiddelbrug en pris, hvis man overforbruger. At hash som alle andre rusmidler virker, fordi stoffet påvirker hjernen og de processer, der er der, og at hjernen er et skrøbeligt økosystem, der, hvis man påvirker det i én retning for længe, risikerer at tage varig skade.

Og så skal vi i øvrigt sikre, at der overalt i landet er kvalificerede behandlingstilbud, som kan hjælpe de unge med det, som evt. hæmmer dem i at leve det liv, de egentlig gerne ville leve.

Unge i behandlingssystemet!

Spørger vi de unge, som vi har i behandlingssystemet, synes de ikke, at der skal være fri hash, fordi de selv har været ude i et misbrug og har kæmpet og kæmper stadig. Det vil de oftest komme til resten af livet - hele tiden at skulle forholde sig til hashen, som en del af deres liv, selv om de er holdt op med at bruge hash. De ved, at hvis de ryger én gang, så er de begyndt igen.

Mange af de unge, der ryger regelmæssigt, oplever, at en af de ting, hashen gør godt, er, at den gør dig ligeglad. Hvis du har problemer, kan de ryges væk fra din bevidsthed. Selv lang tid efter at de er holdt op med at ryge, vil de, hvis de kommer ud i en livskrise, tænke: 'Hvis jeg ryger en joint nu, så får jeg ro på og problemet forsvinder.' Så hashen kalder i rigtig mange år på de tidspunkter, hvor man er mest sårbar.

Hash er ikke et ufarligt stof

Accepten af hash som et ufarligt stof, som man kan bruge efter forgodtbefindende, må holde op. Vi må sende et klart signal: 'Hash er lige så farligt som andre stoffer.' Du bliver heller ikke afhængig af coke, amfetamin, ketamin eller andre stoffer, hvis du kun tager dem én gang om måneden, men derfor taler vi jo ikke om at legalisere disse stoffer (endnu). Men hvis banderne ikke kan tjene så mange penge på hash som før, skal de jo tjene på noget andet, og så kan det næste måske blive, at vi skal legalisere amfetamin for at fjerne indtægtsgrundlaget for banderne?

Fremgangen i pushernes profit er godt hjulpet af en øget efterspørgsel, stærkt understøttet af det faktum, at der i mange år har været sendt signaler om, at hash ikke er vanedannende, at det ikke er så skadeligt, at du ikke bliver fysisk afhængig. Denne holdning har været med til at fremme et lukrativt marked, hvor både pusherne og brugere kunne læne sig op af budskaber, der sagde, at det ikke var så slemt at ryge lidt.

Der er for eksempel fundet en sammenhæng mellem tidlig rygning af hash og dårligere uddannelse. Unge, som begyndte at bruge hash, før de fyldte 15 år, var i størst risiko for at klare sig dårligt uddannelsesmæssigt. Unge hashbrugere droppede oftere ud af skolen, de kom sjældnere ind på universitetet, og de gennemførte sjældnere et studium end andre. Det samme gjaldt i lidt mindre grad dem, der var begyndt at bruge hash i alderen mellem 15 og 17. De unge, som blev 18 uden at have forsøgt sig med hash, klarede sig klart bedst.²

En af vejene frem er en ærlig og reel dialog mel-

lem de voksne og de unge - og i nogle tilfælde børnene - som ryger eller er på vej til at ryge. Dialogen er ofte blevet stoppet af, at de voksne, der er omkring de unge, enten har trukket på skuldrene og sagt, at det ikke er så alvorligt, eller de er gået i den anden grøft og er blevet meget moralske, så de unge har lukket ørerne.

I det første tilfælde har de svigtet de unge, fordi de unge ikke har fået den reelle information om hash og de bivirkninger, der opstår på langt sigt.

I det andet tilfælde er de voksne blevet meget moralske og har ikke villet lytte til de unge og deres baggrund for at bruge hash, men kun sagt, at de skulle lade være, og at de kunne blive narkomaner, hvis de fortsatte. Og så har de unge bare lukket ørerne, fordi de er blevet fyldt med budskaber, som de ikke har kunnet relatere til deres virkelighed.

I begge tilfælde er de unge blevet overladt til pusheren og rygervennernes viden og holdninger, og her er budskabet: Får du problemer (angst, ubehag mv.), så skal du bare ryge noget, der er stærkere. Det gode ved det svar er, at det løser problemet på kort sigt, set med den unges øjne.

Magien!

Det er med hash som med dummebøder: Begge lever bedst i det skjulte. Når vi begynder at tale om hashen, vil noget af magien og det utroværdige image, som hashen har fået som et rent uskadeligt stof, forsvinde.

Noget af magien omkring hashen skyldes, at mange af de voksne, der plæderer for fri hash, er mennesker, som i deres ungdom legede/flirtede med hashen i en kortere periode af deres liv. Set fra deres perspektiv var hashen helt uskadelig. De tog jo ikke skade, de har måske oven i købet taget en uddannelse, mens de røg af og til, og de ryger måske stadig rent lejlighedsvis, når de skal mindes ungdommens flirt med hashen. Det er også her, medierne altid finder den studerende fra universitetet, som ryger, og som stadig er indskrevet, og som påstår, at det ikke påvirker hans/hendes arbejde/studie. Det er muligt, at vedkommende ikke er smidt ud af studiet og måske kan gennemføre uddannelsen med et rimeligt resultat. Min påstand er, at hvis han/hun ikke havde røget, ville pågældende have fået en bedre uddannelse med et højere gennemsnit.

Flertal af danskere vil legalisere hash

Statslige pushere er en god idé, mener 51% af dan-

skerne. Regeringen er ude af trit med befolkningen, lyder kritikken. Det konkluderer Metroekspres på baggrund af et enkelt spørgsmål, hvor 1.015 mennesker har taget stilling til at indføre statskontrolleret salg af cannabis i Danmark.

Baggrunden for, at 51% svarer sådan, er, at inden de skal tage stilling til, om hash skal legaliseres, får de oplyst to ting. For det første, at Københavns Politi vurderer, at den organiserede kriminalitet har en milliard-omsætning (hvilket sikkert er rigtigt). For det andet postuleres det, at en ordning, hvor staten sælger hashen, kan fjerne indtægterne fra den organiserede kriminalitet. Det bliver jo næsten til, at Københavns Politi anbefaler statskontrolleret salg af hash, fordi det vil fjerne indtægtsgrundlaget for banderne og dermed stoppe banderne, men det er jo kun en påstand. Det bliver blåstemplet af, at Københavns Politi lige er nævnt i sætningen inden. Nu skal 1.015 personer tage stilling til, om de er enige i at indføre statskontrolleret salg af hash i Danmark. Det kan da kun give et positivt svar, og det kan ligefrem undre, at ikke alle 1.015 svarede positivt.

Hvis behov tilfredsstilles?

Skal samfundet for at tilfredsstille nogle få privilegeredes behov sætte de ca. 45.000 unge, som har et direkte interventionskrævende misbrug af hash, og de ca. 95.000, der har et problematisk forbrug af hash, i anden række? Og vil vi risikere, at der kommer flere unge, som mister styret på hashen?

Man kan ikke på en troværdig måde legalisere hashen og så på den anden side opruste oplysningen om de skadelige virkninger. Det virker næsten lige så godt, som når politikerne nedsætter afgifterne på alkohol samtidig med, at Sundhedsstyrelsen afholder deres årlige kampagne mod vores overforbrug af alkohol (det er faktisk sket mindst én gang). ■

NOTER

- 1 Tallene fremkommer på baggrund af, at Center for Rusmiddelforskning anslår i deres rapport 'Unge der misbruger rusmidler' fra 2012, at der samlet set er 119.891 unge (15 - 24 år), der har et problematisk forbrug af rusmidler og 56.756 unge (15 - 24 år), der har et direkte interventionskrævende misbrug af rusmidler. Op mod 80% af de unge i denne aldersgruppe har hash som deres hovedstof, hvilket henholdsvis giver 95.000 og 45.000 unge, når vi kigger på de unge mellem 15 - 24 år, der er i behandlingssystemet.
- 2 www.dr.dk/sundhed/ditliv/Teenagere/Artikler/2010/0531143946.htm



FLEMMING W. LICHT
MASTER I SUNDHEDSPÆDAGOGIK
PROJEKTLEDER, HELSINGØR KOMMUNES UNGETEAM

TAL OM STOFFERNE - DE UNGE TAGER DEM JO ALLIGEVEL

Unge skal gøres kompetente til at omgås de rusmidler, de alligevel bruger, på en så sikker måde som muligt. Et af midlerne er at legalisere hashrygning. STOF har interviewet Ib Hansen, den fynske veteran i ungebehandling.

AF MARIANNE BÆKBØL

I hvor høj grad Ib Hansens holdninger bliver betragtet som kontroversielle og markante har igennem årene været proportionalt afvekslende med de skiftende politiske og meningsdannende strømninger på misbrugsområdet. Men det er stensikkert, at ligesom de vækker begejstring mange steder, rejser der sig andetsteds stadigvæk modstand og harme, når han trækker holdningskaninerne op af hatten. Alligevel er han en efterspurgt oplægsholder og konsulent, selvom - eller måske fordi - hans tilgang til unge ikke har ændret sig undervejs i karrieren.

Se det i øjnene – unge tager stoffer

Da Ib Hansens bog 'Unge og rusmidler – brug eller misbrug' udkom i 2001, delte den vandene. Bogen udbredte et synspunkt, han selv havde haft i mange år. Nemlig, at det er vigtigt at erkende, at unge tager stoffer ligegyldigt og uafhængigt af, om vi som forældre eller samfund vil det eller ej.

Stofbrug er en del af mange unges selvstændiggørelsesproces. En af bogens pointer er derfor at have fokus på skadesreduktion. For at mindske risikoen for overdosering, indlæggelser, udpumpning og stofudløste psykoser er det vigtigt, at de unge udvikler 'rusmiddelkompetence'.

De unge var begejstrede, mens voksne anmeldere var noget mere ambivalente, tenderende til det afvisende, i deres modtagelse af bogen. Blandt fagfolk på misbrugsområdet var der stor forståelse, men både i andre faggrupper og blandt forældrene var der stor modstand over for rusmiddelkompetence-begrebet.

'Det kontroversielle var, at for at blive kompetent til

noget, skal man prøve det, og mange mente, at det var at give grønt lys for unges stofbrug at komme med sådanne udmeldinger. En ung anmelder skrev, at denne bog vist ville blive noget bedre modtaget af de unge end af lærerne', siger Ib Hansen med glimt i øjet.

I kølvandet på bogudgivelsen blev forfatteren derfor ofte afkrævet forklaring og argumentation for sine hovedtanker bag filosofien. Nemlig, at vi i Danmark forebygger og kontrollerer alt det, vi kan. Vi har tillige omfattende rådgivnings- og behandlingssystemer, og alligevel er udbredelsen af rusmidler i ungegruppen stort set uændret over tid.

'Når de nu både ryger hash og drikker alkohol, hvad enten vi vil have det eller ej, må vi stirre det vilkår stift i øjnene og spørge os selv, hvad vi så kan gøre? Når vi også ved, at der er mange risici forbundet med brug af rusmidler, og vi gerne vil passe på vores unge, så må vi nærme os rusmidlerne på en anden måde for at komme til at tale med de unge om dem. Ikke tale til dem om rusmidlerne, men med dem. Fra det perspektiv må man tale om rusmidlerne med de unge og se igennem fingre med, at der er en vis form for brug.'

Legalisering er vejen

Ib Hansens holdning til legalisering af rusmidler hælder samme vej som hans pragmatiske indstilling til unges rusmiddelbrug, og den indstilling har derfor også bibragt ham mangen en god diskussion igennem årene. Han har været - og er stadig - en ivrig fortæller for legalisering af især hash, og igen er begrundelsen bundet op på erkendelser og erfaring.

Gang på gang har han oplevet, at forældre har stået nølende over for at dele egne nyttige hasherfaringer med deres børn. Andre har ikke følt, at de har kunnet hjælpe deres unge med hashproblemer, alene fordi

Stof

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR. 14 MAJ 2001

2001

STOF nr. 14.#

'Jeg holdt mig for mig selv, for jeg ville ikke dele min hash med nogen. Helt egoistisk. Jeg kunne ikke holde ud at være, hvor der var mange mennesker. Hvis jeg gik i Føtex, kunne jeg pludselig få det sådan, at jeg måtte sætte varerne fra mig og bare gå - ud - væk. Jeg fik nok også en mindre depression. Om morgenen vågnede min krop, fordi den manglede hash. Jeg havde kolde hænder og fødder og svedte koldsved. Jeg var irriteret og blev hurtigt aggressiv, og det gjorde mig så gal, at jeg slog - aldrig på mennesker - men på ting. Jeg kunne ikke holde ud at have det sådan... Jeg har spærret mig selv inde i mange år på grund af hashen. Jeg har ikke turdet gå i byen eller til fester, og jeg har kun haft tre kærester. Jeg har siddet i min egen lille verden. Jeg ryger aldrig hash mere - jo, når jeg bliver gammel, for jeg kan godt lide det. Jeg bliver koncentreret om det, jeg laver og glemmer tid og sted.'

Hjemedødt at give hashen fri.
Af Karen Stoustrup.

TEMA: HASH

'2007 var et forfærdeligt år ...'



'De unge forstår godt mine budskaber om rusmiddelkompetence. Det er de voksne, lærere og forældre, der er bange for, at hvis vi taler om det, slipper vi det hele løs.'

det er et forbudt rusmiddel.

'For rigtig mange ville det være meget nemmere at tale med deres børn og unge om hash, hvis det var et legalt rusmiddel. En anden ting er, at når vi ser os om i verden til de lande, der har en mere liberal holdning end os, er der jo ikke flere, der ryger eller bliver misbrugere, efter at landene har liberaliseret, nærmest tværtimod. Det er også et faktum, at stofmisbrug ikke handler om stoffer, men om at bruge stofferne til at håndtere en virkelighed, der er svær på den ene eller anden måde, og det vilkår omgår man jo ikke ved kriminalisering.'

Ikke nok med, at en legalisering vil aftabuisere en række rusmiddelproblemer for både forældre og unge, Ib Hansen mener også, at der er andre indlysende grunde til at legalisere: Hvorfor skal skattefar ikke have glæde af indtægterne i stedet for kriminelle kredse, spørger han undrende sig selv?

'Der bliver tjent styrkende med penge på Christiania - af forbrydere. Når nu riget i disse krisetider fattes penge, hvorfor tager staten så ikke salget, beskatter det og lader os betale til statskassen i stedet for til de kriminelle? Det er da ikke til at forstå.'

Amtslige muligheder

Ib Hansen bygger blandt andet sine holdninger på erfaringer og oplevelser fra sin position som leder af først Ungeafdelingen i Odense og senere, da ungeområdet fik sit eget center, som centerleder for Ungeafdelingens samlede tilbud på Fyn. Herfra har han fulgt unge med misbrug og deres pårørende igennem de sidste 20 år.

Han husker især med glæde tilbage på tiden under amterne, fordi ungeafdelingerne dengang fik lov til at vokse i takt med, at behovet for rådgivning og behandling af unge steg markant.

'I starten havde vi interne diskussioner om, hvorvidt de unges brug nu også var misbrug/afhængighed. Men det var det, vi så. Det var tydeligt, at nogle var ude i noget, de ikke kunne styre selv, og at give dem en mulighed for at få hjælp var at anerkende dem. Gennem behandlingscentret var vi med til at sætte disse unge på dagsordenen.'

Det var tider med økonomisk mulighed for faglig opkvalificering og organisationsudvikling. Og dermed også mulighed for at skabe et kvalitetstilbud til unge, hvor de kunne lide at komme.

'Det har altid været mig magtpåliggende, at det, vi tilbød, var gennemsyret af respekt for den unge på alle niveauer. Fra den måde vi modtog dem på, til den måde vi indrettede behandlingssystemet, og den måde vi arbejdede med dem på. De metoder, vi brugte, skulle behandlerne være så velkvalificerede til at udføre som overhovedet muligt, ligesom vi skulle anlægge et helhedsperspektiv på den unge og ikke kun se isoleret på misbruget.'

Det skulle være sådan, at stofmisbruget var 'adgangsbilletten' til Ungeafdelingen, og selvom der så viste sig en lang række andre problemer, skulle den unge kunne forblive i afdelingen, selvom der også var brug for andre hjælpeindsatser. Denne tænkning var gældende for de fynske ungeafdelingens vedkommende frem til amternes nedlæggelse i 2007.

Fortiden tur/retur

Naturligt farvet af sin 'amtstid', vil nogen sige, når Ib Hansen fremfører sin klare opfattelse af, at der i årene 1996 og fremefter skete, om ikke en harmonisering af ungeområdet, så en generel større fokusering på det. Det medførte, at der blev skabt tilbud til unge, som i omfang og kvalitet var nogenlunde ensartede rundt

omkring i amterne. I stedet for en naturlig videreudvikling af disse tilbud er vi fra 2007 igen tilbage, hvor vi var, inden amterne dengang i 1996 tog over fra kommunerne.

'Amternes fokusering på de unge var god og er nu desværre efterhånden forsvundet igen mange steder. Det hele er via kommunernes overtagelse blevet diffuseret, og ungetilbuddene er mange steder spredt til atomer. Ungebehandling er igen, for at sige det pænt, blevet meget varieret fra kommune til kommune - så man finder den fra nærmest ikke eksisterende til ret omfattende.'

Skal vi gøre noget?

På spørgsmålet, om det er regional overtagelse af området, der skal til for at genoprette dette fokus på de unge, rejser der sig nogle dilemmaer, der ikke findes nogen nemme løsninger på. På den ene side bør misbrugsområdet egentlig være centralt styret, mener Ib Hansen - altså regionalt. På den anden side er der brugt så meget energi på omstruktureringer efter kommunalreformen, som vil være spildt med endnu en omlægning af området. Samtidig er der også stadig meget potentiale i at få levendegjort kommunernes oprindelige vision om 'én dør ind' til alle kommunens tilbud. Den smukke vision, som ikke er realiseret endnu, har absolut stadig en opblomstring til gode de fleste steder. De enkelte kommuner skal benytte sig af, at de sidder med tværfaglige ledelsesgrupper, der nu ofte består af både misbrug, psykiatri og forsorg. Ifølge Ib Hansen skal der arbejdes både med organisationsudvikling og holdningsdannelse.

'Det skal udnyttes, at vi sidder samlet, hvor vi har muligheden for at klare tingene af på ledelsesplan, så der ikke er modsætninger dér. Nedenunder skal ligge en intention om virkelig at ville gøre området til én enhed. En intention, som på forskellig måde efterhånden skal filtrere sig ud til medarbejdere og institutioner.'

Nej, der findes ingen nemme løsninger på, hvordan misbrugsområdet skal varetages. Heller ikke, selvom man både har indsigt i og distance til området. Men principper og holdninger har man da lov at have, og de skal komme de unge til gode. Unge skal, lige gyldigt hvilken organisering af området de er udsat for, have lov at forsøge sig med rusmidler på et oplyst grundlag og skal ikke kriminaliseres på grund af deres eksperimenter, mener Ib Hansen. ■

MARIANNE BÆKBØL
FREELANCEJOURNALIST
TIDLIGERE LEDER AF UNGEBEHANDLING



Ny bog med råd om sikker rus

Ib Hansen, der er leder af et behandlingscenter for unge med rusmid-

I (Narkotikarådets) Stof nr. 16, december 2001 bragte vi en omtale af Ib Hansens bog 'Unge og rusmidler. Brug eller misbrug?' Bogen fortæller om rusmidlernes historie og udbredelse, hvordan man undgår ulykker, hvad de unge kan gøre hvis de oplever en alkoholforgiftning, overdosis eller misbrug og hvilke muligheder der er for rådgivning og behandling.

Bogens budskab om, at rusmidler er en del af ungdomslivet, var (også?) kontroversielt i 2001 og medførte en del debat. Man får et godt indblik i den varierede litteratur, der er skrevet om emnet, på U-turns hjemmeside: www.uturn.dk/content/dk/hvad_er_u-turn/litteratur. U-turn er Københavns Kommunes tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer.

TANKER OM ET VIDENSRESISTENT OMRÅDE

Hvorfor hober viden op uden at spredes? En erfaren iagttager af rusmiddelområdet giver her nogle personlige bud på, hvorfor det er så svært at omsætte videnskabelige resultater til praksis i virkeligheden.

AF KAREN ELLEN SPANNOV

Rusmiddelområdet er uimodtageligt for viden. Uanset hvor meget man forsker, undersøger og forstår, er de fleste beslutninger vedrørende narkotikaproblematikken primært præget af uvidenhed. Disse barske ord (her citeret efter hukommelsen) stammer fra lektor, cand. jur. og daværende leder af Center for Rusmiddelforskning Jørgen Jepsen, og de provokerede mig ganske meget, første gang jeg hørte dem. Dengang var jeg ny på feltet og naivt tvivlende over for, at man i den grad kunne ignorere videnskabelige undersøgelser og sund fornuft. Men når jeg nu ser tilbage, ved jeg, hvor præcis Jepsens beskrivelse var. Desuden har jeg siden måttet erkende, at mange andre fagområder er lige så hårdt ramt af det, man lidt syrligt kunne kalde den vilde ignorance.

Den tornede vej fra viden til praksis

Af grunde, som er svære at gennemskue, er der en række problemfelter, hvor følelserne spærrer for fornuften på en måde, der indebærer, at viden hober op uden at spredes. Så for de forskellige aktører på rusmiddelscenen er det meget svært at få viden til at bevæge sig fra dokumenter og talerstol til at blive implementeret ude i virkeligheden. Resultatet har alt for ofte karakter af ét skridt frem og ét tilbage.

Oven i denne generelle tendens til at udelade eller bekæmpe velerhvervet viden må lægges, at omorganiseringen af det offentlige system i 2007 lagde en bombe under den kompetence og indsigt, som amterne majsommeligt havde samlet sammen. De faglige miljøer blev mange steder opløst og kunne ikke umid-

delbart genskabes i kommunalt regi. Især skadesminimering fik et hak i tuden, nogle steder til fordel for en ny opblomstring af stoffri behandlingstilbud.

Vi tudes generelt ørerne fulde om, at vi skal blive klogere og dygtigere, og for mange er det ensbetydende med, at flere skal have en lang videregående uddannelse. Det vil i mange tilfælde indebære, at de pågældende kommer til at producere ny viden og har mulighed for at give anbefalinger til forandringer i praksis. Men hvis interessen er så lille for faktisk at bruge disse anbefalinger, er det vel spildt krudt for alle parter?

For som rusmiddelområdet er et godt eksempel på, så mangler der ikke forskning hverken herhjemme eller i udlandet. Der ligger masser af bøger og rapporter med fornuftige forslag og anvisninger. Der er både longitudinelle og statistisk sunde undersøgelser, som burde være lige til at gå til. Men det kniber med at få de forskningsmæssige resultater accepteret og implementeret.

Til gengæld mangler der måske et overblik over behandlingshistorien, som kunne vise de ihærdige og nye ildsjæle, hvilke tiltag der allerede er afprøvet og har vist sig ikke at være særligt nyttige. Denne historie er rig på fantasifulde behandlinger, som ikke har haft skygge af videnskabeligt belæg og heller ikke har hjulpet andre end de behandlere, der for en tid kunne tjene penge på det.

Intet nyt fra stofmisbrugsfronten

Da jeg i 2011 efter mange års fravær fra rusmiddelproblematikken igen deltog i en konference om stof-



Ekstra Bladet d. 10. december 1970.



ANDRE STOF-ARTIKLER:

I arkivet med Narkotikarådets Stof-blade på www.stofbladet.dk ligger der artikler af Karen Ellen Spannow i nr. 5, 10 og 11.

KAREN ELLEN SPANNOW
ETNOGRAF, MAG.ART., PH.D.



misbrug, var fornemmelsen af deja-vu overvældende. Det var, som om jeg bare havde været ude at trække frisk luft en kort stund og kom tilbage til samme problematikker, samme måde at forholde sig til dem på og samme aktører, som jeg havde forladt for adskillige år siden.

Mediernes omtale frembyder også det gode gamle mønster, måske fordi det ofte er et stofområde, som de senest ansatte og yngste journalister får lov at muntre sig med. Det indebærer, at sensationslysten ofte står i omvendt forhold til en mere eksakt viden. Fordommene står i kø både hos journalister og hos dem, de vælger at interviewe. Og august, dvs. agurketiden, er stadig den måned, hvor skrækhistorier om diverse former for rusmiddelbrug blandt unge går bedst.

Hvis man skal trække et enkelt mere konkret eksempel frem fra den kæmpestak af kontroversielle emner, som klumper sig sammen i rusmiddelproblematikken, kunne det være den altid pågående diskussion om stoffernes legale status. Som årene går, bliver det stadig tydeligere, at kriminaliseringen af euforiserende stoffer er mere kontraproduktiv end nyttig. Det er ikke, trods en særdeles kostbar politimæssig indsats, lykkedes at påvirke hverken brug eller priser på nogen overbevisende måde, og de kriminelle, der hovedsageligt lever af at sælge stofferne, stortrives. Det er blevet vanskeligt – for ikke at sige umuligt – at have kendskab

til problematikken og samtidig fastholde, at forbud er den bedste måde at håndtere problemet på.

Mens stemningen i store dele af behandlingsmiljøet nok er blevet mere indstillet på legalisering i de sidste 10-20 år, så har vi lige nu en justitsminister, som er helt afvisende over for tanken. Problemet er, at man stadig kan fremstå som mest ansvarlig, når man fastholder et forbud. Også selv om der efterhånden er mange undersøgelser, der klart peger på legalisering eller afkriminalisering som den vej, der vil koste færrest liv både i verden og i Danmark. Folk uden godt kendskab til problematikken vil fortsat kunne slippe af sted med at pege på, hvor meget bedre det er at arbejde for stoffrihed.

Lige så svært jeg har ved at forstå, at viden så ofte bliver forkastet til fordel for mavefornemmelser og underlige og spekulative tiltag, lige så svært har det været for mig at begribe, hvad der får mange mennesker til at synes, at det at beskæftige sig med narkotikamisbrug må være frygteligt spændende! Feltet er fyldt med personlige tragedier, rædselsfulde barndomme og ødelæggende stigma. Alt sammen noget, som efter min mening ikke falder særlig godt ind under betegnelsen spændende. Heldigvis er der indimellem lyse stunder, hvor menneskelig varme, sammenhold og humor gør det til at bære. Dem kunne der måske komme flere af, hvis fornuften sejrede over følelserne. ■

PSYKIATER: Metadon er en blindgyde
Advarsel til Københavns kommune
Københavns kommunes psykiatriske afdeling har i løbet af de sidste mange år oplevet et stigende antal patienter, der er afhængige af metadon. Psykiaterne oplever, at patienterne ikke får den rette behandling, og at de oplever store problemer med at holde sig væk fra stofferne. De mener, at kommunen bør overveje at etablere en specialiseret metadonbehandling, som kan hjælpe patienterne med at komme af deres afhængighed og leve et mere normalt liv.

Hårde misbrugere lever normalt liv på metadon
Metadon hjælper nogle narkomaner til at fungere normalt i samfundet. Det samme mål kan nås ved den traditionelle behandling med afvænnelse, psykoterapi og social hjælp. De narkomaner med forskelligt syn på metadon fortæller til Berlingske Tidende 25. november 1978.
Normal på metadon
En 30-årig mand og hans jævnaldrende kone var blevet hjulpet med metadon. Han var blevet stolykket nedtaget en 20 gange. Han ville gerne.
Metadon: Man skal nok have givet afkøling i forbindelse med afvænnelse, og været i et langt tidsrum, og man er ved at dø. Men man bliver træt af metadon. Jeg tænker i sig selv: Hvorfor skal jeg være på metadon? Hvis man har haft 10-15 år, så kan man også ikke holde op, vel? Det er, som om der er nogle andre i det, som elsker og længes efter det stof.
Metadon: Det er som om man er på metadon. Hvis man er på metadon, så kan man i klasser på andre mennesker, der skal give en metadon, ligesom barndom har påvirket på gaden.
Her har jeg fået livet tilbage. Man har skaffet mig en lejlighed og et arbejde. Bare det at blive ryttet sammen som noget af et overklassefænomen. Det var unge fra velhavende hjem, der af kontakt blev narkomaner. I de senere år er der flere unge fra arbejderklassen, der er blevet afhængige af narkotika. Ungdomsarbejdsløshed - der rammer særligt hårdt blandt dem, der klarede sig dårligt i skolen - kan være en grund til, at nye grupper bliver narkomaner.

Metadonklinikker frygtes at ændre narkopolitikken
Københavns kommunes beslutning om at oprette tre midlertidige metadonklinikker har skabt frygt blandt borgere og behandlere. Det danske narkopolitik ændres over mod den billigere og sømmere løsning med skikket metadonbehandling, men borgerne frygter, at det vil ændre på den nuværende narkopolitik. De frygter, at det vil føre til en øget brug af stoffer og dermed til flere dødsfald. De frygter også, at det vil føre til en øget brug af metadon, som kan være skadeligt for helbredet. De frygter, at det vil føre til en øget brug af stoffer, som kan være skadeligt for helbredet. De frygter, at det vil føre til en øget brug af stoffer, som kan være skadeligt for helbredet.

85 døde sidste år af narkotika-misbrug
For 10 år siden var tallet kun seks
Fortsat er dødsfaldene efter brug af narkotika. 10 år tidligere var tallet kun seks. Det var dengang - i slutningen af 1980'erne - at narkotika-problemet kom til Danmark. Antallet af narkotikadødsfald har været jævnt stigende siden da, og tallet er nu 85. Det er en markant stigning, og det viser, at narkotika-misbruget er blevet et stort problem i Danmark. De dødsfaldene skyldes primært overdosis af heroin, og de fleste af de døde er unge mennesker. Det er et alvorligt problem, og det kræver en hurtig indsats. De dødsfaldene skyldes primært overdosis af heroin, og de fleste af de døde er unge mennesker. Det er et alvorligt problem, og det kræver en hurtig indsats.

50 ÅR MED ILLEGALE STOFFER - FRA SKRÆK OG RÆDSEL TIL FORNUFT OG VIDEN

lagttagelser fra et langt arbejdsliv. Tidligere socialoverlæge Preben Brandt beskriver udviklingen siden 1960'erne på stofmisbrugsområdet: fra kamp mod narkoen, kontrol og stoffrihed som mål til substitutionsbehandling, skadesreduktion og inklusion.

AF PREBEN BRANDT

I løbet af de sidste år af 1960'erne og i begyndelsen af 70'erne eskalerede forbruget af illegale rusmidler. Man talte om ungdomsnarkomani og var bekymret for, hvad dette nye misbrug kunne føre til, ikke mindst i forbindelse med alle de andre ændringer en ung generation satte i gang de år. Ungdomsoprør, protester mod det bestående, en ny slags musik og nye livsformer – alt blev forbundet med de nye rusmidler.

Der havde altid været brugere af ikke tilladte rusmidler i et meget begrænset og afgrænset omfang i visse kredse, men nu blev de brugt som en del af opgøret med autoriteterne, og i skyggen af dette voksede en ny generation af misbrugere frem. En voksende del af socialt vanskeligt stillede unge blev tiltrukket af og fristet ind i forbrug af marihuana og forskellige morfinpræparater, og for dem var vejen fra forbrug til misbrug meget kort.

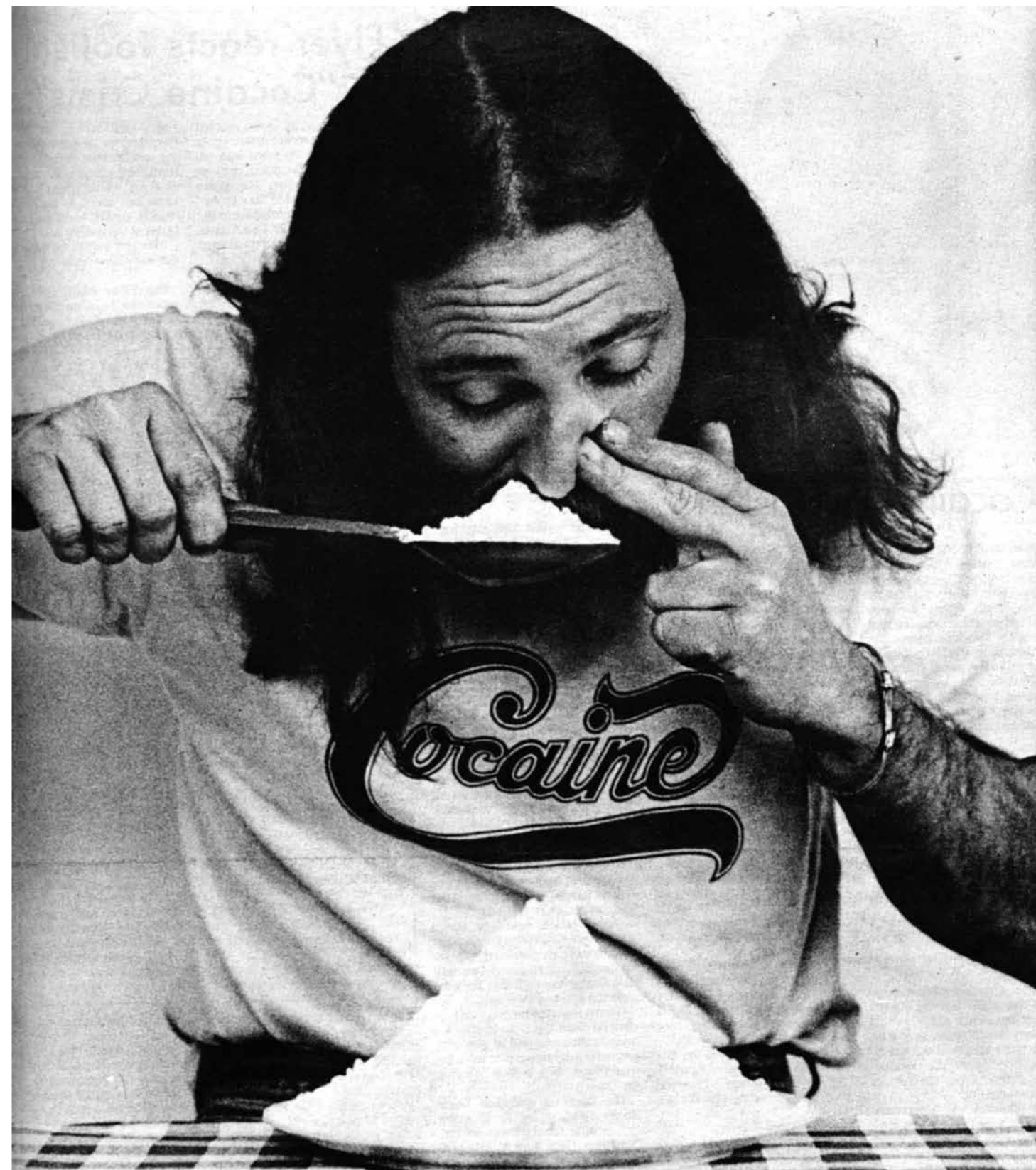
Små 50 år er gået, og mens mange har mistet meget, endda livet, er holdninger, viden og politik på området ændret. Langsomt, alt for langsomt, men til en bedre forståelse og en bedre indsats.

Ungdomsnarkomanien breder sig

Som en af de tidligste indsatser i Danmark oprettede

den selvejende organisation Dag- og Døgncentret i 1969 Ungdomsklinikken som et 3-årigt eksperiment til behandling af unge stofmisbrugere. Ingen havde nogen erfaring med, hvad man kunne gøre, så det blev til nogle år med afprøvning af forskellige behandlingsformer i en forsøgen sig frem. Men det var de unges livsform og forsøget på at få dem ud af misbruget, man fokuserede på. Der blev gennemført nedtrapningsture på landet og efterfølgende anbringelser i familiepleje, ligesom der blev oprettet dagskole, værkstedsskole, ungdomspension samt genbrugskollektiver og lignende.

I de første mange år holdt man fast i, at indsatsen i forhold til det nye misbrug skulle være individorienteret. Bortset fra de ydre faktorer, som man mente var årsagen til væksten i misbruget, holdt man overvejende stædigt fast i at opfatte stofmisbrug som en sygdom eller et personlighedsmæssigt problem hos den enkelte, uafhængigt af den sociale virkelighed, som den enkelte var bærer af, og som var indeholdt i den enkeltes miljø. Der blev blæst til kamp mod narkoen, og den kamp blev der holdt fast i. Det var uhyrligt at overvære, hvordan den krig mod stofmisbruget, som størstedelen af befolkningen herunder også professionelle og politikere ønskede, hurtigt blev overført til en krig mod stofmisbrugerne.



Man lagde sig fra begyndelsen til rette på at give en hurtigt overstået abstinensbehandling, helst med andre præparater end Metadon, men hvis det ikke kunne være anderledes, så i hvert fald Metadon i så lille en dosis og i så kort tid som muligt. Det måtte godt gøre ondt at komme ud af det onde. Ud over den kortvarige medicinske behandling var hovedtankegangen i indsatsen en afretning af misbrugeren.

Praktiserende læger og små private klinikker tog stofmisbrugere i behandling. Nogle gjorde det godt, andre mindre godt, men det var i et miljø af manglende viden, uvilje og uklarhed, hvor rygter og fordomme trivedes. Kontrollen med disse indsatser var begrænset til næsten ingenting. Først i 1975 fik læger pligt til at indberette, når de tog stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling.

Private behandlingsinstitutioner, geografisk placeret langt væk fra, hvor stofmisbrugerne ellers levede, begyndte at dukke op med mere eller mindre tilfældige programmer og mere eller mindre kvalificerede behandlere og altid med sigte på stoffrihed.

Det hjalp ikke

Trods disse behandlingstiltag og en ihærdig kontrolpolitik, der både forsøgte at forhindre stofferne i at komme ind i landet og at dæmme op for forbruget gennem straf for besiddelse og brug af stoffer, forsvandt problemet ikke.

De unge stofmisbrugere blev ældre, og mange af dem kom kun i perioder ud af misbruget. Nye dukkede op, og det var ikke kun helt unge, og det illegale forbrug af rusmidler kom til at påvirke misbrugernes liv i dramatisk retning. Den sociale deroute var, både på grund af stoffernes illegalitet og deres voldsomme effekt, som krævede hurtigt stigende forbrug, langt voldsommere, end det man så ved alkoholmisbrug. Død, sygdom, afbrudte uddannelser, fængselsophold og udstødelse fulgte stofmisbruget. Mange mistede helt fodfæstet og levede langvarigt uden egen bolig som hjemløse og uden egen indtægt, ud over hvad kriminalitet og prostitution kunne indbringe. Stofmisbrugerne blev hele samfundets syndebukke. Udstødelsen var massiv, og enhver sandhed om stofmisbrugerne fik ukritisk lov til at blive fordrejet til ukendelighed og vokse sig uskøn og onskabsfuld.

Der blev brug for steder, hvor stofmisbrugeren kunne komme, når det hele brød sammen. I 1982 oprettede Københavns Kommune et akutcenter for stofmisbrugere med fire overnatningspladser, men

det slog slet ikke til, og fra slutningen af 80'erne var flere tusinde yngre brugere af hjemløseinstitutionerne i København stofmisbrugere uden fast forbindelse til behandlingssystemet. Den samme sociale deroute så man i de andre storbyer og efterhånden i mindre provinsbyer rundt omkring i landet.

Var der andre veje at gå?

Det var ikke godt, som det var. Det daværende Alkohol- og Narkotikaråd foreslog i 1984 i publikationen: 'At møde mennesket, hvor det er', at der blev udviklet et behandlingssystem, hvor der blev taget udgangspunkt i de forskellige brugeres ønsker og behov, frem for at de skulle tilpasse sig et system, hvis eneste målsætning var stoffrihed. Men i første omgang ændrede sådan et synspunkt ikke ved, at den almindelige professionelle såvel som politiske holdning var, at behandling, hvis mål var stoffrihed, blev fastholdt som den eneste ønskede og korrekte behandlingsform.

Indsatsen blev, trods nye tanker, fastholdt på det samme ideologiske og metodemæssige grundlag med en betydelig stædighed. Den stofafhængige blev sendt gennem mange behandlingsforsøg, og uanset at de mislykkedes, det ene efter det andet, blev stoffrihed ikke opgivet som målet. 'Man skal helt ned, før man kan tage sig sammen til at vende', var en standardbetragtning, som først og fremmest havde den virkning, at det tog chancerne for et ordentligt liv og nogle gange selve livet af stofmisbrugeren. Som socialoverlæge på Sundholm så jeg dem på hjemløseinstitutionerne, når endnu et behandlingsforløb på en døgnbehandlinginstitution var blevet afbrudt, fordi der var fundet morfinpræparater ved en urinprøve, og de havde været tilbage i det gamle misbrug i en periode. Jeg så de hjemløse stofmisbrugere, der havde haft det nogenlunde rent fysisk, mens de var under nedtrapning, men som enten led under kravene om at have et stadigt pres om stoffrihed hængende over deres hoveder eller kvalerne fra den psykoterapi, de blev udsat for imens, eller begge dele. For det var alt for ofte terapier, der var udført mere eller mindre dilettantisk af personer, der havde gennemgået en mere eller mindre tilfældig terapiuddannelse, og som var tilrettelagt helt uden forståelse for den enkelte misbrugers sociale baggrund.

Der var da positive resultater af disse behandlingsformer og af ideologien om, at målet alene skulle være stoffrihed. Nogle stofmisbrugere havde den sociale kompetence, der skulle til. Og de blev ofte trukket

frem som forbilleder. Når en kan, kan andre også. Så naivt blev det ofte sagt.

Men det var sparsomt med ordentlig dokumentation for den vellykkede indsats, og der blev alt for ofte præsenteret resultater, uden at det var muligt at kontrollere empirien.

Alkohol- og Narkotikarådet blev nedlagt i 1989, og i 1995 blev Narkotikarådet nedsat. Det nye råd skulle både følge udviklingen i narkotikamisbruget og indsatsen for forebyggelse, behandling af og kontrol med misbruget, herunder rådgive om fastsættelse af mål, prioriteringer og strategier for den samlede indsats. Man ønskede, at rådet skulle sikre, at der blev foretaget kortlægning af misbrugets omfang, karakter og udvikling, og endelig, at rådet skulle rådgive om en kvalificering og udvikling af forebyggelses-, behandlings- og kontrolindsatsen, herunder af faglighed, ekspertise og metode, koordinationsbehov samt forskningsbehov.

Det var Socialministeriet, der havde ansvaret for oprettelsen af rådet, og det kunne optimistisk opfattes som, at det var den sociale del, der skulle anføre indsatsen og ikke den medicinske eller kontrolmæssige. Eller det var måske i virkeligheden bare, fordi stofmisbrugsområdet var et besværligt område, som andre valgte fra? Men heldigvis blev det sådan, for det var tydeligt, at man i Socialministeriet var progressive og optaget af at udvikle og bane nye veje, mens Sundhedsministeriet var konservativt og optaget af at bevare det bestående.

Et af de mange initiativer, Narkotikarådet tog, var at starte udgivelsen af bladet STOF, som jo, som det fremgår, overlevede nedlæggelsen af rådet i 2001.

Følelser strides med viden

Narkotikamisbrug var stadig, der i midten af 1990'erne, et emne, der kaldte på følelserne. Mange var ikke blege for at påstå, at narkomanerne var skyld i alt butikstyveri og indbrud i dette land. Men det var jo også dyrt at finansiere et misbrug, og det var stadig småt med at få gang i ordentlig substitutionshandling med Metadon. Det var den italesatte, officielle sandhed, at substitutionsbehandling holdt stofmisbrugere fanget i passivitet og fortsat afhængighed, og den deraf følgende insufficiante, tilfældige og restriktive behandlingspolitik medførte, at mange stofmisbrugere fik alvorlige skader, og at der var en høj dødelighed blandt stofmisbrugere.

At det stod skidt til med resultaterne af denne

indsats viste såvel dansk som udenlandsk forskning, men mange foretrak troen og myterne frem for viden som grundlag for deres holdninger.

I årenes løb var handlen med illegale stoffer blevet systematiseret i et kriminelt miljø, som tjente store penge på hash, heroin, speed og LSD – og de efterhånden mange forskellige andre psykostimulerende stoffer, der dukkede op i bølger.

Den åbenlyse tiltagende kriminalitet, der blev bundet til stofmisbruget, og de ringe resultater i den enøjede forbuds- og behandlingsstrategi, fik debatten om det betimelige i at fastholde idealet om en nul-tolerance behandlingspolitik til at blusse op. De vigtige spørgsmål drejede sig overordnet om, hvorvidt hash burde afkriminaliseres og om fastholdelse af, at det overordnede mål om, at behandling til stoffrihed skulle være enerådende eller suppleres med gode skadesreduktionstiltag.

Argumenterne var, at hash burde legaliseres, fordi omfanget af skader som følge af dets illegalitet er større og langt mere omfattende end skaderne opstået af indtagelse af hashen. Desuden kunne der ikke dokumenteres en klar sammenhæng mellem hashforbrug og et forbrug af hårde stoffer, for langt de fleste, der brugte hash, gik aldrig videre med hårdere rusmidler.

Skadesreduktion som ligeværdig behandlingsmetode

Kvaliteten af substitutionsbehandling øgedes ganske betydeligt fra sidst i 1990'erne, hvor lovgivningen krævede, at den længerevarende behandling kun måtte gennemføres i offentlige klinikker, hvor det var et krav, at den medicinske behandling blev forbundet med sociale indsatser. Det blev gennemført mere eller mindre godt, men var dog et princip, som skulle lede behandlingen i nye retninger.

Tiden var nu også inde til at sikre udvikling af en kvalificeret skadesreduktionsindsats med egne værdier og metoder.

Metadon som det eneste substitutionspræparat var tydeligvis ikke tilstrækkeligt. Nogle misbrugere havde brug for andet, som fx Buprenorfin eller lægeordineret heroin, som der på videnskabeligt grundlag blev eksperimenteret med andre steder i verden. Men kun det første blev inddraget som behandlingsstof på det tidspunkt. Uviljen mod at benytte heroin i behandling af opiatmisbrug var næsten enstemmig blandt politikere og fagfolk, dog med nogle få undtagelser.

Smitte med Hepatitis og HIV, som bredte sig



ANDRE STOF-ARTIKLER:

I arkivet med Narkotikarådets Stof-blade på www.stofbladet.dk ligger der ledere og artikler af Preben Brandt i nr. 1, 11 og 14. PB har desuden skrevet artiklen 'Socialt udsatte og udstødte set i et kønsperspektiv' i STOF nr. 15.

ved sprøjtedeling, gjorde, at man - ikke uden mange sværdslag - gik i gang med sprøjtebytteordninger. Men der blev ført en heftig kamp for at undgå, at der blev etableret fixerum, hvor det illegale rusmiddel kunne indtages under ordnede forhold, selvom der var en stor sandsynlighed for, at det ville være en indsats, som ville reducere såvel fixeskader som dødsfald på grund af overdoser.

Afvikling af en kamp

I de første år af 2000-tallet blødte den meget restriktive holdning op. I 2003 udgav regeringen sin plan: 'Kampen mod narko - handlingsplan mod narkotikamisbrug', og det var vel ikke tilfældigt, at publikationens titel indeholder ordet kamp, selvom indholdet i det lille skrift i lang højere grad svarer til undertitlens mere sagtmødige handlingsplan. Der blev stadig pustet til dramaet og manet til kamp, selvom det faktisk var sådan, at det var forfejlet at hævde, at årtiers indsats mod narkotikamisbrug var slået helt fejl. Der var allerede en bredere forståelse af, at kamp skulle erstattes med indsigt og forståelse. Det var gennem årene op til 2003-planen lykkedes at skabe det grundlag, der ville kunne sikre ordentlige behandlingsmuligheder og god omsorg. Men ikke fjerne stofferne, naturligvis, kunne man påstå, når der nu var så gode penge at tjene på handel med illegale stoffer, og det nu engang var blevet en del af rusmiddelkulturen.

Der var efterhånden mange, der talte om, at den målrettede behandling rettet mod stoffrihed måtte og skulle suppleres med skadesreducerende foranstaltninger, og det var glædeligt, at regeringens plan slog fast, at det, man nu officielt ville føre, var en skadesreduktionspolitik uden at opgive behandling, der rettede sig mod stoffrihed.

Men samtidigt blev det slået godt og grundigt fast, at vi havde det omfang af skadesreduktionsforanstaltninger, som regeringen fandt tilstrækkeligt også ud i fremtiden. Mere af den form for indsats ville ikke blive iværksat. Man fremførte det synspunkt, at netop dér, hvor vi var, altså i året 2003, måtte grænsen være, for at indsatserne ikke skulle kunne misforstås som - eller direkte være udtryk for - en begyndelse til afkriminalisering og legalisering af rusmidlerne. Så skråsikker bør man ikke udtale sig, hvis der ikke siden skal trækkes på smilebåndet, har de sidste år vist.

Det var nu tid for en nuanceret indsats, hvor fore-

byggelse, lægelig og social behandling samt retshåndhævelse var ligeværdige foranstaltninger. Den sociale indsats byggede nu på en tankegang, der bærer præg af helhedstænkning og bevidsthed om, at stofmisbrug ikke kan ses uafhængigt af andre samfundsforhold. Den egentlige narkopolitik kan ikke adskilles fra den familie-, bolig-, uddannelses- og arbejdsmarkedspolitik, der føres i forhold til såvel at forebygge misbrug som at forbedre stofmisbrugernes levevilkår. Og heller ikke fra de livsvilkår, der hænger sammen med store sociale forskelle. En opvækst i fattigdom og socialt vanskelige forhold gav større risiko for at fortsætte ind i en ungdom og voksertilværelse, hvor rusmidler - også de illegale - kom til at spille en rolle.

Det blev dengang, i 2003, slået fast, at fixerum, ordination af heroin, legalisering af hash og andre lignende skadesreducerende tiltag ikke ville blive en del af regeringens politik på området.

Vi er nået dertil, at det er alment forstået, at nogle stofmisbrugere kan blive stoffrie og holde sig stoffrie ved hjælp af behandling af god kvalitet. Andre magter det ikke, men formår til gengæld at leve et ordentligt og indholdsrigt liv ved hjælp af en god substituitionsbehandling. Nogle magter heller ikke dette, men pådrager sig til gengæld ikke så megen lidelse, elendighed, ydmygelse og sygdom, som der ellers var risiko for, ved hjælp af en række omsorgsforanstaltninger af skadesreducerende art.

Vi ved også godt, at disse tre 'båse' ikke er fastlåsende. Det er muligt for stofmisbrugeren at bevæge sig fra den ene til den anden og også tilbage igen over tid. Der vil hele tiden være mulighed for håb om et andet og bedre liv - men også risiko for, at det kan gå galt igen. Heri adskiller misbruget af de illegale stoffer sig ikke fra misbruget af den legale alkohol, som kemisk, psykologisk og socialt set blot er et rusmiddel på linje med de andre, om end de alle, hvad angår virkning, har deres særlige profil.

Inddragelse af brugerne

Både den enkelte stofmisbruger og stofmisbrugernes interessegruppe er mere og mere naturligt blevet inddraget i arbejdet. Individuelt har den enkelte fået langt større indflydelse på valg af behandling og er retmæssigt blevet placeret i rollen som en person, der er kompetent til at deltage i planlægningen af den indsats, som vedkommende har henvendt sig for at modtage.

Der er givet en lang række garantier fx i forhold til ventetid og valg af behandling, der sikrer den enkelte indflydelse.

Men brugerorganisationer, hvad enten det drejer sig om foreninger, aktive misbrugere, personer i substituitionsbehandling eller tidligere stofmisbrugere, der nu er stoffrie, har fået stemme og bliver inviteret med indenfor. Det kan være i forbindelse med den politiske diskussion, og det kan være som deltagere i ad hoc-arbejdsgrupper eller i rådgivende organer i forbindelse med udarbejdelsen af administrative regler og principielle diskussioner.

Man kan sige, at den udtalte og alment accepterede dæmonisering af stofmisbruget og af stofmisbrugeren er blevet minimeret gennem det sidste årti, og jeg vil tilføje: godt det samme.

Her er vi nu

Nu er vi nået dertil, at der gennemføres behandling med injicerbart heroin, mens behandling med rygeheroin lader vente på sig. Og fixerum - under navnet stofindtagelsesrum - er lige på trapperne.

Det er ikke længere almindeligt at reducere stofmisbruget til et sygdomsfænomen, der i det store og hele kan adskilles fra den almindelige menneskelige tilværelse. Det er blevet åbenlyst, at også stofmisbru-

geren er et menneske med helt almindelige glæder og sorger, følelser og tanker. Også stofmisbrugeren har en fortid, der giver en række erfaringer. For ganske mange er der tale om en stribe smertelige erfaringer, der gennem en langvarig proces fører til stofmisbruget som en forståelig konsekvens.

Dermed er det også klart, at det er tilsvarende ufornuftigt at tro, at nogen har glæde af at blive udsat for krav, som er umulige at leve op til, eller at blive udsat for en forfølgelse, der blot forøger følelsen af ydmygelse og fornedrelse. Eller at man kan løse problemet omkring stofmisbrug med kontrolforanstaltninger, uden at det dermed siges, at der ikke er behov for de foranstaltninger, politi og toldvæsen gennemfører.

Forebyggelsesindsatsen har undergået den samme udvikling. Der bygges ikke i samme omfang på den antagelse, at der er en smittekilde - stofferne - der skal rådgives imod, således at den enkelte selv kan tage sine forholdsregler mod at blive ramt af smitten. Eller at det at udsætte sig for smitten skal gøres til en ubehagelig oplevelse ved hjælp af politiets aktive indsats rettet mod den enkelte stofmisbruger, som dermed afskrækkes fra at blive ved med at opføre sig dumt. Forebyggelsesforanstaltningerne koncentrerer om den brede, ikke-målrettede forebyggelse, fx som det ses i indsatsen for at bryde den negative sociale arv. ■



PREBEN BRANDT
DR.MED., FORMAND FOR PROJEKT UDFENFOR

AF MICHAEL JOURDAN, FILOSOF

Viden om behandling - eller 9 måder at undgå at blive klogere



Hvis dette ikke hjælper, kan De komme igen - så skal De få noget andet.
- Kunne jeg så ikke lige så godt få det andet med det samme!

Guderne åbenbarede ikke alt for os fra begyndelsen; Ved at søge kan vi med tiden lære og forstå ting bedre. Intet menneske har haft, og vil ej nogensinde have, sikker viden. Selv hvis man ved et lykketraf ytrede den endelige sandhed, ville man ikke selv vide det; For alt er kun et vævet spind af gøtværk.

Xenofanes fra Kolofon
(580 - 478 før Kristus)

Rusmiddelfeltet er fortsat fyldt med store udfordringer af både teoretisk og praktisk art. Hvordan opstår afhængighed? Hvad er afhængighed? Hvordan forebygges, behandles og bekæmpes afhængighed bedst? Sådanne gåder uden løsning er der mange af, og vi prøver os frem med nye og gammelkendte metoder. Ikke altid med lige stor succes.

Vi er kommet til et punkt, hvor man for alvor er begyndt at efterlyse vidensbaserede løsninger. Et forfærdeligt nyt fremmedord er blevet lanceret i den forbindelse. Nu skal det vi gør være evidensbaseret, hvilket kommer af det engelske 'evidence', som i danske sammenhænge betyder noget i retning af,

at metoder og resultater skal godtgøres, bevises og dokumenteres.

De dage er omme, hvor tro, gode hensigter og et slag på tasken kunne gøre det.

Forskning, evaluering, erfaringsopsamling og vidensformidling er dermed som aldrig før kommet i fokus. Ingen kan være uenige i, at mere viden og kvalitetsudvikling er efterstræbelsesværdigt. Men hvorfra og hvordan skal vi skaffe os den viden? Den videbegærlige læsehest, som eksempelvis går ind hos Amazon.com (verdens største boghandel) for at bestille de kurante bøger om *addiction*, kan og skal vælge mellem hele 1.700 af slagsen. Hvis man

søger information over internettet med

søgemaskinen på Google.com får man på under 1 sekund mere end 1.000.000 hits. Fagtidsskrifter og forskningsrapporter er også en temmelig uoverskuelig affære med mange og modstridende udlægninger af, hvad der angiveligt er evidens. Gennemarbejdede, repræsentative standardværker, som medarbejdere og interessenter i rusmiddelfeltet kan lære af og forholde sig til, glimrer også ved deres fravær.

Man må notere sig, at der i Danmark endnu ikke eksisterer egentlige kompetencegivende fælles uddannelses- og træningsprogrammer på misbrugsfeltet, som trækker på de fremmeste internationale kapaciteter. Læger, psykologer, sygeplejersker, pædagoger, socialrådgivere, eksmisbrugere, jurister, kriminologer, sociologer, politologer, etnologer, økonomer, farmakologer, filosoffer, rets- og ordenshåndhævere, administratorer og mange flere, om hvem det alle gælder, at de ikke - eller kun i meget lille udstrækning - er blevet rustet til deres indsats på misbrugsfeltet via deres egentlige uddannelse, er henvist til prøve at gøre det så godt som muligt efter de forhåndværende søms princip. Vi gør hvad vi kan og lærer hen ad vejen. Det er det såkaldte 'learning by doing' princip. De institutionelle rammer indenfor hvilke fælles lærebøger, begrebsapparat, metoder og teorier kunne udarbejdes, findes ikke for tiden og opstår næppe spontant. Hvis bord er det, at gennemføre et krav om vidensbaseret?

Vidensparadokset

Den største barriere mod at lære er mangel på viden. Det klassiske vidensparadoks går som bekendt ud på, at jo mere man ved, jo mere ved man om, hvad man ikke ved. Omvendt gælder det, at ved man intet, tror man, at man ved alt. Har man ingen anelse om sin egen mangel på viden har man ingen grund til at forsøge at blive klogere. Mangel på viden er dermed selvfors-tærkende.

Jo mindre man ved om sagen, jo mere sikker er man på, at der eksisterer snuoplysninger.

Et slående eksempel herpå oplevede jeg for bare fem år siden, som indbudt oplægsholder til et møde på Christiansborg, hvor et forslag om at "narkomanerne bare skal ud på en øde ø" kom til seriøs debat i et af Danmarks største partier. Man begyndte tilmed at konkretisere, hvilken ø i riget, som ville være bedst egnet. Uden at gøre sig det klart bevægede man sig dermed ind i et arkaisk tankeunivers, hvor de som forbrøder sig mod forskrifterne forvises fra paradiset, smides på porten, væk fra gården, ud af byen, ud af landet, ud af fællesskabet eller "sendes hjem, hvor de kommer fra".

Dette tilbagefald til en gammeltestamentlige løsningsmodel udgør vel nok et absolut nulpunkt i vidensbaseret løsning. Saglighed og faglighed var her irrelevant. Redningen kom fra uventet hold i form af NIMBY problemet. Heldigt for partiets anseelse var forslaget så uigennemtænkt, at det rumme-

de sin egen gendrivelse. Ingen folketingsmedlemmer ønskede, at den øde ø skulle være beliggende i egen valgkreds. Øde ø, ja tak, *but Not In My BackYard*.

Så let er det ikke altid at undgå at dumme sig. Vi kan desværre ikke regne med, at vores vildskud almindeligvis er så venlige at være selvfølgelig. Tværtimod kan man roligt regne med at tvivlsomme løsninger med ingen, ringe eller negativ effekt kan være svære at få øje på, og at uholdbare teorier kan være svære at gennemskue.

Den sindelagsetiske faldgrube

Som politisk og moralsk menneske har man naturligvis ret til at have stærke holdninger til narkotika og misbrug. Hvis man har et professionelt virke på området, lader man ikke sine gode hensigter blive hjemme. Men at ville det godt og at have en god sag kan være farlig for sagligheden. Faren er, at der sættes lighedstegn mellem hensigt og effekt, således at den gode hensigt antages nærmest per automatik at resultere i en god effekt, mens en dårlig effekt omvendt forklares ved slette motiver.

Vejen til helvede er som bekendt brolagt med gode hensigter og noget behøver ikke at være godt og rigtigt, fordi det føles godt og rigtigt. Vidensmæssigt er det problematisk, hvis moralværdier dominerer en professionel praksis, således at man forfalder til at bedømme praksis mere på hensigter end på faktiske resultater eller mangel på samme.

Vidensselektivitet

Ud fra en naiv betragtning kunne man håbe, at begær efter viden altid var 100 pct. betingelsesløs og apolitisk. Sandheden skal frem. Men viden er som bekendt også magt, og dermed et våben, som man rustet sig med. Og "i en tid med voldsom strid om stoffer, synes kravet om mere forskning mindre at være et udtryk for begær efter viden, end en krigslist som skal underbygge en bestemt holdning" (Zinberg, 1972). Hvis det er tilfældet, at viden i stor udstrækning opsøges primært med henblik på at befæste egne holdninger, så vil upopulær viden kunne ende med at

samle støv. Rapporter, evalueringer og kommissionsbetænkninger med anbefalinger man ikke bryder sig om risikere, at blive bortvalgt og glemt. At dette sker mener en del forskere. Onde tunger blandt dem har benævnt fænomenet "narkofeltets vidensresistens".

Ad hominem

Vi kan ikke og bør ikke afgøre, hvad der er rigtigt ud fra hvem, der siger det, men ud fra hvad der siges. Ikke desto mindre ser man forholdsvis tit eksperter blive kørt i stilling, eller personers ekspertise anfægtet af strategiske grunde. I stedet for at konkurrere på argumenter diskuteres ad hominem. Hvis man glider fra, hvad der hævdes, til hvem der hævder, afspejles den kritiske proces.

En fremgangsmåde er eksempelvis at antage, at misbrugerne selv ikke er rationelle væsener med vilje og indsigter, som det er værd at lytte til. Eller at den, som fremsætter et synspunkt, selv har aktier i sagen, og derfor ikke står til troende. En anden version er at gøre bestemte personer til sandhedskilder. Man hævder eksempelvis at kun misbrugerne selv ved, hvor skoen trykker. Eller man udviser overdreven tiltro til forskere qua deres videnskabelige autoritet og ikke qua deres forsknings ledighed. Men selv såkaldte eksperter er ikke sandhedsorakler. En af Europas mest fremtrædende forskere siger nøgternt: "Man må se på, hvordan videnskab faktisk fungerer. Mens videnskab kan være et rationelt foretagende, så forbliver videnskabsfolk ligeså menneskelige, fejlbarlige og irrationelle som alle andre. Hvis forskerens behov og følelser er tilstrækkeligt stærke kan disse påvirke hans eller hendes arbejde, således at de konklusioner de ønsker også nås." (Gossop, 2000).

Post hoc ergo propter hoc

Et af de bedste eksempler fra videnskabshistorien på at de fremmeste kapaciteter kan tage grueligt fejl stammer fra medicinen. I flere årtusinder var universalkuren mod sygdom at årelade den syge, og datidens dygtigste medicinere mente det bevist, at blodtapningen hjalp de syge.

Nu om dage ved vi, at hvis der skete

en bedring af patienten tilstand, skete dette på trods af åreladningen og ikke i kraft af åreladningen. Blodtapningen gik forud for bedringen, men var ikke årsag til bedringen. Man kan ikke konkludere at åreladning - eller nogen anden form for terapi - virker, på grundlag af at et betydeligt antal patienter faktisk kommer sig efter behandlingen. Det er en klassisk fejlslutning ved navn "post hoc ergo propter hoc" (efter dette, altså som følge af dette), hvis man ud fra det forhold at to begivenheder følger efter hinanden i tid, slutter at det første også er årsag til det andet.

Virker forebyggelse? Virker kontrol? Virker behandling? Når man undersøger dette udgør post hoc ergo propter hoc en lige så stor faldgrube, som den har gjort for medicinen i årtusinder!

Hvis unge undlader at bruge stoffer efter at de har været udsat for oplysning og holdningsbearbejdelse er dette altså ikke et bevis for forebyggelsen har virket efter hensigten. Det kan man kun påvise, hvis man har haft en kontrolgruppe. Tilsvarende kan man ikke indenfor misbrugsbehandlingen opregne dem, som bliver stoffri eller på

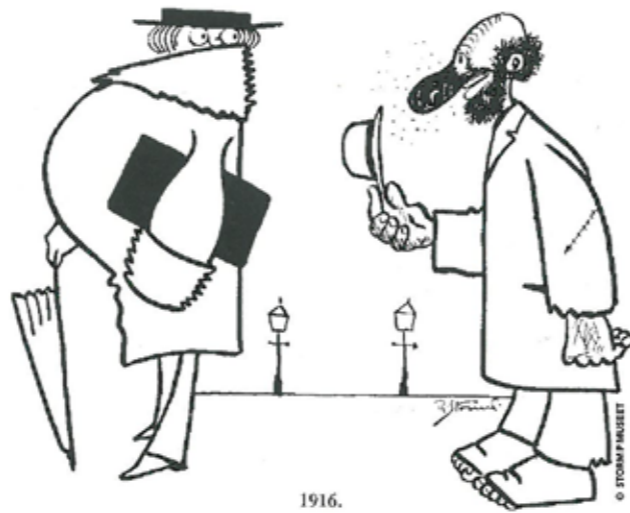
anden måde bedres i forhold til udgangspunktet, og bruge dette som bevis for, at behandlingen virker. Det var præcis den fremgangsmåde de åreladende læger brugte.

Endeligt kan man ikke konkludere at kontrolforanstaltninger gør en positiv forskel ved at opregne antallet af domte forhandlere og mængden af beslaglagte partier. Ideelt set skulle man have et kontrolkontrolleksperiment, hvor man netop undlod kontrol. I manglen af dette kunne man på forhånd opstille effektforventninger i forhold til udviklingen på det illegale marked målt ved udbredelse, stofstyrke, tilgængelighed eller prisudvikling.

Den omvendte fodboldtræner

I fodbold er det sådan, at det er holdet der vinder, og træneren der taber. Spillerne får æren hvis det går godt og trænerne får skylden, hvis det går skidt. Sådan er vilkårene for trænergerningen.

På narkoområdet lægges en anden kabale op når ære og skyld skal fordeles. Når det går godt, tager vi gerne æren herfor, og når det går skidt skyldes det principielt ude fra kommende forhold. Hvis der opstår tørke på det



1916.

- Drikker De stærke drikke?
- Inden vi går videre, er det en invitation eller et samvittigheds spørgsmål?

illegale marked skyldes det kontrolindsatsen, hvis det flyder med stoffer, er det på trods kontrolindsatsen. Hvis dødeligheden falder er det et resultat af vores initiativer. Hvis dødeligheden stiger er det stoffernes, pushernes eller narkomanernes egen skyld. Hvis behandlingen lykkes, tager man gerne æren for et positivt behandlingsudfald. Går det skidt så mangler klienten motivation eller har endnu ikke nået sin bund. En ting er sikker: når vi lægger kabalen op, så gunstigt for vores eget virke, så forpasses muligheden for refleksion.

Kontrafaktiske konditionaler

Et flerårigt dansk forebyggelsesprojekt så ud til at være en fiasko. Man havde forsøgt at etablere en røgfri årgang, men de unge fra den røgfri årgang røg enten lige så meget eller mere end jævnaldrende, som ikke havde været igennem samme program. I den forbindelse hævdede formanden for det nu nedlagte Tobakskaderåd behændigt følgende: hvis ikke man havde lavet røgfri årgang for disse unge, kunne det meget vel tænkes at have set endnu værre ud. Deri havde formanden så inderligt ret. Meget kan tænkes - også det!

"Hvis ikke, så " er det man i filosofi kaldet kontrafaktiske konditionaler. Med denne skabelon kan man bortforklare enhver tvivisom eller manglende effekt. Efterrationaliseringer af denne type kan sagtens være plausible, men problemet er at hævdelserne ikke kan efterprøves og knapt nok kritiseres. Man kan mindst lige så meningsfuldt hævde det modsatte.

Diskussionen flyttes over i spådommens domæne. Spørgsmålet om hvad der er sandt, gøres i stedet til et spørgsmål, om hvem der har den bedste krysstok.

Den fortabte søn

Det er en positiv oplevelse når en hulkindet misbruger i miserabel forfatning bedrer sig og bliver rask, glad og får røde kinder. Succeshistorien vil blive taget til udtryk for at behandling nytter, at det vi gør er "godt nok" og at der altid er håb. Glæden over den frelsede sjæl, som finder tilbage til dydens vej

efter at have levet et udsvævende liv er ikke kun en lignelse fra Lukas-evangeliet.

Vejen ad hvilken vi kvalitetsudvikler behandlingsindsatsen er imidlertid ikke kun at glædes, når døde med lignelsens ord bliver levende igen. Opgaven er at finde og raffinere det i behandlingen, som har været udsåningsgivende for det positive udfald. Opgaven er også at blive klogere på de, som ikke har nytte af eksisterende behandling, de hvis situation ligefrem forværres efter behandling, og de som slet ikke kommer i de eksisterende behandlingstilbud. Vi må ikke metodisk lade os fiksere af fortabte sønner, som vender tilbage.

Matchningsargumentet

At det gælder om at finde den rette behandling for hver enkelt er en truisme, som ingen vil benægte. At der findes ganske mange misbrugere med et utal af mislykkede behandlinger bag sig (og dermed forbundne "mislykkede" matchninger) er heller ikke til at komme uden om. Vi står her overfor en tredobbel udfordring: Findes der faktisk en behandling til alle? Hvordan matcher man optimalt? Hvordan forholder man sig til de undersøgelser som viser, at i hvert fald den matchning, som vi indtil nu har kunne præstere, synes at være stærkt overvurderet som middel til at sikre et godt behandlingsudfald?

Bagklogskab er som bekendt den mest præcise videnskab af alle. Problemet med matchningshypotesen er, at man i tilbageblik (retrospektivt) kan forklare ethvert negativt behandlingsudfald med dårlig matchning, mens man løbende (prospektivt) så at sige aldrig binder sig op på at levere resultater gennem den matchning, man nu engang leverer. Matchningshypotesen bliver dermed leveringsdygtig i en universalforklaring, som til hver en tid kan bortforklare dårlige behandlingsudfald. Selv hvis alt eksisterende har været forsøgt gennem talrige mislykkede matchninger, vil man kunne hævde at den rigtige match er noget nyt som er lige om hjørnet ad infinitum. Dermed kan matchningshypotesen gøre os helt og aldeles immune over for

klare indikatorer på, at der måske er noget galt med vores behandlingstilbud, eller med vores antagelse om at behandling er svaret på alle misbrugerproblemer.

Lad 90 skoler vise

Set under evigheds synsvinkel er vore tiltag overfor afhængighed og misbrug nye og uprøvede. En række teoretisk uforenelige syn på årsager til misbrug florerer, og konfliktende syn på frugtbarheden af forskellige praktiske metoder er endnu ikke udredt. Vidensfeltet er stadig under etablering.

I en pionertid er det god latin at lade 100 skoler blomstre. Men hvorfor gøre en dyd af nødvendigheden? Ikke alt indenfor forebyggelse, kontrol eller behandling kan være lige rigtigt. Alle skoler kan nødvendigvis ikke være lige gode, og på et eller andet tidspunkt må det derfor også være påkrævet at lade den eklektiske periode rinde ud og lade 90 skoler vise.

Ved at søge kan vi med tiden komme til at forstå rusmiddelafhængighed bedre. Men vor søgen må ledsages af kendskab til metodiske faldgruber. Muligheden for at lære af erfaringen øges, hvis vi ikke immuniserer vores nuværende indsats og foreløbige viden mod kritik.

Litteratur:

Gossop, Michael, 2000 (5. udg.): *Living with Drugs*, Ashgate Publishing, Aldershot
Pepper, Karl R., 1963: *Conjectures and Refutations*, Routledge, London
Zinberg, Norman E. et al, 1972: *Drugs and the Public*, Simon and Schuster, New York

Michael Jourdan
Filosof



AT GÅ I BEHANDLING ... OG GÅ FRA DEN IGEN ...

Jeg har ofte undret mig over, hvorfor misbrugere, som har behandlersystemet i ryggen, alligevel ikke formår at bryde ud af deres stofmisbrugende tilværelse.

AF ANNA STELVIG

Behandling af stofmisbrugere i Danmark bygger på et frivillighedsprincip, hvilket betyder, at ingen misbrugere tvinges til at gå i behandling mod deres vilje. Vi må derfor antage, at mange af de stofmisbrugere, der søger behandling, har haft en forestilling om at opnå en stoffri tilværelse. På behandlingsinstitutionen tager de det første skridt i en frigørelsesproces fra stofafhængigheden. Men da det kun er meget få, 2-3%, der årligt bliver stoffri, er der mange, hvis næste skridt bliver et tilbagefald. I frivillighed vælger de behandling, og i frivillighed vælger de at springe fra netop der, hvor de skal tage ansvar for et nyt livsprojekt. 'Pludselig blev det for meget, jeg skulle bare væk fra det hele', er en af de mange forklaringer, jeg hører fra misbrugere, der er faldet tilbage i stofmisbrug. Det paradoksale er, at de med deres forklaringer flygter fra en (behandlings-)situation, der kunne bringe dem afgørende videre til et bedre liv, hvis de forblev i den.

Spørgsmålet er, hvorfor så mange misbrugere vælger at recidivere til stofmisbruget? Kan det tænkes, at misbrugerne gennem et sådan valg opnår et bestemt mål? Det vil jeg nu belyse eksistentielpsykologisk.

Behandlingen afbrydes

Mennesket er i eksistentiel forstand frit, hvilket vil sige, at det har frihed til gennem valg og handlinger at forme sit eget liv. Dermed er ikke sagt, at mennesket har frit valg på alle hylder, for mennesket er underlagt visse (biologiske og sociale) realiteter, som det er nødt til at tage højde for i udformningen af sin eksistens. Det centrale er dog, at ligegyldig hvor mange forhindringer og udfordringer mennesket stilles over for, kan det stadig i frihed bestemme (eller tage personlig stilling til), hvordan det ønsker at reagere på sin aktuelle situation. Sagt mere konkret kan misbrugeren altså frit beslutte, hvordan han eller hun ønsker at udlægge

vanskeligheder i behandlingen eksempelvis fra noget, der ikke kan gøres noget ved, til noget, der kan gøres noget ved. Der er ikke noget, der tvinger misbrugeren til en bestemt beslutning. Den eksistentielle frihed er nemlig kendetegnet ved fraværet af tvang, så når misbrugeren afbryder behandlingen for at vende tilbage til sit stofmisbrug, er det et valg, som vedkommende må bære det fulde ansvar for. Nu er det nødvendigvis ikke sådan, at dette valg foreligger fuldt ud afklaret i bevidstheden i alle dets konsekvenser. Tværtimod kan valget foreligge i forskellige grader af klarhed, men uagtet graden af klarhed er det stadig et frit valg, der skal tjene et formål for misbrugeren.

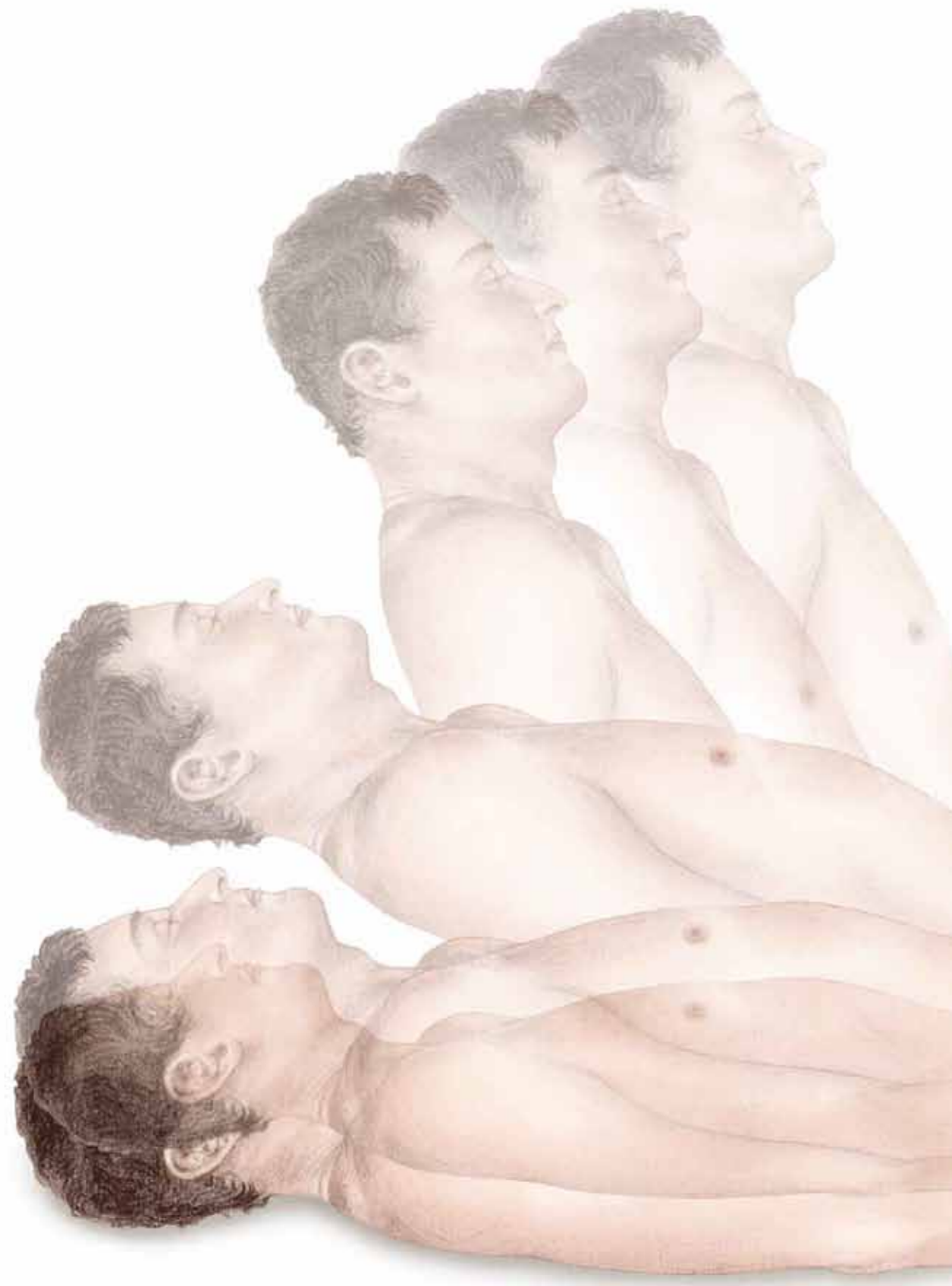
Fremtidsplaner

Jeg har gennem samtaler med og observationer af stofmisbrugere tit hørt dem tale om, hvordan alting på et tidspunkt meget snart skal blive helt anderledes. I deres bevidsthed lægger de alle mulige planer for deres fremtid. De har ønsker om at droppe stofferne, få kontakt til deres familie igen og måske komme i arbejde. Desværre er det sjældent sådan, at disse ønsker bliver ført ud i livet, og både ønsker og planer forbliver som oftest ikke-realiserede drømme. Det er som tanker, der ikke er tænkt til ende, og som derfor ikke får handlingsmæssige konsekvenser.

Det afgørende er her, at selv om de ønsker at komme ud af misbruget, formår de alligevel ikke at handle, når de afgørende skal. Mit indtryk er, at de generelt set lever passivt afventende frem for at være aktivt interesseret i at få gjort noget ved deres situation. Omstændighederne opleves som noget, der påtvinges dem, og i mangel af eksistentiel indsigt vælger flere at recidivere til et liv, hvor det personlige ansvar udviskes.

Når misbrug giver tryghed

Nu til spørgsmålet om valget af stofmisbrug. Hvad er det for et mål, misbrugeren opnår ved et sådan valg?



Misbrugeren opnår paradoksalt nok en tryghed ved at være i et miljø, som reelt set er ødelæggende. Men misbrugeren er i det kendte, kender spillereglerne og kan begå sig. Misbrugeren fastholder sig selv i en misforstået form for tryghed og fritages dermed for den angst, der er forbundet med at skulle bryde med den vante misbrugstilværelse, ud til en uvant situation som ikke-stofbruger. At skulle tænke sig ind i og realisere en ny levemåde er for angstprovokerende, og han eller hun vælger i stedet at falde tilbage til de vante vaner og det kendte livsmønster. Der hvor flugten fra sig selv er sat i system som en jagt efter stoffer og rus. Når stofmisbrugeren undlader at gribe sine livsmuligheder, undlader at bevæge sig fra misbrug til ikke-misbrug, er det den eksistentielle angst, der blokerer. Det er vigtigt at understrege, at den eksistentielle angst ikke er et budskab om en patologisk tilstand, men et alment menneskeligt vilkår, der følger med, når misbrugeren skal vælge og handle mod en ukendt fremtid, som han eller hun ikke kender til. I spændingsfeltet mellem den kendte misbrugstilværelse og den ukendte fremtid som ikke-misbruger råder uvisheden, og det er denne uvished, der eksistentielt set ængster misbrugeren, fordi det ikke forlods kan afgøres, om han eller hun vil kunne realisere sig selv i et nyt livsprojekt. Hvis misbrugeren vil udvikle sig, skal vedkommende turde vove sig selv i det ukendte og gradvis i handling realisere en ny livsstil baseret på et nyt værdisæt, der står i skærende kontrast til det livsmønster han eller hun ellers kender til og er tryk ved.

For mange misbrugere er denne eksistentielle udfordring så skræmmende, at angsten blokerer, og misbrugeren kommer i stedet til at stå i vejen for sig selv. Fremfor at have sine kræfter med sig selv, får han eller hun sine kræfter imod sig selv. Misbrugeren tager ikke angsten på sig som en opgave, der kunne skabe en ny bevægelse mod en bedre livsførelse, men stagnerer i stedet for i sit stofmisbrug. Den her beskrevne eksistentielle angst foreligger nødvendigvis ikke fuldt ud forståelig i misbrugers bevidsthed, men ytrer sig som en mere uforståelig indre uro og rastløshed.

Tilbagefald – et valg?

Den indre uro og rastløshed er dybest set et udtryk for, at misbrugeren ikke har det godt med den måde, vedkommende lever sit liv på. Men at stille de relevante spørgsmål, der kunne foranledige en forandring, er ensbetydende med at skulle konfrontere sig selv direkte med den eksistentielle angst. Denne opgave er det

ikke alle misbrugere, der magter, og de vælger i stedet at afbryde behandlingen for at vende tilbage til deres stofmisbrug. Når misbrugeren afbryder behandlingen forsvinder umiddelbart en byrde, nemlig den spændingstilstand, der er forbundet med at tage ansvar for en ny og ukendt livsførelse. Misbrugeren fritages så at sige for den eksistentielle angst, men fritages ikke for den indre utilfredshed og dårlige samvittighed, der er forbundet med at svinge endnu en livsmulighed.

Når jeg taler med misbrugere, giver de mange forskellige forklaringer, der retfærdiggør, hvorfor de falder tilbage til deres stofmisbrug. Forklaringerne kan være variationer over: 'Jeg ved ikke, hvad der skete, det skete bare... måske føler jeg mig bare ikke parat lige nu', eller: 'Jeg har det ad helvede til, og jeg tror ikke, at behandlingen kan hjælpe mig til at få det godt'. Forklaringerne kan være mange, men i alle disse forklaringer er der indeholdt dårlig samvittighed over endnu engang at svinge sig selv i forsøget på at blive stoffri. Samvittigheden melder sig der, hvor misbrugeren ikke fuldbyrder sine potentialer. Det er så at sige de misbrugte muligheder eller det ulevede liv, der i det skjulte slår igen som en stemning af indre uro og utilfredshed.

Fra misbrug og tryghed til uvished

Hvis misbrugeren skal frigøre sig fra sit stofmisbrug, kræver det et 'enten-eller'. Med dette mener jeg, at misbrugeren skal vælge at bryde med den daglige jagt efter stoffer og rus, så at sige bryde med den livsførelse og de spilleregler, som han eller hun kender og er tryk ved. Misbrugeren kan ikke i alvor foretage en egentlig ændring af sin situation, så længe vedkommende er aktiv misbruger. Det kan ikke lade sig gøre at ville være på stoffer og samtidig ville være stoffri. Med andre ord kan det ikke lade sig gøre at være på jagt efter stoffer og samtidig varetage et job, en uddannelse eller etablere et familieliv. Det er som at sætte sig mellem to stole. Det kan fungere en kort periode, men på et tidspunkt vil det tippe over og blive en u håndterbar situation.

Det er et enten-eller, som forståeligt nok må forekomme uoverkommeligt i betragtning af, at det er et skridt ud i uvisheden.

Hvis stofmisbrugeren skal bevæge sig fra rollen som misbruger til rollen som ikke-misbruger, skal han eller hun gennem fasen mellem kendt og ukendt. Stofmisbrugeren skal i princippet kunne være i en intethed, hvor vedkommende hverken er det ene eller det andet. Pågældende kan ikke støtte sig til rollen som stofmisbruger, selvom han eller hun er dybt

præget af den. Vedkommende kan heller ikke støtte sig til rollen som ikke-misbruger, da den endnu ikke er etableret. Skal misbrugeren igennem intetheden, skal han eller hun være i stand til at rumme angsten og tro på at kunne gennemføre sit projekt – i refleksion turde foregribe en ny tilværelsesform, som han eller hun ikke har erfaring med. De utrygge forestillinger om en ny tilværelsesform holder misbrugeren tilbage fra at handle. Problemet er blot, at misbrugeren aldrig på forhånd vil kunne ræsonnere sig frem til tryghed. Misbrugeren kan kun handle sig frem til tryghed, og det kræver mobilisering af det mod og den vilje, der skal til for at bryde med det miljø, han eller hun er dybt socialiseret ind i. En sådan beslutning kræver et erkendelsesarbejde, som mange stofmisbrugere viger uden om, og derfor er der også mange misbrugere der på trods af behandling, falder tilbage i stofmisbrug.

Behandlingsovervejelser

At skulle frigøre sig fra et stofmisbrug er en vanskelig opgave, det kræver hjælp. Behandlingsinstitutionerne er den 'helle', der befinder sig mellem stofmiljøet og normalsamfundet. På hellen er der to veje at gå: Enten reciderer misbrugeren, eller også kommer han eller hun videre i behandlingen, på vej mod en ny og bedre stoffri tilværelse. Opgaven og spørgsmålet for behandlersystemet er: Hvordan bibringes klienterne den indsigt, der kan fastholde dem i behandlingen og skabe en frigørende bevægelse mod en bedre tilværelse?

En væsentlig måde er at hjælpe klienten med at fjerne de 'sten på vejen' af psykisk og social karakter, der blokerer for den nødvendige udvikling. Men det er ikke nok, at der i behandlingen kun fokuseres på afgiftning og på at reducere klientens psykiske og sociale vanskeligheder. Hvis et eksistentielt perspektiv skal tages alvorligt, stiller det afgørende krav til udviklingen af en behandlingsfilosofi og praksis, der lægger vægt på at gøre misbrugeren ansvarlig for sit eget liv. Kunsten er at få gjort klienten interesseret i at skulle tage vare på sig selv.

Kunsten at tage vare på sig selv

Med andre ord handler det om at få klienten til alvorligt at tænke over det ansvar, han eller hun har for sit liv og gøren. Men selvom misbrugeren bliver sig bevidst om det ansvar for sig selv og sin situation og bliver i stand til at reflektere sig ind i et nyt mulig-

hedsfelt, står det skræmmende valg og den angstfulde handling stadig tilbage. Behandlerens fornemste opgave er her at hjælpe klienten til modigt at se det angstfulde i sin situation i øjnene, samtidig med at behandleren i en gradvis proces hjælper klienten med at overkomme de sociale og psykologiske udfordringer, der er forbundet med at etablere sig selv som stoffri. Det at indgå i nye miljøer, i nye relationer med andre spillerregler end de velkendte, kan være yderst foruroligende, og her bliver behandlerens støtte afgørende for, at en forandring kan tage form. Det er vigtigt, at misbrugeren indgående kan drøfte alt det nye (indre som det ydre), der sker, for at sikre, at han eller hun modigt tør tage det næste skridt i den sociale og personlige udviklingsproces, der er igangsat.

At vække klientens ansvarlighed, mod og vilje er ikke kun et spørgsmål om behandlingsteknik, men tillige et spørgsmål om at kunne skabe en tillidsfuld behandlerrelation. Hvis klienten skal lære sig selv og sin angst at kende, skal klienten have tillid til den behandler, med hvem han eller hun skal dele sin indre verden. Det springende punkt er, at man som behandler ikke kan diktere tillid. Tillid er noget, der opstår i relationen, når den rette indlevelse mellem klient og behandler er til stede. Egenskaber ved behandlerens personlighed skal fremhæves som afgørende for den tillidsfulde relation. Dermed ikke sagt, at personligheden gør det alene, men en forudsætning for, at klienten tør blotlægge sig selv og finde sine egne ressourcer frem, er først og fremmest nogle tryghedsgivende kvaliteter ved behandlerens tilstedeværelse i mødet med klienten. Overordnet kan man sige, at det som behandler handler om at møde klienten i ro og i fuld accept uanset karakteren af de historier, der fremkommer. Hvis misbrugeren oplever sig forstået og accepteret af en anden, vil det måske være muligt for vedkommende at acceptere sig selv og på den baggrund have mod til arbejde med de fortællinger, som han eller hun tidligere ikke ville erkende eller acceptere, fordi de er for smertefulde. Ret beset handler det som behandler om at sætte sine fordomme og belastende erfaringer til side og møde klienten åbent og fordomsfrit. I det nærværende og tillidsfulde møde (når det er allerbedst), er der en ligeværdighed, der kan stimulere og fremme indsigt og vækst. ■

ANNA STELVIG
CAND.MAG. I PSYKOLOGI
MISBRUGSBEHANDLER



NETSTOF.DK I NY FORM

Et nyt, internetbaseret informations- og rådgivningstilbud for unge har set dagens lys. Netstof.dk, som hjemmesiden hedder, vil blandt andet imødekomme behovet for et offentligt tilbud, der møder de unge på deres præmisser.

AF JANNE ANDERSEN

Projektet, som støttes af Socialstyrelsen, er sat i verden for at styrke forebyggelse og sikre en tidlig indsats over for unge, der er i risiko for at udvikle et behandlingskrævende misbrug.

Slagelse Misbrugscenter og Center for Digital Pædagogik er gået sammen om at udvikle et online-tilbud til unge. Det skal i løbet af de kommende tre år udvikles til et landsdækkende tilbud i samarbejde med landets kommuner.

En del af læserne kender måske allerede til siden netstof.dk, som oprindeligt startede som en side for skoleelever, der efterspurgte viden om rusmidler i forbindelse med opgaver og projekter. Her ad vejen udviklede siden sig med debat mellem de unge, fakta og spil om rusmidler og en række brevkasser, hvor de unge kunne henvende sig.

Det nye netstof.dk trækker på disse erfaringer, men tager samtidig en drejning mod i endnu højere grad at have et rådgivende sigte. Siden henvender sig først og fremmest til unge i alderen 15-24 år, som befinder sig i risikozonen for at udvikle et misbrug af alkohol eller stoffer. Målgruppen er dermed blevet skærpet og udgør en gruppe, hvor der i højere grad bruges og søges viden om rusmidler til eget brug.

Projektet har fokus på information og rådgivning til de unge og skal først og fremmest skabe refleksioner omkring rusmidler og støtte de unge til egen håndtering af problemer med brug af rusmidler. Samtidig kan siden fungere som et bindeled til de fysiske tilbud på misbrugs-, rusmiddel- og rådgivningscentre, når det er nødvendigt.

Med projektudbuddet fra Socialstyrelsen er der blevet mulighed for at nyskabe og nytænke design og funktioner på siden. Dertil kommer, at der i konsortie-samarbejdet mellem Slagelse Misbrugscenter og Center for Digital Pædagogik skabes en ny kombination af

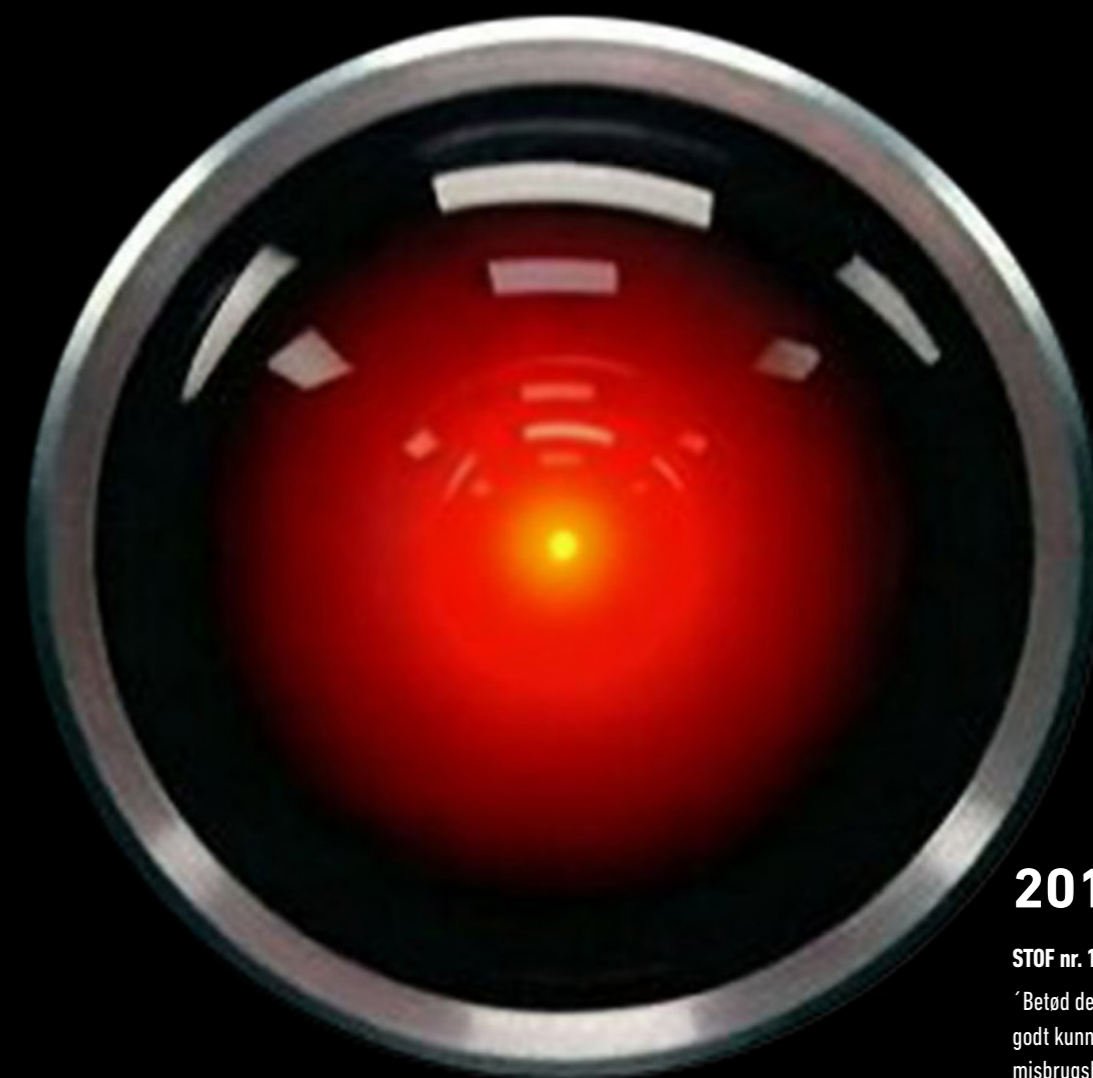
stærk faglig rusmiddelviden og netbaseret rusmiddel-rådgivning på den ene side og stærk faglig viden om digitalpædagogisk rådgivning af unge på den anden side. Det er tilsammen med til at skabe grobund for en optimering af det internetbaserede tilbud.

Brugerinddragelse

For at sikre, at udviklingen af siden er relevant rettet mod målgruppen, er et vigtigt princip i projektet inddragelse af brugerne selv i udviklingen af det nye netstof.dk. Der er derfor fokus på at involvere sidens målgruppe gennem alle projektets faser. Der har blandt andet været afholdt indledende, fysiske workshops og været deltagelse i debatter på nettet. Formålet er at sikre, at målgruppens prioriteter indarbejdes i projektets fundament. Der har været dialog med vidt forskellige grupper af unge mellem 15 og 24 år - både de 'eksperimenterende' unge og de mere 'gennemsnitlige'.

De unge pegede blandt andet på, at de ofte føler sig talt ned til, når kampagner og websites bliver 'for smarte' med for eksempel spil-elementer og slang, der opleves som forstyrrende for det egentlige budskab. Siden må altså ikke forsøge at være 'ung med de unge', men skal derimod fremstå seriøs og ikke forsøge at 'skjule', at den er en offentlig funderet side. Samtidig er der en generel skepsis over for kommunikation fra myndighederne, som i målgruppens erfaring bærer præg af skræmmekampagner. Her møder projektet altså en udfordring i kommunikationen til de unge, som er vigtig at tænke med i udviklingen af hjemmesiden.

En af de mere konkrete idéer, som projektet har taget til sig, lyder, at et website, der vil informere om rusmidler også bør tilbyde en akut-funktion med hjælp til brugere, der pludselig står i en krisesituation som eksempelvis en forgiftning. Skal man ringe Alarm 112 eller til Giftlinjen - og hvad kan man gøre, indtil hjælpen kommer?



2011

STOF nr. 18.#

'Betød det så, at man lige så godt kunne lukke alle Danmarks misbrugsbehandlingsinstitutioner og erstatte dem med computere, eller - på en mindre dramatisk måde - at man skulle lære behandlerne rundt omkring at opføre sig som et computer-program?'

Micro-hjælp.
Af Eric Allouche.

Kontakt

sker via netstof.dk eller ved henvendelse til jande@slagelse.dk med angivelse af kommune, navn & stilling, telefon og mailadresse. Janne Andersen kan også kontaktes på tlf. 2931 5497. Projekt Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge løber fra april 2012 – december 2015.

JANNE ANDERSEN
ANTROPOLOG

PROJEKTLEDER, SLAGELSE MISBRUGSCENTER



Gennem de brugerinddragende aktiviteter har projektet desuden fået understreget, at målgruppen blandt andet lægger vægt på:

- Objektiv, dokumenteret og troværdig information om rusmidler, herunder konsekvenser ved brug
- Forebyggelse frem for skræmmekampanjer
- Tilbud om anonym hjælp og rådgivning
- Erfaringsdeling brugerne imellem
- Ligeværdig kommunikation, hvor der ikke tales ned til brugerne.

Der vil også fremover blive lagt vægt på at inddrage brugerne, så siden bliver udviklet, optimeret og tilpasset målgruppens behov undervejs i projektet.

Tankerne bag netstof.dk

Via netstof.dk skal unge kunne opnå en større viden om brug af rusmidler, som kan understøtte deres refleksioner om eget og eventuelt andres brug af rusmidler.

Unge med et stort forbrug af rusmidler oplever sjældent selv deres forbrug som problematisk. De ser derfor heller ikke sig selv som målgruppen for de eksisterende rådgivningstilbud på misbrugsområdet. For mange kan det være meget grænseoverskridende at opsøge et fysisk tilbud og påtage sig en label som 'misbruger'- selv, hvis de er bekymrede over eget brug af rusmidler. Der er derfor behov for et tilbud, hvor målgruppen kan hente viden og information uden at skulle identificere sig som misbrugere, og hvor de samtidig kan få vejledning og støtte til at reflektere over deres brug af rusmidler.

Via internettet kan man netop nå ud til unge, som ellers ikke ville have opsøgt rådgivning og støtte i forhold til deres brug af rusmidler. Fordelen ved et netbaseret tilbud er desuden, at de unge har stor erfaring og ofte trives med at færdes online. Desuden kan de gå ind på siden, når og hvor de vil, via både mobil, tablet og pc.

På netstof.dk vil der være information til den brede gruppe af unge, som bruger rusmidler, men hverken ser sig selv som havende et problematisk forbrug eller som værende misbrugere. De unge har mulighed for at henvende sig anonymt og trygt og få rådgivning fra fagpersoner via chat eller brevkasser. Ligesom de har mulighed for at søge viden og deltage i debat med andre unge. [Netstof.dk](http://netstof.dk) vil i høj grad blive præget af de

debatter, de unge selv indgår i omkring rusmidler og af de indlæg, der skrives til brevkasserne.

Rådgivningen på siden baserer sig på en tro på de unges evne til at reflektere under de rette betingelser. Gennem støtte og viden kan de unge langt hen ad vejen få nye perspektiver – herunder få øje på nye handlemuligheder, som gør dem i stand til selv at løse problemer og skabe forandringer. Rådgivningen formidler derfor ikke færdige løsninger og undgår løftede pegefingre. Der bliver lagt vægt på, at information og rådgivning sker på de unges præmisser, og på, at den enkelte unges aktuelle livssituation også kan være en vigtig faktor i forhold til brugen af rusmidler.

Denne tilgang skal ses i relation til målgruppen, som er unge i risiko for at udvikle behandlingskrævende brug af rusmidler. I de tilfælde, hvor den unge allerede har udviklet et sådant misbrug, arbejdes der med at motivere og henvise til et fysisk tilbud.

Som supplement til informations- og rådgivningsdelen til unge vil netstof.dk også formidle viden og rådgivning til pårørende, så de bedre kan støtte den unge og hjælpe med at håndtere eventuelle problemstillinger.

Et nationalt projekt

[Netstof](http://netstof.dk)-projektet er et nationalt projekt, og siden skal som nævnt gøres landsdækkende. Vi ønsker at skabe den største og mest relevante, offentlige digitale ressource inden for vidensformidling og online-rådgivning om rusmidler. Det indebærer samarbejde med, inddragelse af og netværk mellem de kommunale tilbud på misbrugsområdet.

Samarbejdet mellem netstof.dk og de danske kommuner handler først og fremmest om at få skabt en kontinuerlig dialog. For eksempel om, hvordan netstof.dk bedst kan supplere de fysiske tilbud til målgruppen, og hvordan vi sikrer, at unge, der i første omgang søger rådgivning på nettet, får en nem indgang til de etablerede fysiske tilbud, når det viser sig, at der er brug for og ønske om kontakt ansigt-til-ansigt og eventuelt behandling.

Næsten 30 kommuner er allerede medlem af netstof.dk, og det er målet at få alle 98 kommuner med. Medlemskab af netstof.dk er gratis i projektperioden, som løber til og med 2015, og alle interesserede kommuner opfordres til at tilmelde sig. Det er tanken, at

der som minimum skal være én repræsentant fra hver kommune. Til gengæld er der som udgangspunkt ingen begrænsninger for, hvor mange enkelte ansatte, der kan repræsentere en given kommune, så længe de arbejder i en relevant afdeling på området.

Som kommunalt medlem bliver man blandt andet løbende opdateret via netstof.dk's nyhedsbrev, man bliver inviteret med til netstof.dk's halvårslige konferencer, og man modtager en pakke med online-informationsmaterialer om det nye netstof.dk.

Netværket for medlemmerne af netstof.dk bliver blandt andet en platform for sparring og vidensdeling om unge og rusmidler på tværs af kommunerne til gavn for de rusmiddelfaglige medarbejdere rundt omkring i landet. Cirka hvert halve år vil projektet samle medlemskommunerne og tage aktuelle faglige temaer op i relation til målgruppen, projektet og samarbejdet. Her har én eller flere fagpersoner fra hver kommune mulighed for at deltage, få ny faglig brugbar viden, dele erfaringer og netværke med de andre medlemskommuner. For eksempel vil der være mulighed for at sammenligne de aktuelle tendenser, der opleves i de fysiske tilbud, med de aktuelle tendenser på netstof.dk og dermed gensidigt tilpasse indsatserne til det erfarede behov.

Vi ønsker netop at inddrage den store faglige viden hos de fagpersoner, der har den daglige fysiske kontakt med unge rusmiddelbrugere rundt omkring i de danske kommuner. Koblingen mellem de fysiske tilbud ude i kommunerne og netstof.dk skal også

sikre, at netstof.dk bliver en relevant og brugbar ressource for de rusmiddelfaglige medarbejdere, som møder de unge i deres daglige arbejde. [Netstof.dk](http://netstof.dk) er også tænkt som et værktøj i hænderne på fagpersoner inden for rusmiddelområdet, i form af en troværdig og opdateret informationskilde i øjenhøjde, som man trygt kan henvise de unge og eventuelle samarbejdspartnere på ungeområdet til.

Som nævnt kan det være en udfordring for kommunerne at få unge med et problematisk rusmiddelbrug til at henvende sig til de etablerede tilbud. Som medlemskommune kan man se netstof.dk som et digitalt supplement til den kommunale indsats, hvorigennem man kan nå de unge på deres egne præmisser. Det vil sige, at kommunen gennem medlemskabet 'udvider' sit tilbud til de unge og kan nå en svært tilgængelig målgruppe.

Medlemmerne af netstof.dk kan sætte deres præg på hjemmesiden via input og idéer eller gennem helt konkret deltagelse i informations- eller rådgivningsdelen på netstof.dk. Eventuel deltagelse i denne del af netstof.dk er frivillig og skal ses om en mulighed for de kommunale medlemmer til - eventuelt i en periode - at få mere direkte indflydelse på hjemmesiden.

Jeg håber, at den ovenstående introduktion til det nye netstof.dk har vakt nysgerrighed og interesse for projektet. Jeg glæder mig til det fremtidige samarbejde, og interesserede skal være velkomne til at kontakte mig for yderligere information og tilmelding til netstof.dk. ■



HASHSTOP.DK

– ET NYT TILBUD FOR UNGE

Hashrygning blandt unge er et samfundsproblem i vækst. Derfor efterspørges i stigende grad tilbud om effektiv og gerne billig - behandling. Hashstop.dk er et sådant tilbud, der netop har fejret sin 1-års dag med at udgive en rapport om resultaterne.

AF INGER CHERCKA

I marts 2011 fik Blå Kors en bevilling fra Socialministeriet i form af tilskud til 'Afgiftningsophold for unge – pilotprojekt og etablering'. Formålet var at tilbyde unge hashmisbrugere en kort pause væk fra deres miljø som en hjælp til at komme endeligt ud af deres misbrug. Der var tale om et forløb af 10 dages varighed, integreret i en allerede påbegyndt ambulans behandling og i tæt samarbejde med denne. Der skulle lægges vægt på at give de unge en række positive og udfordrende oplevelser i et særligt tilrettelagt miljø, hvor de samtidig fik hjælp og støtte gennem de værste abstinenser.

Idéen til projektet udsprang af en dialog med misbrugs-eksperten overlæge Henrik Rindom, som selv havde oplevet, at unge hashrygere fra København efter et kort ophold hos en onkel på en bondegård i Jylland' ofte kom hjem som clean, og at de i mange tilfælde ikke genoptog deres misbrug.

Med udgangspunkt i disse erfaringer – samt studier af andre afgiftningsophold for unge og ikke mindst inspiration fra Henrik Rindoms tv-udsendelser '100 dage uden stoffer'¹ - blev der formuleret et koncept for 10-dages afgiftningsforløb. Bl.a. var det med 'bondegården' vigtigt, altså dels at tilbuddet skulle placeres et godt stykke fra byen og hjemmet, og dels at atmosfæren skulle være så varm og 'relations-nær' som muligt. Der skulle med andre ord være et rekreativt indhold, der kunne minde om, hvad der normalt forbindes med en dejlig bondegårdsferie.

Baggrunden for dette var for det første en viden om, at man ikke på bare 10 dage kan gennemføre et egentligt terapiforløb. Derimod kan der godt tilrettelægges aktiviteter med en vis terapeutisk effekt. Store beslutninger har det faktisk ofte med at blive truffet i et splitsekund, hvor vi pludselig får en ny indsigt. Det lange og grundige terapeutiske forløb skulle fortsat ligge hos den ambulante behandler.

For det andet hvilede inklusionen af det rekreative element på en overbevisning om, at hvis det hashfri liv for alvor skal være attraktivt for den unge, må der tilbydes alternative måder at nå hjernens belønningscenter på. Rent ud sagt noget, som de personligt finder 'vildt fedt'! Det blev hos os i første fase til Helteskole, parkour, geo-caching, mountainbiking m.v. Senere har vi erfaret os til, at mindre kan gøre det, fx en tur i svømmehal, bowlinghal eller i vores eget fitnesscenter. Der må gerne være en vis sandsynlighed for, at de unge kan fortsætte løjerne, når de kommer hjem.

Endelig indgik det i konceptet, at hver dag skulle indeholde fleksible sessioner med relevant undervisning (psykoedukation) og dialog (fx kognitiv tilbagefaldsforebyggelse), samt at der skulle bevilges flere afgiftningsophold, hvis man fik tilbagefald. Man må jo lade sig overbevise af virkeligheden: Tilbagefald er en del af problematikken omkring et misbrug, der har bevæget sig ind i en afhængighedstilstand.

En noget turbulent begyndelse

Køge Kommune godkendte i juli 2011, at tilbuddet kunne oprettes efter Servicelovens §§ 107, 142 og 101. Samtidig blev det tilgængeligt på Tilbudsportalen, og d. 3. oktober 2011 åbnede vi under navnet 'Søndergård'. Syv unge fra hele landet mødte op til det første 10-dages afgiftningsophold. Til opgaven var der ansat et tværfagligt team på i alt 9 medarbejdere: psykolog/leder, pædagogiske samt sundhedsfaglige medarbejdere, køkkenleder, psykiater samt en administrativ medarbejder.

Selvom det første forløb fuldt ud levede op til forventningerne, blev der imidlertid kun gennemført det ene hold på 'Søndergård'. Efterspørgslen var ikke stor nok til at opretholde permanent drift af en særskilt enhed, så fra januar 2012 flyttede tilbuddet derfor til Ungehuset, en nyoprettet afdeling for 15-25 årige på 'Blå Kors Rold Skov' i Arden. Navnet 'Søndergård'

2004

STOF nr. 4.#

'Jeg tror jo grundlæggende, at ungdommen er ustyrbare, og at det er sådan nogle generelle kræfter, der ligger bag ved brugen af rusmidler. Man kan ikke forhindre ungdommen i at kaste sig over de her rusmidler - dertil er nysgerigheden for enorm en drivkraft.

Og så er det fundamentalt sjovt at bruge rusmidler - det kommer vi ikke uden om.'

Forebyggelse, smagsdommere og gensynets glæde..

Interview med Peter Ege.

Af Jensen & Jourdan.

STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

Tema: Unge og stoffer – forebyggelse, behandling, straf

R. 4 DECEMBER 2004

blev ændret til hashstop.dk, og en ny medarbejderstab fik ansvar for afviklingen. Holddriften er siden februar 2012 ændret til løbende enkeltindtag, og driften er integreret med Ungehusets øvrige, længerevarende ophold for unge.

Det nye koncept har således haft en noget turbulent begyndelse. Alligevel er det oprindelige idégrundlag fastholdt i nogenlunde uændret form. Projektfasen er for længst overstået, og tilbuddet er forankret i Blå Kors Danmarks øvrige tilbud.

Resultaterne

Det er ikke så almindeligt at fremlægge resultater fra projekter med misbrugsbehandling, bl.a. fordi det er så svært at få indsamlet data. Alligevel har det været vigtigt for os, at der lige fra begyndelsen forelå et evidensdesign, som kunne sikre, at vi efter relativ kort tid kunne fastslå, om dette koncept havde nogen gang på jorden, eller om det måtte afsluttes og overgå til kassen med velmenende, men umulige projekter.

Det havde bestemt ikke skortet på kritiske røster fra andre dele af behandlingsverdenen, før vi begyndte. Betænkkeligheden havde især gået på, om man kunne opnå varige resultater på bare 10 dage. Så vi skyldte både os selv og vores kolleger - og da især vores unge - at få et relativt hurtigt svar på, om dette havde en kvalitet, der berettigede til videre eksistens. Derfor valgte vi fra begyndelsen at måle på gennemførelsesprocent, brugertilfredshed, tilfredshed hos samarbejdspartnere samt hashfrihed efter udskrivning efter 5 dage og efter 3 måneder.

Første rapport er netop udgivet

I rapporten om de første 7 måneders drift har vi samlet oplysninger om de 19 unge, der var indskrevet i perioden. Datamaterialet er naturligvis for spinkelt til, at man kan konkludere ret meget om hashbehandling generelt. Men på grundlag af de specifikke svar fra vores spørgeskemaer og de kvalitative data i vores journaler præsenteres følgende data i rapporten. I alt 19 unge fra 11 kommuner har været indskrevet, 6 piger og 13 drenge, i gennemsnit 19 år.

- 15 af de 19 unge (79 %) gennemførte forløbet.
- Den høje gennemførelsesprocent tyder på, at langt hovedparten af de unge har oplevet hashstop.dk som et positivt miljøskift, også de, der senere havde tilbagefald.
- 9 unge (60 %) ³ var hashfri 5 dage efter udskrivning, 2 havde haft tilbagefald, 4 var uoplyste.
- 5 unge (33 %) ⁴ var stadig uden dagligt hashbrug

3 måneder efter udskrivning - alle 5 havde røget dagligt før opholdet - 5 havde haft tilbagefald⁵, 5 var uoplyste.

- Brugertilfredshed med det samlede ophold: i gennemsnit 9 ud af 10 (hvor 10 var det højeste). Dette indikerer, at alle fik noget positivt ud af opholdet, også de, der sidenhen faldt tilbage. Åbenbart har hashstop.dk opnået at skabe både kvalitet i behandlingen og relevans for målgruppen.⁷

Vi havde på forhånd angivet mindst 40 % hashfri efter 3 mdr. som indikator på succes. Det nåede vi så ikke helt. Men det skal huskes, at tallet i realiteten muligvis er højere: Vi mangler oplysninger om størstedelen af de unge efter 3 mdr. Desuden er det en del af konceptet, at der for nogle unges vedkommende skal flere døgnophold til for at blive varigt hashfri. Disse gengangere har vi endnu ikke haft nogen af, men sker det, vil tallet sandsynligvis vokse.

Tilbage står, at Henrik Rindoms oprindelige idé er bekræftet i og med, at i hvert fald *nogle* fik stoppet deres hashmisbrug. Vi tolker det derhen, at konceptet med en ferie 'hos en onkel på en gård i Jylland' er en brugbar model eller metafor for en mere formaliseret version, hvori der foruden deciderede behandlingselementer også indgår et rekreativt element. Væsentlig er også den erfaring, at der er fundet en relevant og effektiv kobling mellem de 10 dage væk fra hjemmemiljøet og den ambulante behandling derhjemme.

Forskellige grupper opnår forskellige resultater

En af de vigtige opdagelser, vi har gjort, er, at de unge brugere synes at falde i to hovedgrupper. De kvalitative data fra vores observationer og journaler tyder nemlig på, at de unge, der forblev hashfri, havde følgende kendetegn til fælles:

- De havde generelt færre tunge psykiske og sociale problematikker.
- De havde forældre eller andre engagerede voksne, der støttede dem og syntes at være gode rollemodeller.
- De havde et klart billede af, hvad de ville med deres liv: De gav udtryk for ønsket om at få 'et normalt liv' med familie og job. Deres afklarede ambitioner forstærkede klart deres motivation for at droppe hashen.

Vi har også fået en vis viden om dem, der droppede ud og/eller fik tilbagefald efter udskrivning. De havde generelt en overrepræsentation af flg.:

Mange og komplekse problemstillinger: Manglende forældre støtte eller direkte omsorgssvigt. Ensomhed og få sociale kompetencer. Social isolation og problemfyldte

skoleforløb. Umodenhed og dårlig begavelse. Depression og selvmordstanker. Gryende personligheds-forstyrrelser. Lavt selvværd og selvskadende adfærd. Kriminalitet.

Op mod en tredjedel af disse unge følte sig angiveligt ikke klar til at komme hjem efter 10 dage.

Selvom langtfra alle aspekter er belyst, og mange spørgsmål stadig er ubesvarede, så tyder vores foreløbige resultater på, at de unge, der har størst udbytte af 10-dages opholdene, er dem med de færreste komplekse problemstillinger og de bedste netværk. De øvrige har tilsyneladende behov for et sammenhængende behandlingsophold af længere varighed, hvor de i ro og mag kan få hjælp til deres personlige problematikker, og hvor der i højere grad kan forberedes en forbedret livskvalitet efter hjemkomsten.

Samarbejdet med kommunerne

Man skal lige huske, at vurderingen af de 10 dages afgangsophold ikke kan stå alene, idet opholdet er en del af den samlede pakke. Derfor bliver samarbejdet med de kommunale sagsbehandlere af afgørende betydning, så det har vi også valgt at måle på. Desværre har svarprocenten været relativt lav. Men af de foreliggende data fremgår det, at vores kommunale samarbejdspartnere (sagsbehandlere, ungekonsulenter, misbrugsbehandlere, familiebehandlere o.a.) har været tilfredse med samarbejdet. ⁸ Flere har brugt ordet 'solstrålehistorie' om den positive forandring, der var sket med den unge, de fik hjem. Det samme gælder i øvrigt de forældre, vi har haft kontakt med. Når det er sagt, skal det også med, at vi selv kunne ønske os en højere grad af kontakt med de kommunale medarbejdere, der varetager kontakten til de unge før og efter opholdet. Det vil efter vores mening kunne bidrage til en optimering af hele konceptet.

Hvad har vi lært? Hvad skal ændres?

Samlet set er vi ganske godt tilfredse med de resultater, der indtil nu er opnået. Men vi er kun lige begyndt. Spørgsmålene står i en endnu længere kø end for et år siden. Og dem skal jeg ikke trætte med her. Blot vil jeg afslutningsvis nævne, at den læringsproces, som projektet har igangsat, vil resultere i, at vi fremover søger at optimere konceptet på flg. områder:
Visitationsprocessen: Udredningen skal skærpes, så opholdslængden kan differentieres til at matche

INGER CHERKA
UDVIKLINGSKONSULENT
BLÅ KORS DANMARK



den unges behov endnu bedre. De, der har et større behandlingsbehov, bør ikke spises af med mindre. **Evalueringdesignet** skal i højere grad udforske, hvordan de ambulante dele af tilbuddet bedst spiller sammen med døgn delen. Hvor er de svage punkter? Hvordan kan vi optimere samarbejdet til gavn for den unge - og kommunekassen? ⁹

Fordele ved konceptet bør i højere grad gøres kendt i de kommunale systemer. Fordi de er mindre indgribende for den unge og billigere for kommunen - og fordi de virker.

Håbet lever

Det nye koncept med korttids døgn tilbud til unge, der ønsker at stoppe deres hashmisbrug, er for længst overgået fra et tidsbegrænset projekt til en fast forankring i Blå Kors øvrige virke. Det er kommet for at blive, fordi det er fleksibelt og skaber nogle resultater, der efterspørges i dagens Danmark - som supplement til de øvrige behandlingstilbud.

Tilbuddet er med til at give håb til i hvert fald nogle af de unge, der er fanget i hash-afhængighedens tyranniserende livsstil. Håb til deres forpinte familier. Og måske endda håb til nogle politikere og et behandlingssystem, der altid er på udkig efter godt nyt, som ikke behøver at koste en bondegård - men som godt kan bruge en. ■

NOTER

- 1 DR Dokumentar februar 2011 med opfølgingsudsendelser i okt. 2011.
- 2 Rapporten kan læses på www.blaakors.dk under 'Viden'
- 3 Opfølgningen 5 dage efter udskrivning blev foretaget telefonisk af en medarbejder på hashstop.dk. Der blev kun fulgt op på de 15, der havde gennemført opholdet.
- 4 Opfølgningen 3 måneder efter udskrivning blev udført i samarbejde med Center for Rusmiddelforskning (CRF) ved Aarhus Universitet. Kun 5 unge returnerede det udsendte spørgeskema. De 33 % er beregnet på grundlag af de 15, som gennemførte. Herudover er vi bekendt med én, som droppede ud før tid, men som stadig er hashfri her 1 år efter.
- 5 Oplysningerne blev indhentet telefonisk fra den unge selv eller fra den ambulante behandler.
- 6 Baseret på de 13 (ud af 19 mulige), der besvarede spørgsmålene.
- 7 Artiklen i tidsskriftet STOF: 'Hvordan ser det ud under og efter døgnbehandling?' af Birgitte Thystrup & Morten Hesse. (Nr. 19. s. 18) fastslår, at brugertilfredshed er en relevant indikator for behandlingskvalitet.
- 8 Der blev udsendt et spørgeskema i aug. 2012. To respondenter svarede skriftligt og to pr. telefon. Ud over de specifikke svar har vi udelukkende registreret positive tilbagemeldinger på samarbejdet. Alligevel vil vi arbejde på at optimere det.
- 9 Fx fremgår det af CRF's resultater, at 2 unge gik på produktionsskole, 1 var i praktik og 1 havde fritidsjob før opholdet, men ingen var i uddannelse eller beskæftigelse efter 3 mdr. Kun én havde fortsat sin tidligere uddannelse. Det tyder på, at den ambulante efterbehandling ikke er lykkedes i tilstrækkeligt omfang - til trods for omhyggelig planlægning fra vores og kommunens side.

SUCCEES MED ANONYM STOFMISBRUGS-BEHANDLING

Siden januar 2011 har såkaldte festnarkomaner fået hjælp til at tackle deres misbrug hos Projekt Anonym Stofmisbrugsbehandling: PAS København. Satspuljemidler har finansieret forsøgsprojektet, der har haft langt større søgning end forventet. Projektperioden udløber med udgangen af 2012, men social- og integrationsministeren har, sammen med satspuljepartierne, netop afsat 5 mio. kr., så projektet kan fortsætte uændret, indtil en endelig evaluering af forsøget er klar i løbet af foråret.

AF DORTEA NIELSEN

Hos PAS behøver man hverken opgive navn eller CPR-nummer for at få professionel hjælp til at komme ud af et misbrug af hash eller feststoffer som fx kokain, amfetamin eller ecstasy. Siden projektets åbning i januar 2011 er omkring 280 personer blevet indskrevet i behandling. Målsætningen var 140 i alt i løbet af de to år. PAS København har således haft over dobbelt så mange borgere indskrevet til behandling, som forventet.

Ca. 75 % af de indskrevne er mænd, og den typiske bruger af tilbuddet er en mand først i 30'erne, der fortæller, at han i det skjulte ryger hash hver eneste dag efter job eller studier og i weekenden typisk endnu mere. Udadtill passer han sit arbejde og betaler sine regninger. Indeni står det dog helt anderledes til: Misbruget er eskaleret, det er blevet en styrende del af ham, hvilket bringer ham mere og mere ud af kurs. De fleste, der opsøger PAS, føler, at jorden brænder under dem. Måske har kæresten stillet ham eller hende stolen for døren, eller måske kommer der flere og flere klager over indsatsen på jobbet. Det, vi kan tilbyde, er en tidlig indsats, før disse borgere måske ryger helt af sporet og mister job, familie og bolig.

Vores seneste tal viser, at mere end 60 % udskrives som stoffri efter fire måneders gruppebehandling, suppleret af tilbud om yoga, akupunktur, mindfulness

og kropsbehandling, som hjælper den enkelte til at mærke egne grænser. Efter endt gruppebehandling er der tilbud om selvhjælpsgrupper efter behov. Alle ind- og udskrivninger registreres i Københavns Kommunes eget brugerjournalssystem samt i Socialstyrelsens online-registrering. Socialstyrelsen har udarbejdet tillægsspørgsmål, således at der tegnes en endnu mere detaljeret profil af, hvem der søger hjælp i PAS. Det er fx spørgsmål som: Er der tale om studerende, offentlige – eller privatansatte? Hvilke professioner er der tale om? Hvor længe har deltageren brugt sit hovedstof? Hvor længe har han/hun oplevet et problematisk brug af stoffet? Etc.

PR

PAS havde fra start den udfordring, at vi skulle gøre opmærksom på os selv for at nå ud til en målgruppe, vi ikke rigtig vidste, hvem var. Vi havde en del PR-midler, og vi besluttede os for at gøre os så mange erfaringer som muligt.

I teamet bragte vi vores fordomme frem i lyset, kiggede på dem og besluttede os for at skyde med 'spredhagl' i vores PR-indsats. Vi skulle nå ud til den 35-årige kvinde såvel som den 20- og 40-årige mand, den socialrådgiverstuderende, skuespilleren, sygeplejersken, tømreren m.fl.

Hjemmesiden fik højest prioritet, og igen måtte vi tænke i nye baner for at udsende lige præcis dét signal,



vi ønskede at formidle: Vi er nede på jorden, uhøjtidelige og professionelle. Det var vigtigt for os, at teksterne på hjemmesiden blev skrevet i et letforståeligt hverdagsprog uden at blive for hverdagsagtige. Vi ville ikke være for faglige, ej heller for (u)seriøse. Det var hele tiden en balancegang – igen uden at vide, hvem der var modtageren i den anden ende.

Vi fik brainstormet os frem til vores slogan 'Har festen været for længe?', som vi syntes afspejlede et budskab med alvor og lethed på samme tid – noget, som også afspejlede os som team. Rådgivningscenter København (RCK) havde ikke så mange PR-erfaringer at trække på, så vi besluttede at tænke i nye baner: Vi valgte at se PAS som et privat firma, der skulle tiltrække nye kunder.

I samarbejde med vores søsterprojekt i Odense lavede vi en folder, som vi sendte ud til praktiserende læger, speciallæger og psykologer i Storkøbenhavn og omegn. Ved hver henvendelse til PAS registrerer vi, hvor den enkelte har fundet ud af, at vi eksisterer. Umiddelbart er det folderen hos lægen, der har resulteret i flest henvendelser. Søgeoptimering på hjemmesiden og radiospotter ligger også i toppen af effektive PR-metoder til PAS' målgruppe. Vi har eksperimenteret med biografreklamer, filmreklamer i DSB-togene, Go-Cards, viralvideo (en video, som spredes via sociale medier), annoncer i gratisavis, udsendt pressemeddelelser samt stillet op til diverse interviews til såvel aviser som tv. De fleste af metoderne har ikke tidligere været brugt i RCK, men det har været en brugbar viden, som RCK har valgt at drage nytte af ved fx selv at lave radiospot.

Det er tydeligt for os, at PR-indsatsen har båret frugt. Vi er tilsyneladende blevet kendt i bybilledet, og nu er det 'mund-til-øre-metoden', de fleste kender os fra. Vi møder mange af deltagerne venner, kæresten og familiemedlemmer, som er blevet inspireret til forandring og til at lægge stofferne på hylden.

Nyt koncept: selvhjælpsgrupper

I PAS har vi lavet et nyt tiltag ved at uddanne nogle stoffri brugere til - på frivillig basis - at være facilitatorer for nogle stoffri selvhjælpsgrupper, som kan køre videre uden for PAS' regi.

Erfaringen og forskningen viser, at jo længere man forbliver stoffri, jo større er chancen for også at opnå varig stoffrihed. Mødet med andre i samme situation i de stoffri grupper giver stor motivation og støtte til at holde fast i stoffriheden.

Konceptet hedder Smart Recovery¹ og er RCK's nye tiltag som et (efterspurgt) alternativ til Minnesota-modellens selvhjælpsgrupper (MA, NA, AA m.fl.) og en del af kommunens målsætning om at fastholde den opnåede stoffrihed. Grupperne er baseret på kognitive principper og er et tilbud til de københavnske borgere, som har været i behandling og ønsker at vedligeholde deres stoffrihed. De, som har været indskrevet i PAS, kan dog også benytte sig af tilbuddet. Indtil videre er der tre facilitatorer, som p.t. benytter PAS' lokaler på H.C. Andersens Boulevard centralt i København til at facilitere grupper

Københavns Kommune har pr. 1. januar 2013 ansat en frivillighedskoordinator – som p.t. arbejder i PAS – til i 30 timer om ugen at koordinere disse grupper samt oplære nye facilitatorer. Vi så derfor en mulighed for at 'tyvstarte' tilbuddet i PAS, så vores deltagere kunne fortsætte efterbehandlingen i disse grupper efter Smart Recovery-konceptet.

Vi har nu fået selvhjælpsgrupperne til at fungere uden vores direkte deltagelse, men med supervision til facilitatorerne om mandagen, og har desuden mulighed for hver torsdag at tilbyde Smart Recovery via frivillighedskoordinatoren uden for PAS på Amager. Deltagerne har således mulighed for at deltage i selvhjælpsgrupperne op til to gange om ugen, hvis de ønsker det. Vi oplever, at målgruppen i PAS generelt har travlt med arbejde, studie, familie m.m., så derfor spiller fleksibiliteten i tilbuddets åbningstider en central rolle

I PAS ser vi selvhjælpsgrupperne som en naturlig del af det at være i behandling. Vi giver gerne deltagerne billedet af, at primærføreløbet er ligesom at tage kørekort (blive stoffri). Efterbehandlingen er der, hvor de skal lære at køre – dvs. leve det stoffri liv og finde tilbage til den, de var, før stofferne blev et problem, og lære at tackle livet på en for dem meningsfuld måde.

Krop og sind forbindes

Mindfulness er blevet en mere og mere central del af behandlingen. Vi har igennem projektføreløbet valgt at have fokus på at guide deltagerne til at blive mere til stede i nuet og mærke sig selv. Det er vores erfaring, at man via simple øvelser bl.a. kan hjælpe deltagerne til at blive mere til stede, mere kærlige og ikke-dømmende over for sig selv og omgivelserne og på den måde nedsætte stressniveauet. Hver gruppesession starter og slutter således med en grounding/afspændingsøvelse, ligesom vi taler om det at være opmærksomme på en

accepterende og ikke-vurderende måde som en naturlig del i behandlingen.

Yoga med fokus på åndedrættet har resulteret i mange tilbagemeldinger fra glade deltagere om, at yogaen i PAS har gjort en betydningsfuld forskel for dem. De fortæller, at de har opnået større kontakt med sig selv og dermed har været i stand til at træffe nogle bedre beslutninger for sig selv – ikke bare i forhold til stoffer, men også i forhold til relationer.

Et samarbejde med Jakob Lund fra Breathe S.M.A.R.T.², som udbyder et 5-dages aftenkursus i yoga, meditation og åndedrættsteknikker, har vist sig at være en stor succes. Kurset er meget efterspurgt. Langt de fleste deltagere på kurset melder tilbage, at de har været rigtig glade for det og oplever at være nået et spadestik dybere i forståelsen af sig selv. Lige præcis det at nå ind til en spirituel del af sig selv oplever vi er af stor betydning for at opnå et solidt fundament for et stoffrit liv. Nye undersøgelser i USA (www.nicabm.com) understøtter vores erfaring og belyser effekten af, at den enkelte får et bevidst forhold til sin egen spiritualitet. Alle medarbejdere i PAS har selv gennemført Breathe S.M.A.R.T.-kurset for at prøve det på egen krop, og nogle af os bruger metoderne dagligt.

PAS har desuden rigtig god erfaring med et samarbejde med Lærke Illemand, der arbejder som kropsterapeut, uddannet inden for body-sds.³ Fem deltagere ad gangen bliver tilbudt tre body-sds-kropsbehandlinger med tre ugers mellemrum. Fælles for deltagerne er, at de er stoffri og arbejder aktivt med egne grænser. Åndedrætsterapi er en central del i kropsbehandlingen og giver den enkelte mulighed for at blive bedre til at rumme de følelsesmæssige tilstande. Det er en meget konfronterende behandlingsform, og vi vurderer derfor nøje, hvorvidt deltageren er et sted i sin udvikling, hvor han/hun kan rumme behandlingen og ikke mindst få noget brugbart ud af den. Efter 1. behandling holder vi et møde med Lærke, hvor vi gennemgår body-sds-deltagerne – for at bringe evt. opmærksomhedspunkter i forhold til den enkelte deltager frem samt sikre en rød tråd mellem kropsbehandlingerne og samtaleforløbene ved, at vi har fokus på mulige løsninger via hhv. krop (body-sds) og sind (samtaler). Body-sds har vist sig at være et rigtig godt supplement til 'tale-behandlingen' fra grupperne i PAS. Deltageren fremstår mere 'grounded' og har ofte fået mere 'bund' i sig selv – specielt deltagere med kokain-afhængighed eller de 'hurtige' stoffer.

Behandlerne i PAS har alle selv prøvet at ligge på briksen, og nogle af os har selv glæde af behandlingerne i fritiden.

At være behandler

Vi har i løbet af projektperioden erfaret vigtigheden af at forene krop og sind i behandlingen, hvilket forudsætter, at behandlerne selv lever ud fra disse principper og således formår at møde deltagerne på en autentisk måde. Det er vores erfaring, at deltagerne er yderst reflekterende og agerer kritisk over for de ting, som bliver fremlagt. De stiller store krav til behandlerne og vil ikke 'spises af' med nogle indstuderede meldinger eller faglige analyser. De ønsker at blive mødt i øjenhøjde på en fordomsfri og kærlig måde. Hos os er deltagerne ikke bare gæster, men en del af PAS, hvilket bl.a. betyder, at de tager ansvar for at lave kaffe og te før sessionerne og rydde op efter sig. Her er ingen forskel på personale- og klienttoiletter – en ydre ting for at vise, hvordan vi ser på deltagerne. Vi er i gang med at udarbejde nogle spørgsmål til deltagerne for at spørge, hvad det optimale vil være for dem med hensyn til tidspunkter for gruppesessioner, yoga, akupunktur samt planlægning af efterbehandling. Vores mantra er, at vi ønsker at møde deltagerne, som vi gerne selv vil mødes. Det kunne lige så godt være os selv, for (næsten) alle har en afhængighed, hvad enten der er tale om stoffer, sukker, kaffe, cola, cigaretter, træning, shopping m.m. – og det kunne jo lige så godt være en af os behandlere, der skulle i behandling for en afhængighed. Når vi omtaler forskellige afhængigheder på den måde, kan det være med til at gøre oplevelsen af at have en stofafhængighed mindre skamfuld og mindre farlig at røre ved. Deltagerne i PAS har en stofafhængighed, andre har noget andet. Fælles for os er, at vi kan vælge at kigge på den, byde den indenfor og være nysgerrig efter at udforske den – og lade det være kilden til en livsforandring, som tager os i en ønsket retning. Måske kan afhængigheden ligefrem ses som en gave til at udvikle sig selv og nå ind til sig selv på et dybere plan?

Kulturen i PAS

Som projektleder i PAS har det været vigtigt for mig at skabe en kultur, hvor vi har rum til at være os selv og møde alle i øjenhøjde – hvad enten det drejer sig om deltagere eller kollegaer.

Vi har en løsningsfokuseret tilgang i behandlingen, som bunder i socialkonstruktivisme – og her er der

ikke én sandhed, men mange sandheder. Vi har som behandlere naturligvis en viden og erfaring mht. stofferne og brugen af disse. Men det er min overbevisning, at vi ikke er eksperter i, hvad der er meningsgivende for den enkelte. Vi kan kun hjælpe deltagerne til selv at finde ud af, hvad der giver livet mening og værdi for dem. Jo mere åbne, anerkendende, lyttende, nysgerrige og fordomsfri vi kan være i forhold til de mennesker, vi møder og tror på de bedste hensigter – jo mere tror jeg på, at man vil føle sig set og respekteret. Jeg tænker, at det kræver en vis ydmyghed at møde mennesker på denne måde.

I PAS lægger vi også vægt på selv at leve det, vi giver videre. Hvordan kan vi ellers give det videre til andre? Når vi i grupperne taler om fx egenomsorg, så er forudsætningen for at være autentisk i rollen som behandler, at vi behandler os selv kærligt ved at have fokus på at gøre gode ting for os selv såsom at spise varieret, bevæge os, få vores nattesøvn m.m. Drager vi ikke omsorg for os selv, vil det efter min mening derfor fremstå hult. Vi hverken er eller skal være 'super-mennesker' som behandlere i PAS. Men jeg holder fast på, at vi skal være autentiske i mødet med andre. Det skylder vi vores medmennesker. Det kræver et konstant fokus, og derfor har jeg valgt at give os mulighed for at lave en mindfulness øvelse eller en meditation på 20 min. Hver dag i arbejdstiden – for at vi kan pleje kontakten til os selv, også i en travl hverdag. Som et gammelt Zen-ordsprog siger: 'Du skal meditere 20 minutter dagligt, medmindre du har travlt; så skal du sidde en time.' I PAS prioriterer vi at have tid til at mærke os selv, for vi mener, at det er den bedste forudsætning for at være nærværende i forhold til andre i det arbejde, vi udfører.

Tilpasning & fleksibilitet

Jeg ser ligeledes en stor vigtighed i, at deltagerne kan mærke, at vi brænder for vores arbejde i PAS, og at vi oprigtig gerne vil hjælpe dem. Vi giver dem ansvaret for at lave den ændring, de ønsker – og lader dem vide, at vi er der. Det er igennem projektperioden blevet tydeligt for mig, at PAS' målgruppe ikke kan passes ind i det offentlige system, fordi det er en gruppe, som har travlt med karriere, studier og familieliv og derfor ikke altid har mulighed for at møde inden for almindelig kontortid. Vi er nødt til at tilpasse os deres behov og holde åbent på 'skæve' tidspunkter. Det forudsætter en fleksibilitet fra vores side, og takket være et yderst fleksibelt team har vi kunnet imødekomme

deltagerne behov. Jeg tror, at det bliver nødvendigt at reformere hele tænkningen omkring åbningstider, indskrivningslængde, og hvad der ellers er 'normalt' i behandlingsverdenen. Vi møder mennesker, som ikke nødvendigvis har behov for at komme jævnligt i behandling, men stadig gerne vil være indskrevet. Vi har deltagere, som ønsker at 'have os i baghånden' og komme forbi og gøre status hver 2. - eller 3. måned. Sådan et behov imødekommer vi, selvom indskrivningslængden forlænges.

Fleksibiliteten kan efter min mening ikke lade sig gøre, med mindre man er indstillet på at bevæge sig væk fra, hvad man plejer at gøre. Derfor har det været en fornøjelse at opleve et PAS-team, der er villig til at 'tænke ud af boksen' og handle derefter. Det er med fuldt overlæg, at vi omtaler de indskrevne borgere som 'deltagere' og ikke 'klienter', fordi vi oplever, at vi også via sproget er med til at ændre diskursen for, hvordan vi møder deltagerne. Det kan være endnu en metode til, at mødet med den enkelte – efter min mening – bliver mere i øjenhøjde. Sproget har en stor magt, og jeg har stor respekt for de signaler, vi udsender med vores ord. En deltager er en person, som tager aktiv del i noget, og denne betegnelse synes jeg afspejler vores tilgang til de mennesker, vi møder i PAS: Vi lægger ansvaret over til dem, og *de* er de aktive på deres vej mod et stoffrit liv.

Tilgangen og forholdet til vores omgivelser taler vi om i det daglige, men vi har det 'rammesat' ved vores teammøder én gang om ugen samt hver 3. uge, hvor vi har sags-supervision med en supervisor, som ud over at være uddannet psykolog også er mindfulness-instruktør. Vi oplever på den måde at blive 'behandlet' af en, som bruger den samme tilgang som os selv – og dermed sluttet ringen.

Fremtiden

Vi vil i PAS gerne arbejde videre på mindfulness-delen og afprøve et 8-ugers mindfulness-baseret tilbagefaldsforebyggelses program, som man har gode erfaringer med i Odense. Derudover er vi p.t. i gang med at sammensætte et efterbehandlingsforløb, som vi gerne vil afprøve – en efterbehandling med nogle dybere temaer og med en længere mødefrekvens. Men først vil vi spørge deltagerne, hvad der giver mening for dem – det er jo trods alt dem, der er eksperterne i deres eget liv. ■

DORTEA NIELSEN
PROJEKTLEDER I PAS KØBENHAVN



NOTER

- 1 Smart Recovery er et amerikansk-udviklet selvhjælpskoncept baseret på kognitive principper. Ønsker du at vide mere om Smart Recovery, kan du læse mere på: www.smartrecovery.org/ - eller ringe til Københavns Kommunes frivillighedskordinator, Bendt Skjold Hansen på tlf. 23 26 20 78.
- 2 Breathe S.M.A.R.T. (Stress Management And Rehabilitation Training) : www.breathesmart.dk/
Se også www.stofbladet.dk/6storage/586/15/stof7.50-54_.pdf,
- 3 Body-sds: www.body-sds.dk/filosofi

FRA PSYKIATRI TIL STOFMISBRUG – OG TILBAGE IGEN

En forsker ser tilbage på sin vej gennem misbrugsfeltet, hvor psykiatrien fylder mere og mere.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Jeg har gennem de sidste 12 års forskningsprojekter fulgt en kurs fra psykiatri til stofmisbrug og har i den forbindelse haft mulighed for at følge, hvordan relationen mellem de to områder har ændret sig i denne periode. Denne artikel beskriver kort nogle af disse udviklinger.

Patienter, der udfordrer behandlingen

Fra 2001 til 2005 var jeg ansat på Retspsykiatrisk afdeling, Sct. Hans Hospital, først som projektmedarbejder og senere som ph.d.-studerende. Formålet var at undersøge, hvordan psykiatrisk personale forstod - og arbejdede med - den anderledes kulturelle baggrund hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Baggrunden for at lave undersøgelsen var, at man i retspsykiatrien gennem en årrække havde oplevet et stigende antal patienter med anden etnisk baggrund end dansk. På nogle af sengeafsnittene var op til 80 % af patienterne etniske. Personalet var usikkert på, hvordan de skulle håndtere denne situation, hvordan det påvirkede miljøet på sengeafsnittene, om deres behandling skulle justeres og i så fald hvordan.

Analysen viste, at spørgsmål om patienternes etniske baggrund primært blev rejst, når man havde patienter, som man havde svært ved at etablere en behandlingsalliance med. Det vil sige, at når man havde en patient med anden etnisk baggrund end dansk, hvor behandlingen forløb tilfredsstillende, og man var i stand til at etablere en behandlingsrelation til patienten, blev patientens etnicitet sjældent nævnt. Havde man derimod et patient med anden etniske baggrund end dansk, hvor behandlingen var vanskelig, blev patientens etniske baggrund rejst som en mulig forklaring på, hvorfor behandlingen fungerede dårligt.

Med andre ord så var spørgsmålet om patienternes etnicitet primært et spørgsmål om relationen mellem patienter og personale og mindre et spørgsmål om patientens baggrund.

Analysen viste også, at den etniske baggrund hos nogle patienter ikke var det eneste forhold hos patienterne, som personalet brugte som en forklaring på, hvorfor behandlingen i nogle tilfælde ikke lykkedes. Andre mulige forklaringer var, om patienten havde en personlighedsforstyrrelse – i personalets sprogbrug 'var afvigende'. Eller om patienterne havde et stofmisbrug. Det vil sige, at hvis personalet oplevede vanskeligheder i behandlingen af en patient, og denne patient havde et stofmisbrug, blev stofmisbruget angivet som en mulig forklaring på, at behandlingen ikke fungerede normalt.

En anden del af analysen pegede på, at de problemer, som personalet trak på som mulige forklaringer, som regel var problemer, som de ikke havde gode muligheder for at behandle. Den behandlingsteknologi, som personalet på de retspsykiatriske afdelinger havde til rådighed, var primært antipsykotisk og beroligende medicin og miljøterapi. Dette er behandlingstiltag, som er velegnede til at behandle skizofreni, men som ikke er særligt velegnet til at behandle f.eks. personlighedsforstyrrelser eller stofmisbrug. Patienter med disse problemer udfordrede dermed den behandling, som afdelingerne kunne tilbyde. Personalet havde dengang – for ca. 10 år siden – meget lidt at tilbyde patienter, som også havde et stofmisbrug. Situationen på de retspsykiatriske sengeafsnit mindede altså om den situation, som overlæge i Team for Misbrugspsykiatri, Lars Merinder, beskrev i sin artikel i STOF nr. 9 i 2007, da han karakteriserede mennesker med psykisk sygdom og stofmisbrug som 'psykiatriens stedbørn'.

2012

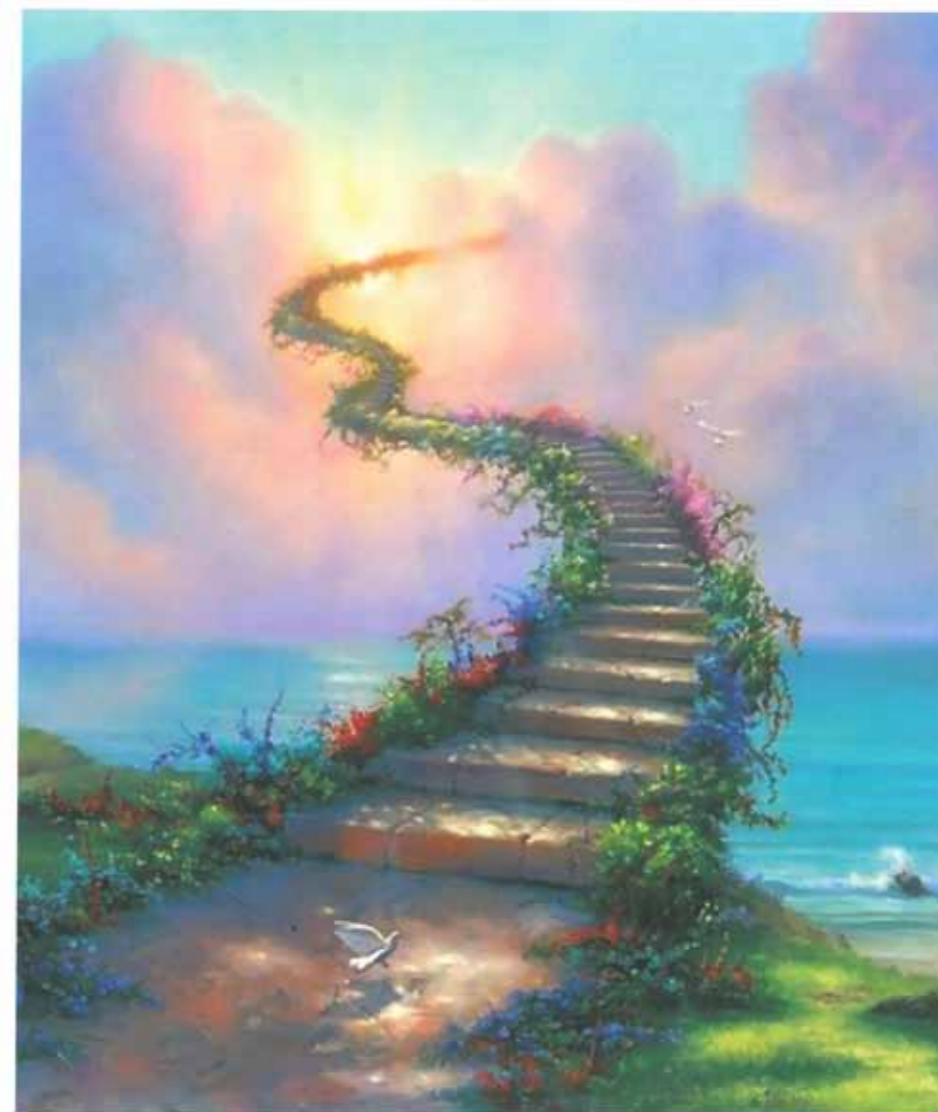
STOF nr. 19.#

At vi kalder tingene noget andet ændrer selvfølgelig ikke virkeligheden. Men jeg er socialkonstruktivistisk nok til tro, at vores måde at tale om virkeligheden på er med til at påvirke den, og hvis vi kan komme af med forestillingen om afhængighed som en kronisk, recidiverende hjernesygdom, ville noget være vundet.

Hvad skal vi stille op med begrebet afhængighed?
Af Peter Ege

STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET



NR. 19. SOMMER 2012



ANDRE STOF-ARTIKLER:

Katrine Schepelern Johansen har skrevet flere artikler til STOF om behandling af dobbeltdiagnose og lægeordineret behandling med heroin – find dem på www.stofbladet.dk. Læs også Psykiatriens stedbørn af Lars Merinder i STOF nr. 9



KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN
PROJEKTLEDER, PH.D.
KORA

Dobeltdiagnose

Efter ph.d.en fik jeg mulighed for at lave en undersøgelse over flere år af behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere – også kaldet personer med dobbeltdiagnose – i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS). KABS havde i 2004 etableret et behandlingstilbud målrettet den tunge del af dobbeltdiagnose-gruppen: mennesker med psykose og opioid-misbrug, og de ville gerne have dokumenteret, hvad behandlingen gik ud på, og hvordan den organiseres, som man havde valgt, adresserede nogle af de problemer, der traditionelt har været ved behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Så nogle af de patienter, som jeg havde set blive ekskluderet i retspsykiatrien, fik her et mere målrettet tilbud ved behandlingen af både misbruget og den psykiske sygdom. Undersøgelsen foregik fra 2005 til 2008, og resultater fra denne undersøgelse er afleveret blandt andet i en række artikler publiceret her i STOF.

Mennesker med en dobbeltdiagnose har generelt en dårligere prognose end mennesker med enten misbrug eller psykisk sygdom. Dette skyldes, at problemerne synes at gøre hinanden værre, og at behandlingssystemerne er dårlige til at rumme disse mennesker og behandle deres problemer. Behandlingen har traditionelt været placeret i to forskellige systemer: det psykiatriske og det misbrugsbehandlende system, og det har så været op til det enkelte menneske at koordinere to forskellige behandlingstilbud og at integrere de to, ofte meget forskellige, behandlingstilgange. Derudover har der været en tendens til, at det psykiatriske behandlingssystem primært har fokuseret på stofmisbruget og derfor har ment, at misbrugsbehandlingssystemet havde det primære behandlingsansvar. Og tilsvarende har misbrugsbehandlingssystemet primært fokuseret på den psykiske sygdom og derfor ment, at det var en opgave for psykiatrien. Resultatet har ofte været, at mennesker med en dobbeltdiagnose, og dermed et dobbelt behandlingsbehov, slet ikke fik behandling. Situationen er blevet beskrevet som, at mennesker med en dobbeltdiagnose falder mellem to stole.

Behandlingstilbuddet, som jeg undersøgte, havde søgt at imødekomme disse problemer ved at integrere behandlingen af den psykiske sygdom og stofmisbruget hos disse mennesker. Der var således

behandlingskompetencer inden for både misbrug og psykiatri til stede inden for de samme mure, så de, der var i behandling, kun skulle ét sted hen for at modtage behandling og således, at det primært var behandlingstilbuddets ansvar og opgave at integrere behandlingen. Derudover arbejdede man med en meget intensiv form for kontaktpersonsystem eller case management, hvor der var én blandt personalet, der havde det primære behandlingsansvar for det enkelte menneske med dobbeltdiagnose. Dermed fik man reduceret problemerne med, at disse mennesker synes at forsvinde i de komplekse behandlingssystemer, hvor ingen ofte rigtig ønsker ansvaret for dem, der er vanskelige at behandle.

Der er gennem de senere år kommet en stadig større interesse for dobbeltdiagnoseområdet, selv om vi i Danmark endnu ikke har fået nogle egentlige retningslinjer for behandlingen på området, sådan som vi har set det fra Sverige og Norge. Men vi har fået Dansk Fagligt Netværk for Dobbeltdiagnose, og Sundhedsstyrelsen har på meget overordnet niveau i deres vejledning om den lægelige behandling i forbindelse med substitutionsbehandling placeret ansvaret for de forskellige sværhedsgrader og kombinationer af psykisk sygdom og stofmisbrug hos henholdsvis det psykiatriske behandlingssystem og stofmisbrugsbehandling. Vi har haft en række lokale udviklingsprojekter, hvor man har arbejdet med at etablere et integreret behandlingstilbud – f.eks. Skanderborgsprojektet og Projekt Bedre Udredning i Århus, som nu skal afprøves i flere kommuner. Og vi har fortsat nogle få egentlige behandlingstilbud til målgruppen. Om det på sigt kan manifestere sig i et egentligt fagligt løft på dobbeltdiagnoseområdet, eller om behandlingen stadig primært vil være overladt til lokale tilbud og midlertidige projekter, er fortsat et åbent spørgsmål.

Misbrugsbehandling i psykiatrien/ psykiatri i misbrugsbehandlingen

Men spørgsmålet om de egentligt dobbeltdiagnosticerede – dvs. de alvorligt sindssyge med alvorligt misbrug, der formentlig skal behandles i særligt integrerede tilbud – er dog kun en del af historien. I misbrugsbehandling og i psykiatrien er der gensidigt kommet en større interesse for faglig kunnen i henholdsvis psykiatri og misbrug.

Inden for psykiatrien kan man finde enkelte steder, hvor man i højere grad søger også at arbejde med stofmisbrug. I 2010 fik jeg mulighed for at vende tilbage til retspsykiatrien for en kort periode med henblik på at lave en kortlægning over udviklingen inden for dette psykiatriske subspecialt gennem de sidste ca. 10 år (Jacobsen & Johansen 2011). Et af de områder, hvor der var sket en udvikling, var inden for misbrugsbehandling. Flere af de retspsykiatriske afdelinger havde i højere grad taget det forhold til sig, at en relativ stor andel af deres patienter også har et stofmisbrug, og havde inddraget behandlingstilbud og -programmer rettet mod stofmisbrug; bl.a. motivationssamtale og forskellige kognitive programmer. På landets største retspsykiatriske afdeling på Sct. Hans Hospital har man f.eks. etableret et egentlig sengeafsnit for mennesker, der ønsker at komme ud af deres hashmisbrug under indlæggelse. Det retspsykiatriske personale fortalte dog også, at de mente, at det primært er, fordi retspsykiatriske patienter er indlagt over lang tid, at de er blevet tvunget til at arbejde mere seriøst med patienternes stofmisbrug. Hvis man kun har patienterne indlagt nogle få dage eller uger, som det er vilkårene på de almindelige psykiatriske afdelinger, er stofmisbruget fortsat noget, der i vid udstrækning kan ignoreres og bliver det. At psykiatriske patienter med et stofmisbrug fortsat har vanskelige vilkår i almenpsykiatrien, kan bl.a. midtvejsevalueringen af Projekt Socialsygeplejerske i Psykiatrien bevidne (Ludvigsen 2012).

Også i misbrugsbehandling er der gennem de seneste år kommet et stadig stigende fokus på mulig psykisk sygdom hos stofmisbrugerne. Jeg har gennem de sidste 7 år – dels i forbindelse med ovennævnte projekt om dobbeltdiagnose og dels i forbindelse med et forskningsprojekt omkring behandlingen med lægeordineret heroin – været i kontakt med misbrugsbehandlingssystemet, særligt i Københavns-området. Her har det været tydeligt, at spørgsmålet om, hvor-

vidt stofmisbrugerne også har en psykisk sygdom, er blevet et spørgsmål, der trænger sig mere og mere på. Dette skyldes dels, at forskningen peger på den store frekvens af psykisk sygdom hos stofmisbrugere, bl.a. personlighedsforstyrrelser, ADHD, depression og angst. Det er forskning, der også er kendt blandt misbrugsbehandlere. Det skyldes også en ændring – eller måske udvidelse – i forståelsen af, hvad stofmisbrug er for en størrelse, og hvor et begreb som 'selvmedicinering' af en ikke-diagnosticeret psykisk sygdom er kommet til at fylde mere som en mulig forklaring på brugernes stofmisbrug. Og endelig ser vi også en øget efterspørgsel hos stofmisbrugerne selv i forhold til psykologisk behandling og psykiatrisk medicin, ikke kun benzodiazepiner, men f.eks. også anti-depressiv medicin.

I den daglige praksis kan man altså spore eksempler på en større åbenhed og interesse for hinandens faglige tilgange og ressourcer – måske nok lidt mere hos misbrugsbehandling end hos psykiatrien. Der er dermed potentiale for et fagligt stærkere samarbejde. Om der også er politisk, bureaukratisk og administrativ interesse og ressourcer, er til gengæld, som nævnt, fortsat et åbent spørgsmål. Relationen mellem psykiatri og stofmisbrug vil på mange niveauer være et område, som det også vil være spændende at følge fremover. ■

NOTE

DSI, AKF & KREVI er blevet til **KORA**: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

LITTERATUR

- Lars Merinder: Psykiatriens stedbørn. I: STOF nr. 9, s. 28-29. 2007.
- Charlotte Bredahl Jacobsen & Katrine Schepelern Johansen: Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri. Dansk Sundhedsinstitut. København. 2011.
- Katrine Louise Bro Ludvigsen: Projekt Socialsygeplejer – i psykiatrien. Anden midtvejsstatus over Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb. KABS Viden. Glostrup. 2012.
- Sundhedsstyrelsen: Vejledning om lægelig behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. København: Sundhedsstyrelsen. 2008.

DOBBELTDIAGNOSE – SET FRA PROJEKT SOCIALSYGEPLEJE

Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er en tilbagevendende, kompleks og uafklaret diskussion. Stofbruget forhindrer den psykiatriske behandling, og de psykiatriske problemer forhindrer misbrugsbehandlingen.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN

Stofmisbrugere har ofte et problematisk og for kort indlæggelsesforløb på hospitalerne, ligesom mange patienter med en psykiatriske lidelse og et samtidigt misbrug falder mellem to stole. Dette til trods for, at disse patienter – hvad enten de henvender sig i somatikken eller psykiatrien – som regel har mange komplekse og behandlingskrævende problemstillinger. Patienter med stofbrug opleves i det etablerede sundhedssystem tit som besværlige og svære at samarbejde med. Tilsvarende kan disse patienter have dårlige erfaringer med tidligere indlæggelser/kontakt til systemet og derfor være på vagt over for personalet og forlade behandlingen, inden den er gået i gang eller er blevet færdig. Disse problemstillinger ønskede man med et 3-årigt udviklingsprojekt: *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb* at finde mulige løsninger på. I denne artikel vil jeg præsentere nogle af de udfordringer, som kom til syne i projektets psykiatridel, og hvad socialsygeplejersker bød ind med i forhold til disse udfordringer. Men først lidt om det samlede projekt:

Projekt Socialsygepleje

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb er et netop afsluttet 3-årigt udviklingsprojekt finansieret af satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen og forankret i KABSVIDEN under socialsygeplejerske Nina Brünés' ledelse. Projektets formål var at støtte og forbedre stofbrugeres indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospitalet og psykiatrien ved hjælp af socialsygeplejersker med ekspertise inden for såvel udsatte-, misbrugs- og psykiatriområdet. Projektet bestod af en somatisk og en psykiatrisk del, hvor hhv. to hospitaler

og to psykiatriske centre hver husede en socialsygeplejerske. Patientmålgruppen for projektets indsats var socialt udsatte patienter med stofmisbrug. Derudover havde projektet yderligere to målgrupper, nemlig sundhedspersonalet på hospitaler/psykiatriske centre og samarbejdspartnere i det kommunale system.

Den somatiske del startede i februar 2010 og løb frem til 30. november 2011, mens den psykiatriske del foregik i perioden august 2010 til 31. maj 2012. Ordningen i somatikken fik så stor succes, at den, allerede inden projektperioden var endeligt afsluttet, blev gjort permanent, således at man i dag har fastansat projektlederen i en overordnet faglig socialsygeplejekoordinator-funktion samt ansat en socialsygeplejerske på hhv. Bispebjerg, Hvidovre og Herlev Hospitaler. Det er endvidere besluttet på regionsniveau, at der ligeledes skal ansættes socialsygeplejersker på Rigshospitalet, Glostrup og Hillerød Hospitaler. I forbindelse med den psykiatriske socialsygeplejeindsats har Region Hovedstadens psykiatridel vurderet, at der ikke er brug for socialsygeplejersker, men at det psykiatriske personale har brug for den viden og kompetence som socialsygeplejerskerne bidrog med i projektets psykiatriske del.

I *Projekt Socialsygepleje – den gode indlæggelse* var de fire socialsygeplejersker tilsammen involveret i 1.011 patientforløb (heriblandt også patienter, der blev genindlagt i projektperioden). Den somatiske projektdel havde 704 patientforløb og den psykiatriske projektdel 307 patientforløb.

Undertegnede antropolog fulgte projektet tæt og foretog undervejs i projektperioden en kvalitativ undersøgelse af projektet baseret på interviews med patienter og personale samt deltagerobservation på de



involverede hospitaler og psykiatriske centre i relation til socialsygeplejerskernes arbejde og indsats. I den forbindelse er der udarbejdet to midtvejsstatusrapporter for hhv. projektets somatik- og psykiatridel.^(1,2) Interviewene omhandlede patienters og personales erfaringer med socialsygeplejerskerne, og hvad de bidrog med i det praktiske arbejde omkring denne patientgruppe, samt hvilke udfordringer og problemer parterne oplevede med behandlingen og indlæggelsen i forbindelse med det at være/have patient(er) med stofbrug. Ud over de to midtvejsstatusrapporter er den samlede indsats og erfaring med projektet ved at blive endelig analyseret. Den samlede analyse forventes afleveret i februar 2013. Dette sker i et samarbejde mellem COWI og KABSVIDEN.

En tilbagevendende diskussion: Hvad kom først?

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendte: Stofmisbrug optræder ofte i forbindelse med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer. Derudover viser undersøgelser, at der hos 60-70 % af stofbrugere i stofmisbrugsbehandling findes en psykiatrisk lidelse, og at livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 %.⁽³⁾ Der er imidlertid flere stofbrugende patienter med psykiatriske symptomer, som pga. stofbruget endnu ikke er færdigudredt psykiatrisk, fordi et aktivt brug af stoffer kan sløre eller fremme psykiske symptomer. I et af de kvalitative interview i projektets psykiatridel blev denne problematik italesat således:

'Når vi ser patienter med både misbrug og psykiatri, er den første overvejelse ofte: Hvad kom først? Det er tit meget svært at finde ud af; er misbruget symptomatisk, eller er det symptomgivende, primært eller sekundært til psykiatrisk lidelse? Problemet for os er, at vi mange gange har svært ved at komme videre i diagnosticeringsprocessen, når patienterne er aktivt misbrugende. Vi kan jo ikke vide, når fx en ung mand kommer ind i en psykotisk affekttilstand, om det er én, der er ved at udvikle en grundlæggende psykotisk lidelse, eller om det er én, der er blevet psykotisk, fordi vedkommende har indtaget stoffer. Hvis vi skal videre med det, så vil vi jo gerne se vedkommende stoffri, så vi kan gå videre med psykologer og psykiatere og begynde at afdække problemerne'.⁽²⁾

Spørgsmålet om, hvorvidt misbruget eller den psykiatriske lidelse kom først, er en tilbagevendende, kompleks og uafklaret diskussion. Patienten henvises til misbrugsbehandlingen for at blive stoffri, før psykiatrien kan gøre yderligere, men det er langt fra alle

patienter, der kan blive stoffri. Der er derfor patienter, som har samtidige misbrugs- og psykiske problemer, uden at de kan betegnes som dobbelt*diagnosticerede*. I stedet må vi nøjes med at kalde dem dobbelt*belastede*, for uanset diagnose eller ej er der ofte tale om mennesker med komplekse problemstillinger af såvel social, fysisk, psykisk og medicinsk karakter. Pga. problemernes modsatrettethed – altså, at stofbruget forhindrer den psykiatriske behandling, og de psykiatriske problemer forhindrer misbrugsbehandlingen – falder disse mennesker ikke kun mellem disse to behandlingssystemer, men også mellem andre instansers tilbud, der enten har svært ved at rumme dem pga. den ene eller den anden hovedproblematik eller udelukker dem pga. manglende psykiatrisk diagnose. En diagnose, som i flere tilfælde er adgangsgivende i forhold til forskellige tilbud og støtteforanstaltninger.

Projekt Socialsygepleje havde et overordnet mål om at sikre patienter med stofbrug lige adgang til behandling og helbredsfræmmende tilbud. Da en psykiatrisk diagnose er central for at få adgang til psykiatrisk behandling og ditto støtteforanstaltninger, var den psykiatriske diagnosticering i fokus. Socialsygeplejerskerne var med til at afdække patienternes stofproblematikker og indhentede oplysninger til misbrugsanamnesen, fordi den kan understøtte og kvalificere den efterfølgende diagnostik. Diagnosticering har dog både fordele og ulemper: Fordelene ved en psykiatrisk diagnosticering er helt overordnet, at behandlingen hermed kan målrettes den/de konkrete lidelse(r). Ligesom diagnosen som nævnt er adgang til relevante tilbud og støtteforanstaltninger. Derudover betyder det, at patientens symptomer tages mere alvorligt og ikke blot (bort)forklares med patientens stofmisbrug. Opfattelsen af patientens stofmisbrug vil da mere blive anset for at være en form for 'selvmedicinering' end at blive opfattet som 'selvforskyldt' eller et valg. For patienterne selv kan fordelene være lettelsen ved at få en forklaring (diagnose) på symptomer/problemer, som vedkommende måske igennem længere tid har lidt under og selv forsøgt 'selvmedicineret' med stoffer. Ulemperne i forhold til diagnosticeringen omhandler generelt den tidligere diskussion: at stofpåvirkning slører det kliniske billede, så man risikerer at fejldiagnosticere patienten. Ligesom ulemperne også kan omhandle patienters oplevelse af stigmatisering og objektgørelse ved at få en bestemt diagnose.

Organisering af dobbeltdiagnosebehandling

Men diagnosticering er ikke den eneste udfordring i forhold til patienter med samtidigt stofmisbrug og psykisk lidelse. Det handler også om måden, behandlingen er organiseret på, og hvordan de forskellige indsatser koordineres. Når man beskæftiger sig med dobbeltdiagnoseproblematikken i et behandlingsøjemed, skitseres der i litteraturen tre overordnede organiseringsmåder eller behandlingsstrategier:

- Sekventiel behandling
- Parallel behandling
- Integreret behandling

Den sekventielle (også kaldet den serielle) behandling er kendetegnet ved, at patienten først bliver behandlet for den ene lidelse det ene sted og siden får behandlet den anden lidelse det andet sted. Oftest er det misbruget, som i denne behandlingstilgang behandles først.⁽⁴⁾ I materialet fra socialsygeplejeprojektets psykiatridel var det denne tilgang, som synes at dominere opfattelsen af håndteringen af patienter med stofbrug, der endnu ikke var psykiatrisk færdigudredt. Forklaringen på, at stofbruget tænkes først behandlet, set fra et psykiatriperspektiv, hænger sammen med den forrige diskussion om, hvad der kom først: stofbruget eller de psykiatriske symptomer.

Den parallelle behandlingsstrategi, som er karakteriseret ved, at patienten er i behandling to forskellige steder samtidigt, var også synlig blandt projektpatienterne: Det kunne fx dreje sig om patienter, som var tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, hvor de modtog substitutionsbehandling, men som nu havde henvendt sig i psykiatrien med suicidalforsøg/tanker. Eller det kunne dreje sig om patienter, som var henvist til de privatpraktiserende psykiatere eller forskellige tilbud i distrikpsykiatrien og samtidig gik/var henvist til misbrugsbehandling for deres stofbrug mv. Set fra et brugerperspektiv er den parallelle indsats imidlertid krævende, da patienten dels skal forholde sig til to forskellige systemer med alt, hvad det indbefatter (forskellige personalegrupper, behandlingsplaner, regler, krav, transport mv.), dels kan patienten ikke være sikker på, at behandlingsindsatsen de to forskellige steder bliver koordineret med hinanden, hvorfor indsatserne vil kunne opleves som (og være) fragmenteret og løstrevet fra hinanden.

I den sidste behandlingsstrategi, integreret behandling, arbejdes der med stofmisbruget og den psykiske lidelse samtidig og på samme sted. Begge lidelser betragtes her som primære og håndteres derfor samtidigt. Der hersker bred enighed i forskningen om,

at denne tilgang til dobbeltbelastede mennesker er at foretrække. Der er efterhånden flere forsøg på at lave mere integreret behandling og med god effekt. Fx har man i KABS tilknyttet tre psykiatere, som tilsammen dækker fire dage om ugen til at udrede og behandle stofmisbrugeres psykiske lidelser – samtidig med behandling af deres misbrugsproblematikker. Et lignende eksempel er Projekt Bedre Udredning i Århus.⁽⁵⁾

I forhold til de to første behandlingsformer understøtter forskningen, at der her er brug for en koordineret indsats mellem de involverede behandlingssteder/systemer.⁽⁴⁾ Netop den koordinerende indsats blev meget central i socialsygeplejerskernes arbejdsopgaver såvel i somatikken som i psykiatrien.^(6,7) En opgave, som kan være svær (for ikke at sige umulig) for personalet selv at håndtere i samme grad som socialsygeplejersken. Såvel de kvalitative interviews som det øvrige projektmateriale viser, at den viden, socialsygeplejersken besidder dels om projektets målgruppe (hvad det vil sige at være stofbruger/socialt udsat mv.), dels om sociale og kommunale tilbud og muligheder uden for hospitalet/psykiatrien, er vanskelig for det almindelige personale at holde sig kontinuerligt opdaterede om i en travl hverdag. Socialsygeplejerskernes kendskab kunne fx dreje sig om indsatser målrettet socialt udsatte mennesker (fx hjemløsetilbud, gadeplansmedarbejdere) eller indsatser ift. stofmisbrugsproblematikker (fx døgnbehandlingssteder) osv.

Aktionsdiagnoser og accelererede patientforløb

Når socialsygeplejerskernes koordinerende indsats er blevet så central, handler det bl.a. om, at vores sundhedssystem i dag er kendetegnet ved specialisering og effektivisering. I psykiatrien opererer man således med begreber som 'accelererede patientforløb' og 'aktionsdiagnoser'.⁽⁸⁾ Disse begreber er en del af en tid, hvor en skærpet monitorering af ressourcebehovet omkring hver patient hører til den overordnede politik på området. *Accelererede patientforløb* skal bl.a. sikre, at ingen forbliver unødigt indlagt, men at der derimod er et flow i hospitalspsykiatrien, så der er let adgang for akutte psykiatriske patienter døgnet rundt uden ventetid. Derudover har forskning peget på, at lange indlæggelser ikke altid er godt for patienten. (fx 4) *Aktionsdiagnosen* er den (aktuelle) diagnose/årsag til indlæggelsen. Når aktionsdiagnosen er forsvarligt håndteret, er patienten i princippet færdigbehandlet fra den (specialiserede) akutte psykiatri, som herefter kan afslutte og udskrive patienten eller henvise ved-



ANDRE STOF-ARTIKLER:

NR.16, 2010: SYGEPLEJE TIL INDLAGTE PATIENTER MED ET STOFBRUG.
 NR. 10, 2007 : SOCIALSYGEPLEJE OG KONFLIKTFORBYGGESE.
 NR. 2, 2003: STOFMISBRUGSBEHANDLING IND I SYGEPLEJERSKERNES PENSUM.



KATHRINE BRO LUDVIGSEN
 ANTROPOLOG
 PRAKSISFORSKER PÅ KABS

kommende til andre instanser. Denne praksis forklares på følgende måde i et af de kvalitative interviews:

'Man arbejder ud fra det, der hedder accelererede patientforløb: Alt det, der er i hospitalspsykiatri, det er det akutte og intensive. Så man skal ret hurtigt have afklaret: Hvad er det, vi sender videre til? Man kan ikke hænge i dette system i længere tid. Det kræver en del af kompetencerne hos dem, der nu engang vurderer på det korte tidsrum, man har. Det er en lang diskussion, både noget med økonomi og alt sådan noget. Men bestemt også en ideologi om, at folk måske er bedre tjent med at blive behandlet ude i det lokale eller ambulante miljø eller hjemme fra'. ⁽²⁾

Der er imidlertid en hage ved effektiviseringen og specialiseringen i forhold til denne patientgruppe:

For det første kan patientgruppens komplekse problemstillinger og dobbeltbelastning som nævnt sjældent rummes i ét system, men bliver fragmenteret i flere specialer på grund af sundhedssystemets organisering. Dertil kommer at hvert behandlingssted hurtigt sender patienten videre for at leve op til krav om effektivisering, patientflow og økonomi. Men der er brug for at tænke meget bredt ift. dobbeltbelastede patienter, som fx artikelseerien i STOF om KASA adresserer. ⁽⁹⁾

For det andet synes det effektive sundhedssystem at være baseret på en forventning om, at patienten tager ansvar for eget helbred og aktivt deltager i sin behandling før, under og efter indlæggelsen. Men disse patienter har svært ved at leve op til kravet om ansvar for egen behandling og sundhed og svært ved fx at møde op på det sted, de er videregivet til. Denne problematik er også velkendt blandt psykiatripersonalet, som det fremgår af følgende citat:

'Altså, den klassiske patient er den alkoholiker, der kommer ind til afrusning for 17. gang [] når de fysiske symptomer, så er velbehandlede, og patienten er kommet til sig selv, og der i øvrigt ikke er tungere psykiatri i det, så udskriver vi patienten med en brochure og regner med, at patienten så får henvendt sig i et alkoholambulatorium og får fortsat sin antabusbehandling og får snakket om sit alkoholmisbrug og får styr på det. Så føler vi ligesom, at så har vi ryggen fri; vi har behandlet patienten akut, tænkt langsigtet. Men så regner vi med, at andre tager over, og vi regner ikke mindst med, at patienten selv tager et ansvar. I 9 ud af 10 tilfælde får vi folk tilbage igen, fordi de kom-

mer hjem. De får ikke kontakten lænkeambulatoriet, og de får ikke mere end den antabus, vi har givet dem. De kan begynde at drikke allerede et par dage efter'. ⁽²⁾

Den klassiske misbrugspatient er en alkoholiker

Ud over udfordringerne i forbindelse med håndtering af dobbelt diagnosticerede/-belastede patienter vil jeg som det sidste nævne en problematik, som blev meget synlig undervejs i projektet og i den kvalitative undersøgelse: nemlig psykiatriens fokus på alkoholpatienten, når man taler om patienter med misbrug. I de kvalitative interviews blev der spurgt direkte ind til udfordringer og erfaringer med patienter med stofbrug, men når personalet skulle konkretisere deres erfaringer, omhandlede deres eksempler ofte alkoholpatienter (som i forrige citat). Det interessante i denne observation er, at personalet viste en langt større indsigt i patienter med alkoholmisbrug end i patienter med stofmisbrug, og at denne viden flere gange pr. automatik blev omsat til stofmisbrugere. Eksempelvis oplevede socialsygeplejerskerne, at patienter med stofrelaterede abstinenssymptomer blev scoret ud fra alkoholabstinensskemaer og håndteret herefter. ⁽⁷⁾ Selvom det er velkendt, at stofbrug er hyppigt blandt psykiatriske patienter, er det ikke et emne, der er særlig fokus på i den psykiatriske praksis. Man henviser generelt patienten til stofmisbrugsbehandlingen for hjælp der. Forklaringen på, at der er fokus på alkoholabstinenssymptomerne, er ifølge personalet, at alkoholabstinenssymptomer kan være livsfarlige. Der er således flere retningslinjer og redskaber ift. patienter med alkoholmisbrug, end når det drejer sig om patienter med stofmisbrug. Erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje peger generelt på, at der er et stort behov for undervisning af personalet om stoffernes virkning, abstinenssymptomer, medicinsk håndtering af disse og af substitutionsmedicin mv. ^(2,7)

Afsluttende kommentarer

Analysen af Projekt Socialsygepleje i psykiatrien peger på en række centrale områder, hvor mennesker med en dobbelt diagnose/dobbelbelastede er særligt udsatte. Hvor de enten falder ud eller igennem systemet og dermed ikke får optimal hjælp. Der er dels tale om, at psykiatrien tillægger diskussionen om, hvad der kom

først – misbruget eller den psykiske lidelse – en central betydning i forhold til spørgsmål om sygdommens ætiologi (eller oprindelse) og behandlingsansvaret. Socialsygeplejerskerne repræsenterer i det perspektiv en mere pragmatisk tilgang, hvor behandlingen af de pågældende patienter og deres problemer står centralt. Et andet punkt, som blev synligt med dette projekt, er det problematiske i, at behandlingen er organiseret i parallelle forløb, hvor det ofte overlades til det dobbeltbelastede menneske selv at koordinere enkeltdele i behandlingen. Erfaringerne med projektet peger også på, at de accelererede patientforløb risikerer at udstøde de patienter, som ikke passer ind i de planlagte forløb, og at de dobbeltbelastede ofte ikke gør det. Socialsygeplejersken har her en central rolle i forhold til den koordination, der ofte er behov for. Sidst, men ikke mindst synes psykiatriens erfaring og rutiner med alkoholmisbrugere nogle gange at danne præcedens for det arbejde, der trods alt gøres med dobbelt diagnosepatienter, hvilket ikke altid er hensigtsmæssigt. Erfaringerne fra projektet har synliggjort behovet for en faglig opgradering i psykiatrien i forhold til stofmisbrugsområdet – både i forhold til konkret viden hos de professionelle og i forhold til udarbejdelsen af vejledninger og instrukser.

Om nogle af disse problemområder vil blive adresseret af en evt. sammenlægning af psykiatri og misbrugsbehandling, som bl.a. foreslået af Danske Regioner, er et åbent spørgsmål. Men indtil eventuelle reformer på området besluttet, kan man passende udvide de vellykkede initiativer med fremskudt psykiatribehandling i misbrugsbehandlingen. For at der er

behov for initiativer til at sikre en bedre behandling af mennesker med en dobbelt diagnose – diagnosticerede eller ej – kan der næppe herske tvivl om. ■

Artikelse om *Projekt Socialsygepleje – Det gode patientforløb*. KABS VIDEN

Denne artikel er den første i en lille række af artikler om socialsygeplejerskernes arbejde med at forbedre stofbrugende patienters indlæggelse, udskrivelse og kontakt til hospital og psykiatri. *Projekt Socialsygepleje – Den gode indlæggelse* var forankret i KABS VIDEN, der er et videnscenter for stofmisbrug. Aktiviteterne i KABS VIDEN omfatter forskning, projekter, konferencer og publikationer. KABS VIDEN drives af KABS, som er Glostrup Kommunes misbrugscenter. Artiklerne om Projekt Socialsygepleje udspringer af en kvalitativ undersøgelse af projektet midtvejs i forløbet, analyser af det projektmateriale, som socialsygeplejerskerne løbende har nedfældet om hvert patientforløb samt en registerundersøgelse foretaget af COWI. Denne artikel beskriver projektets erfaringer i psykiatrien. Projektets erfaringer med somatiske patienter vil blive fulgt op i en senere artikel i STOF.

LITTERATUR

- Ludvigsen, K. B: Projekt Socialsygepleje (midtvejsstatus over projektets somatiske del). KABS VIDEN, juni 2011 (kan findes på: www.kabs.dk).
- Ludvigsen, K. B: Projekt Socialsygepleje – i psykiatrien. KABS VIDEN, 2012 (kan findes på: www.kabs.dk).
- Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen. 2008.
- Meuser, K. T.: Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. Guilford Press. New York. 2003
- Frederiksen, K. (red): Projekt Bedre Udredning Kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, Social- og Beskæftigelsesforvaltningen, Center for Misbrugsbehandling og Center Basen. 2009 (Projektet er tidligere nævnt i STOF: nr. 14: 60-63).
- Brünés, N. & Ludvigsen, K. B: kap. 2 i: Antologi over Projekt Socialsygepleje, KABS VIDEN, primo 2013 (under udgivelse).
- Ludvigsen, K. B: kap. 4 i: Antologi over Projekt Socialsygepleje, KABS VIDEN, primo 2013 (under udgivelse).
- PsykiatriNyt. Særnummer: Virksomhedsplan 2011. Region Hovedstadens Psykiatri. 2010.
- Johansen, K. S: fx Case Management – Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose. STOF nr. 9; s. 22- 27 (se hele artikelseerien om behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose i ambulatoriet KASA på www.stofbladet.dk.).
- Bengtsson, S.: Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. SFI. 2011.

FRA SOCIALT ARBEJDE OG HELHEDSTÆNKNING TIL DOKUMENTATION OG MARKEDSSTRATEGIER

En samtale med konsulent Ingelis Langgaard om 40 års misbrugsbehandling i Danmark: fra 70'ernes helhedsindsatser over 80'ernes nedskæringer og 90'ernes opgangstider til nutidens økonomiske krise og kommunale købmandskab.

AF MARIANNE BÆKBØL

I halvfjerdserne eksisterede ambulans behandling stort set ikke. Ville man i behandling, hed det døgnbehandling. Som oftest nåede et fuldt forløb op på 1½ til to års varighed, hvis man skulle arbejde sig igennem alle faser frem til udslusningen, og derefter stod den helt naturligt på langvarigt efterværn.

'Hele tankegangen var sådan, at man behandlede klienterne (som man kaldte dem dengang), som en helhed, fordi vi hurtigt og tydeligt så, at deres misbrug kun var en lille del af deres problemer. Man så opvækstvilkår og social arv som noget, klienterne skulle kæmpe med, og det gjorde, at man troede, at klienterne under behandling ikke kunne blive hjemme i miljøet, der hvor de boede. De skulle have en ny begyndelse,' fortæller Ingelis Langgaard om datidens tanker om døgnbehandling.

Og en ny begyndelse kunne de altså kun få ved at indgå i intensive forløb med førnævnte efterværn som afslutning.

Stoffrihed og korte nedtrapninger

Dengang i halvfjerdserne, da Ingelis startede som behandlingsassistent, som pædagoger blev kaldt dengang, var der kun ét universelt mål: stoffrihed. Begrebet 'graduerede behandlingsmål' var ikke opfundet. Klienterne kom med et misbrug, og det skulle de have værktøjer til at holde op med. Skadesreduktion var at ophøre, ikke at reducere. Reduktion var et begreb, der slet ikke fandtes i misbrugsbehandlingens daværende

ordforråd. Kun hos egen læge kunne man få metadon i længere perioder.

Ville man ikke i døgnbehandling, bestod misbrugscentrenes tilbud af kortvarige nedtrapninger på substitutionsmedicin. Det var ikke unormalt, at klienter havde 15-20 kortere nedtrapninger bag sig i løbet af få år.

'For nogle var det helt sikkert godt, at de kunne komme ind og være i langvarig behandling, hvor man havde tid til at opbygge gode relationer. Især for unge. Til gengæld var det hårdt, hvis man var voksen og ikke ville i døgnbehandling. Der var kun få muligheder for behandling i ens eget miljø, for der fandtes meget lidt ambulans eller dagbehandling. Man kan sige, at dengang var behandlingen ofte enten lidt for meget eller meget for lidt.'

Tænkning og menneskesyn

Halvfjerdserne var også præget af et andet syn på stofbrugere end i dag. Man opfattede endnu ikke stofmisbrug som et reelt problem. Stoffer var noget, man flirtede med, noget med ungdom. Man havde ikke set, at nogle blev hængende i stofferne, fordi de var socialt udsatte. Ingelis fortæller, at tænkningen derfor var præget af helt andre indfaldsvinkler.

'Det var provokerende at se berusede og påvirkede mennesker i bybilledet. Det var man ikke vant til, og de skulle derfor væk. Dels kunne man heller ikke rumme at se folk gå i hundene på samme måde, som vi kan i dag. Der var en anden medfølelse, empati, og erkendelse af, at det er en gruppe mennesker, vi som samfund må gøre noget for. I dag i 2012 kan vi

2010

STOF nr. 15.#

'Afhængighed har gennem tiden været forstået på mange måder og misforstået på endnu flere. Kendetegnene for de mindre heldige forståelser er en tilbøjelighed til overforenkling. Når forståelsen er enkel, er løsningen tilsvarende enkel... Forestillingen om, at den slavebindende rusgift blot skal slippe taget i sit offer gennem en afgiftning af passende varighed, har historisk set spillet en betydelig rolle - til ingen nytte og megen ulykke.'

'MU' - at omstille spørgsmålet.
Leder af Michael Jourdan.

STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET



NR. 15. SOMMER 2010

sagtens holde til at se på elendighed, og det er tilladt at sige alt muligt. For eksempel, at man har opbrugt sin behandlingskvote... Det er altså problematisk.'

Behandler – et spørgsmål om interesse

I misbrugsbehandlingens barndom så man også anderledes på uddannelse, end man gør i dag, hvor stort set alle inden for misbrugsbehandling som minimum har en social- eller sundhedsfaglig grunduddannelse.

'Dengang var der ikke de samme uddannelseskrav. Man havde den tankegang, at misbrugere var forskellige, og derfor var det vigtigt, at den forskellighed også var at finde blandt behandlerne. Man kunne blive behandler, hvis man for eksempel var journalist, præst eller tømrer. Det vigtigste var, at man havde overskud og gerne ville det her arbejde. Det handlede meget om, at man ville være med til at gøre en forskel. Metodemæssigt blev det afspejlet i, at der også var meget plads til forskellige initiativer og forsøg. Var der et behov, forsøgte man at komme det i møde.'

Det er ærgerligt, synes Ingelis, at denne bredde, helhedssynet og den lidt kreative tilgang til behandlingsområdet er blevet mindre. Alle inden for området ved meget om betydningen af at kunne sætte bredt ind, men i den virkelige verden er der ikke penge til at anlægge et helhedssyn.

'Der er mange ord, men de midler, der skal til for at lave den helhedsorienterede indsats, de er der bare ikke.'

Massiv lukning af døgninstitutioner

Efter de eksperimenterende halvferdseres store armbevægelser kom firserne, fattigfirserne. Med 'kartoffelkur' og nedskæringer på alle områder – også inden for misbrugsbehandling.

'Efter krise og besparelser, der gjorde, at området ikke var særligt prioriteret, blev en masse institutioner lukket ned i løbet af firserne. Til gengæld blev den ambulante behandling og dagbehandlingen opprioriteret, og det blev efterhånden temmelig vanskeligt for klienter, der havde brug for mere intensiv behandling, for i 1989 var nærmest alt lukket i forhold til døgnbehandling.

Det eneste alternativ til ambulante behandling var anbringelse i familiepleje, som blev benyttet en del. Københavns Amt havde familiepleje-teams både på Sjælland og i Jylland. Gravide, specielt belastede unge og familier var dem, der oftest kunne komme i familiepleje – ikke andre.'



'Det er slemt for mennesker, der har behov for denne hjælp til at tackle misbrug, at det næsten alene er økonomien, der bestemmer, hvad vi gør'

Ingelis Langgaard, konsulent i KABS.

Der var ansat konsulenter til at finde professionelle plejefamilier, hvorefter konsulenterne anbragte og fulgte klienten igennem forløbet, ligesom de løbende ydede supervision til familierne. Men store forandringer lå forude.

Oplomstring fulgt af nedsmeltning

Efter en lidt sløv begyndelse blev stofmisbrug i starten og midten af halvfemserne for alvor sat på den politiske dagsorden, overvejende anført af Minnesota-bevægelsen, der bedre end mange formåede at opnå politisk bevågenhed. Små og store primært 12-trins baserede døgninstitutioner skød op som paddehatte på en våd efterårsmark.

Samtidig blev misbrugsbehandling inklusive substitutionsbehandling lagt ind under amterne.

Det betød i de fleste amter, at misbrugscentre herefter varetog stort set al ambulante behandling, ligesom de visiterede til døgnbehandling. Det var tider med etableringstrang og rigelige ressourcer, og de fleste år bød på udbygning af tilbuddene til flere og flere relevante målgrupper.

'Området blev opprioriteret i de år, og amterne havde en tilpas størrelse til at løse opgaverne. Vi fik præcis ti år med amterne, og der blev aldrig evalueret på, hvordan det gik. Så overgik området i 2007 til kommunerne, hvor man, samtidig med at området skulle organiseres, blev ramt af økonomisk nedtur, inden man overhovedet fik fodfæste. Det har betydet, at i stedet for, at der bliver handlet ud fra viden om

behandling, er det nu blevet kommunernes økonomi, der fuldstændig styrer indsatserne. Det hele er blevet markedsgjort. Det er dem, der køber behandling, der definerer, hvad behandling er, og ikke behandlingssystemet, og det synes jeg er problematisk.'

Alle taber

Både brugere og ansatte kommer til at lide, når det er en stram økonomi, der definerer behandlingsrammen, mener Ingelis.

'Det er slemt for mennesker, der har behov for denne hjælp til at tackle misbrug, at det næsten alene er økonomien, der bestemmer, hvad vi gør. Det er også hårdt for dem, der skal udføre arbejdet, fordi de nemt kan opfatte, at det, de gør, slet ikke er tilstrækkeligt, men at det er det, der er penge til. De må kun forholde sig til en meget lille del af problemet – misbrugt alene. Jeg synes, at vores område er meget under pres.' Ud over, at kommunerne har stramme økonomiske tøjler, og misbrugsbehandling er blevet til klassificerede salgssydelser, ligger bolden også delvis på behandlingssystemets egen banehalvdel, når det handler om at få bedre mulighed for at yde ordentlig behandling.

'Behandlingscentre må blive meget bedre til at forklare tydeligt, at det at lave misbrugsbehandling handler om at behandle det hele menneske.' Det betyder for eksempel helt lavpraktisk også at hjælpe med til at sørge for, at folk har et ordentligt sted at bo og penge til at transportere sig til behandling.

Små enheder, store udfordringer

Det er ingen hemmelighed, at mange kommuner i dag har så små behandlingseenheder, at de kun omfatter ganske få medarbejdere. Ingelis er bekymret for den faglige udvikling og det faglige niveau, for kan det overhovedet lade sig gøre at fastholde en høj kvalitet i tilbuddene med så få mennesker?

'Man er nødt til at lave nogle større enheder. Mange enheder er blevet så små, at det er svært for dem at opsamle viden, holde sig ajour, tilpasse sig og gøre behandlingstilbuddet bredt. Og de skal være større for at være attraktive miljøer at arbejde i. Er man 3-4 medarbejdere, der sidder i et hjørne i en kommune, der har masser af andre opgaver, er det faglige miljø jo lidt under pres, må man sige.'

MARIANNE BÆKBØL
FREELANCEJOURNALIST
TIDLIGERE LEDER AF UNGEBEHANDLING



Pædagoger under pres

I modsætning til tidligere storhedstider for pædagoger inden for misbrugsbranchen er de i dag en faggruppe under pres. For 20 år siden var læger de fleste steder det eneste sundhedsfaglige personale. I dag udfylder det sundhedsfaglige personale mellem en tredjedel og halvdelen af pladserne i mange behandlerteams. En af grundene er, at den medikamentelle behandling fylder langt mere i dag end for bare ti-femten år siden. Og der er andre grunde.

'Måske har pædagoger haft lidt svært ved at dokumentere deres rolle, for det er jo for eksempel lettere at udregne et BMI end at se, om du har understøttet nogle forandringsprocesser. Det er blevet sådan, at vi skal kunne måle og veje alting, og det pædagogiske, relationelle arbejde er et blødt område, som det kan være svært at måle. Det, som pædagoger er gode til, er der heller ikke så meget tid til mere. Det er fravalgt, at man som behandler skal tage sig af andet end det helt misbrugsrettede, så der er pædagogerne klart under pres. Det er ærgerligt, for det går ud over den optimale behandling, der bør være tværfagligt baseret. Brugere kommer til at mangle en facet i tilbuddet, jo færre socialfaglige personer der er i et behandlingssystem.'

Fremtidsudfordringerne

Fremadrettet ligger flere store udfordringer. Blandt andet er der gruppen af opiatbrugere, der bliver ældre og får nye behov. I den sammenhæng bør der indrettes flere specialafdelinger på plejehjem rundt om i landet, der kan rumme disse mennesker og tage vare på deres særlige behov. En anden gruppe, der trænger sig på, er unge, der har et behandlingskrævende forbrug af andre stoffer end opiater.

'Jeg tror, at vi skal have mere viden om ungdomskulturen, for vi har en kæmpe udfordring i forhold til den dør, de skal ind ad. De unge i dag er på Facebook, mobiltelefon og internet. Det gør, at vi er nødt til at tænke utraditionelt for at hjælpe dem, ellers kommer vi i det etablerede system ikke i kontakt med dem', slutter Ingelis Langgaard'

Allervigtigst er det dog, at 'vi' begynder at forstå misbrug som et samfundsproblem og får formidlet til beslutningstagerne, at der er *mange* grunde til, at vi er nødt til at gøre det optimale for at kunne hjælpe mennesker med stofproblemer. ■

SUBSTITUTIONS- BEHANDLING I DANMARK

Den gældende politik på misbrugsområdet forandrer sig over tid. Hvad og hvem har indflydelse på disse forandringer? Tre forskere fra CRF har analyseret, hvordan en række interessenter forstår de forandringer, der siden 2000 har fundet sted inden for substitutionsbehandlingen.

AF VIBEKE ASMUSSEN FRANK, BAGGA BJERGE
& ESBEN HOUBORG

Center for Rusmiddelforskning deltager i det EU-støttede forskningsprogram, Alice Rap. Ét af projekterne er interessant-analyser af stof- og alkoholpolitik med udgangspunkt i konkrete initiativer på området. I denne artikel fokuserer vi på substitutionsbehandling i Danmark og analyserer, hvordan forskellige interessenter på området forklarer og forstår de forandringer og udfordringer, der har været i de sidste 10 år. 17 interessenter er blevet interviewet, og disse repræsenterer hhv. Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, behandlingsorganisationer, faglige organisationer, forskere og ngo'er på feltet. Vores data peger på tre forskellige skift:

- øget medikalisering
- øget fokus på sundhed
- fokus på aktivering af brugerne

I det følgende vil vi diskutere interessenternes forståelse af disse skift i relation til litteratur på feltet samt den lovgivningsmæssige kontekst, som substitutionsbehandling er placeret i.

Øget medikalisering

Et væsentligt skift, som flere interessenter fremhæver, er en forandring fra, at substitutionsbehandling primært har været præget af socialfaglig tænkning og tilgange, til at en mere medicinsk tænkning og lægefaglig tilgang er kommet i fokus. Fire forhold anses for væsentlige for dette skift.

For det første fremhæves kravet om evidensbaseret behandling og kvalitetssikring. Dette blev igangsat

med inspiration fra Holland, England og USA, som altid har været mere medicinsk orienteret i forhold til substitutionsbehandling end Danmark. Dokumentation og monitoreringssystemer er brugbare i forhold til evaluering, klientprofilering, effektmåling osv. af nye metoder. Før årtusindeskiftet var disse værktøjer ikke en etableret del af behandlingspraksis. Et eksempel på implementeringen af sådanne metoder og værktøjer er EuropASI-skemaer, som nu benyttes i alle behandlingssystemer og har været med til at fremskrive afhængighed i en sygdomsorienteret optik frem for at blive opfattet som et socialt problem eller fænomen. Denne udvikling understreges med indførelsen af det nye metadoncirculære i 2008.

For det andet er der sket en væsentlig professionalisering af den medicinske del af substitutionsbehandlingen. Det øgede fokus på de medicinske aspekter af substitutionsbehandling skete også med oprettelsen af Selskab for Addiktiv Medicin i 1999. Herigennem fik læger inden for feltet et officielt talerør. Selskabet har blandet sig meget i debatten og argumenteret for en professionalisering af substitutionsbehandlingsområdet.

For det tredje er der kommet et øget fokus på dobbeltdiagnoser. Dette øgede fokus relaterer sig ifølge interviewpersonerne også til inspiration fra udlandet (Norden, USA, England), hvor relationen mellem afhængighed og psykisk sygdom længe har været på i fokus. Herhjemme blev emnet for første gang sat på dagsordenen i 1999 via en rapport fra Narkotikarådet, og opmærksomheden på fænomenet har udviklet sig i en sådan grad, at både brugere og behandlingspersonale benytter og efterspørger psykiatrisk ekspertise i



Stof

NARKOTIKARÅDETS BLAD NR.15 SEPT 2001

ALICE RAP

Alice Rap (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Projects) er et fælles europæisk forskningsprojekt bestående af 7 delprojekter, der på hver sin måde undersøger, analyserer og gør status over den samfundsmæssige placering, som afhængighed og heraf medfølgende livstile har i dagens Europa. Formålet er at styrke den videnskabelige evidens i forhold til afhængighed. Forskningsprojektet omfatter afhængighed af både alkohol, illegale rusmidler, tobak og gambling. Hensigten er at kunne informere den offentlige og politiske dialog og stimulere en bred og konstruktiv debat om alternative tilgange til afhængighed. Desuden undersøges de udfordringer, som arbejdet med afhængighed udgør på nationalt såvel som internationalt niveau. I forskningsprogrammet deltager 25 lande og 29 forskellige faggrene fra antropologi over demografi, genetik, epidemiologi til neurobiologi. Projektet løber over fem år og er finansieret under EU's 7. rammeprogram. Man kan se mere om Alice Rap og de forskellige forskningsprojekter på www.alicerap.eu

MÅ IKKE FJERNES



det daglige arbejde for at udvikle behandlingen.

Det fjerde og sidste forhold, der kendetegner den øgede medikalisering, er implementering af forskellige typer substitutionsmedicin ud over metadon. Dette inkluderer brugen af forskellige buprenorfin-typer og oprettelsen af heroinbehandling for særligt marginaliserede brugere. Tankegangen er, at forskellige typer substitutionsmedicin bedre kan målrettes de enkelte brugere og dermed reducere brug af illegale stoffer. Den megen debat omkring disse stoffer har ifølge informanterne også været med til sætte afhængighed som medicinsk problemstilling meget højt på den politiske dagsorden.

Samlet set er der altså et sammenfald af forskellige faktorer: internationale udviklinger, implementering af nye kvalitets-, standardiserings- og monitorerings-systemer, øget professionalisering, fokus på psykiske lidelser samt diskussionen af forskellige typer af medicin. Dette sammenfald har alt i alt ført til øget medikalisering af området.

Øget fokus på sundhed

Brugernes sundhed er ifølge interessenterne blevet et vigtigt element i behandlingsarbejdet, hvilket bekræftes af, at der er sket en ganske markant forøgelse af antallet af sundhedsfaglige medarbejdere i behandlingssystemet. Dette skal igen ses i sammenhæng med, at der siden år 2000 er blevet allokeret flere ressourcer til dette område fra regering og folketing. Eksempelvis blev der i 2004 og 2006 afsat satspuljemidler til henholdsvis at reducere spredningen af hepatitis og til at etablere målrettede sundhedstilbud til de mest marginaliserede stofmisbrugere.

Denne udvikling skal bl.a. forstås på baggrund af de forandringer i det danske behandlingssystem, som begyndte i 1980'erne. På det tidspunkt havde kritikken af, at behandlingssystemets måde at fungere på ikke længere svarede overens med mange af brugerne ønsker og behov, nået et omfang, som ledte til en gradvis gentænkning af grundlaget for misbrugsbehandlingen. Man bevægede sig fra en orientering mod stoffrihed og hen imod at ville forbedre stofmisbrugernes levevilkår og livskvalitet, uanset om de blev stoffri eller ej. Der var i starten især tale om en orientering mod at yde social omsorg. Introduktionen af metadonbehandling fra midten af 1980'erne - og specielt

efter, at HIV/AIDS-problemet blev aktuelt efter 1986 - medførte som tidligere nævnt, at medicinsk ekspertise begyndte at blive en del af misbrugsbehandlingen. Men det var især udviklingen op igennem 1990'erne, som dannede baggrund for det forøgede fokus på brugerne sundhed. Fra 1990 til 1996 steg antallet af narkotikarelaterede dødsfald markant fra omkring 115 i 1990 omkring 275 i 1996. Desuden var 9% af alle nye HIV-tilfælde og 90% af alle nye hepatitis-tilfælde i 1990 relaterede til intravenøs stofbrug, og 80% af alle stofbrugere var hepatitis-c positive. Dette ledte til et forøget fokus på stofmisbrugeres levevilkår og sundhedstilstand bl.a. via en meget kritisk rapport fra lægeforeningen i 1994. Denne udvikling var sammenfaldende med 1990'ernes sociale puljeprogrammer, som rettede fokus mod marginaliserede borgere adgang til velfærds- og sundhedsydelse og behovet for lavtærskeltilbud. Et forsøg med gadesygepleje i København i 1998 afdækkede, at der var et stort udækket behov for sygepleje blandt de stofmisbrugere, der færdedes i stofmiljøet på Vesterbro, til trods for, at mange af dem var indskrevet i behandling. Dette og en erkendelse af, at behandlingssystemets målgruppe blev stadig ældre med deraf følgende helbredsproblemer, ledte til, at Københavns Kommune besluttede, at behandlingssystemet også skulle tilbyde sundhedspleje, som ellers normalt ville være de praktiserende lægers ansvar.

Blandt de vigtigste faktorer bag det aktuelle fokus på sundhed i behandlingssystemet er således en gradvis introduktion af omsorgstænkning i behandlingssystemet siden 1980'erne, ønsket om at hindre spredning af HIV/AIDS, ønsket om at gøre noget ved hepatitis-c problemet og erkendelse af, at med en stadig ældre målgruppe var der et større behov for sundhedsydelser, som ikke i tilstrækkelig grad blev dækket af det etablerede sundhedssystem.

Fokus på aktivering af brugerne

Nogle af interessenterne gav udtryk for, at en af de vigtigste forandringer i behandlingen af stofmisbrugere de sidste 10 år har været, at behandlingen er blevet mere 'human'. Med det menes især, at en stor del af den kontrol og de sanktioner, som tidligere var en integreret del af metadonbehandling (urinprøver, stikmærkekontrol, administrative nedtrapninger) er forsvundet eller minimeret.

Igen er der både tale om generelle samfundstendenser og forhold, der er specifikke for narkotikapolitikken. I Danmark og andre europæiske lande har et centralt tema i socialpolitikken været at modvirke klientgørelse og i stedet gøre brugerne af de offentlige systemer til aktive og selvansvarlige deltagere i løsningen af deres egne problemer. Dette var således et vigtigt element i Lov om social service og Lov om aktiv socialpolitik i 1990'erne.

I forhold til den enkelte bruger udmøntede det sig bl.a. i en pligt til at udarbejde handleplaner med udgangspunkt i brugernes egne ønsker og behov. På misbrugsbehandlingsområdet medvirkede udviklingen i retning af større fokus på klienternes levevilkår og livskvalitet, som specielt tog fart i løbet af 1990'erne, til at sænke tærsklerne til behandlingssystemet. Det vil sige en minimering af de krav, der blev stillet til klienterne som betingelse for at være i behandling, eksempelvis fravær af brug af illegale stoffer. Samtidig fremhæver nogle af interessenterne, at der skete en øget erkendelse af, at urinkontrol var dyrt og uden større behandlingsmæssig værdi.

Medvirkende til at sætte fokus på klientrettigheder, kontrol og sanktioner var den organisering af stofbrugere, der begyndte i 1990'erne. Det bevirkede, at stofbrugere nu fik deres egen selvstændige stemme i den narkotikapolitiske debat og i forhold til behandlingssystemet, bl.a. gennem Brugerforeningens medlemskab af Narkotikarådet. Nedlæggelsen af Narkotikarådet i 2002 fjernede et vigtigt forum, hvor brugere kunne lade deres stemmer høres. Nogle aktører nævner også de relationer og alliancer, der blev etableret mellem organiserede brugerinteresser og andre aktører på feltet, ikke mindst Gadejuristen, som vigtige for den øgede brugerorientering. Dette har været vigtigt med hensyn til at sætte fokus på brugerrettigheder generelt og mere specielt på en række konkrete forhold i forbindelse med metadonbehandling, som bliver oplevet som problematiske af brugerne.

I 2006 udsendte Sundhedsstyrelsen nogle nye retningslinjer for ordination af afhængighedsskabende stoffer i forbindelse med misbrugsbehandling. Disse retningslinjer afspejler, hvordan fokus bevæger sig væk fra kontrol og sanktioner og i retning af patientrettigheder i metadonbehandling.

Konklusion

Ved at gennemføre interessent-analysen er det muligt at vise kompleksiteten inden for misbrugsområdet. Analysen giver en detaljeret og dybdegående beskrivelse af, hvordan forskellige interessenter anskuer vigtige forandringer inden for området. Interessenter indtager altid specifikke roller, befinder sig i en specifik kontekst og er influeret af netop den specifikke kulturelle og historiske tradition, som de er en del af. Derfor kan undersøgelsen ikke ses som en komplet analyse af alle forandringer på området, men må ses som et forsøg på afdække de mest centrale skift på tværs af informanternes erfaringer og fortolkninger. Når det er sagt, kan en undersøgelse af en række forskellige interessenter med forskellige roller og perspektiver medvirke til at sætte fokus på nogle udviklingstræk, som derefter kan undersøges nærmere ved at inddrage andre kilder. Interessent-analysen skal derfor ses som ét element i en større udforskning af det narkotikapolitiske felt. I denne artikel har vi på den måde søgt at gøre rede for, hvad der fremtræder som vigtige skift i relation til metadonbehandling og kort skitseret årsager til disse skift. ■

INTERESSENT-ANALYSE

Et af underprojekterne i Alice Rap fokuserer på interessent-analyse, dvs. forskellige interessenters indflydelse på politik og det praktiske arbejde med afhængighed både på nationalt og overnationalt niveau. I denne del deltager forskere fra hhv. Danmark, England, Finland, Italien, Polen og Østrig. Interessenter kan være politikere, behandlere, læger, socialrådgivere, stof- eller alkoholbrugere og foreninger eller organisationer, som repræsenterer disse som fx Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere, Selskab for Addiktiv Medicin, Sundhedsstyrelsen eller Socialstyrelsen. Interessent-analyser er altid retrospektive og bygger oftest på kvalitative data som fx interviews, politiske dokumenter eller hjemmesider og andet materiale fra interessenter/organisationer. I denne type forskning analyseres, hvordan interessenter får konkret indflydelse på, hvordan samfundet håndterer og organiserer politiske beslutninger, i dette tilfælde samfundets håndtering af afhængighed. Interessent-analyser ser også på, hvordan forskellige politikere forandrer sig over tid, og hvordan interessenter har haft indflydelse på disse forandringer. Interessenter kan have eller vinde mere eller mindre legitimitet i de politiske processer, dvs. have en mere eller mindre vigtig stemme i forhold til hvilke argumenter, beslutninger træffes ud fra.

STATUS PÅ INDSATSEN I FORHOLD TIL SÅRBARE FAMILIER OG GRAVIDE KVINDER MED STOFPROBLEMATIK

I dette jubilæumsnummer gøres der status på de sidste 10-15 års udfordringer, indsatser og diskussioner vedrørende forskellige emner med relevans for stofmisbrugsområdet. Et sådant emne er sårbare familier og gravide kvinder med stofproblematikker.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN

I en tid, hvor kassetænkning på mange måder er den styrende faktor i forhold til de indsatser, der tilbydes, er det nødvendigt at beskrive og understrege den menneskelige kompleksitet, som ikke nemt lader sig reducere til én bestemt kasse. Dette gør sig især gældende i forhold til indsatser og tilbud til udsatte og sårbare mennesker. Vi ved fx, at mennesker i misbrugsbehandling ikke blot kan ansues og behandles ud fra deres stofproblematik alene. Der er tale om en lang række faktorer, som spiller ind i forhold til prognose, motivation, behandlingsresultater osv. Et menneske, som søger behandling for sine stofproblematikker, er således ikke kun stofmisbruger, men også mand/kvinde, mor/far, ven/veninde, ung/gammel, har bolig/er hjemløs, har erhvervs erfaring/uddannelse eller ingen af delene osv., osv.

Kvinder med stofbrug føder også børn

I 2003 udgav Embedslægen i Københavns og Frederiksbergs kommuner en opgørelse over graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark i perioden 1990-2001.¹ Denne undersøgelse overraskede mange ved at vise, at kvinder med stofbrug føder lige så mange børn som den øvrige kvindelige befolkning i Danmark. Derudover skønnede undersøgelsen, at ca. hvert femte af disse børn fødtes af en kvinde, som ikke

havde kontakt med behandlingssystemet. Det gjorde det tydeligt, at en misbruger ikke blot er en misbruger, men også en mulig forælder.

Vi er også forældre

Samme pointe blev meget tydelig i en evaluering af et 1-årigt forsøgsprojekt, *ForældreVinklen*², som jeg selv var evaluator på (Ludvigsen 2003³). Flere af deltagerne i projektet gav udtryk for, at de stadig ville betragtes som forældre på trods af diverse foranstaltninger og sanktioner. Såvel fædre som mødre bad indtrængende om at blive inddraget som forældre i forhold vedrørende deres børn. Også selvom disse børn eventuelt var anbragt uden for hjemmet. I det hele taget ønskede deltagerne i *ForældreVinklen* ikke kun at blive set som misbrugere. En vigtig pointe i evalueringen var således, at deltagernes oplevelse af at være sammen med ligestillede netop ikke handlede om at være blandt ligestillede *stofbrugere*, men tog udgangspunkt i, at de havde *forældrerollen* til fælles.

Dette fokus på en positiv identitet (at være forælder) belyser i sig selv ressourcer og muligheder frem for definitionen 'stofmisbruger', der er stigmatiserende og negativt ladet og sjældent giver plads til andre mulige identiteter.

Samtidig med ønsket om at være mere og andet end en stofmisbruger gav disse forældre også udtryk for, at de ofte holdt lav profil i forhold til deres foræl-

STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET





drerolle af frygt for at møde fordømmelse fra deres omgivelser - eller sanktioner og indgriben i familielivet fra systemet. Evalueringen viste, at forældrerollen fylder rigtig meget i disse menneskers liv og påvirker (på godt og ondt) deres stofindtag alt efter familiesituationen. At forældrerollen fylder selv hos stofbrugende mennesker er måske indlysende for nogle behandlere/professionelle, mens det hos andre kan være overraskende - måske lige frem provokerende. Nogle professionelle tilskriver stofferne så megen status i brugernes liv, at de ikke har tænkt på, at et forældreskab (også til et anbragt barn) kan fylde rigtig meget hos disse forældre.

Forældrerollens betydning er også blevet understreget i to undersøgelser fra Center for Rusmiddelforskning: *Kvinder og Køn: Stofbrug og behandling* (Dahl & Pedersen 2008) og *Graviditet og misbrug. Belyst ud fra kvindernes perspektiv* (Dahl & Hecksher 2007)⁴. Her påpeges det bl.a., at netop graviditet er den mest motiverende faktor i forhold til ændringer hos kvinder med stofbrug, ligesom det på samme tid netop er graviditet og forældreskab, der kan afholde kvinder fra at søge hjælp til deres misbrug.

Fokus på udsatte børn

Fokus på forældreskab blandt stofbrugere er således blevet større de senere år. Det samme gør sig gældende i forhold til børnene, hvor der de sidste 10 år har været et stigende fokus, ikke mindst foranlediget af tragiske historier i pressen: Fx stod voksne børn af alkoholmisbrugere frem og fortalte, hvordan de var blevet dobbelt svigtet som børn, dels af deres forældre, dels af det system, der burde have hjulpet dem, men ikke gjorde det. De seneste år har pressen ligeledes jævnligt haft horrible sager om misbrug af børn og dobbeltsvigt fra forældre og system.

Sager som disse har ført til forskellige politiske stramninger og reformer: I 2006 kom *Anbringelsesreformen*, som havde fokus på styrkelse af den faglige udredning og vurdering i forhold til, hvordan et barn og dets familie bedst kunne hjælpes, samt vigtigheden af en handleplan for indsatsen. På trods af Anbringelsesreformen viste undersøgelser, at anbragte børn fortsat klarede sig dårligere end andre børn, såvel på kort som på lang sigt. Anbringelsesreformen blev der-

for i 2011 erstattet af *Barnets Reform*.⁵ Formålet med Barnets Reform var at sikre kontinuitet i anbringelser af børn samt sikre en stabil og tæt voksenkontakt for udsatte børn. Der lægges også i Barnets Reform vægt på at styrke hensynet til barnets tarv frem for forældrenes behov. Samtidig med, at reformen også skærper fokus på forældrenes og netværkets betydning og på at styrke den samlede indsats i forhold til forældrene. Barnets Reform beskæftiger sig med fire hovedtemaer: 'Tryghed i opvæksten', 'Børns og unges rettigheder', 'Tidlig indsats' og 'Kvalitet i indsatsen':

Det er en vigtig samfundsopgave at støtte disse børn [hvor forældrene ikke magter det] og familier. Børnene skal på trods af vanskeligheder og svære vilkår have de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende. Erfaringerne viser imidlertid, at der er behov for at styrke kvaliteten i indsatsen for de udsatte børn. Formålet med BR er at skabe de bedst mulige rammer for en bedre og mere målrettet indsats over for udsatte børn og deres familier.' (Barnets Reform, s.11).

De forskellige hovedtemaer i Barnets Reform omhandler dels en lang række initiativer til det konkrete arbejde med børnene, forældrene, plejefamilierne, samarbejdspartnere mv. Dels en række forenklinger af reglerne på området i et forsøg på at afbureaukratisere praksis, for at gøre arbejdet lettere og dermed frigøre mere tid til det konkrete arbejde med de sårbare familier.

Familieambulatorierne

Samme fokus på tidlig indsats går igen i den politiske beslutning om, at Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital fra 2009 blev model for oprettelse af Familieambulatorier i alle regioner. Ambulatorierne arbejder med forebyggelse og behandling af rusmiddelskader i fosterlivet og hos børn. Indsatsen er derfor rettet mod gravide kvinder med misbrugsproblemer, ligesom de børn, der har været udsat for rusmidler i fosterlivet, følges indtil skolealderen. Såvel borgere som professionelle kan rette henvendelse til ambulatorierne, der består af tværfaglige team med speciallæger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer mv. Ambulatorierne har et hovedsæde i hver region med satellitfunktioner på andre hospitaler. Familieambulatorierne skal fungere i et tæt samarbejde med de kommunale

forvaltninger, sundhedsplejen, misbrugsbehandlingsinstitutionerne, kriminalforsorgen, praktiserende læger etc. Selvom ordningen er permanent, vil de første fire år fungere som en forsøgsperiode. Indsatsen bliver evalueret af COWI med udgangen af 2014, hvilket STOF vil følge op på⁶.

Praksisudvikling og implementering

Er indsatsen så blevet bedre i løbet af de sidste 10 år? Komplexiteten er i al fald ikke blevet mindre på misbrugsområdet, hvor flere forskellige ministerier beslutter politikker på området (social-, sundheds-, justits-, undervisnings- og beskæftigelsesministerierne), og hvor misbrugsbehandlingen er delt mellem det kommunale og det regionale område (samt det private). Når brugeren så yderligere har børn, er der også tale om flere forskellige forvaltninger og systemer (misbrugsbehandling, kriminalforsorg osv.). Sidst, men ikke mindst spiller den trængte økonomi i den offentlige sektor en stadig større rolle i forhold til hvilke indsatser og grad af kontinuitet og opfølgning der tilbydes sårbare mennesker.

I de følgende tre artikler belyses tre forskellige initiativer fra praksis. Artiklerne handler dels om erfaringerne fra et forskningsprojekt om familier med

misbrug, der har været i langtids-døgnbehandling på det nu nedlagte Dyreby, dels om et netværkstilbud til familier efter stoffri behandling - og hvilken betydning et sådant netværk har for familiens samlede trivsel. Den sidste artikel handler om arbejdet med at etablere et tværfagligt netværk, der har arbejdet med at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring den gravide kvinde med stofproblematik og hendes familie. ■

NOTER

- 1 Embedslægen i Københavns og Frederiksbergs kommuner. Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. Københavns og Frederiksbergs kommuner. 2003.
- 2 ForældreVinklen var et 1-årigt forsøgsprojekt igangsat i KABS. Det rettede sig mod stofbrugere, der var indskrevet i behandling i KABS, og som havde børn. Projektet havde til formål at skabe et tilbud til denne brugergruppe, hvor der kunne arbejdes og reflekteres over forældreskab, parforhold, børneopdragelse mv. Projektet blev siden etableret som et fast, supplerende tilbud til samme målgruppe under navnet FamilieVinklen i KABS.
- 3 Evalueringen og det 1-årige forsøgsprojekt er tidligere omtalt i STOF i nr. 3, 2004.
- 4 Dahl, Helle Vibeke & Pedersen, Mads Uffe: Kvinder og køn - stofbrug og behandling. Aarhus Universitet. Center for Rusmiddelforskning. 2008. Dahl, Helle Vibeke & Hecksher, Dorte: Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv. Aarhus Universitet. Center for Rusmiddelforskning. 2007.
- 5 Læs mere om de to reformer på Socialstyrelsens hjemmeside: www.service-styrelsen.dk
- 6 Se også Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk -> graviditet -> landsdækkende familieambulatorier.)

FAMILIER MED MISBRUG I LANGTIDS-DØGNBEHANDLING

Et forskningsprojekt på Familiecenter Dyreby afdækker de nære relationer som et stærkt motiverende og forandringskabende element blandt familier med misbrug i langtids-døgnbehandling.

AF HELLE LINDGAARD & LISE WIEMANN

Nærværende artikel bygger på resultaterne fra et forskningsprojekt på Familiecenter Dyreby i årene 2008-2011. Projektets formål var at undersøge en gruppe familier med misbrug under og efter deres langtids-døgnbehandling (fra 8 mdr. til 3½ år) på Dyreby. Med udgangspunkt i den nyeste neuropsykologiske viden om hjernens udvikling via tilknytning og samhørighed (Hart, 2009; Fonagy, 2007) var der især fokus på, hvorledes deltagernes forældrekompetencer, herunder mentalisering og reflektive evner, udviklede sig undervejs, og hvordan dette afspejlede sig i deres børns trivsel.

I den forbindelse fandt vi det imidlertid relevant også at se på deres liv i et bredere og mere eksistentielt perspektiv ud fra den hypotese, at forældrekompetencer vokser ud af og på baggrund af nogle helt grundlæggende færdigheder som menneske, ligesom fundamentet skal være i orden, for at man overhovedet kan agere som forælder.

Forskningsprojektets overordnede formål var dermed at få generel viden om familier med misbrugsproblemer i døgnbehandling samt specifikt at undersøge mulige effekter af Dyrebys behandling på familiernes udvikling over tid med hensyn til:

- forældrenes motivation til behandling, personlig udvikling og stoffrihed
- forældrenes grundlæggende evne til at håndtere livet som sådan samt udfordringer i særdeleshed, herunder identitet, mestring og følelsesregulering
- forældrenes forældrekompetencer, herunder specifikt deres evner til mentalisering og refleksion
- børnenes trivsel og udvikling

Derudover valgte vi også at inddrage forældrenes egne

opvækstbetingelser og tidlige voksenliv for derved at skabe yderligere forståelse for deres forudsætninger som mennesker generelt og som forældre specifikt. Vi har i det følgende valgt at lægge vægten på det relationelle aspekt i forhold til forældrenes motivation, identitet, mestring og overordnede forældrekompetencer.

Kort om projektet

Projektet skal kun kort beskrives her, idet der for uddybende informationer henvises til rapporten 'Familiebehandling – at finde sin vej i livet' (Wiemann & Lindgaard, 2011). Der er tale om et overvejende kvalitativt studie, der primært bygger på interviews, suppleret med den kvalitative og kvantitative test 'FAST' (en 'Familiesystem-test', der undersøger familiens indbyrdes relationer) og den kvantitative test 'SDQ' (der måler på børnenes trivsel og kompetencer). I alt deltog 21 voksne og deres tilsammen 22 hjemmeboende børn. De udgør 13 familier bestående af 9 par og 4 enlige forældre. Dataindsamlingen foregik over cirka et år, med første undersøgelse sommeren 2008 og opfølgning efteråret 2009. Ved første undersøgelse var alle i gang med behandling om end på forskellige stadier i forløbet. Ved sidste undersøgelse havde alle afsluttet behandlingen, nogle var i udslusning, andre var flyttet hjem eller i nye boliger i nærheden af Dyreby. Alle familier var intakte efter behandlingen undtagen to par (hvor der var tilbagefald). Langt de fleste (16) var efter behandlingen i gang med uddannelse eller i arbejde.

Motivation og mål med behandlingen

Alle på nær én familie var på Dyreby under mere eller mindre tvang fra hjemkommunens side. Det var et 'valg' mellem at gå i behandling eller at få børnene





(tvangs-)fjernet. Dog angiver flere, at de tillige var fysisk og psykisk slidt ned og faktisk ikke kunne holde til livet som stofmisbrugere længere, men havde brug for en 'time-out'.

Fra neuropsykologien og hjerne-forskningen ved vi, at en vis grad af 'tvang' efter længere tids massivt misbrug kan være nødvendig, idet mennesker med misbrug som følge af de kognitive skader kan have mere end svært ved at erkende problemet og tage beslutninger om forandring (f.eks. Perry & Szalavitz, 2011; Yücel et al., 2007). Alligevel er det overraskende, at stort set alle deltagerne erkender dette faktum; at 'tvang' eller måske snarere 'kærlig fastholdelse' er nødvendigt. Både for at få dem til at begynde i behandling og for at fastholde dem i behandlingen. De sætter i den grad pris på de faste rammer, regler og synlige konsekvenser. I hvert fald set i bakspejlet. For indledningsvis stritter de imod med alt, hvad de har. Nogle fortæller således, at det først er efter et halvt til et helt års behandling på Dyreby, at de er der af egen fri vilje, har ladet 'masker' og 'forsvar' falde og tager ansvar for egen udvikling.

'I begyndelsen lod jeg, som om ... jeg efterabede ... for sådan gjorde man her. Lidt efterhånden kom så det nye liv, og det føles bedre med det liv ... og så kom motivationen, men der var gået et år, inden det dukkede op.'

'Den første lange tid på Dyreby bruger man på at kæmpe imod. Jeg ville bare ikke og der gik rigtig lang tid ... Når du er midt i det, så kan du altså ikke se det, du kan ikke, at det er svært, og at man skal holdes fast' ... 'til slut kunne jeg næsten have ønsket, at jeg kunne være blevet' ...

'Det var meget godt, at de var der. Ikke bare bakkede ud. De gav ikke op, og jeg var trodsig, og jeg ydede modstand. Men de gav bare ikke op! Det har været så vigtigt for mig. Jeg prøvede grænserne af og blev ved, indtil jeg satsede på, at de gik i stykker. For på den måde at blive bekræftet igen og igen i de afvisninger. Men her blev de stående, og de blev ved, og de gav aldrig op'

Samtidig er det vigtigt at pointere, at tvangen som oftest virker bedst i de tilfælde, hvor der er tale om gensidig respekt i relationen mellem den tvangsudøvende instans/person og personen med misbrug. Ligeledes kan tvang give bagslag, sådan at problemerne søges skjult, og der ikke søges hjælp i tide. Til stor skade for såvel børn som forældre. Ligeledes har det været afgørende, at tvangen har handlet om deltagerens relation til deres børn samt i respekt for og tillid til forældrenes udviklingspotentiale. Således har det for alle deltagerne indledningsvist været børnene og det at kunne beholde egne børn, der har udgjort den primære

motivation og været målet med behandlingen.

Undervejs udvikles og nuanceres dette fokus imidlertid. Neuropsykologisk betragtet sker der en langsom afgiftning af hjernen. Det medfører, at de kortikale netværk - de dele i hjernen, som har med refleksion og empati at gøre - begynder at fungere igen, hvilket betyder, at evner som f.eks. refleksion, selv-regulering og empati kan re-etableres.

'Det har ændret sig undervejs med motivationen. Det skete meget hurtigt, at det ikke var for Jonas, jeg var i behandling, men det var for min egen skyld. Han var handlingen, grunden til at gå i gang, og senere blev det bare mig, der blev det vigtige, fordi det, jeg lærte og udviklede, fik han jo glæde af.'

Hvor motivationen indledningsvis meget handlede om bevægelsen hen imod Dyreby's krav og det overhovedet at gå ind i et behandlingsforløb, bliver motivation og mål undervejs mere fremtids- og udviklingsorienterede med afsæt i dybere refleksioner. Det gælder ikke mindst i forhold til et stoffrit og ordentligt liv på længere sigt, og hvad det kræver af den enkelte.

At kunne mestre sig selv og sit liv på en hensigtsmæssig måde er fuldstændig afgørende for et liv uden misbrug, ligesom det er forudsætningen for at udvikle sunde, nære relationer til andre mennesker og et fundament for forvaltningen af forældreopgaven.

Mestring handler om, hvordan deltagerne takler problemer og kriser, og hvad de i den forbindelse kan gøre i stedet for at tage stoffer. Til dette hører også identitet og selvfølelse, hvordan de mærker og udtrykker følelser, behov og grænser og i det hele taget oplever og udtrykker sig selv. Endelig handler mestring også om at håndtere livet efter behandling, herunder hvordan deltagerne holder fast i det, de har lært, i sig selv og i at være stoffri.

At kunne mærke og udtrykke følelser og behov

Fælles for dem alle er, at de har svært ved at mærke og udtrykke følelser og behov adækvat. Enten kommer følelserne slet ikke ud, eller også kommer de ud i forvrænget form, på forkerte tidspunkter eller fuldstændig ukontrollabelt og eksplosivt, evt. i forbindelse med stofindtag.

Generelt har der manglet rollemodeller i opvækstfamilierne i form af kompetente voksne, der har kunnet vise, spejle og rumme adækvat følelsesmestring. Ofte har der været tale om konfliktskyhed, hvor følelser helt er blevet undertrykt, eller de er kommet til udtryk som eksplosiv vrede og/eller vold.

Mange har derfor ikke haft mulighed for at lære

at tale om og udtrykke følelser, eller de har lært, at kun visse følelser var mulige, som oftest vrede og ofte kun fra de voksnes side. Konsekvensen er manglende træning og indsigt i egen følelsesregulering.

Undervejs i behandlingen lærer de imidlertid at mærke, tale om og udtrykke følelser og behov. Nogle taler ligefrem om at have tilegnet sig et 'sprog' for følelser.

'... så man kan sige, at vi egentlig har fået et nyt sprog ved at være på Dyreby. Et sprog om følelser'

Samtidig lærer deltagerne at tænke sig om, før de handler, at overveje konsekvenser og finde den rette strategi.

'Mine reaktioner var tidligere sådan, når jeg blev vred, så fra at jeg blev vred, til jeg reagerede, gik det lynhurtigt, og nu kan man sige, at hvis man kan sige, at min vrede var på 10, så er den nu på 1-2, så jeg har fået en meget større tålmodighed. Jeg kan vælge nu at vende ryggen til, det gjorde jeg ikke før. Jeg er meget mere opmærksom på konsekvensen, og hvad konsekvensen er for min familie.'

Dette forudsætter naturligvis indre ro, kontrol, refleksion og følelsesregulering. Det erhverver samtlige deltagere i forskellig grad under opholdet på Dyreby.

Kontakt til sig selv – at finde retning og rygrad

En forudsætning for at kunne mærke og udtrykke behov og følelser adækvat er at kunne mærke sig selv, 'at komme til sig selv'. Kan deltagerne ikke det, kan de ikke sige til og fra og ej heller passe på sig selv. Den kontakt indad fortæller stort set alle om at have erhvervet undervejs i behandlingen. Til denne kontakt hører også at møde sig selv på godt og ondt, at 'blive hel'. Derved opstår også oplevelsen af 'rygrad' og 'jagstyrke', at kunne stå selv og sætte grænser.

'Jeg har fået mere rygrad ved at være på Familiecenter Dyreby. Nu ved jeg, hvad jeg vil være med til, og hvad jeg ikke vil være med til. Jeg kan selv tage beslutningerne, og jeg kan stå fast. Jeg kan bestemme, hvordan jeg vil leve mit liv og gøre det. Nu siger jeg tingene i stedet for at gemme dem væk, og jeg er blevet meget bedre til at håndtere både sådan noget som sorg og kriser.'

Det handler først og fremmest om at kunne reformulere sin livshistorie med indsigt, forståelse og tilgivelse og dermed forsones sig med sin fortid og historie, ikke mindst den del af den personlige historie, der er repræsenteret ved misbruget.

Relationen bliver mulig

Når deltagerne begynder at kunne stå selv, kunne mærke egne følelser og behov, bliver de også opmærk-

somme på behovet for andre mennesker, på betydningen af nærhed, kærlighed, omsorg og støtte. Når de så samtidig føler sig værdifulde, ligeværdige og kan afgrænse sig selv, bliver de også i stand til at være i en relation uden at miste sig selv eller overskride andres grænser. Fra at have levet et liv, hvor det handlede om at lukke af og være i ensomheden, fortæller flere således om, hvordan de får skabt mere tillid til verden og bliver i stand til at være i nære relationer, række ud og bede om hjælp og ikke mindst modtage hjælp. Mange er også blevet opmærksomme på, at det faktisk er helt grundlæggende i forhold til deres fortsatte stoffrihed.

En anden vigtig erfaring i forhold til de nære relationer og det at få, hvad man har brug for, handler om at lære at tage ansvar for sig selv. Mange giver udtryk for at have lært ikke at skyde skylden på andre og ikke blive offer, hvilket netop giver dem handlemuligheder og handlekraft.

'På Dyreby er jeg blevet meget mere opmærksom på mig selv, og i stedet for at skyde skylden over på Palle kan jeg nu selv se, hvad det er, det handler om og arbejde med det. Jeg går heller ikke så meget i offerrollen. Jeg er godt klar over, når det sker, men jeg kan komme ud af det igen.'

At kunne mestre livet på godt og ondt – også et stoffrit liv

Som tidligere misbruger er det vigtigt specifikt at lære at mestre 'problemer' uden at gå i misbrug. De lærer og får erfaringer med, at problemer skal løses og ikke går over af sig selv. Og at benene faktisk godt kan bære dem, også når det går op ad bakke og gør ondt.

'Jeg har haft mange store kriser her på Dyreby, men jeg har fundet ud af og lært, at jeg kan sagtens gå gennem kriser uden at gå i misbrug, det ved jeg ... Jeg magter kriserne. Jeg går ikke i stykker og kan blive i det. Jeg står på mine ben og opdager, at de godt kan bære mig i kriserne også og bære mig ud af dem, og jeg behøver ikke at tage stoffer, når jeg har det sådan.'

Helt konkret lærer de at spotte og undgå risikosituationer, at kunne sige fra og stå selv, at kunne tale om stoftrangen, når den melder sig, og at kunne bede om hjælp. Og så får de en forståelse og erkendelse af, at stoffrihed ikke kommer af sig selv, men at det er en beslutning, der skal tages igen og igen, og som kræver vilje og mod.

'... der bliver ligesom sået et frø i hovedet på mig, når jeg er sammen med nogen, som er misbrugere, og det frø vil jeg ikke have, jeg vil selv bestemme, hvad der skal plantes i min have, og på den måde er det vigtigt for mig ikke at være sammen med nogen, der er aktive misbrugere, for at passe på mig selv.'

Forældrekompetencer

Forudsætningerne for at være forældre har i vid udstrækning været mildest talt elendige blandt deltagerne. Ikke kun som følge af eget misbrug og deraf følgende fysisk og psykisk nedbrydning, men også helt grundlæggende pga. mangelfulde og for nogle dybt traumatiske opvækstbetingelser samt generelt manglende rollemodeller for 'den gode forælder'. Det handler altså om langt mere end blot at blive stoffri. Det handler i høj grad også om heling og udvikling.

Samtlige deltagere kan fortælle om en opvækst med psykisk og/eller fysisk fraværende forældre. Alle har i et eller andet omfang savnet, at deres forældre var nærværende, opmærksomme, grænsesættende og interesserede. Mange kan endvidere berette om misbrug, vold, overgreb og omsorgssvigt.

For langt de fleste er relationen til opvækstforældrene alvorligt forstyrret, ligesom der har manglet helt grundlæggende forudsætninger for nødvendig omsorg. Det betyder, at deltagernes opvækstvilkår har været særdeles ringe i forhold til tilknytning, udvikling af mentalisering og selvregulering – og dermed udvikling af egne forældrekompetencer. Samtidig udvikler flere af dem, som deres forældre, undgåelsesmestring (f.eks. misbrug) som forsvar – en falsk og patologisk måde at opnå en 'sikker base' på.

Udviklingen af forældrekompetencer

Udviklingen af forældrekompetencer sker gennem konkret undervisning, i den mentaliseringsbaserede terapi samt i samspillet med de andre familier på Dyreby. Behandlingen er således en dobbelt, samtidig proces. Dels er der et *intra-personelt* perspektiv, der søger at skabe kontakt indad, bl.a. til en heling af 'det indre barn' (og traumer), som er så afgørende (og en forudsætning) for evnen til at kunne tage ordentligt vare på egne børn.

'Det er det der med det indre barn, det synes jeg altså var noget vads ... men det er der, og jeg kan godt forstå det nu, og det giver klarhed over det hele. Jeg kan se nu, hvor jeg skal reparere, jeg kan se, hvor mine svagheder er, og jeg kan se, hvordan det er fat med mig .. og det er ikke de andre, der skal reparere det, men det er mig selv, der skal reparere med andres hjælp.'

Dels er der et *inter-personelt* perspektiv, hvor der gennem et relationelt arbejde skabes gode kontakter til børn såvel som partner samt andre voksne.

Deltagernes forældrekompetencer udvikler sig således under opholdet på Dyreby i en parallel udviklingsproces, hvor børnene har brug for forældrene

som 'den trygge base' (med mere eller mindre hjælp fra behandlerne), og hvor forældrene tilsvarende har brug for behandleren som 'den trygge base'.

Mentalisering

Med udgangspunkt i 'den sikre base', evnen til refleksion og skabelsen af nye narrativer heles og udvikles de voksne sådan, at de undervejs får skabt deres 'egen indre forælder', ligesom deres evne til mentalisering vokser mærkbart. Mentalisering betyder, at de bliver i stand til at 'læse' og 'tolke' børnenes følelser, behov og grænser og dermed kunne kommunikere og samarbejde med børnene. Derudover bliver de i stand til at tage ansvar som voksne og i højere grad se på barnets behov frem for egne behov.

'Jeg er blevet bedre til at tolke hendes signaler og se, hvad der sker med hende.'

'.. og hvis jeg går over en grænse .. og kan se, at han bliver såret og ked af det, så snakker jeg med ham om det.'

Den intra- og interpersonelle udvikling

Det er tydeligt, at der undervejs i behandlingen sker store udviklinger på det intra- og interpersonelle felt. En forudsætning for at blive en god forælder er at kunne 'stå selv' og at kunne interagere med 'sig selv' i det relationelle felt. Det gælder i forhold til børn, partner og omverdenen som sådan. Først og fremmest skal deltagerne have noget at interagere med. De skal finde 'deres ben at stå på' og lære at mærke egne behov og grænser. Dernæst skal de lære at interagere med respekt for sig selv og andre og med 'sunde følelsesudtryk'.

'Jeg er blevet meget bedre til at vise, hvad der er inden i mig selv. Jeg er blevet bedre til at være med mig selv også, og også rumme at være sammen med andre, og det er vel der, den gode forælder kommer?'

Et gennemgående træk i undersøgelsen er den personlige udvikling, der sker med deltagerne undervejs. Alle konstaterer, at de er igennem et forløb, hvor de ved at kende sig selv bedre – ikke mindst deres eget 'indre barn' og følelsesliv – bliver bedre i stand til at se egne og i særdeleshed deres børns behov. De bliver i det hele taget mere udviklingsorienterede og går fra en rigid, stagnerende position til en bevægelig, udviklende position, hvor de selv tager ansvar for, om de vil forstå og udvikle sig.

Stort set alle deltagere har ved indskrivningen på Dyreby alvorlige problemer i det relationelle felt, ikke kun i forhold til deres børn. Også parforholdsproblemer fylder meget, hvilket har konsekvenser for deres

HELLE LINDGAARD
PSYKOLOG, PH.D.
LISE WIEMANN
AUT.PSYKOLOG
BEGGE SELVSTÆNDIGE PSYKOLOGER
& PARTNERE I 'LINDGAARD & WIEMANN'



overskud som forældre såvel som for stemningen i familien som sådan.

I mange parforhold ses udviklingen af et fælles forældreskab. Der sker en heling af relationen til partneren. Fra et ofte symbiotisk, overlevelsenspræget parforhold udvikler der sig i stedet et forhold, hvor både kvinden og manden ser egen rolle og fælles roller som forskellige, og hvor børnene nu, modsat tidligere, bliver prioriteret op.

Parforholdet bliver en styrke for den enkelte og ikke et forsvar mod den ydre verden. En styrke, som er med til at skabe en større stabilitet i form af tryghed og tillid.

At kunne adskille sig selv som voksen

Til voksenansvaret hører også at kunne adskille sig fra sine børn. Det handler om hierarkisk at kunne stå over sine børn, tage voksenansvaret på sig og give plads til, at børnene er børn.

Det handler også om at kunne skelne mellem egne behov og børnenes og at forstå, at man som forælder ikke nødvendigvis ligner sine børn, men at man kan være forskellige og have forskellige behov, ikke bare i kraft af alder, men også i kraft af personlighed.

Derudover lærer de at kunne rumme børnenes til tider vanskelige følelser uden at overreagere og uden at opleve det som truende. At følelser ikke kan være forkerte, og at ens børn har brug for, at man rummer dem på godt og ondt, sådan at de bliver i stand til at bruge hele følelsesregistret.

'Jeg er blevet rigtig god til bare at lade hende fyre af på mig, og så siger jeg bare: 'Ok, sådan har du det', og det kan jeg godt lade hende gøre, jeg kan godt rumme hende, og så kan jeg sige: Det her går jeg ikke i stykker af.'

Relationen som motiverende og forandringsskabende element

Et gennemgående og afgørende element for motivation og forandring blandt deltagerne i projektet er det relationelle aspekt. Indledningsvis er relationen til deltagernes børn den afgørende motivationsfaktor, hvor målet er at kunne beholde børnene. Partneren er imidlertid også afgørende. Flere nævner, at de ikke var gået i behandling uden deres partner, ligesom denne

relation er afgørende for motivation og udvikling undervejs i behandlingen.

For at kunne være i relation, må de imidlertid have noget at gå i relation med. De skal have reformuleret og genopbygget identitet og selvfølelse samt redskaber i det relationelle felt, herunder mestring, selv- og følelsesregulering samt refleksion. Dette sikrer samtidig fastholdelse af motivation og forandring på længere sigt.

Denne udvikling sker i behandlingsarbejdet, der ligeledes bygger på relationelle elementer. Et vigtigt redskab her er etablering af 'sikker base' og 'tryk tilknytning'. Det gælder både for børnene og for de voksne. Derigennem skabes grundlaget for genopbygning og udvikling for såvel børn som voksne, både i parallelle, individuelle forløb og sammen. Et arbejde, der kræver tid og de trygge rammer, en døgntilgang kan give.

'Det er ligesom en meget tryk lomme i samfundet. En lomme, som man kommer ind i, som er beskyttet og omsorgsfuld i forhold til det ydre ... hvor man ligesom, hvis der var noget, hvor der var én, der hjalp én.'

Fælles for alle deltagerne er også deres tilknytning til Dyreby og de andre familier som 'ny familie'. På sigt løsriver de sig fra Dyreby, men flere bibeholder den nære relation til de andre familier eller genoptager kontakten til deres egen familie.

'... Det er ens Dyreby-familie, man får. Det bliver ens rigtige familie. Uden den har jeg ikke kunnet forandre mig.'

Derudover er fortsat arbejde med de nære relationer i efterbehandling og opfølgning særdeles vigtige faktorer for fastholdelse af såvel stabilitet som udvikling. ■

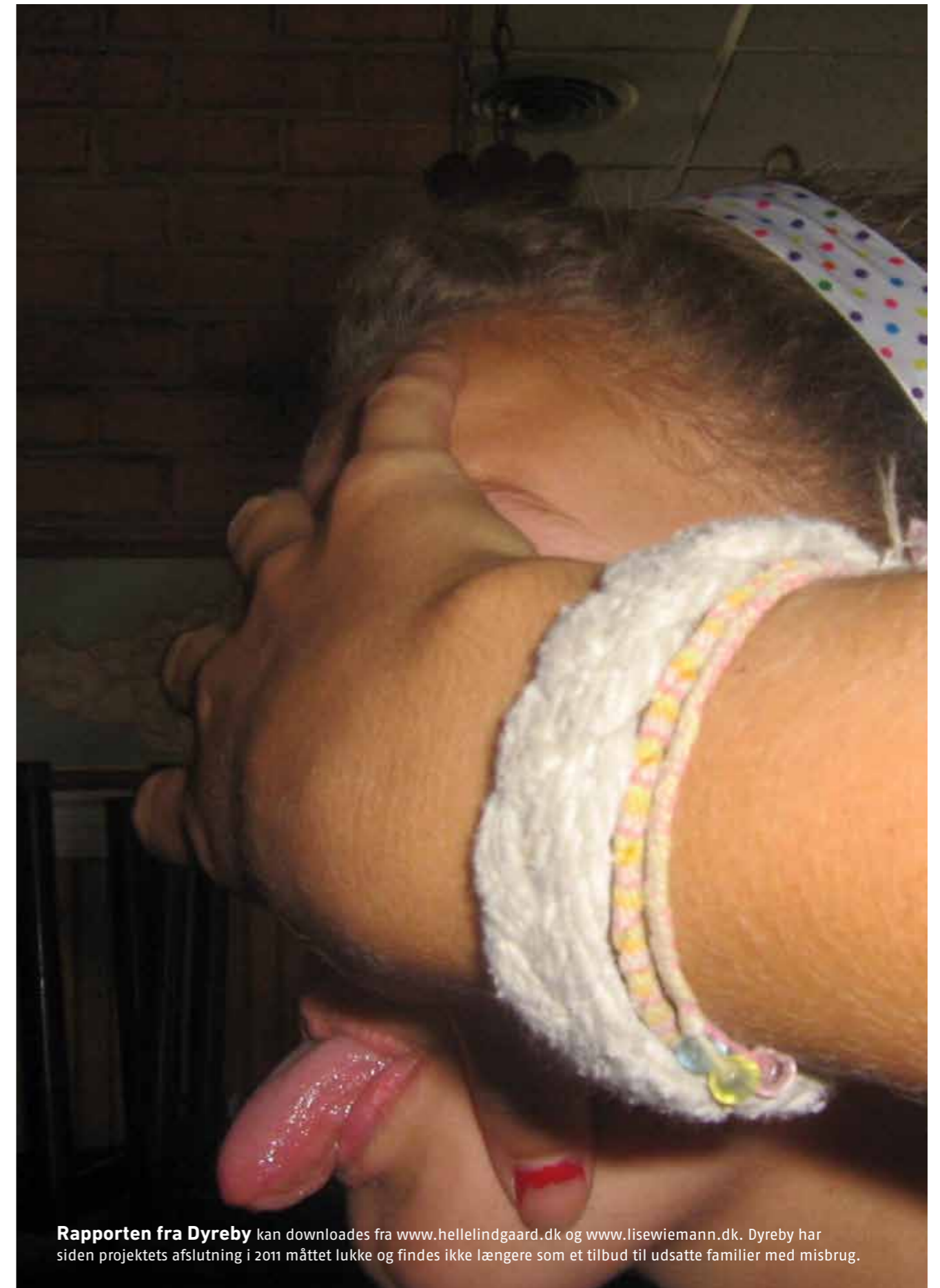
LITTERATUR

- Fonagy, P. Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. Akademisk Forlag. 2007
Hart, S.: Den følsomme hjerne. Hans Reitzels Forlag, 2009.
Perry, B., & Szalavitz, M.: Drengen der voksede op som hund: Hvad vi kan lære af traumatiserede børn om tilknytning, tab og heling. Hans Reitzels Forlag. 2011.
Wiemann, L., & Lindgaard, H.: Familiebehandling – at finde sin vej i livet. Forlag Dyreby. 2011.
Yücel, M., Lubman, D., Solowij, N., & Brewer, W.: Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41, 957-968. 2007.



ANDRE STOF-ARTIKLER OM DYREBY:

(Narkotikarådets) Stof nr. 13, 2000: På Dyreby er det i orden at blive gal i hovedet.
STOF 13, 2009: Familier med misbrugsproblemer.



Rapporten fra Dyreby kan downloades fra www.hellelindgaard.dk og www.lisewiemann.dk. Dyreby har siden projektets afslutning i 2011 måttet lukke og findes ikke længere som et tilbud til udsatte familier med misbrug.

HISTORIEN OM CAFÉ TUMLING

Mødre, der har haft et misbrugsproblem, har i Café Tumling fået et trygt mødested, hvor man kan være sammen om gode og dårlige erfaringer og holde ensomheden ude.

AF LISBETH BAK

Café Tumling blev opfundet i 2003, da Baggrundsteamet (det daværende tilbud gennem 15 år til gravide med misbrugsproblemer i Nordjyllands Amt) blev tildelt Årets Pris på 50.000 kr. fra fonden 'En god start i livet'. Fondens 'En god start i livet' er en almen-nyttig fond, som støtter aktiviteter, der styrker familiens egne ressourcer i forbindelse med graviditet, fødsel og barnets første leveår. Prisen uddeles hvert år, og der er tradition for, at sundhedsministeren overrækker Årets Pris. De beløb, som fonden giver, skal bruges til at fremme de tanker og idéer, som prismodtageren belønnes for. Pengene fra prisen brugte vi fra Baggrundsteamet til at etablere et mødested for de kvinder, vi havde hjulpet gennem årene, og som var blevet stoffri og havde deres barn hos sig.

Disse kvinder havde vi gennem nogle år fulgt individuelt efter barnets fødsel og gennem barnets første leveår. Vi oplevede, at selv om de generelt klarede sig ret godt, så var deres liv præget af stor ensomhed. De var ofte reelt ene om opgaven med at tage sig af det lille barn, kun støttet af offentlige hjælpepersoner. Vi talte i teamet om, at hvis en af vore kvinder kendte en af de andre, ville de begge kunne få udbytte af at være sammen.

Café-idéen

Vi havde forsøgt at arrangere forskellige former for 'speeddating' mellem kvinderne, men uden det store held. De havde tydeligvis brug for mere tid, hjælp og støtte, hvis de skulle turde vove sig ud i at forsøge at knytte nye kontakter. Vi besluttede derfor, at vi med pengene fra prisen ville starte en café, hvor disse kvinder kunne mødes og udveksle erfaringer og i heldigste fald danne netværk med hinanden. Vi forestillede os et månedligt spise-sammen-arrangement, hvor kvinderne og deres børn mødtes til eftermiddagskaffe og blev til aftensmad. Hvor de kunne tale med hinanden

og med de fagpersoner, som de havde lært at kende igennem deres graviditet.

Caféen blev navngivet efter legetøjet en tumling, som er en buttet klovnfigur, der bliver ved med at rejse sig op, når du vælter den.

Vi inviterede ca. 30 kvinder, der havde modtaget hjælp fra vores system i indtil 5 år tilbage, og til den første mødeaften i januar 2004 kom der 5 kvinder og deres børn. Kvinderne kom fra hele Nordjylland, og flere havde op til en times transport til caféen med offentlige transportmidler. Vi opdagede hurtigt, at hvis vi skulle fastholde kvinderne i tilbuddet, så var vi nødt til at hjælpe dem med transporten, for ellers blev det så besværligt for dem, at de opgav at komme.

I starten hentede vi kvinderne i vores egne biler og i Misbrugscentrets bus. Siden har vi af praktiske og forsikringsmæssige årsager benyttet os af taxatransport.

Vi lavede selv den varme mad, så prisen kunne holdes på et rimeligt niveau. Lokalerne, hvor vi holder Café Tumling, har skiftet over tid, men vi har været så heldige, at vi har kunnet låne gratis lokaler. Vi har fået stillet lokaler til rådighed af henholdsvis Ålborg kommune, Misbrugscentret i Region Nordjylland, Børnenes Jord i Vrå, der er en selvejende institution, og af Metodistkirken i Frederikshavn.

Vokseværk

Caféen er vokset betydeligt siden, og efterhånden blev det almindeligt, at også barnefædre deltager i caféen. Efter et par år var der ofte mere end tredive spisende i caféen, hvilket gik ud over kvindernes udbytte, og det blev et for uroligt miljø for børnene. Vi besluttede derfor at åbne endnu en café i den nordlige del af regionen. Siden er caféerne delt endnu en gang, så der i dag er 4 nordjyske caféer i hhv. Frederikshavn, Vrå og to caféer i Aalborg. Caféen i Frederikshavn drives i samarbejde med Metodistkirken. I alt er der 44 kvinder, 55 børn og 7 fædre, der for tiden benytter



TUMLING PÅ FACEBOOK:

'1000 tak for en skøn zoo-dag. Som altid er det hyggeligt at se alle tumlingerne - med forældre. Og jer 'personale' - I gør en kæmpe indsats for, at vi kan nyde sådan en dag som i dag i fulde drag. Det bliver værdsat'

'Jeg takker for en RIGTIG dejlig dag i selskab med rigtig mange fantastiske mennesker!! Hold op, hvor var det hyggeligt.'

'Sender varme tanker til alle jer, der giver tøj til os i Café Tumling. Her sidder jeg med stuen fuld af tøj, der skal mærkes og lægges på plads, klar til forårssæsonen. Nok en gang er drengene og jeg klar, med stor hjælp fra jer, så tusind tak!! :)

'Jubiii, jeg er stoppet med at bruge ble!! Tak til jer i Vrå, fordi I var med at fejre!!'

KONTAKT

Lisbeth Bak: familieambulatorium@rn.dk

sig af vores cafétilbud.

En af mødrene spurgte på et tidspunkt, om hun måtte invitere sit barns aflastningsmor med i caféen. Den idé var vi med på, og moderen har siden fortalt os, at aflastningsmoderen syntes, at det var dejligt at opleve den helt særlige og hjertevarme stemning, der var i caféen, og i øvrigt syntes hun, at 'folkene dér, så helt almindelige ud'. Siden har mange aflastningsmødre været på besøg, ligesom vi har mødre med anbragte børn, der kommer i caféen sammen med børnenes plejemødre.

Personale og frivillige

Caféen blev fra starten bemandet af det personale, der arbejdede i Baggrundsteamet. Det vil sige læger, jordemødre, sundhedsplejersker og sygeplejersker fra barselsgangen og neonatal afdeling samt vores sekretær. Alle arbejdede frivilligt og ulønnet i caféen.

I dag er de frivillige i Café Tumling personale fra Familieambulatoriet i Region Nordjylland suppleret med vore voksne døtre, tidligere kolleger og i Frederikshavn også frivillige fra Metodistkirken. Snart starter et par af de oprindelige brugere af caféen som frivillige. To nordjyske kommuner har hver doneret 4 månedlige sundhedsplejerske-timer som en del af disse kommuners forebyggende arbejde.

De socialfaglige koordinatore fra Familieambulatoriet er gennemgående figurer, og der er altid en af dem med på en caféaften. De udsender indbydelser på sms, bestiller mad og taxaer og har styr på bemandingen og rekrutteringen af frivillige.

Det kræver stor rummelighed og respekt for kvinderne/forældrene i Café Tumling, hvis man skal kunne være til støtte og gavn som frivillig. Derfor er vores hjælpere i Café Tumling nøje udvalgte og inviterede til at være frivillige.

Prisen på netværket

Prisen fra 'En god start i livet' på de 50.000 kr. er naturligvis brugt op for længst, og vi har været nødt til at finde anden finansiering af Café Tumlings drift. I starten fra lokale velgørende og humanitære organisationer og nu også fra større puljer som eksempelvis Tips og Lotto og satspuljemidler.

Pengene bliver hovedsagelig brugt til mad og transport, men vi har også mulighed for at give nødhjælp i særlige situationer, hvor det offentlige ikke har mulighed for at hjælpe. Nødhjælpen kan eksempelvis være 200 kr. til mad sidst på måneden, en babydyne, et tog- eller busklippekort eller udlån af en bæresele.

For et par år siden etablerede vi en facebookgruppe, som kun brugere af de 4 caféer og de frivillige har adgang til. Her kan man finde datoer for næste Café Tumling, men også hyggelige billeder fra det seneste træf, efterlysninger af børnesko og en mors jubelskrig over endelig at have fået bevilget en kugledyne til sit barn.

Som det seneste har vi etableret en privat støtteforening, der har til opgave at søge økonomiske midler til vores drift og til nye tiltag.

Kvinderne/forældrene i caféen og livet efter et endt misbrug

Forældrene i Café Tumling har lært os meget om de udfordringer, livet byder på efter et afsluttet misbrug. Manglen på et netværk af familie og venner er markant. Bedsteforældrene har ofte uløste misbrugsproblemer og har jævnligt tilbagefald. De er derfor ofte ustabile i den støtte og hjælp, de kan give til den lille ny familie.

Vennerne har ofte stadig et misbrug, og det er svært at få nye venner, når man har så speciel en baggrund. Misbrugshistorien og en problematisk opvækst kan man ikke tale om af frygt for fordømmelse, og hvad skal man så tale om?

Det har vist sig, at rigtig mange af vores mødre har været udsat for massiv mobning i skoletiden og mangler veninde-erfaringer.

Mange af vores forældre er på kontanthjælp. De har svært ved at få økonomien til at hænge sammen, og uforudsete udgifter er forbundet med katastrofe. De har ingen familie, der kan give et tilskud, når det kniber.

Mange af vores kvinder har været udsat for seksuelle overgreb, og en stor del har psykiske vanskeligheder i form af angst, depressioner og ADHD, som ikke nødvendigvis bliver mindre af et misbrugsophør.

Langt de fleste af vores kvinder er enlige mødre eller bliver det. Dette skyldes ikke sjældent, at fædrene fortsætter med misbrug eller får tilbagefald. Det er ikke usædvanligt, at mødrene afbryder parforholdet for at passe på sig selv og barnet, hvilket så forårsager, at de bliver endnu mere alene om alle opgaverne og oplevelserne.

Vores kvinder klarer sig gennemgående godt, men det er på trods af hårde odds imod. Vi kan se og høre, at hverdagen er en kamp, og det er svært at finde overskud til både at være mor og passe en uddannelse eller et arbejde. En del af vores forældre har som sagt ADHD, og nogle af børnene har arvet lidelsen. Det er hårdt at skulle kæmpe for at få den rigtige hjælp til børnenes vanskeligheder og problemer. Især når rådgiverne skiftes ud flere gange årligt.

Café Tumling som åndehul

Atmosfæren i Café Tumling er præget af en ligeværdig og åbenhjertig tone. Der er plads til kærlige drillerier på kryds og tværs. Emner som en partner i fængsel eller i behandling, ADHD eller problemer med bedsteforældrenes druk er helt naturlige samtaleemner. Ofte er der en af de andre, der kender til problemet. Det giver en høj grad af tryghed og samhørighed i gruppen. Ofte bliver det ved snakken, men indimellem tilbyder en socialfaglig koordinator at hjælpe med at kontakte kommunen.

Vores sundhedsplejersker bliver flittigt brugt i forhold til spørgsmål om børnenes trivsel og udvikling. Vi fejrer jævnligt, når børn holder op med at bruge sut eller ble. Ved større festligheder som runde fødselsdage, gennemførte uddannelser og lignende kommer der othellolagage på bordet.

De familier, der kommer i Café Tumling, kan komme der, så længe de ønsker, hvis blot de er ude af misbrug. Det er almindeligt, at man kommer i caféen med sine børn i mange år.

Det, man kan måle:

Det er muligt at måle effekten af en kvindes tilknytning til Café Tumling på to vigtige punkter. Næmlig på antallet af tilbagefald, der ligger lavt, ca. 6 %, og på, at de forbedrer deres sociale status ved at gennemføre en uddannelse. Som regel en korterevarende uddannelse, men 4 af de kvinder, der er kommet i Café Tumling gennem årene, har gennemført mellemlange uddannelser.

Café Tumling virker, fordi:

Café Tumling er et mødested for succeshistorier. Her er alle lykkedes med at komme ud af et misbrugsproblem. Det er en god kontekst.

Alle brugere har misbrugshistorien tilfælles, og man kan kun være frivillig her, hvis man har respekt og forståelse for kvinder, der har været misbrugere under en graviditet.

Det betyder noget, om man kommer. Hver eneste kvinde får en sms og en opringning for at høre, om hun og hendes familie kommer til næste café. Hvis ikke, hører vi lidt om grunden, og hun får et 'håber, vi ses næste gang' med på vejen.

Kvinderne kan kontakte os mellem café-aftnerne, hvilket de kun sjældent gør. Som oftest er de i stand

LISBETH BAK
SOCIALFAGLIG KOORDINATOR
FAMILIEAMBULATORIET, REGION NORDJYLLAND



til at parkere problemet og vente med at få talt om det til næste café-aften. Det er med til at give en tryghed i hverdagen, at der med sikkerhed er café i næste måned.

Der er stor stabilitet i fremmødet, såvel blandt familierne som blandt de frivillige. Der kommer lejlighedsvis nye til, men det er sjældent, at nogen stopper med at komme i café.

Udfordringer

Hvis en af de kvinder, der er knyttet til Café Tumling, får tilbagefald, kontakter de ofte selv en af de socialfaglige koordinatore og fortæller om det. Heldigvis hører vi i mange tilfælde om, at de er i risiko for tilbagefald, så vi kan nå at skaffe hjælp til dem, inden det går galt.

Det er kun sket tre gange i Café Tumlings historie, at vi har måttet sende en kvinde hjem, fordi hun var synligt påvirket. Vi har i de tilfælde sørget for hjemtransporten og givet hende mad med hjem. Sammen med kvinden har vi fundet en person, som hun kender, der har kunnet tage vare på barnet indtil dagen efter. Samtidig har vi aftalt, at vi næste dag sammen retter henvendelse til familieafdelingen i kommunen og misbrugscentret med henblik på at skaffe hjælp.

Vi holder kontakten til kvinderne, mens de er i behandling, hvis de ønsker det, og vi hjælper dem med at starte i caféen igen, når de er klar til det. Vi ved fra disse kvinder, at det er rigtig svært at komme tilbage til caféen efter at have været i misbrug. Det kræver en ihærdig indsats over længere tid at motivere kvinderne til at overvinde den usikkerhed, de føler i forhold til de andre efter et tilbagefald.

Det er en stor udfordring for Café Tumling, at næsten ingen holder op, for det giver fra tid til anden pladsproblemer, og der er på nuværende tidspunkt ikke ressourcer til at åbne flere caféer. Dertil kommer, at vi hele tiden skal være opmærksomme på at søge nye midler til driften.

Vi vil derfor gerne forære konceptet til interesse-rede, der kunne have lyst til at starte en Café Tumling. Denne opfordring har man allerede taget positivt imod i Odense og Århus, hvor hhv. Misbrugscentrene og Familieambulatoriet er gået sammen om at starte en café.

Skulle nogen have lyst, rådgiver vi gerne og øser ud af vores erfaringer. ■

VEJEN TIL BARNET GÅR GENNEM MOR – OG DET GODE TVÆR- FAGLIGE SAMARBEJDE

'De dér briller, der er på én. For mig handlede det meget om, at jeg bare skulle fremstå så perfekt som muligt, så de [de professionelle] ikke havde nogen fingre at sætte. Og det gjorde jo, at jeg stod skide alene.'

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN & MIA HEICK

Når en kvinde med en stofproblematik bliver gravid, aktiveres et større system af professionelle, der dels skal støtte og hjælpe kvinden, dels varetage det ufødte barns tarv bedst muligt. Det professionelle netværk og samarbejde opleves tit som meget overvældende for kvinden, der skal forholde sig til mere end 8-10 forskellige professionelle, hvis mange instanser er involverede. Mange kvinder holder også så lav profil som muligt af frygt for indgriben i familielivet, sanktioner og kontrol. I nogle tilfælde forsøger kvinden at holde sin graviditet eller sit stofbrug skjult eller forsøger, som i det indledende citat, at fremstå så perfekt som muligt for ikke at vække negativ opmærksomhed. Frygten for det system, som de professionelle repræsenterer, betyder, at disse kvinder ikke altid får den hjælp, de har brug for. Ligesom de meget let kan komme til stå og føle sig meget alene i systemet og som mor.

Set fra den professionelle synsvinkel er arbejdet med gravide kvinder med stofbrug også tit et udfordrende arbejde, der let kompliceres, fordi der er flere hensyn, interesser, samarbejdspartnere, holdninger og følelser involveret.

For det første er der mange præmisser på spil om, hvad der er den rigtige indsats. Dels er der mange professionelle aktører på feltet, og det kan være meget forskelligt, hvad der lægges vægt på i forhold til at yde en god og brugbar støtte for den gravide kvinde og hendes ufødte barn. Dels er de forskellige indsatsområder knyttet til forskellige kommunale forvaltninger (fx stofproblematik/ voksenbehandling, barn/familie-

afdeling) eller forankret i de regionale familieambulatorier med tilbud om specialiseret svangreomsorg eller i kommunale/regionale døgntilbud for mor og barn eller for barn alene.

For det andet er det et intenst felt, fordi vi som professionelle med vores forskellige roller er med til at afgøre, om kvindens samlede forhold rækker til, at hun og barnet kan forblive sammen efter fødslen. De forskellige positioner, funktioner og ansvar i det tværfaglige samarbejde gør, at vi balancerer mellem (det ufødte) barns behov og moderens behov. Det betyder også, at vi vægter fokus på henholdsvis mor og barn forskelligt. I denne artikel beskriver vi erfaringerne fra projektet *Gravid på Tværs* og de anbefalinger for en forbedret indsats i samarbejdet omkring og med den gravide kvinde, som blev samlet i en håndbog ved projektets afslutning. (1,2)

Projekt Gravid på tværs

I årene 2008 – 2011 var vi begge involverede i projektet *Gravid på Tværs* som henholdsvis den gennemgående tovholder/socialrådgiver på projektet og som den gennemgående antropolog og ansvarlige for en række brugerfokusgrupper tilknyttet projektet. Projektet var et 2½-årigt metodeudviklingsprojekt med fokus på det tværfaglige samarbejde i forhold til at opkvalificere og forbedre indsatsen over for gravide kvinder med stofproblematikker og deres (kommende) barn, både under graviditeten og efter fødslen. Projektet var finansieret af satspuljemidler fra Socialministeriet og igangsat i KABSVIDEN, FamilieVinklen, i samarbejde med Socialt Udviklingscenter (SUS). Baggrunden



for projektet var erfaringerne med det til tider udfordrende tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, hvor der ofte var tale om enten-eller positioner omkring indsatsen: Enten varetog man hensynet til kvinden eller hensynet til barnet. Der var sjældent tid til at reflektere over uoverensstemmelser, når samarbejdspartnerne mødtes, hvilket kunne afstedkomme forskellige spændinger. Dertil kom, at kvinderne hyppigt gav udtryk for at føle sig underkendt, klemmt og ofte mødt med en generaliseret stillingtagen til deres situation i mødet med de professionelle. Samlet set var det en situation, der ikke var befordrende for samarbejdet, ej heller fremmede for indsatsen rettet mod kvinden eller indsatsen rettet mod barnet.

Formålet med projekt Gravid på Tværs var at skabe et refleksionsrum, hvor professionelle fra alle involverede instanser kunne mødes og i fællesskab være med til at diskutere og udvikle indsatsen. Det var endvidere en præmis i projektet, at kvindens position i det tværfaglige samarbejde skulle forbedres. Ved at anskue indsatsen som en fælles opgave, hvor indfaldsvinklen var, at vejen til barnet går gennem moderen, arbejdede projektet og det faglige netværk på, at den gravide kvindes position blev styrket, og barnets sundhed og trivsel sikret. Med andre ord skulle netværket være med til at udvikle en forbedret praksis, hvor der blev taget højde for både mor og barn samtidigt.

Det faglige netværk og fokusgrupperne

For at skabe et refleksions- og metodeudviklingsrum etablerede projektet et landsdækkende fagligt netværk, som mødtes otte gange til hele arbejdsdage. Forskellige oplægsholdere, undervisere og debattører blev inviteret til at inspirere netværket, som så løbende diskuterede og arbejdede med oplægsholderens input til de temaer, netværket havde fokus på. Overordnet blev der taget udgangspunkt i to væsentlige dele af samarbejdet:

- 1) det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde imellem de professionelle aktører og
- 2) samarbejdet mellem de professionelle og den gravide kvinde

Parallelt med – og adskilt fra – det faglige netværk blev der etableret en fokusgruppe bestående af kvinder, der på egen krop havde erfaringer med den eksisterende indsats. Kvinderne var enten i en igangværende gravid-indsats eller havde erfaringer fra overstået graviditet og barselsforløb. En fokusgruppe er kort fortalt en særlig kvalitativ interviewform, hvor deltagerne i fokusgruppen støttes til indbyrdes at diskutere

og reflektere over et eller flere forudbestemte emner. Fokusgruppeformen var særlig velegnet i dette projekt, fordi vi ønskede at få information om disse kvinders erfaringer, holdninger og synsvinkler i forhold til den behandling, de havde modtaget under og efter deres graviditet.

Alle kvinder var blevet inviteret til fokusgrupperne af deres respektive behandlere (tilknyttet det faglige netværk), men kvindernes deltagelse i fokusgrupperne var anonym. Når en kvinde havde sagt ja til at deltage i projektet, blev vedkommende inviteret til en fokusgruppe af fokusgruppeteamet. Ud over undertegnede fokusgruppe-tovholder bestod fokusgruppeteamet af endnu en antropolog (barselsvikar), en jordemoder/kognitiv adfærdsterapeut samt en studentermedhjælp. Fokusgruppeteamet planlagde og varetog fokusgrupperne samt analyserede og formidlede deltagerens erfaringer og synsvinkler til det faglige netværk. Diskussionerne i de tre afholdte fokusgrupper var tematiseret ud fra de emner, det faglige netværk arbejdede med ⁽³⁾:

- gravide kvinders erfaringer med det første møde med systemet
- kvindernes erfaringer med behandlingssystemets krav om rusmiddelkontrol, vurderinger af støttebehov samt erfaringer med undersøgelser af forældreevne
- fædrenes perspektiv, erfaring og rolle i forbindelse med graviditetsforløbet (her måtte vi af praktiske grunde anvende individuelle interview)

Jura og retssikkerhed

Overordnet havde Gravid på Tværs fokus på lovgivning og retspraksis for at sikre kvindens position i en opkvalificeret indsats. Når man udfører socialt arbejde, er man forpligtiget til at inddrage borgeren, i dette tilfælde kvinden. Vores erfaring er endvidere, at jo mere kvinden inddrages i planlægningen af sin behandling/indsatsen omkring hende og barnet, des mere vil vedkommende opleve samarbejdet positivt og bidrage til at følge aftalerne. Som det imidlertid vil fremgå af følgende citat, var det dog langt fra alle kvinder, der havde den oplevelse af mødet med hjælpesystemet:

'Jeg følte sådan, at hende der [sagsbehandleren] omtalte mig som en sag, og det gjorde mig så gal. Jeg er ikke en sag. Jeg er en person, jeg er et menneske! [...] Det synes jeg er forkert – at omtale én som en sag. Så øh.. dem havde jeg det ikke godt med, de der tværfaglige møder. Det var dem [de professionelle], der tog beslutninger for mig. Jeg følte ikke, at jeg havde noget at skulle have sagt.'



Hvad hvis de ikke vil i beha

Om graviditet, misbrug, i forhold til behandl

AF DORTE HECKSHER & HELLI

At være gravid og have et eller stoffer kan være i høj risiko for både fysisk og psykisk sygdom og usikkerhed i forhold påfører sit ufødte barn net har en række misda fødslen.

Før graviditeten var det det jeg var gravid, og der var det meget i, at de havde jo sag

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet i

Derudover vil kvind med hendes misbrug, (indstille sit brug af rus Et problematisk bru på det ufødte barn og

Sårbare gravide i behandling

Når graviditeten er en realitet står den gravide stofmisbruger og andre sårbare kvinder i en situation, som behandlingssystemet skal hjælpe med at finde den bedste løsning på.

AF BIRGITTE LUND PEDERSEN & HANNE LARSEN

I Rusmiddelcenter Midtjylland har vi gennem de seneste 13 år arbejdet målrettet med at udvikle og igangsætte behandlingstilbud til sårbare gravide og deres familier.

Sårbare gravide dækker over et spektrum af problemstillinger i forbindelse med graviditet såsom: graviditet og stofmisbrug, graviditet og alkoholmisbrug, graviditet og

manglende psykologisk modning, graviditet og psykiske problemer og endelig graviditet og manglende eller ikke-understøttende socialt netværk. Gennem årene har vi haft omkring hundrede gravide i behandling, hvor der i cirka halvdelen af tilfældene har været tale om at motivere den gravide til abort og efterfølgende prævention. For den anden halvdel vedkommende har den behandlingsmæssige indsats centreret sig omkring at etablere en

tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats i forhold til den gravide, der har det helt primære formål at sikre fødslen af et abstinensfrit og sundt barn og sikre udviklingen af den nødvendige forældreevne. Gennem årene har vi opbygget en viden og kompetence på dette område, således at vi i dag har et velbeskrevet og fagligt velfunderet tilbud til denne målgruppe. Sideløbende med dette arbejde har vi som en sideeffekt opbygget



UNDERRETNINGSPLIGT

I 2007 blev underretningspligten udvidet til også at omfatte det ufødte barn. Dvs. at kommunalbestyrelsens tilsynsforpligtelse, rådgivning, undersøgelser og foranstaltninger nu også omhandler det ufødte barn (Serviceloven § 153, 2)

VIGTIG LOVGIVNING IFT. ARBEJDET MED FORÆLDRE

Mange bestemmelser regulerer kvindens/familiens rettigheder og pligter: Lov om Retsikkerhed, Lov om Social Service og Forvaltningsloven. Se mere i håndbogen (1), hvor dette beskrives med forskellige eksempler.

Gravide misbrugere – skal de tvinges i behandling?

Skal vi lovgive om tvangsbehandling af stof- og alkoholafhængige gravide kvinder? Hvor mange drejer det sig om? Hvordan finder man frem til dem? Og kan man forestille sig alternativer til tvang?



AF MADSE UFFE PEDERSEN
Nu diskuteres tvangsbehandling af gravide misbrugere igen. Denne gang måske endda med et politisk flertal i ryggen. I dag er det ganske vist muligt at tilbyde en form for 'frivillig tvang', hvilket vil sige, at den gravide kvinde kan tvinges til at forblive i behandling, hvis hun vel at mærke har givet lov til det, dengang hun blev indlagt. Dette tilbud er mildt sagt ikke blevet praktiseret i særligt mange tilfælde, hvilket nu ikke kun er kvindernes skyld. Således er der mange behandlingsinstitutioner, der oplever, at de ikke har haft ressourcer til at etablere et sådant 'frivilligt' tvangstilbud for de relativt få kvinder, de kunne forvente at få i behandling. Dertil kommer, at mange institutioner generelt ikke bryder sig om tvangsbehandling. Den manglende benyttelse af denne 'frivillige tvang' er nok en af grundene til, at politikerne nu igen forestiller sig tvangsbehandling.

LITTERATUR

1. Håndbogen: Gravid på Tværs. Ideer til forbedret indsats fra professionelle og gravide kvinder med rusmiddelproblemer (KABS VIDEN og SUS 2011) kan downloades på www.kabs.dk.
2. Projektets start er tidligere omtalt i STOF nr. 13, s. 21-24, 2009.
3. Program, oplæg og referater fra netværksmoderne er tilgængelige på www.gravidpaatvaers.dk.
4. Samme problemstilling er tidligere beskrevet i STOF nr. 3, s.24-30 (Ludvigsen) og i STOF nr.13, s.13-19 (Dahl og Hecksher).
5. Dahl, Helle Vibeke & Dorte Hecksher: Graviditet og misbrug. Belyst ud fra kvindernes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2007.
6. Denne pointe uddybes i: Ludvigsen, K. B.: Mere end en stofmisbruger Ekstern evaluering af et tilbud til stofbrugere med børn. KABS, Københavns Amt 2003, og i:
7. Ludvigsen, K. B & Lydolph, T.: At blive taget alvorligt Første delrapport fra Projekt Kvindeuddannelse: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABSVIDEN 2008. Begge publikationer kan downloades på www.kabs.dk.

Denne kvinde oplevede sig hverken respekteret eller inddraget i beslutningerne omkring sin situation. I fokusgrupperne var netop denne oplevelse meget gennemgående og skabte frustration, fortvivlelse og frygt hos kvinderne. Sådanne oplevelser skal tages alvorligt, da konsekvensen ellers er et langt vanskeligere samarbejde, hvor kvinden vil være utryk ved at bede om hjælp til problemer undervejs i forløbet og bange for at stille spørgsmål vedrørende sin graviditet, sit kommende moderskab eller sin situation i øvrigt. (4)

For at mindske utrygheden og styrke følelsen af inddragelse og respekt samlede projektet en række anbefalinger til, hvordan juraens bestemmelser kan varetages med respekt for den enkelte kvinde, samt anbefalinger til at skabe det respektfulde møde mellem den gravide kvinde og de professionelle. Et af de emner, som belyses i projektets håndbog, er underretningsspligten og håndteringen af denne.

Når man taler om underretningsspligten, får både mange gravide kvinder med stofproblematikker og også mange professionelle associationer til tvangs-anbringelser af børn. Men underretningen handler overordnet om adgangen til hjælp og støtte, og der kan tilbydes mange forskellige former for ambulante støtteforanstaltninger. En anbringelse af mor og barn sammen eller af barnet alene er blot én af mange muligheder. Derimod giver en tidlig og sammenhængende hjælp erfaringsmæssigt de bedste resultater for både mor og barn på sigt. I håndbogen gives der flere eksempler på, hvad man som professionel skal være opmærksom på i forbindelse med underretningen, bl.a. at man altid skal dele sin eventuelle bekymring med den gravide kvinde samt forsøge at samarbejde med kvinden/forældrene i forbindelse med en underretning. Underretningen bør endvidere beskrive de *faktiske* forhold, der giver anledning til antagelsen om behov for hjælp, og den professionelle skal hjælpe kvinden med hurtigt at få kontakt til familieafdelingen. Det er ligeledes vigtigt at afklare kvindens frygt og oplyse om hjælpemuligheder samt afstemme forventninger til samarbejdet med en sagsbehandler. (1 s. 20)

I tidligere undersøgelser af gravide kvinder med rusmiddelproblemer fremgår det, at det afgørende for, om kvinden oplever sin graviditet og indsatsen knyttet hertil som positiv eller negativ, ikke alene er relateret til, om kvinden får lov at beholde barnet efter fødslen. Derimod er det afgørende for kvindens oplevelse af indsatsen og de professionelle, hvorvidt hun er blevet mødt med respekt, anerkendelse og inddragelse. (5) En anbringelse af barnet uden for hjemmet var altså

nemmere at acceptere for moderen/forældrene, hvis hun/de havde været inddraget i beslutningsprocessen forud for anbringelsen.

Betydningen af anerkendelse

I fokusgrupperne tilknyttet Gravid på Tværs handlede mange af kvindernes positive/negative erfaringer med systemet også om, hvorvidt de var blevet mødt med anerkendelse og respekt eller mangel på samme. En kvinde formulerede det på denne måde:

'De dér briller, de [de professionelle] har på, når man altså det er ligesom om, de ikke ser, eller så, alle mine velmenende intentioner og dybtføjte ønsker og vilje og altså det, at jeg gerne ville gøre det rigtigt'.

Kvinderne understregede gang på gang, hvor vigtigt det var, at de professionelle så og anerkendte kvinderne i det, de gjorde godt. Dermed mente de ikke, at man skulle se bort fra deres problemer, men blot også have fokus på deres ressourcer og små fremskridt. En kvinde, som havde været i et langt og for hende svært forløb med mange bekymringer i forhold til, om systemet syntes, at hun gjorde det godt nok til at beholde sit barn – beskrev betydningen af anerkendelsen, der kom til sidst:

'Bare det sidste tværfaglige møde jeg var til [] de roste mig og sagde, at det var godt gået, og de syntes ikke, der skulle være flere møder, fordi det er gået så godt. Og øhm de sagde positive ting. Det gjorde mig helt stolt. Så det varmer helt, at man også kan få noget positivt i stedet for. Vi har været kontrolleret hele tiden'.

I socialt arbejde er dilemmaet mellem kontrol og støtte en velkendt udfordring. En anbefaling til at håndtere dette dilemma - og dermed sikre en god samarbejdsrelation imellem dem, som skal have hjælp (og kontrolleres), og dem, som skal yde hjælpen (og også er kontrollanter) - er at synliggøre krav, pligter og rettigheder for dem, det handler om. I håndbogen eksemplificeres dette fx i forhold til inddragelse og partsmedvirken (1 s. 22): Alle borgere skal have mulighed for at medvirke til behandlingen af deres sag samt have indflydelse på tiltag, der påvirker deres liv. Det betyder i denne sammenhæng, at der skal være trykke og tydelige rammer, hvor kvinden kan komme til orde og blive hørt, ligesom der skal gives mulighed for, at vedkommende kan nå at forberede sig til mødet, kende dagsordenen, sine rettigheder mv. for at kunne medvirke.

Klar kommunikation

En af fokusgruppeteamets anbefalinger til det faglige

netværk handlede om forbedringer i forhold til de informationer, man giver de gravide kvinder og nybagte mødre. I det følgende citat udtrykker en kvinde det problematiske ved uklar kommunikation:

'Sygeplejerskerne de kom og sagde, at hun [babyen] skulle ligge hud mod hud, og når lægen kom, så skulle hun svøbes. Sårbare børn, de skulle have svøb, og de skulle være pakket sammen [] Altså den ene har rådet mig, som om hun var sårbar, og de andre har rådet mig, som om hun var normal. Og det var det, der gjorde mig lidt nervøs og usikker'.

Alle forældre vil på et eller andet tidspunkt opleve modsatrettede informationer i forbindelse med råd og vejledning i forhold til den nyfødte. Det kan være forvirrende og irriterende og gøre en usikker, som kvinden i eksemplet herover. Når det drejer sig om sårbare forældre, er det imidlertid meget mere problematisk, når professionelle ikke afstemmer deres råd og vejledning. Usikkerheden, som den citerede kvinde her oplever, er især problematisk set i forhold til den kontekst, hun befinder sig i: et forløb, hvor hun som mor med en stofproblematik er under skærpet kontrol og observation. Kvinderne har i fokusgrupperne fortalt, hvordan de ihærdigt forsøger at tilpasse sig systemets krav og retningslinjer for at bevise deres forældreværd, hvorfor den citerede mor i én situation vil svøbe sit barn og i den næste vil lægge barnet mod sin hud. Uklar og modsatrettet information gør endvidere kvinden usikker på sin egen intuition og på barnets signaler noget disse kvinder også vurderes på.

Anvisninger i praksis kan selvfølgelig ændre sig i et forløb, men da bør personalet gøre sig umage med at forklare disse mødre/forældre, hvorfor anvisningerne ændres. Der kan også være modsatrettede opfattelser af, hvad der er den rigtige anbefaling, men den bør man drøfte i personalegruppen, ikke udspille ureflekteret over for disse kvinder.

Konkret tilpasset viden

Sidst, men ikke mindst, har kvinderne oplevet, at de hyppigt blev mødt med normative holdninger. Det vil sige, at de – og deres barn – pr. automatik blev behandlet som en stofmisbruger med et abstinensbarn. I projektet har vi opfordret til, at man konkretiserer sin viden i forhold til den konkrete kvinde, det konkrete barn og den aktuelle situation. Med andre ord: Generel viden om mødre med stofproblematikker og viden om abstinensbørn skal ikke pr. automatik anvendes i alle tilfælde. Det enkelte barn må beskrives med den sårbarhed/robusthed, der er særlig for netop dette barn. En af fokusgruppkvinderne fortalte fx, hvordan

hun efter fødslen havde fået at vide, at hendes stofbrug under graviditeten kunne have påvirket barnets hjerne og dermed resultere i udviklingsforstyrrelser:

'Det er jo også noget voldsomt noget at sige til folk, at det [udviklingsforstyrrelser, tegn på hjerneskader] kan komme når som helst. Hvor længe og hvordan og hvor meget, hvordan skal vi se det? Hvad hvis hun får en hyleperiode, fordi hun får en ny tand? Eller hun bare får en periode, hvor hun har ondt i maven, eller der er noget andet i vejen, og hun bare bliver lidt svingende? Eller når hun er tre år, og der sker et eller andet, altså så ved man jo aldrig, hvad der er hvad?'

Kvinden oplevede informationen om sit barns mulige udvikling som meget bekymrende. Men hun anede ikke, hvilke tegn hun skulle være opmærksom på, eller hvad hun skulle gøre, hvis sådanne tegn dukkede op. Ud fra arbejdet med fokusgrupperne anbefalede vi, at generelle informationer om den viden, der foreligger på området, ikke blot overføres pr. automatik, men konkretiseres og specificeres over for hver enkelt kvinde og i forhold til netop hendes barn og den konkrete situation.

I arbejdet med gravide kvinder har vi i praksis igennem årene erfaret, at kvinderne hyppigt tolker alle problemer i relation til deres børns trivsel og udvikling ind i deres (tidligere) stofproblematik, og dermed øges deres dårlige samvittighed. Samtidig er de tit nervøse for at spørge professionelle til råds, fordi de er bange for, at sådanne spørgsmål vil blive tolket negativt. I nogle tilfælde vil bekymringer - og det ikke at kunne dele dem med nogen - øge stofindtaget eller foranledige et tilbagefald. Omvendt viser erfaringer fra forskellige projekter, der tilbyder et stabilt netværk, hvor man kan dele tanker og oplevelser og stille spørgsmål om forælderrollen, børneopdragelse mv., at det støtter en positiv udvikling (se fx forrige artikel om Tumlinge Caféen).

At almengøre udfordringer

Når vi kommunikerer med disse kvinder, er det derfor også vigtigt at almengøre nogle af de problemer og bekymringer, de står med:

'Hun [behandleren] gik meget op i mit misbrug. Hun talte til mig som en misbruger. Ikke som en kommende mor. Og det var en stor fejl'.

'[den første samtale].. det var bare: 'Tager du nu kun det?!' [...] 'Hvad er dit misbrug?' [...] 'Hvor længe har du taget noget?' 'Jeg følte bare, at jeg skulle til afhøring på en eller anden måde'.

Som det fremgår af citaterne vil disse kvinder

KATHRINE BRO LUDVIGSEN
ANTROPOLOG
MIA HEICK
SOCIALRÅDGIVER
BEGGE KABS



højest sandsynligt være mindre motiverede for samarbejdet, fordi de begge oplever sig mødt fordomsfuldt og med mistro. Omvendt er det vigtigt at få afdækket et eventuelt stofindtag i forhold til den videre planlægning af hjælp og støtte. I fokusgrupperne spurgte vi derfor kvinderne, hvordan de ville have det med, at denne type af spørgsmål blev italesat på en anden måde. Sammen fandt vi frem til, at den bedste måde ville være, at den professionelle begrundede sine spørgsmål om stofindtag, risikoforhold og personlige forhold for derved sammen med kvinden at danne sig et billede af behovet for den bedst mulige hjælp. I kommunikationen til den gravide kvinde er det vigtigt, at man hele tiden tydeliggør sine respektive ansvarsområder, kompetencer og sit myndighedsansvar. Det er ligeledes vigtigt at huske på, at kvinden er mere end en misbruger, hun er også mor. Ved at være omhyggelig med sin kommunikation og lytte til kvinden vil det hjælpe hende til at turde dele tanker, følelser og spørgsmål, hvilket vil være med til at kvalificere hende i rollen som mor. (6, 7) I håndbogen fra projektet er der eksempler på, hvordan det faglige netværk har arbejdet med kommunikation.

Efterværn og fædre

I de to sidste fokusgrupper blev spørgsmålet om støtte og efterbehandling efter fødsel meget påtrængende. Kvinderne beskrev og problematiserede det massive professionelle fokus under graviditeten og den meget mindre interesse for familien efter fødslen:

'Det virker lidt useriøst et eller andet sted: Det tager jo ikke bare ni måneder [at få styr på det hele]. Altså, hvis du selv føler, at du har brug for mere støtte, så synes jeg da det er fuldstændig latterligt at sætte ind med alt og så lige pludselig bare slippe det hele.'

'Hun [sagsbehandleren] sagde, at nu skulle jeg lære at stå på egne ben. Fordi, hvis de bare forlængede det et par måneder mere, så ville der måske bagefter lige være lidt mere, jeg godt ville arbejde med, og så lærte man aldrig at stå på egne ben', sagde hun.'

Mange kvinder vil som de citerede fortsat have behov for støtte og vejledning efter fødslen og opleve lignende paradokser: At de på den ene side oplever massiv kontrol og fokus på støtte til mor/barn under og umiddelbart efter fødslen. På den anden side får de pludselig at vide, at indsatsen er slut, og at hun/familien nu skal stå på egne ben.

Et andet paradoks, som kvinderne havde oplevet, handlede om, at barnefaderen ikke blev inddraget i indsatsen:

'Han [barnefaderen] var med til nogle møder. Til det ene møde dér overraskede han mig ved at sige selv, at han drak. Men begrænset. Og det blev der overhovedet ikke boret ind til, eller noget som helst. Og nu, når jeg tænker tilbage, så synes jeg, det er lidt forkert. For nu føler jeg, at jeg er kommet så langt. Og det er ligesom nu går vi i stå, fordi nu mangler vi lige.. vi skal lige have ham med også. Og det kunne vi ligeså godt have gjort fra start af.'

Fædrene fortalte også selv om oplevelsen af at være holdt udenfor - men samtidig var de vidne til, hvordan deres partner blev udsat for massiv kontrol, og det oplevede de som så ubehageligt og mistænkeliggørende, at de ofte selv holdt lav profil i forløbet.

Den manglende inddragelse af barnefaderen har nogle utilsigtede konsekvenser: Dels risikerer man, at balancen og ligeværdigheden i parforholdet og forældreskabet forrykkes. Dels kan kvinden komme til at stå alene med barnefaderens misbrug, hvis der er et sådant. I stedet kunne barnefaderen inddrages og gives ansvar. Man kunne med fordel tale om, hvad der er den bedste støtte til kvinden og det lille barn. Mange af kvinderne beskrev netop det svære i at stå alene tilbage efter deres behandling og graviditetsforløb i forhold til udfordringer med parforhold og forældreskab. For nogle omhandlede det barnefaderens (ubehandlede) misbrug, for andre de almindelige udfordringer vedrørende børneopdragelse, forældreskab og ændringer i parforholdet. For dem, hvor barnefaderen havde et misbrug, kunne det være meget svært for kvinden/parret at søge hjælp, fordi tanken om, at hele maskineriet skulle starte forfra med alt, hvad det betød af møder, kontrol, mistænksomhed osv., var for svær.

Der er imidlertid ingen tvivl om, at de kvinder, som får mulighed for et differentieret og tidsmæssigt tilpasset støtteforløb efter fødslen har langt større chancer for at lykkes godt med forældreskabet. I den forbindelse vil vi gerne opfordre læserne til at læse Lisbeth Baks artikel om Tumlinge Caféen her i bladet. Et tilbud, der tager højde for det spinkle netværk, en del af disse forældre har, og som derfor har taget initiativ til at starte en café, der er åben for disse familier, så længe de har behov for det. ■

Alle citater stammer fra kvinder, som deltog i fokusgrupper tilknyttet projektet Gravid på Tværs.

EKSEMPEL FRA HÅNDBOGEN OM, HVORDAN NETVÆRKET HAR ARBEJDET MED KOMMUNIKATION:

Til et netværksmøde blev følgende case spillet som situationsspil som inspiration til at formulere anbefalinger til god kommunikation i det første møde med kvinden om hendes graviditet:

Netværket udviklede følgende gode råd til, hvordan behandlingsstedets familiesocialrådgiver kan gribe den første samtale an:

Hjælp Anita med at få overblik over sin situation

Er det en glædelig nyhed for Anita? Spørg, om du skal sige tillykke.

Anerkend Anita for så hurtigt at komme og fortælle om graviditeten. Det giver mulighed for tidlig hjælp og støtte.

Lav en dagsorden for samtalen sammen med Anita: Spørg til, hvad hun har brug for at få talt om og få viden om. Sig, at du kan fortælle, hvem der er relevante at inddrage i forhold til en graviditet, og hvad der skal tænkes på.

Vær neutral og åben over for, om Anita ønsker graviditeten. Sig til hende, at du støtter hende, uanset hvad hun vælger. Der er ikke andre end hende, der skal tage beslutningen. Stil nysgerrige, uddybende og empatiske spørgsmål. Vis støtte og interesse.

Stil mange faktuelle spørgsmål. Kom godt rundt om situationen. Spørg til, hvad andre vigtige personer vil synes. Jo mere situationen tegnes op, jo bedre kan Anita selv reflektere. Hun kender sit eget liv bedst.

Skriv fordele og ulemper op på et stykke papir.

Almengør ved at fortælle om andre kvinder i lignende situation. Hvad har været svært, vigtigt og glædeligt for dem?

Information, du som professionel skal huske at give:

Fortæl, at kvinder, som tager medicin/stoffer, har mulighed for at blive fulgt af et regionalt familieambulatorium, som kan tilbyde den mest specialiserede rådgivning i forhold til graviditet, medicin, nedtrapning, stabilisering, amning, fødsel samt undersøgelse af barnet.

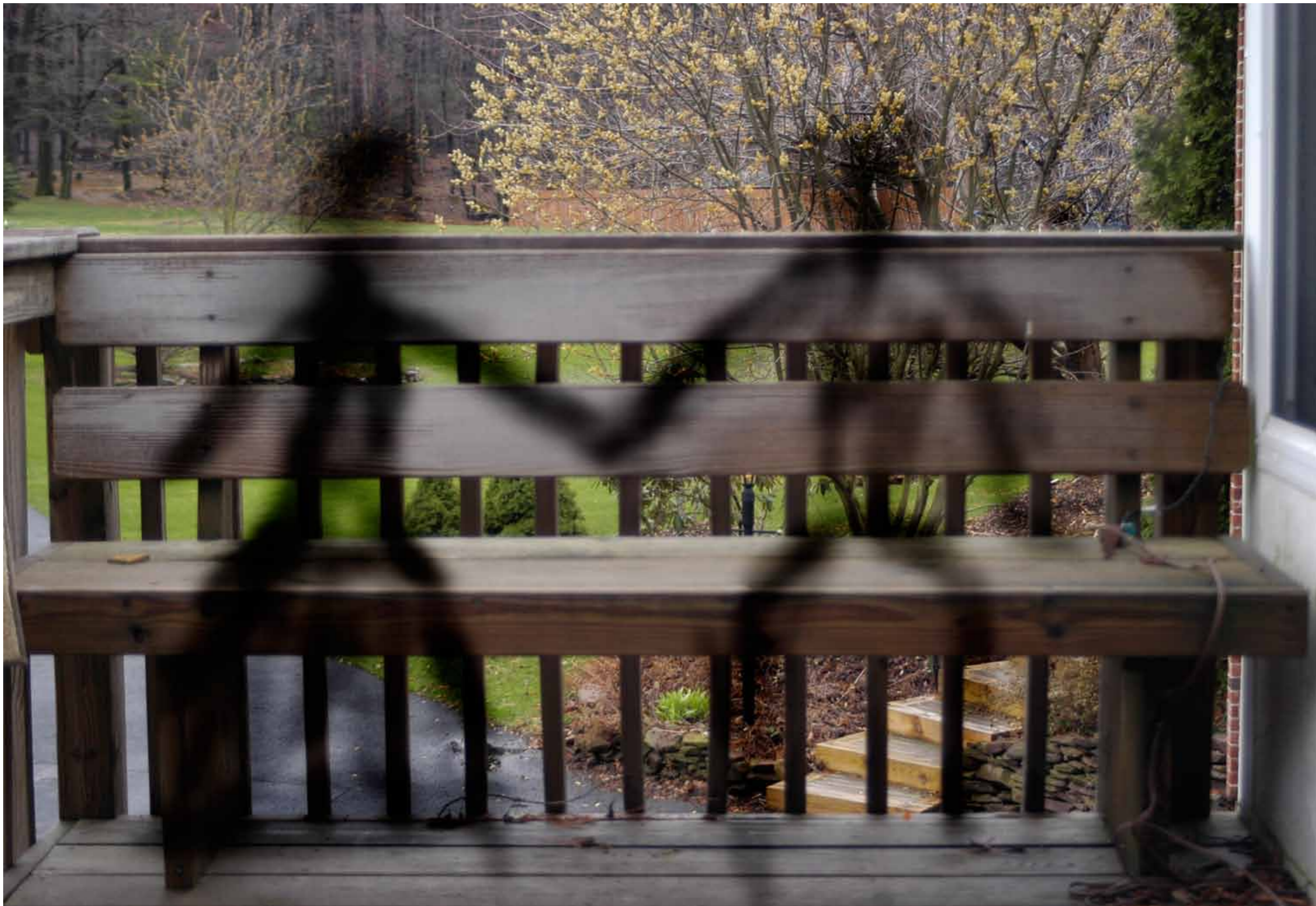
Husk at indhente kvindens skriftlige og informerede samtykke, også selvom du og kvinden henvender jer til familieambulatoriet sammen.

Oplys om, at familieafsnittet i kommunen skal underrettes om graviditeten, hvis det formodes, at kvinden og det kommende barn kan få brug for hjælp. Det er familieafsnittet og kvinden, der herefter nærmere skal undersøge, om der er brug for hjælp og i så fald hvilken.'

(fra håndbogen Gravid på Tværs s. 6-7).

CASE:

Anita på 39 år er netop blevet indskrevet på et stofbehandlingssted med et ønske om at nedtrappe sit illegale metadonforbrug gennem 5 år. Anita er enlig mor til to hjemmeboende børn på 14 og 16 år og har aldrig været i forbindelse med det kommunale hjælpesystem. Hun nærer stor frygt for Familieafsnittet. Anita har kun været indskrevet i behandling i 2 måneder, da hun opdager, at hun er blevet gravid som følge af et flygtigt bekendtskab med en mand, som hun ikke ønsker at danne par med. Hun er 8 uger henne og glad for graviditeten, men også skræmt ved tanken om måske at skulle igennem en nedtrapning af sin metadon.



'ER DU ÆLDRE - VÆR SÆRLIG FORSIGTIG MED ALKOHOL'

Sådan lyder det 7. råd i Sundhedsstyrelsens seneste udmelding om alkohol. De ældre vil faktisk gerne snakke alkoholproblemer med de professionelle i hjemmeplejen, men det falder ikke let for personalet.

AF CHRISTINA KUDSK NIELSEN

Som projektansat i projektet 'Alkoholfokus i ældreindsatsen' i Silkeborg Kommune - et fireårigt projekt, finansieret af Socialministeriet, der udløber i 2013 - var det med en klar forventning om at skulle arbejde i hjemmeplejen med udvikling af indsatser i forhold til borgere over 65 år med alkoholproblemer. Virkeligheden blev som så ofte i projekter en lidt anden end forventet.

I stedet for primært at arbejde med at afprøve diverse metoder inden for kort intervention, herunder den motiverende samtale i borgerens hjem, tog projektet en drejning i retning af at skulle legalisere en indsats over for borgere med alkoholproblematik. Ikke en legalisering over for den enkelte borger, men en legalisering over for de omkringværende parter, både medarbejdere og systemer.

Igennem de tre år, der nu er gået, er det fortsat en udfordring at få sat alkoholindsats på dagsordenen som en sundhedsfaglig problematik blandt de forskellige medarbejdergrupper i hjemmeplejen og hos privatpraktiserende læger, vægtet på linje med eksempelvis en demensindsats. Der er fortsat delte meninger om, hvorvidt alkoholindsatsen er en opgave, som skal varetages af de professionelle i hjemmeplejen, og der er mange forklaringer på, hvorfor det er så vanskeligt. Jeg vil i det følgende prøve at opsummere nogle forklaringer ud fra samtaler, interviews og deltagelse i praksisfeltet vel vidende, at der vil være flere forklaringer.

I projektet har der udelukkende været fokuseret

på alkoholproblematikker, men der har ofte vist sig problemstillinger omkring langvarigt forbrug af benzodiazepiner i kombination med stort alkoholforbrug, en problematik, som lever en skyggetilværelse på linje med alkohol og som der heller ikke er tradition for at tage hånd om i hjemmeplejen.

En alkoholindsats passer ikke ind i det eksisterende system

En lokaleder i hjemmeplejen udtrykker det manglende fokus på alkoholproblematikker således: 'Det er ikke mangel på velvilje fra medarbejdernes side, men alting er i dag så inddelt i kasser, og en alkoholproblematik falder uden for ydelserne i hjemmeplejen.'

Der er altså en strukturel udfordring, når det gælder en eventuel kort intervention eller anden indsats i forhold til alkohol, da en sådan indsats ikke passer ind i det eksisterende ydelseskatalog i hjemmeplejen. Ifølge denne lokaleder er der ikke nogen egentlig modvilje hos medarbejderne. En sosu-medarbejder fortæller, hvordan hun på et besøg hos en ældre kvinde finder kvinden liggende på gulvet kraftigt beruset af alkohol. Men da der på sosu-medarbejderens arbejdsbeskrivelse stod, at hun skulle hjælpe borgeren med mad og drikke, forsøgte hun uden held og til stor frustration og ærgrelse at få kvinden til at indtage mad og drikke, hvilket naturligvis ikke lod sig gøre. Borgeren var i den grad faldet uden for ydelseskategorierne omkring personlig pleje eller anden praktisk bistand. Problemet forstærkes af, at de, der har den direkte kontakt til klienterne, ofte er dem, der har de korteste uddannelser.



Oftest ser medarbejderen ikke andre muligheder end at forsøge at udføre instruksen - af mangel på viden, men ofte også af mangel på råderum.

En anden sosu-hjælper udtrykker frustrationen over ikke at vide, hvad man som medarbejder skal gøre, på følgende måde:

'Altså, - jeg var i hvert fald fuldstændig på bar bund, da jeg fik borgeren. Altså, Hanne var ovre, en assistent herfra var ovre, og vi kunne jo godt spørge om nogle ting, men jeg vidste ikke engang rigtig, hvad jeg skulle spørge om! Jeg vidste egentlig ingenting, jeg ville egentlig gerne have været lidt bedre forberedt på, når jeg skulle have en så dyb alkoholiker, på hvordan man passer og plejer. Hvad gør man, hvad gør man ikke?'

Handlinger båret af holdninger

I forbindelse med flere besøg rundt i lokalgrupperne i hjemmeplejen, som jo naturligvis er forskellige i deres opfattelse af 'for eller imod' en eventuel alkoholindsats som en del af hjemmeplejedydelserne, udtrykte en sosu-hjælper det på denne måde: *'Han skal sgu have lov til at drikke, som han vil, han er jo 80 år.'* Det blev sagt med hævet tonefald og tydeligvis af en medarbejder, som satte dagsordenen i lokalgruppen.

Generelt for lokalgrupperne er, at indsatsen er båret af den enkelte medarbejders egne holdninger. Ligesom et andet fællestræk er, at medarbejderne opfatter problemer med alkohol blandt de 40+årige borgere som størst og kun i mindre grad oplever den ældre borgers alkoholproblematik som en sundhedsproblematik. Umiddelbart forekommer det, som om problematikken vedrørende ældres alkoholforbrug af mange medarbejdere ikke bliver opfattet som noget, der udgør et egentligt problem for den enkelte hjemmehjælper. Alkoholproblemet skal være af en sådan karakter, at det forstyrrer hjemmehjælperens arbejde. Det er selvfølgelig en forenkling, idet der også i hjælpergruppen findes medarbejdere, som er af den holdning, at borgeren har krav på hjælp, uanset om borgerens alkoholindtag hindrer eller ikke hindrer medarbejderen i udførelsen af arbejdet.

Når alkoholen forstyrrer arbejdet

Terapeuterne i hjemmeplejen har arbejdsopgaver, som kræver borgerens samarbejde, og her er der fokus på at skabe forandring, hvorimod sosu-medarbejderen arbejder med principper, som i langt højere grad handler om status quo, og som ikke i samme grad kræver borgerens deltagelse. En fysioterapeut fortæller om

en borger, som kom til genoptræning på et plejecenter. Hun havde flere gange oplevet, at borgeren kom kørende i bil til plejecenteret påvirket af alkohol i en sådan grad, at det forstyrrede genoptræningen. Der var på genoptræningsstedet ingen politik omkring alkoholpåvirkede borgere, og det var derfor op til den enkelte medarbejder at handle eller undlade at handle. Den generelle holdning havde indtil da været, at hvis medarbejderne konfronterede borgeren med alkoholproblematikken, var der overhængende fare for, at borgeren ikke ville komme igen, hvilket betød, at medarbejderne ofte valgte at undlade at komme ind på emnet alkohol. Fysioterapeuten oplevede tydeligvis et stort dilemma, som blev yderligere forstærket af, at der lå en skole tæt ved plejecenteret.

Det gav stof til moralske skrump, hvis det værste tænkelige scenarie indtraf, nemlig, at borgeren i alkoholpåvirket tilstand kørte et barn ned, uden at terapeuten havde bragt alkohol på banen! Dilemmaet blev diskuteret på en medarbejder-temadag, og emnet blev taget op med den pågældende borger.

Det var fysioterapeutens oplevelse, at der var mange ældre borgere med alkoholproblemer i genoptræningen, men at man i genoptræningen nu havde rykket sig i forhold til emnet alkohol, så det var blevet lettere at tage emnet op på en professionel og ikke mindst værdig måde.

En ikke anerkendt udbredt sundhedsproblematik

Flere gange i projektperioden har en borger med alkoholafhængighed udtrykt ønske om hjælp til ophør og haft behov for medicinsk behandling for abstinenser. Af forskellige grunde kan det være fagligt uforsvarligt at tilbyde abstinensbehandling i hjemmet, enten fordi borgeren er meget psykisk sårbar og/eller har andre alvorlige somatiske lidelser og måske drikker under abstinensbehandlingen. Her er det erfaringen, at det er meget vanskeligt at få en borger indlagt på den indikation, at vedkommende har en behandlingskrævende alkoholafhængighed. Ofte vil det være en anden diagnose, som bliver indlæggelsesårsagen. En privatpraktiserende læge udtrykker det således om en borger med behov for indlæggelse pga. svær alkoholafhængighed: *'Så må jeg jo indlægge hende på dehydrering.'* Dermed sker en omskrivning eller sløring af den reelle sygdomstilstand til en anerkendt diagnose for at få adgang til behandlingssystemet. Behandlingssystemet er ikke indrettet til at yde hjælp til en ældre borger med en behandlingskrævende alkoholafhængighed,

som kræver indlæggelse. Det har betydet, at enkelte borgere er blevet sendt på forsorghjem for en kortere periode, eller at de ganske enkelt ikke har fået tilbudt hjælp i form af behandling, medmindre den praktiserende læge har set en mulighed for at indlægge borgeren under en anden diagnose.

Ældre borgere har også ønsker om et godt liv

Det er erfaringen fra projektet, at borgere ofte gerne vil have hjælp til et bedre liv. Et liv, hvor de har kontakt med deres børn og børnebørn, og et liv, hvor de ikke er i fare for at falde og brække hoften med udsigt til et langt og smertefuldt genoptræningsforløb. Spørgsmålet er bare, hvordan det kan lade sig gøre, når der ikke er mulighed for at tilbyde tilstrækkelig behandling i form af en indlæggelse, som kan være nødvendig i de situationer, hvor borgeren er så svækket, at indlæggelse er påkrævet?

Små skridt i den rigtige retning

Første skridt på vejen er at bringe alkohol på dagsordenen i de lokale medarbejdergrupper og at øge den faglige viden blandt medarbejderne på alle niveauer i hjemmeplejen. Der er brug for retningslinjer og mulighed for at trække på specialiseret viden, ligesom vi kender det fra demensområdet. Der kunne derfor med fordel oprettes særlige alkoholkoordinatorer.

Alkoholindsatsen bør skrives ind i ydelseskataloget og sygeplejekataloget på linje med andre indsatser i hjemmeplejen for derigennem at formalisere og legalisere indsatsen.

Der er brug for erfaringer med at samtale med den ældre borger om alkoholforbruget for derigennem at nedbryde det tabu, som i høj grad eksisterer blandt medarbejderne. I de fleste tilfælde vil medarbejderen, hvis hun er trænet i enkle spørgsmål, opleve, at det ikke var så ubehageligt, som hun først havde forestillet sig. I Silkeborg er der oprettet en ressourcegruppe bestående af 22 medarbejdere fra afdelingen Sundhed og Omsorg, som mødes til undervisning og erfaringsudveksling én gang i kvartalet med træning i motive-rende samtale og kort intervention.

For nogle medarbejdere har det gjort en forskel: *'Jeg vil føle mig rustet på en anden måde ved, at jeg er en del af det her projekt - også til at gå ud og varetage de her opgaver. Og jeg er ikke bleg for, hvis der lige pludselig kom en eller anden kompleks sag med en borger, hvor der har været en masse problematikker omkring alkohol eller noget - jeg vil ikke være bleg for at hoppe ud i den. Overhovedet ikke.'*

Fremtidsperspektiver

Hvorfor går det så langsomt? Eller måske skulle man snarere spørge: Hvad skal der til for at sætte mere skub i processen?

Hvis det skal lykkes at implementere alkoholindsatser i hjemmeplejen, er det væsentligt at få indsatserne tænkt ind i det eksisterende sundheds- og omsorgssystem. Alkoholindsatsen skal ikke opfattes som endnu en 'skal-opgave', der pålægges udefra. Hjemmeplejen er et hårdt belastet område, hvad angår sundhedsopgaver, som bliver lagt ud fra sygehusene, der arbejder på at forkorte indlæggelsestiden eller undgå indlæggelse. Hvis frontpersonalet og ledelsen i hjemmeplejen ikke oplever, at alkoholproblematikken udgør en egentlig problematik, får alkoholindsatser ringe eller ingen prioritet. Omvendt, hvis frontpersonalet og ledelsen oplever alkoholproblemer hos borgerne som væsentlige sundhedsmæssige problemer, bliver det nødvendigt at gøre noget, og det skaber en motivation til at lave tiltag og forandringer. Hvis det skal lykkes, må såvel ledelse som frontpersonale have oplevelsen af, at alkoholindsatser er nødvendige. Det skal være et behov, som både kommer fra ledelsesniveau og fra frontpersonalniveau. Når behovet kommer inde fra organisationen og ikke som et udefrakommende krav, kan det være med til at sikre et ejerskab, som er afgørende for, om indsatsen lykkes eller ej. Ydermere er det vigtigt, at frontpersonalet får erfaringer med, at det faktisk kan lade sig gøre at skabe forandringer hos borgeren, for når medarbejderen har oplevet, at det kan lade sig gøre at lave alkoholindsatser i praksis, vil man som frontpersonale automatisk have mere af det, der virker. Det får afsmittende effekt på medarbejderne, som oplever større lyst til arbejdet, og det vil smitte af på hele organisationen og dermed også på ledelsesniveauet. I Silkeborg Kommune er der iværksat undervisning for frontpersonalet i kort alkoholintervention, herunder tegn på alkoholproblematik, og øvelser i kommunikation, som har til hensigt at understøtte forandring hos borgeren. Undervisningen bør ideelt set knytte an til den kommunale alkoholbehandling i kommunen, da der ofte er behov for et stærkt tværfagligt samarbejde omkring en borger med alkoholproblematik.

Der vil være behov for at skabe rum for øvelser for medarbejderne. Det kunne tilgodeses ved at oprette en ressourcegruppe af medarbejdere, som regelmæssigt mødes til undervisning og dernæst afprøver forskellige metoder i praksis. Ideelt set burde hver

CHRISTINA KUDSK NIELSEN
SYGEPLEJERSKE, ANTROPOLOG
ALKOHOLRÅDGIVNINGEN I SILKEBORG



kommune oprette stillinger som alkoholkonsulenter, der modsvarer antallet af demenskonsulenter i kommunen. Demensområdet omfatter omkring 10 % af befolkningen. Her vil der igen være en interessant problematik, for når man dykker ned i borgersager med demens, viser der sig ikke sjældent en langvarig alkoholproblematik og dermed en demensproblematik, som måske kunne være forhindret, hvis der var blevet sat ind med en alkoholindsats i tide?

Spørgsmålet er vel så, om det reelt kan lade sig gøre at få alkoholindsatser til at indgå på linje med øvrige sundhedsindsatser i hjemmeplejen? Alkoholindsatser uden for rammen af de kommunale alkoholbehandlingssteder har svære vækstbetingelser, forstået på den måde, at alkoholindsatsen inden for mange arenaer i kommunen er en sundheds/forebyggelsesopgave, som er én blandt mange opgaver, der skal/bør varetages af kommunen. Det betyder i praksis, at der er kamp om politikernes og ledelsens opmærksomhed, når det gælder prioriteringer inden for sundhedsområdet - Skal vi satse på udvikling af det ene eller det andet område? For at kunne skabe blivende alkoholindsatser er der afgørende behov for, at der bliver truffet ledelsesmæssige og politiske beslutninger i den enkelte kommune. Behovet for politiske og ledelsesmæssige beslutninger inden for alkoholområdet understøttes af Sundhedsstyrelsens nyligt udsendte forebyggelsespakker:

'En kvalificeret forebyggelses- og behandlingsindsats på alkoholområdet opnås ved, at der samarbejdes på tværs af kommunen, og at der er den nødvendige politiske og ledelsesmæssige opbakning. Alkohol vedrører en lang række af kommunens forvaltninger, og mange af kommunens ansatte har kontakt med borgere med alkoholproblemer og deres pårørende. Det gælder både arbejdsmarkeds-, social- og sundhedsområdet, i børne-familiesager, i hjemmeplejen, i sundhedsplejen og ved fx fastsættelse af udsænkingsregler og bevillinger i festmiljøer. Det gælder også skole- og kulturområdet, hvor man i skole og institutioner møder børn, der er belastede af forældres alkoholproblemer.'

www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPK/Alkohol.pdf

Overvældende opmærksomhed

Alkoholprojektets formål er at skabe mulighed for, at medarbejdere kan tænke, tale om og handle på et bekymrende alkoholforbrug hos borgeren. Her er projektet blevet hjulpet godt på vej af medierne, da der har været overvældende meget medieopmærksomhed fra fagtidsskrifter og landsdækkende skrevne og talte medier. Der har været deltagelse på konferencer, herunder blandt andet Danske Ældreråds konference (www.danskeaeldre.launch-it.dk), hvor der var en meget stor og positiv interesse for emnet. Desuden er projektet blevet præsenteret på en konference i Oslo arrangeret af Actisrusfeltets samarbejdsorgan (www.actis.no), hvor der er en øget opmærksomhed på emnet alkohol og ældre. Det interessante er, at der i dækningen af og kontakten til projektet primært har været en meget imødekommende interesse, som tyder på, at emnet vækker genklang hos mange.

Borgerudsagn

I forbindelse med screeningen for alkoholproblematik blev der uddelt spørgeskemaer til en gruppe borgere. Screeningen lagde ikke op til kommentarer, men bestod udelukkende af lukkede spørgsmål omkring alkoholvaner. Alligevel blev flere spørgeskemaer returneret med små kommentarer på bagsiden. En kommentar fra en ældre dame lød:

'Jeg synes, det er positivt, at kommunen vil beskæftige sig med emnet (alkohol og ældre), vi kan godt blive lidt gemt af vejen.' Denne kommentar understøtter flere undersøgelser, som viser, at barrierer mod alkoholindsatser i høj grad findes hos personalet og ikke hos borgerne.

En anden borger svarede på spørgsmålet om, hvorvidt screeningen blev oplevet som grænseoverskridende, at hun synes spørgsmålene var relevante. Hun kunne især genkende det at drikke oven på et tab eller en sorg.

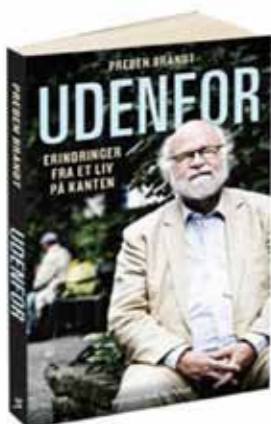
Der har generelt været en stor åbenhed fra borgerne i forhold til at ville tale om emnet, og det har i nogen grad forstyrret den dominerende opfattelse af, at alkohol er et tabubelagt emne blandt ældre mennesker. ■

STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2
2300 København S

B

Returneres ved varig adresseændring





UDENFOR - ERINDRINGER FRA ET LIV PÅ KANTEN

AF PREBEN BRANDT
KRISTELIGT DAGBLADS FORLAG. 268 sider. 249 kr.
www.forlag.kristeligt-dagblad.dk

UDENFOR ER OGSÅ INDENFOR

Socialoverlæge Preben Brandts erindringsbog fortæller om et spændende arbejdsliv på baggrund af en broget skæbne, der på mange måder afspejler noget tidstypisk.

AF KAREN ELLEN SPANNOW

Psykiater Preben Brandt, kendt for sin ihærdige indsats for de socialt udsatte, har skrevet en erindringsbog, hvor han slår samme paraply op over hele sit liv. På paraplyen står der 'UDENFOR' med store bogstaver, men i gunstige omgivelser holder paraplyen dog regn og rusk ude og bliver således til en slags indenfor. I hvert fald bliver det tydeligt, som bogen skrider frem, at det er udenfor, at Brandt mener at trives. Han bryder sig ikke om at gå i takt og at underordne sig gruppens eller forholdets regler. Han vil selv. Og selv om der er mange trængsler på vejen fra lille Preben til store Preben, så viser det sig undervejs, at han heldigvis også kan selv.

Opvæksten i efterkrigstiden

Vi får en meget detaljeret fremstilling af Brandts noget mistrøstige barndom fra 1944 og frem, hvor datidens misopfattelse af nattetisseri sammen med den dengang overdrevne autoritetsangst samt rodede familieforhold gjorde ham til en lille forsigtig og frygtsom fyr. Han var i almindelighed meget ængstelig for ikke at gøre de voksne omkring sig tilpas.

Det var dog ikke lutter ulykke. Der var også perioder med velstand, med fine huse, dejlige ferier hos familien og blanke biler med trinbræt og læderindtræk. Enkelte stunder, hvor man vovede at være glad og ubekymret. Perioder med en god legekammerat og fred i sjælen.

Brandt fremstiller sin mor som et utvetydigt utiltalende og ambitiøst damemenneske, der på intet tidspunkt kunne tænke på andre end sig selv. Samtidig hører vi dog historien om, hvordan denne ravnemor i

det mindste knoklede en vis legemsdel ud af bukserne for at forbedre de materielle vilkår for sin familie. Hun syede kjoler i størrelse meget stor og gik fra dør til dør og solgte dem. På et tidspunkt havde hun ti damer, der syede for hende, og en blomstrende virksomhed. Hun forsøgte sig så med en rigtigt forretning, men knækkede halsen økonomisk på det. Efter konkursen gik det for alvor ned ad bakke med hendes forhold til Brandts far, og det endte med, at hun forlod ham sammen med Brandts lillebror og efterlod Preben Brandt, da denne var omkring 12 år, hos sin far, som i mellemtiden var blevet alvorligt syg og invalideret. Moderen kom selv fra ukærlige og meget fattige kår og havde som mange andre, der vokser op i dyb fattigdom, de materielle goder øverst på listen og havde aldrig lært at vise ømhed og respekt for sine børn eller omgivelserne i øvrigt.

I gennemgang af barndommen og familien mangler jeg i den grad, at Brandt relaterer beretningen til den pågældende tidsperiode. Ikke for at bagatellisere Brandts lidelser, men fordi de kommer til at virke mere forfærdende uden deres historiske kontekst. Det var andre tider. Den mest avancerede teori om børneopdragelse var at finde i Benjamin Spocks bog om ro, renlighed og regelmæssighed, og den bærende ambition i opdragelsen var ikke at få lykkelige børn, men at få ordentlige børn.

I fyrrerne og halvtredserne var barndommen fuld af fraværende fædre, skrappe mødre, der tog rengøringen betydeligt mere alvorligt end samværet med børnene, sure viceværter, der gjorde, hvad de kunne for at ødelægge ungernes legemuligheder, og skolelærere, der rev i ørerne og smækkede med spanskrøret. Man gav kun fysiske kærtegn til småbørn. De store

kunne nøjes med et håndtryk, når det gik højt. Knuset var knap opfundet! Krammet var utænkeligt! Ikke kun hos Brandts familie, men også hos alle os andre, der var børn dengang. Så måske kan man endda sige, at Brandt i sin barndom var mere indenfor, end han med sit yndlingsprædikat 'udenfor' indikerer.

Det samme gør sig gældende, når vi når frem til den periode, hvor Brandt forsøger at stable den familie, han ellers så brændende ønsker sig, på benene. Han møder tidligt sin første kone, og de gifter sig efter flere års kæresteri, da hun er 20, og han 22. Ja, de var unge, men dengang kunne man ikke få en lejlighed uden at stille med en vielsesattest senest tre måneder efter. Ikke noget med at leve på polsk i to sammenhængende værelser med toilet! Derfor var der dengang mange, der blev tidligt gift. Igen er Brandt meget mere 'indenfor' i den forstand, at han følger mere med strømmen, end hans egen fortolkning antyder.

Brandts første ægteskab fik hurtigt ende, fordi han ikke kunne sige nej til andre tilbud. Han har siden været gift med to andre kvinder og fik to børn med sin tredje kone. Efter hans egen mening har det været hans hang til udenomsægteskabelige forhold, som han brugte til at blive bekræftet og ikke kunne undvære, der medvirkede til skilsmisserne. Han antyder også, at hans ubehagelige mor, som han til hendes sene død er imponerende trofast over for, er uforskammet og afvisende over for hans koner.

Brandt tror også, at hans rodløshed har spillet en rolle for hans vanskeligheder med at blive i ægteskaberne. Han synes at mene, at hans rodløshed må henføres til hans personlige opvækst. Jo – men også her ville det have klædt argumenterne, hvis Brandt lige havde taget et kig på sine omgivelser og sin tid. Vi, der blev født i fyrrerne, har levet med en historisk høj social mobilitet, og rodløshed er en del af den pris, man må betale for at forlade sit sociale udgangspunkt. At skifte social position indebærer, at man igen og igen oplever usikkerhed og må øve sig i at ræsonnere og improvisere for at finde frem til en tilfredsstillende måde at håndtere de nye sociale situationer på.

Et frodigt arbejdsliv

Der er ingen tvivl om, at det var studierne og arbejdslivet, der efterhånden fik Brandt til at forstå, at han trods den sårbarhed, han følte, alligevel var lavet af noget nogenlunde solidt. Ikke mindst hans tid som læge

for de danske soldater på Cypern, hvor han blev udsat for vanskelige opgaver og situationer, fik noget af hans frygtsomhed til at forsvinde. Men inden da havde også oplevelsen af at bestå den medicinske embedseksamen polstret hans selvtillid.

Brandt præsenterer os i spredt fægtning for den frodige blanding, hans arbejdsliv har været og er. Efter sin turnustid var Brandt klar over, at det var psykiatri, han skulle specialisere sig i. Siden fik han under sin speciallægeuddannelse mulighed for at arbejde som lægekonsulent på Sundholm, og det blev afgørende for den retning, hans videre karriere fik. Han blev optaget af de hjemløses rettighedstomme liv og gik fra en stilling som psykiater på Sundholm til en særlig oprettet overlægestilling i Københavns Kommune og herfra videre til sit eget Projekt Udenfor, der som selvejende institution både skal yde praktisk hjælp til socialt udsatte og fremme forskning og udvikling. Sideløbende har han været formand for Narkotikarådet og Rådet for Socialt Udsatte samt skrevet bøger og holdt foredrag.

Bogen afspejler Brandts ambitioner om at få liv og arbejde til at hænge sammen med kunsten som støttehjul. Det er et meget ambitiøst mål, og Brandts prosa har ikke helt den kvalitet, der er nødvendig for at indfri projektet. Den kalejdoskopiske og til tider særdeles detaljerede præsentation af private betroelser, triste erindringer, krig, dårlig økonomi, kærlighedsaffærer, socialpolitiske overvejelser, musikbeskrivelser, patienthistorier, boganmeldelser og teaterture tegner et lidt for diffust billede af det hele. Bogens vinger flakser lidt, men vokser ikke helt ud over kanten, som man fornemmer, Brandt egentlig vil det.

Så selv om Brandt hele bogen igennem gør sig de ihærdigste anstrengelser for at præsentere sig selv som udenfor og på kanten af alting, så må denne læser konkludere, at hans historie, når man sætter den ind i den historiske kontekst, på mange måder peger i den stik modsatte retning. Måske endda så meget, at man kunne vove den konklusion, at Brandt, når det kommer til stykket – og hvor nødtigt han end vil det – er en af vor egne. ■

PREBEN BRANDT (f. 1944) er dr. med. og tidligere formand for Narkotikarådet og Rådet for Socialt Udsatte. Han tog i 1997 som socialoverlæge initiativ til etableringen af projekt UDENFOR, hvor han siden har været administrativ leder samt forsknings- og projektansvarlig.



KAREN ELLEN SPANNOW
ETNOGRAF, MAG.ART., PH.D.

KAMPEN OM KLIENTERNE

Regionerne og deres psykiatriske afdelinger melder sig klar til at overtage misbrugsbehandlingen fra kommunerne. Især klienter med dobbeltdiagnose vil få et bedre behandlingstilbud i sundhedssystemet, mener de. Kommunerne svarer igen med skarpe argumenter for at beholde den opgave, de overtog efter amternes nedlæggelse i 2007 – og de overgiver sig ikke uden kamp.

AF MARIANNE BÆKBØL

Kun ved særlige lejligheder er der rift om stofbrugere. Offentliggørelsen af en evaluering af kommunernes indsats på udvalgte områder siden 2007 har udviklet sig til en sådan situation. Evalueringen kritiserer kommunerne på en række punkter, og regionerne mener nu, at *de* kan gøre det bedre. Ikke siden kommunalreformen og de følgende års hjemtagninger af snart sagt alle tidligere amtslige opgaver har der været så stort fokus på opgavefordelingen som nu. Der er kamp om klienterne.

På sidelinjen står stof- og alkoholbehandlingscentre, som i forvejen oftest rummer dobbeltdiagnoserne. De ønsker sådan set bare at få tilført flere psykiatriske ressourcer, så de kan varetage den opgave ordentligt, som ingen andre indtil nu for alvor har villet tage på sig. Hvor den organisatorisk er forankret er mere underordnet.

Det blev klart på Selskab for Addiktiv Medicin konference i september 2012 på Nationalmuseet, hvor dagens diskussionsemne var: 'Hvem skal have ansvaret for stof- og alkoholbehandlingen?' Både kommuner, regioner, psykiatri og misbrugscentre var præsenteret i talerrækken. Og alle grundigt forberedte.

Psykiatrien set fra et misbrugscenter

Overlæge og formand for Selskab for Addiktiv Medicin, Thomas Fuglsang, lagde indledningsvist i kakkelloven ved at efterlyse svar fra psykiatrien.

'Hvordan skal vi gøre med psykisk syge misbrugere? Vi har indtryk af, at misbrugere ikke er til at få indlagt, ligegyldigt hvor syge de er. Hvad hjælper det, at vi har lært at screene for ADHD, hvis vi ikke kan få screeningerne omsat i diagnoser og behandling? Som misbrugscenter føler man sig ladt i stikken, når man skal lave social behand-

ling, uden at den psykiatriske tilstand er afklaret.'

Med direkte besked til psykiatrien påpegede han, at det efter hans mening virker, som om psykiatrien reelt ikke *kan* rumme personer med misbrug. Tillige, at der i psykiatrien mangler viden om rusmidler, misbrug og abstinenser, ligesom der mangler viden om de lokale kommunale tilbud, der reelt findes til disse klienter.

Regionernes psykiatri skal tage mere ansvar for behandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser og gerne ude på misbrugscentre, mener Thomas Fuglsang.

'Misbrugere med psykiatriske lidelser har brug for positiv særbehandling. Der skal være flere fremskudte ambulatorieydelse og udvidelse af den ambulante kapacitet. Der er også brug for brobygning til de kommunale tilbud gennem socialsygeplejersker.'

Desuden er der behov for særlige specialeafsnit for dobbeltdiagnoser. Fremskudt stuegang på misbrugscentre ville også være en god idé, mente Thomas Fuglsang, ligesom det er ønskeligt, at de psykiatriske læger i højere grad renoncerer på deres krav om stofrihed inden igangsætning af psykiatrisk behandling.

Også kommunerne halter

Heller ikke kommunernes indsats gik fri af kritik og fik deres andel af ansvaret for den mangelfulde behandling af misbrugere med psykiske lidelser.

'Der er for store forskelle i serviceniveauet rundt om, nogle steder er der måneders ventetid på en lægesamtale. 44 procent af klienterne får social behandling af meget lav intensitet på trods af store problemer.'

Fuglsang påpegede videre, at der mangler både psykologisk og psykiatrisk behandling, og at de sociale handleplaner alt for ofte mangler at blive lavet. Desuden er det sådan, at hver fjerde kommune ikke har



udarbejdet en kvalitetsstandard for misbrugsindsatsen, og at 12-13 procent ikke overholder behandlingsgarantien.

Også de små enheder, som kommunalreformens institutionsspredning har kastet af sig, har vakt bekymring. De er sårbare, og misbrugsområdet er lille i forvejen, så man kan hverken bevare faglighed eller specialisering, mente Fuglsang.

'Det er svært at rekruttere læger til de små enheder, fordi de ikke har nogle faglige dynamoer, der kan tiltrække.'

Regionerne melder sig klar til opgaven

Flemming Stenild, formand for regionernes psykiatri- og socialudvalg, var sammen med vicedirektør for psykiatrien i Region Sjælland, Søren Bredkær, de regionale forkæmpere for at få hele misbrugsområdet, herunder altså også de dobbeltdiagnosticerede, ind under regionernes vinger. Og det skortede ikke på de gode intentioner.

'Vi har gjort os tanker om, at alle, også misbrugere, skal have hurtig og passende behandling. At vi skal tage misbrugere alvorligt,' sagde Flemming Stenild indledningsvist og præsenterede regionernes oplæg: 'To diagnoser – et menneske'.

Indledende anfægtede han, at vi i Danmark ser misbrug som et socialt problem, som kan behandles alene med social støtte og sociale programmer. Det var ifølge Flemming Stenild mere passende at bruge WHO's klassifikation af misbrug som en psykisk lidelse. Også den spredte og mangelfulde vidensindsamling, der finder sted på misbrugsområdet, blev udsat for kritik.

'Hverken alkohol- eller stofbehandling har tradition for dokumentation og vidensindsamling. Der er brug for mere evidens, best practice og en sundhedsfaglighed, der er forankret i psykiatrien. Lige nu har over halvdelen af kommunerne for eksempel ikke ansat sundhedsfagligt personale i deres alkoholbehandling,' argumenterede Flemming Stenild. Her blev han bakket op af Søren Bredkær, der i sit efterfølgende oplæg gav udtryk for, at han var helt klar over, hvor kompliceret en opgave det er, regionerne vil påtage sig, men at han anser det for at være en reel nødvendighed.

'Jeg synes, det er beskæmmende at se, hvor ringe kvaliteten er på misbrugsområdet, og hvor ringe dokumentationen er, trods en god indsats fra en masse medarbejdere. Med misbrugsbehandlingen lagt i regionerne vil behandlingen blive integreret, det sociale, det psykiske og det somatiske vil være samlet ét sted.'

Specialisering og volumen giver kvalitet

Specialisering bygger på begrebet 'øvelse gør mester', og derfor er det nødvendigt med en vis volumen for at kunne opbygge ekspertise, mener regionerne.

Behandling skal bygge på standarder og evidens, ligesom når der er tale om andre komplekse sygdomme.

'Komplicerede lidelser skal behandles på specialcentre. Ligesom brækkede hofter ikke opereres på Samsø Sygehus, men på et specialhospital,' illustrerede Flemming Stenild.

Ligesom Thomas Fuglsang skød regionerne med skarpt på både den varierende kvalitet i kommunernes behandlingstilbud og på størrelsen af de kommunale behandlingseinheder, der mange steder er blevet små.

'Når størrelsen bliver for lille, falder kvaliteten, specialister forsvinder sammen med tværfaglige miljøer og forskningsmiljøer,' sagde Flemming Stenild.

Også han var klar over, at det ikke er en nem opgave, regionerne gerne vil kaste sig over. Det vil, ud over en kraftig kulturændring mange steder, kræve, at psykiatrien som helhed geares om. Et arbejde, der vil kræve grundig planlægning og forberedelse, erkendte han.

Misbrugsområdet hører til i sundhedsområdet og under psykiatrien – det står fast ifølge regionerne. Men det kræver samarbejde, sagde Flemming Stenild.

'Hvis en ny organisering skal blive en succes, er det afgørende, at vi sætter os ned sammen med andre faggrupper og med kommunerne og omhyggeligt planlægger, hvordan det skal udmøntes. Misbrug er, selvom det er en sygdom, en tilstand, hvor der meget ofte også kræves en stor social indsats. Denne indsats skal stadig ydes af kommunerne via Serviceloven.'

Fordelene er i flertal

I følge regionernes repræsentanter ligger den største udfordring kommuner og regioner imellem. Det er nemlig svært for regionerne kun at have ansvaret for patienterne under indlæggelse for derefter at skulle arbejde sammen med de mange kommuner om udskrivning og opfølgning. Kommuner, der alle sammen har forskellige standarder og måder at håndtere samarbejde på. I stedet for en dobbeltindsats over for de dobbeltdiagnosticerede, bliver det derfor i stedet ofte en monoindsats.

'Vi ved, at mange steder har man den indstilling, at hvis der er misbrug ind over, så skal man kun behandles i kommunen,' sagde Søren Bredkær.

Regionerne ønsker derfor at følge klienter med



~~FOLDJERECENTRET
STRØMVEJ 6
9800 HJØRRING~~

'Vi har både de faglige forudsætninger og viljen til at behandle mennesker med dobbeltdiagnoser.'

JEANETT BAUER, DANSK PSYKIATRISK SELSKAB



Jeg kan være betænkelig, når jeg hører flere oplægsholderes tro på, at man ved en fiks organisationsændring kan afskaffe al menneskelig lidelse på dette område. Vi skal blive bedre til det, vi gør i dag, ikke bedre til snuptagsløsninger. Og hvad hindrer behandlingspsykiatrien i at samarbejde med rusmiddelbehandlings-enhederne om screening og udredning for psykiatriske diagnoser i dag?'

HENNING DAUGAARD, FORENINGEN AF SOCIALCHEFER I DANMARK.



psykiske lidelser *hele* vejen igennem behandlingen, ikke kun under indlæggelser. Regionerne lægger op til følgende overordnede organisering af behandlingen:

1. Misbrugsbehandling foregår decentralt.
2. Behandling af misbrug og lettere psykisk lidelse varetages decentralt og inkluderer lokalpsykiatri.
3. Kompliceret misbrug og psykiatrisk lidelse behandles på regionsniveau med central vurdering og eventuelt behandling lokalt.

Bredkær stillede i udsigt, at hvis regionerne får ansvaret for behandling, vil der fremover:

1. Foregå systematisk visitation (der medinddrager klienten).
2. Være integreret behandling af misbrug og psykisk lidelse.
3. Være høj sundhedsfaglig kompetence.
4. Anvendes vidensbaserede metoder.
5. Være tæt samarbejde mellem ambulante og døgnbaserede behandlingssystemer.
6. Være løbende kvalitetskontrol.
7. Foregå forskning og udvikling pga. større enheder.

Omstrukturering løser ikke problemerne

Regionerne mener altså, at klienter med dobbeltdiagnoser vil få langt bedre behandling, end de gør i dag, hvis behandlingen flyttes til regionalt regi.

Fra salen betvivlede flere deltagere dette med henvisning til årelange erfaringer med træghed i samarbejdet med psykiatrien og dens afvisninger af netop klienter med dobbeltdiagnose, endog af patienter med meget svære lidelser.

Andre tilhørere med kommunale tilhørsforhold påpegede, at der absolut arbejdes systematisk, professionelt og evidensbaseret i den kommunale misbrugsbehandling, men med gav, at effektmålingen kan gøres bedre.

Især de indlæg blev naturligt bakket op af kommunernes mand i dagens debat, Henning Daugaard fra Frederiksberg Kommune, der repræsenterede Foreningen af Socialchefer i Danmark.

Efter hans mening skal man hellere foretage justeringer inden for de nuværende rammer end lave ny omorganisering.

'Jeg kan være betænkelig, når jeg hører flere oplægs-

holderes tro på, at man ved en fiks organisationsændring kan afskaffe al menneskelig lidelse på dette område. Vi skal blive bedre til det, vi gør i dag, ikke bedre til snuhtagssløsninger,' indledte Henning Daugaard.

Han mente, at misbrugsbehandlingen er godt forankret i kommunerne, fordi de i forvejen løser mange andre opgaver på sundhedsområdet – også de mere komplicerede som for eksempel kronikerområdet, rehabilitering, pleje og omsorg til demente borgere.

Desuden, bebudede han, kan kommunerne tilbyde nærheden til det specialiserede voksenområde med dets støtte-kontakt-person-ordninger, væresteder, visitation til dag- og døgnbehandling og andre tilbud.

Mange risici ved omorganisering

Hvad der i regionernes øjne synes vundet med hensyn til kvalitet og helhedsindsats ved en omdirigering af misbrugsbehandlingen, kan ifølge kommunerne ikke opveje det, der tabes. Blandt andet vil man ikke drage fordel af de erfaringer med misbrugsbehandling, som er blevet opsamlet igennem de sidste fem år, og der vil også være andre tab.

'Hele KRAM-indsatsen vil blive skilt fra behandlingsindsatsen, ungeområdet vil miste nærheden til kommunens familieafdeling, og samarbejdet med de kommunale jobcentre vil svækkes,' sagde Henning Damgaard.

Der er også andre risici, herunder at misbrugsområdet vil blive ramt af en ensidig lægefaglig tilgang, og at flere forløb kun vil have fokus på den medicinske og ikke den sociale del af problemet, hvilket ifølge kommunerne vil mindske kvaliteten af behandlingen i forhold til nu.

Hellere bedre samarbejde

Kommunerne ser ligesom regionerne også det tværfaglige og tværkommunale samarbejde som de største udfordringer. Og det samtidig med, at der er fuld bevidsthed om, at der ligger et stort potentiale i bedre samarbejdsrelationer, der kunne komme alle klienter til gavn, hvis det blev udnyttet.

Henning Daugaard nævnte i den sammenhæng som eksempler til efterligning samarbejdet mellem Holstebro og Herning Misbrugscenter, der har valgt at arbejde sammen om uddannelse, behandlingstilbud

og vidensdeling. Også Projekt 'Bedre Udredning', der tidligere har kørt i Århus med en 'fremskudt' psykiatrisk indsats og tæt samarbejde med psykiatrien, blev nævnt som rollemodelprojekt.

Mange andre håndtag at skrue på

Når snakken falder på løsninger på nogle af de mange samarbejdsproblemer, mente Henning Daugaard, at samarbejdet kan forbedres væsentligt via udarbejdelse af sundhedsaftaler. Bindende aftaler, der definerer samarbejdet mellem regionernes psykiatriske centre og kommunerne. Ligesom der også er realistiske løsninger på de fleste andre udfordringer, kommunerne står med.

'Volumenproblemet kan løses i flere samarbejder kommuner i mellem, og der skal udarbejdes flere fælles manualer og guidelines forankret og bundet op til KL. Der skal udarbejdes ensartede standarder for behandlingen og de metoder, der bruges, og ikke mindst skal det sikres, at der udarbejdes flere sociale handleplaner,' mente Henning Daugaard.

Vedrørende problemerne med at tiltrække læger til små enheder, mente socialchefernes formand, at de kan løses med flere tværkommunale samarbejder med større enheder, hvor der naturligt vil kunne opbygges levende, faglige miljøer.

Uddannelse af specialsygeplejersker, der med reference til en læge kan løfte lægelige opgaver, er en

anden mulighed, der kan tages i brug for at imødekomme lægemanglen.

Og hvad siger klienterne?

Så uenigheden var stor mellem dagens to primære parter. Begge ønskede at få stadfæstet, at misbrugsområdet er deres. Regionerne lovede stordriftsfordele, større ekspertise og kvalitetsløft. Kommunerne mente at kunne opnå de samme forbedringer og løft ved at foretage ændringer inden for de nuværende rammer.

Stof- og alkoholbehandlingen forsøgte med deres oplæg at kvalificere diskussionen. Om det lykkedes vil det kommende år vise, når evalueringen af kommunalreformen bliver diskuteret af politikerne på Christiansborg.

Trods megen omtale og stort fokus på dobbeltdiagnoserne var denne dag ikke klienternes. Ingen repræsentanter for målgruppen var til stede, så deres meninger og ønsker blev ikke lanceret. De må sætte deres lid til samtlige deltageres gode intentioner om at gøre behandlingen betydeligt bedre for folk med dobbeltdiagnoser, end tilfældet er i øjeblikket.

Både klienter og misbrugscentre må afvente afklaring af deres fremtid i et års tid endnu, indtil politikere og embedsmænd har taget stilling til og udarbejdet de ændringer på misbrugsområdet, der måtte komme i kølvandet af kommunalreformens evaluering. ■

UPDATE

Den 10. december 2012 fremlagde Kommunernes Landsforening et nyt politisk udspil – 'En styrket misbrugsbehandling' – med 12 konkrete anbefalinger på misbrugsområdet til både kommunerne, regionerne og staten. Samtidig offentliggjorde KL et paper om social misbrugsbehandling samt et konkret værktøj til brug for screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen. Det politiske udspil, paper og screeningsværktøj kan ses på www.kl.dk



HVEM HAR ANSVARET FOR DANSK MISBRUGS-BEHANDLING?

På Dansk Selskab for Addiktiv Medicins konference om misbrugsbehandling var psykiatrien i offensiven. Det kan godt vække undren og en smule bekymring.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN
& KATHRINE BRO LUDVIGSEN

Først en stor tak til Dansk Selskab for Addiktiv Medicin for at arrangere en meget spændende dag om et meget relevant emne.

Som det er beskrevet i referatet fra dagen andetsteds i bladet, var det en interessant oplevelse at høre henholdsvis kommuner og regioner slås om nogle borgere, som de normalt ikke er særligt glade for: mennesker med stofmisbrug og mennesker med dobbeltdiagnose (altså samtidig forekomst af stofmisbrug og psykiatrisk lidelse).

Efter selv at have arbejdet med psykiatri og stofmisbrug gennem godt 10 år rejste særligt indlæggene fra Danske Regioner og de to psykiatere dog en vis forundring hos os.

For det første var indlæggene tavse om, hvordan situationen i psykiatrien har ændret sig gennem de sidste fem år, således at man nu har mulighed for og interesse i at behandle mennesker med stofmisbrug inden for psykiatrien. Indtil strukturreformen i 2007 lå stofmisbrugsbehandlingen sammen med psykiatrien i amterne – nogle steder endda i samme forvaltning – uden at dette var befordrende for det store, forkromede samarbejde. Så når psykiatrien nu vil overtage

misbrugsbehandlingen, hvordan vil man så sikre sig det samarbejde, som ikke har eksisteret gennem de sidste mange år, hverken før eller efter strukturreformen?

For det andet fremhævede begge psykiatere, at psykiatrien godt kan håndtere misbrugsbehandling. Dette gjorde de bl.a. ved at referere til eksempler på, hvordan psykiatrien allerede på nuværende tidspunkt arbejder med misbrugsbehandling eller med konkrete bud på, hvordan en placering af misbrugsbehandlingen inden for psykiatrien organisatorisk kunne se ud. Det var dog tankevækkende, at disse eksempler primært refererede til alkoholmisbrugsbehandling og ikke til stofmisbrugsbehandling. Og det kan godt skabe en bekymring om, hvorvidt psykiatrien har en forståelse for, hvad stofmisbrugsbehandling egentlig er? Lars Merinder, overlæge fra ambulatoriet for rusmiddelpsykiatri ved Risskov Psykiatrisk Hospital kommenterede på dette forhold, da han ved dagens slutning pegede på, at stofmisbrugsbehandling ikke kun handler om afrusning og abstinensbehandling (som langt hen ad vejen har været psykiatriens bidrag til alkoholmisbrugsbehandlingen), men også om mere komplicerede psyko-soziale interventioner, som den almindelige behandlingspsykiatri kun i begrænset omfang har på sit repertoire i dag. ■



UDFORDRINGER PÅ STOFMISBRUGS-OMRÅDET

Formanden for Rådet for Socialt Udsatte tager her nogle helt overordnede udviklingstendenser på misbrugsområdet op – tendenser, der er meget modsætningsfyldte, men som hver især er stærke og trækker udviklingen i hver sin retning.

Et område med mange udfordringer

Årene fra 1995 til først i 00'erne bliver ofte kaldt 'de gyldne år' for den sociale behandling af stofmisbrug. Udgifterne blev næsten tredoblet fra ca. 250 mio. kr. i 1995 til godt 700 mio. kr. i 2000. (Driftsudgifter til konto 5.38.45 i de amtskommunale og kommunale regnskaber fra Danmarks Statistik. Beløb i 2011 pris- og lønniveau.)

I 00'erne var der fortsat en pæn kontinuerlig vækst i udgifterne. Behandlingsgarantien blev indført, og der var en relativ stor opmærksomhed på indsatsen for socialt udsatte, begunstiget af gode økonomiske tider. Udgifterne toppede i 2009 med godt 900 mio. kr. Siden har kommunerne reduceret udgifterne med næsten 10 procent til 833 mio. kr. i 2011.

Desværre ser vi samtidig en kraftig stigning i antallet af stofmisbrugere med ca. 30 procent over de sidste 10 år, så det samlede antal stofmisbrugere i 2009 ifølge Sundhedsstyrelsen er ca. 33.000 stofmisbrugere.

Hvor den økonomiske bevågenhed er dalet, vil det omvendt ikke være forkert at sige, at stofmisbrugsområdet er blevet vendt og drejet, debatteret og diskuteret på mange forskellige fronter i det sidste årti. Rent faktisk er stofmisbrugsområdet ét af de områder på socialområdet, som er mest beskrevet og dokumenteret.

Tænk blot på en af hovedaktørerne på forskningsfeltet, Center for Rusmiddelforskning, mange publikationer og undersøgelser af den psykosociale behandling i Danmark. Centeret har gennem de sidste mange år løbende foretaget undersøgelser af effekten af både den stoffri døgnbehandling, dagbehandling og den ambulante behandling.

SFI og Socialstyrelsen (den daværende Servicestyrelse) publicerede en stor undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark i 2009. Og senest

AF JANN SJURSEN

Op gennem 00'erne er der kommet en mere udbredt forståelse for, at mennesker med misbrug meget ofte har andre problemer i livet end kun lige misbruget. Misbruget kommer ikke ud af ingenting – det kan eksempelvis have rødder i psykiske problemer, traumatiske oplevelser eller manglende evne til at håndtere svære problemer, når livet virkelig gør ondt. Behandlingsindsatsen skal derfor gå på to ben: et ben, der har målsætningen om stoffrihed, og et ben, hvor målsætningen er skadesreduktion.

Samtidig er der opstået en anden tendens, som ikke blot har negative konsekvenser for stofmisbrugere i Danmark, men for mange borgere med store sociale problemer. Det er det skred, der politisk er sket i holdningen til sociale problemer. Socialpolitikken er i mange henseender erstattet af beskæftigelsespolitik. Sociale problemer bliver i højere og højere grad anskuet som borgernes eget ansvar eller valg, og alt skal sættes ind på at motivere til beskæftigelse, der påstås at løse alle marginaliseringsproblemer. Det får som konsekvens, at mennesker uden for arbejdsmarkedet ofte ikke føler sig anerkendt som ligeværdige mennesker. Og slet ikke, hvis de også har problemer ud over ledighed. Holdnings-skredet trækker i retning af genindførelse af sondringen mellem værdigt og uværdigt trængende.

Det er ikke nemt at stå som stofmisbruger i et spændingsfelt, hvor det omgivende samfund har så vidt forskellige tilgange til stofmisbrugsproblematikken. Enten er der rum for omsorg, forståelse og hjælp, eller også er den grundlæggende opfattelse, at 'de bare kan tage sig sammen' med en heraf manglende forståelse for de ofte gentagne tilbagefald.

Nye dødstal: DF dumper narkobehandlingen

Fixerum og narkotika på recept er ikke vejen frem, mener DF oven på bekymrende tal fra Sundhedsstyrelsen.

09.00, 15. nov 2012 | Ritaus/Syber



Narkodød hænger Syddanmark

Antallet af døde stofmisbrugere stiger på Fyn og i Sydjylland. Samtidig kommer der hver dag et nyt narkotisk stof til Europa.

STOFMISBRUG

FLEMMING CHRISTIANSEN

I det sydvestlige Danmark findes en væsentlig del af forklaringen på det stigende antal døde narkomaner i Danmark, der sidste år slog ny rekord med 285 døde – ti flere end året før, som det fremgik af Politiken i går. Forklaringen findes på Fyn og ellers i det sydlige. For mens dødstallet faldt i blandt andet København og Nordjylland, nåede dødstallet blandt stofmisbrugere i region Sydjylland nye højder med 90 døde mod under 80 året før. Dermed står regionen – hvor lidt over hver femte dansker bor – for næsten en tredjedel af narkodødsfaldene.

Overlæge Inge Birkemose, Behandlingscenter Odense, har ingen nærmere forklaring, siger hun til DR. »Men vi ved, at stofferne bliver stærkere. Samtidig har vi en stor gruppe ældre misbrugere, som er mere syge og skrøbelige.»

Rådmand for social- og arbejdsmarkedsområdet i Odense, Peter Rahbæk Juel (S), mener dog ikke, at hans kommune har ansvar for stigningen. Han fik i går tal fra politiet, som viser, at den fynske hovedstad de seneste fem år har haft omkring 30 narkomandødsfald hvert år – kun med små udsving.

Socialdemokraternes sundhedsordfører Sophie Hæstorp Andersen siger til Politiken, at styrkerne skal oppe sig på forebyggelse, skadesreduktion og behandling. I Københavns Kommune døde 'kun' 30 narkomaner sidste år mod 50 for bare to år siden, og det store fald mener Sophie Hæstorp Andersen er et klart tegn på, at nye typer indsats gør en forskel.

»Det viser, at fixelancer og heroïnbehandling virker», siger hun med henvisning til, dels at der i København har været mobile stofindtagelsesrum, hvor misbrugere har kunnet indtage deres illegale stoffer, dels at København nu i et par år har været i gang med uddeling af gratis heroïn. I oktober åbnede landets første fixerum i København.

Nyheden om det nye rekordhøje antal døde narkomaner fik i går Dansk Folkepartis sundheds- og psykiatridirektør Liselott Blått til at sige, at »det er et tegn på, at det går den forkerte vej, når vi tilbyder fixerum og flere stoffer til stofmisbrugere.»

Det fik Enhedslistens socialborgmester i København, Mikkel Warming, til at kalde DF's holdning for »et lavpunkt af dimensioner.»

Overlæge og misbrugsekspert Henrik Rindom fra Hvidovre Hospital mener dog ikke, at fixerum

De Konservative: Legaliser rygeheroin

De Konservative vil indføre lægeordineret rygeheroin til narkomaner, der ellers skal lære at stikke sig i armen

07.14, 12. maj 2012 | James Kristoffer Miles



LØRDAG 10. JANUAR 2009 | POLITIKEN

Heroinkur tilbydes udvalgte narkomaner

Men de får svært ved at opfylde kravene, og succesen afhænger af de psykosociale tilbud, der er den afgørende del af behandlingen, viser udenlandske erfaringer.

SKADESREDUKTION

INGE BIRKEMOSE
HERLØGE, RUSMIDDELFORSKNING

DET ER nu cirka et år siden, at en klient tak hovedet ind ad døren til lægeklínken på behandlingscenteret, hvor jeg arbejder, og sagde: »Du Inge, jeg vil gerne skrives op på ham der Lars' liste. Det være et øjeblik, før jeg forstod, hvad han mente. Der havde været en del avisoverskrifter om, at daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens forslag om aetron som behandlingsstilbud til stofmisbrugere nu ville blive vedtaget ved lov.»

Klienten ville gerne skrives op på listen over dem, der skulle have tilbuddet. Det var der også andre, der gerne ville den dag. Jeg lovede, jeg ville komme på et brugermøde og fortælle om tilbuddet, og om hvordan man kom i betragtning, når lovslaget var vedtaget, og Sundhedsstyrelsen havde udarbejdet retningslinjer. Loven om ordination af heroïn, som ledt legelig behandling af personer for stofmisbrug, trådte i kraft 1. januar 2009, og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning, så nu må jeg se at få lavet en aftale med brugerrådet.

»A UDENLANDSKE forsøg ved vi, at heroïn i kombination med psykosocial behandling af de hårdest belastede stofmisbrugere medfører forbedringer af både det

talt til på anden vis, og at denne gruppe dermed får mulighed for at bruge det psykosociale behandlingstilbud.

HVEM KAN så få tilbudt heroïn som behandling? Målggruppen er de svært belastede stofmisbrugere, der trods længerevarende behandling med metadon fortsat har et regelmæssigt intravenøst misbrug af heroïn, og som har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer til misbruget. Målggruppen skønnes at være på ca. 60 personer svarende til ca. 10 procent af klienterne i metadonbehandling. Det vides ikke, hvor mange af disse, der vil ønske eller magte at tage mod tilbuddet. Det drejer sig formentlig om 300-400 personer på landsplan.

De allerhårdst belastede stofmisbrugere i behandling er så dårligt fungerende pga. fysiske, psykiske og sociale problemer, at de ikke slunnes at kunne leve op til de krav, der er forbundet med behandling med lægeordineret heroïn.

Kravene til behandling er blandt andet, at man ikke må have alvorlig fysisk eller psykisk sygdom, et betydende alkoholmisbrug eller misbrug af søve- og nerve-

medicin (af hensyn til forgiftningsrisikoen, men også af hensyn til kravet om at kunne møde frem flere gange dagligt). De allerhårdst belastede stofmisbrugere uden for behandlingssystemet hører ikke til målguppen.

HVORDAN KOMMER behandlingen til at foregå? Der vil blive etableret behandlingstilbud, hvor der er tilknyttet læger, sygeplejersker, socialrådgivere og socialpædagoger, så der tilbydes en samlet medicinsk og psykosocial behandling. Klientens metadon vil blive omregnet til heroïn. Klienten skal komme to gange daglig og selv injicere sin heroïndosis. I tilslutning til den sene dosis gives en metadondosis, så klienten ikke får abstinenser i løbet af natten. Har man brug for en fridag eller ferie, kan lægen ordinere heroïndosis.



har Rigsrevisionen i 2011 udarbejdet en beretning om styringen af behandlingsindsatsen mod stofmisbrug.

Og hvad er det så, de forskellige undersøgelser hæfter sig ved? Hvad går godt, og hvor er der plads til forbedringer?

Brugerne synes ud fra undersøgelserne at give udtryk for, at det primært er kvaliteten og intensiteten i behandlingen, der halter efter. En meget stor del giver nemlig udtryk for, at den sociale behandling er af meget lav intensitet. Rigtig mange siger også, at de slet ikke får nok psykologhjælp eller psykiatrisk behandling. På de mere overordnede organisatoriske rammer kritiseres manglen på retningsgivende mål for den sociale behandling, manglen på offentliggjorte kvalitetsstandarder, overskridelse af den lovpligtige behandlingsgaranti, manglen på sociale handleplaner og behovet for efteruddannelse for behandlerne. Samtidig viser tallene, at henvisning til døgnbehandling er kraftigt faldende.

Men det helt fundamentale problem på området er, at vi ikke i løbet af de seneste 40 år er blevet bedre til at behandle. Både danske og udenlandske undersøgelser viser, at 20 – 30 pct. er stoffri 6 – 12 måneder efter udskrivning. Der er over 40 år ikke sket en udvikling til trods for, at behandlerne er blevet bedre uddannede, og at der på mange døgninstitutioner anvendes evidensbaserede metoder. Hvorfor det står sådan til, er ikke helt klart for forskerne, men det giver stof til eftertanke.

Skadesreduktion som en grundpille

Skadesreduktion har i de seneste år ikke blot vundet indpas, men bliver betragtet som et væsentligt element i narkotikapolitikken på lige fod med forebyggelse, behandling og kontrol. Skadesreduktion kom for alvor ind i handlingsplanen 'Kampen mod narko II' fra 2010 som det fjerde ben i den nationale narkotikapolitik. Det var et stort fremskridt i forhold til den første handlingsplan 'Kampen mod narko' fra 2003, som af nogle blev kaldt 'kampen mod narkomanerne' på grund af den store vægt, der var lagt på kontrol og straf. Godt, at der endelig blev trukket i den anden retning.

Men begrebet skal tages alvorligt, tænkes og anvendes dynamisk, hvor det tværsektorielle samarbejde kommer i højsædet, så infektionsforebyggelse, somatisk, psykiatrisk behandling og social behandling mv. bliver en del af skadesreduktionsindsatsen. Desværre viser undersøgelser, at skadesreduktion mange steder

bliver et discounttilbud, hvor man putter nogle borgere ned i en 'skadesreduktions – kasse', hvorefter der bliver skruet ned for indsatsen. Metadon bliver svaret uanset spørgsmålet og borgerens behov for behandling. Den økonomiske situation i kommunerne gør det bestemt heller ikke lettere, selvom det ikke er en undskyldning for politisk at lade være med at prioritere de mest udsatte borgere. Tværtimod er krisen argument for at gøre noget ekstraordinært for de mest udsatte!

Et eksempel på en uheldig drejning af den skadesreducerende tilgang er den lægeordnede heroinordning. Rådet for Socialt Udsatte er naturligvis meget positiv over for, at det er blevet en realitet i Danmark. Det var der ikke mange, der troede på for ti år siden. Da ordningen begyndte i København for to år siden, var der heller ikke mange, der troede, at den så hurtigt kunne blive forringet igen, som tilfældet er.

Heroinordningen startede som en udleveringsordning med en tilknyttet fin social indsats. De statslige midler til kommunernes heroinudleveringer må imidlertid kun gå til den sundhedsfaglige indsats, for som argumentet lød, kommunerne skal jo allerede sørge for den sociale indsats i forhold til de metadonbrugere, der kan komme ind i ordningen. Den sociale indsats, Københavns Kommune giver til metadonbrugere, er bare slet ikke af det omfang, som kommunen oprindeligt vurderede som hensigtsmæssig i forbindelse med heroinordningen. Så nu er den socialfaglige indsats i ordningen blevet skåret ned. En katastrofal udvikling, hvor opfattelsen synes at bero på, at heroinudleveringen kan stå alene uden den sociale støtte. Det er en blindgyde, og i et øjebliks pessimisme ser jeg for mig, at vi blot har fået endnu et discount-tilbud efter år med metadon uden ordentlig behandling!! Så er respekten for stofmisbrugeren som menneske i hvert fald blevet reduceret.

Visitationskriterierne til heroinordningen bør også ændres. På nuværende tidspunkt er de så rigide, at de allermest belastede stofmisbrugere udelukkes fra behandlingen, fordi deres belastede livssituation gør, at de ikke kan overskue at møde op to gange om dagen på bestemte tidspunkter. Det er meget beklageligt og dybt uhensigtsmæssigt, at der ikke bliver arbejdet mere intenst med at lave et tilbud, som også kan bruges af de allermest udsatte.

Rådet for Socialt Udsatte er godt tilfreds med, at kommunerne nu langt om længe kan oprette stofindtagelsesrum. Men som for heroinordningen mener Rådet, at der også skal være en social indsats i til-

knytning til ordningen. Ikke, at det skal være et krav for misbrugerne, at de skal benytte det sociale tilbud, men de skal have muligheden og 'fristet på den gode måde'. Det 'rå' fixerum er uværdigt. Faktum er dog, at der ikke følger statslige penge med til den del af den kommunale indsats.

Ændring i stoffer og brugergrupper

Det fremgår af DanRIS-databaserne, at der i de seneste år er sket en nedgang i antallet af stofmisbrugere, der søger behandling på grund af misbrug af heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og kokain. Ændringerne i stofmisbrugsmønstret stiller nye krav til indsatsen. Udviklingen går mod, at vi i den ene ende af spektret har dem – typiske de yngre – der kun bruger et enkelt stof og ikke opfatter sig selv som misbrugere, og i den anden ende af spektret de afhængige blandingsmisbrugere, hvis adfærd og livssituation er domineret af et intensivt og kaotisk misbrug med store helbredsmæssige og sociale konsekvenser.

Det er derfor afgørende, at indsatsen rækker længere end til blot at angå misbrugets art og hyppighed. Den skal også mere generelt tage udgangspunkt i den grad af socialt udsathed, som misbrugeren befinder sig i. Og fordi der er så stor forskel på de enkelte misbrugeres livssituationer, er det heller ikke alle, som formår at komme helt ud af deres stofmisbrug.

Geografiske forskelle på narkotikarelaterede dødsfald

Danmark ligger desværre i top blandt EU-landene, når det drejer sig om dødsfald blandt stofmisbrugere. Mens der i snit er 21 narkotikarelaterede dødsfald for hver 1 million indbyggere i de øvrige EU-landene, har Danmark over 50 dødsfald pr. 1 million indbyggere. Narkotikarelaterede dødsfald betragtes ofte som et københavner-fænomen, men når man nærlæser tallene og ser på de geografiske forskelle, skete 229 ud af 273 dødsfald i 2010 uden for København. På trods af dette igangsættes de skadesreducerende tiltag oftere i københavnsområdet end uden for. Et eksempel er Københavns Kommunes opsøgende sundhedsteam, som er en systematiseret lægefaglig indsats rettet mod hjemløse stof- og alkoholmisbrugere. Tilsvarende indsatser eksisterer ikke i provinsen.

Et andet eksempel er, at København har været hurtig til at få åbnet et stofindtagelsesrum på Vesterbro. Uden for København er det tilsyneladende kun

Odense Kommune, der har planer om at følge trop. Et af argumenterne for at etablere stofindtagelsesrum har jo netop været at minimere de narkotikarelaterede dødsfald. Så hvis det skal have en effekt, er det naturligvis vigtigt at etablere dem, hvor der er brug for dem – og det er ikke kun i København.

Kommunalreformens betydning

Kommunalreformen har også haft en stor betydning for indsatsen. Ca. halvdelen af kommunerne driver i dag deres eget kommunale misbrugscenter. Den anden halvdel af kommunerne har enten indgået en samarbejdsaftale med andre kommuner eller med regionen. Kommunalreformen har betydet, at der er mange misbrugscentre med en forholdsvis beskeden bemanning, hvor mange rettelig er i tvivl om, hvorvidt der er et tilstrækkeligt fagligt miljø til at opnå den nødvendige ekspertise og specialisering.

Kommunernes overtagelse af området har især rettet fokus på økonomistyringen, hvor man går efter de hurtige besparelser ved bl.a. at skære kraftigt ned i døgnbehandling. I stedet tilbydes flere og flere misbrugere i dag en mindre intensiv dagbehandling i egen kommune, hvor de tidligere fik tilbud om døgnbehandling i de specialiserede behandlingstilbud. Kombinationen af et stramt kommunalt budget, små faglige miljøer og en vag definition af begrebet 'social behandling' kan blive en meget farlig cocktail.

Silotænkning sætter borgerne skakmat

Samtidig har rigtig mange stofmisbrugere flere komplekse og sammenhængende problemer, som de oplever ikke at få hjælp til. Den integrerede og helhedsorienterede hjælp, som er mantraet i løsningen af sociale problemer, er ofte ikke til stede i indsatsen for stofmisbrugere.

Systemets hjælpetilbud inden for de forskellige indsatsområder er i høj grad tilrettelagt ud fra nogle faste fagstrukturer og specialiseringer, som gør det vanskeligt at koordinere og sammmentænke indsatser og tilbud på tværs. Det betyder, at kvalificerede tilbud om at blive afvænnet for fx sit stofmisbrug ikke nødvendigvis er så kvalificeret til den bruger, som samtidig har en sindslidelse, som vedkommende ikke er under behandling for. Når borgeren så oplever, at misbrugsbehandlingen stiller betingelser om, at sindslidelsen er under behandling, sættes borgeren skakmat, når denne lige har fået at vide, at behandlingen for sindslidelsen forudsætter, at misbruget er under kontrol!



KAREN ELLEN SPANNOW
ETNOGRAF, MAG.ART., PH.D.



TRANSFER KOMPETENCE I EN PROFESSIONEL SAMMENHÆNG

AF BJARNE WAHLGREN & VIBE AARKROG
AARHUS UNIVERSITETSFORLAG, 2012.
WWW.UNIPRESS.DK
168 sider. Pris ca. 80 kr.

FRA VIDEN TIL VIRKE

Kun en lille del af det, man lærer i et undervisningsforløb, bliver bagefter anvendt i praksis. Det problem søger en ny bog at gøre noget ved med en grundig gennemgang af begrebet transfer. Men er det tilstrækkeligt i forhold til den udbredte new public managementkultur?

AF KAREN ELLEN SPANNOW

Bogen sigter mod at fremme en læring, som udvikler evnen til at bruge teorier i konkrete situationer, til at kunne reflektere over egen praksis og til at overføre viden fra en situation til en anden. Baggrunden for bogen er, at der er lavet en del undersøgelser, som viser, at de mål, der sættes for praksis i professionsuddannelserne, ikke nås. Sigtet er, at bogen skal give redskaber til at forbedre overførslen af viden til de konkrete arbejdsopgaver, som de forskellige professioner har.

Selv om bogen også er tænkt anvendt i forbindelse med primære uddannelser, er den nok især et resultat af de overvejelser, man har være nødt til at gøre sig på grund af de mange nye masteruddannelser inden for undervisning, sundhed og socialfag. Det er i længden ikke nok, at disse nye uddannelser ser fine ud på papiret. De skal også medvirke til at skabe en bedre service eller bedre resultater for professionernes målgrupper.

Transfer handler altså om, hvordan man omsætter ny erhvervet teoretisk viden til sin praktiske virksomhed. Det er et uhyre vigtigt emne, som er relevant for alle dem, der beskæftiger sig med faglig udvikling.

Wahlgren oplyser andetsteds (Wahlgren 2009), at mange undersøgelser peger på, at kun 10-15 % af det, man lærer i et undervisningsforløb, bliver anvendt i praksis bagefter. Når kurset er overstået, og deltagerne skal implementere det lærte, er der nemlig mange forhindringer. Kollegial modvilje, ingen økonomisk støtte og manglende mod og energi hos kursisten for at nævne nogle af de mere almindelige. Så en bog, der søger at vise, hvordan vi bedst muligt omsætter ny erhvervet viden til bedre arbejdsrutiner, falder på et tørt sted.

Transfer og de bagvedliggende teorier

Der er ikke meget i bogen, som man ikke har hørt om før, måske lige bortset fra introduktionen til begrebet transfer, som altså i denne bog er et udtryk for evnen til at anvende viden og kunnen i forhold til en kommende praksis. Men der er samlet en genopfriskning af mange gode råd til, hvordan man kan forsøge at sikre, at (efter)uddannelse kaster nogle praktiske gevinster af sig. Samt hvordan man øger muligheden for, at det, man lærer, kan bruges i andre sammen-

hænge. Således gennemgås forholdet mellem viden og praksis, definitionen af praksisbaseret viden, samt hvordan man kan træne i transfer.

Desuden fremlægges tre faktorer, der kan fremme eller hæmme transfer. Det drejer sig om den studerende, underviseren og situationen i praksis. Det er måske i dette kapitel, at bogen virker mindst nyskabende, for det siger vist sig selv, at den studerendes ihærdighed og erfaring betyder meget, ligesom underviserens entusiasme og viden er væsentlig - for ikke at tale om mulighederne for implementering i praksis.

Det virker således meget fremmede på indlæring og implementering, hvis den studerende selv føler et behov for udvikling og forbedring. Den målsætning, som vedkommende har, skal både være ambitiøs og realistisk, så der indgives en fornemmelse af stigende mestring af det faglige indhold i undervisningsforløbet.

Undervisningen skal lægges til rette med indslag fra arbejdspladsen, så det er klart, hvordan det lærte kan anvendes i praksis. Mange eksempler og stor variation i undervisningen hjælper også. Det er klogt at inddrage praktiske øvelser, fordi transfer forbedres mere, hvis det sker i forbindelse med undervisningen, end hvis det udskydes til bagefter.

Forfatterne forklarer også de tre teorier, de mener er sammenhørende med transfer. Teorien om generel transfer forklarer, at det er muligt at overføre viden fra det ene område til det andet, og befordrer forståelsen for, at man ved at anvende fx problemløsning i undervisningen kan hjælpe den studerende til at udvikle en bred metodisk tilgang.

Teorien om identiske elementer forbindes ofte med rollespil, som forfatterne dog ikke er så begejstrede for. Men det fremmer muligheden for transfer, hvis

SE I ØVRIGT:

Wahlgren Bjarne:
Transfer mellem uddannelse og arbejde – Viden, der virker.
NCK – Nationalt Center for Kompetenceudvikling, København,
august 2009. <http://nck.au.dk>

Læs mere om transfer på www.edu.au.dk – Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU) – Her er bl.a. link til Danernes Akademi med forelæsninger af forfatterne til 'Transfer'.

der er ting i undervisningsforløbet, der ligner forholdene på den praktiske arbejdsplads.

Endelig er der teorien om generelle principper. Det kan for eksempel illustreres med eksemplet om, at hvis man lærer at køre bil, så kan man også køre en traktor. Man tilegner sig en overordnet generel viden og kunnen, som kan flyttes fra kontekst til kontekst.

Kontekstens betydning

Jeg har en bred erfaring inden for efteruddannelser, både som deltager, underviser og arrangør i mange forskellige sammenhænge. Så jeg har naturligvis ofte spekuleret på, hvor meget vedvarende og nyttig viden man kan få stoppet indenbords i folk i et givet forløb. Jeg er lidt usikker på, om denne bog kunne give mig inspiration til at sikre konkrete forbedringer af de studerendes implementering af ny viden. Det forekommer mig, at det kontekstuelle, som forfatterne så sandelig også har øje for, har betydeligt mere indflydelse på, om ny viden implementeres, end tilrettelæggelsen af kurser. Med andre ord, implementering af ny forskningbaseret viden kræver, at vi kan frigøre os fra den tavshed, som new public managementskulturen har sænket over de danske arbejdspladser.

Bogen er seriøs grænsende til det sammenbidte. Nogle konkrete eksempler eller case stories, som kunne have skabt lidt levet liv mellem de mere teoretiske overvejelser, er der ikke. Selv om det netop i en bog, der forsøger at bevidstgøre samspillet mellem teori og praksis, ville være helt oplagt.

Der er en detaljeret indholdsfortegnelse, noter, litteraturliste og en lidt mere grundig omtale af udvalgte bøger, så der er mulighed for selv at arbejde videre med emnet. ■



'MAN KAN GØRE ALT FRA 0 TIL INGENTING'

STOF har inviteret tre kendte 'københavn-læger' til en snak om udfordringerne på misbrugsområdet: Hvor galt er det fat?



Helle Petersen:

- 1990 speciallæge i almen medicin, praktiserende læge på Ydre Nørrebro
- 1990'erne M65 på Nordvang, et døgnbehandlingssted under psykiatrien, Åben Rådgivning (forløber for KABS), Københavns Kommune (bl.a. Forchammersvej og sygeplejeklinikker)
- 1998 dannede sammen med Thomas Fuglsang 'Dansk Selskab for Addiktiv Medicin', et lægefagligt forum med fokus på faglighed og god klinisk praksis på misbrugsområdet. Selskabet holder mindst to årlige konferencer eller temadage, som er åbne for alle interesserede.
- 2002 leder af Projekt X-Felt, et behandlingsprojekt med fokus på kvalitet, faglige standarder og systematik i substitutionsbehandlingen i Københavns Kommune. Rapporten: 'Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen' kan hentes på: www.kk.dk/
- 2005-2011 afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen. Bl.a. ansvarlig for udarbejdelsen af: 'Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling', 2008, 'Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opiodafhængighed' (heroinvejledningen), 2010: www.sst.dk
- 2012 socialoverlæge i Københavns Kommune
- 2012 Sundhedsstyrelsens sagkyndige i stofmisbrug



Thomas Fuglsang:

- 1966 dagblads- og radiojournalistik, uddannet på dagbladet Land og Folk og Danmarks Journalisthøjskole
- 1969 nattevagt på 'kontaktcentret' i Blågårdsgade, hvor Peter Ege var lægekonsulent
- 1973 arbejde som uuddannet pædagog med unge misbrugere i Kirkens Korshærs Ungdomsklub
- 1976 vinhandler og grossist
- 1979 starter som 32-årig på medicinstudiet
- 1994 speciallæge i almen medicin, ansættes i Københavns Kommune på Distriktscenter Indre i Hørsholmsgade, fra 1995 afdelingslæge på Specialinstitutionen Forchammersvej
- 1999 adm. overlæge på Socialmedicinsk Klinik, Københavns Amt
- 1998 danner 'Dansk Selskab for Addiktiv Medicin' sammen med Helle Petersen
- 2001 centerchef for Københavns Amts nyetablerede misbrugscenter, KABS, der i 2007 overgår til Glostrup Kommune. KABS leverer misbrugsbehandling til en lang række kommuner og har gennemført en udtalt specialisering, som bl.a. omfatter tilbud om heroinbehandling, misbrugspsykiatriske dagtilbud, særlige indsatser omkring unge, gravide og misbrugere med børn. KABS driver endvidere videnscentret KABS VIDEN, der spænder over forskning, eksternt finansierede projekter, udgivelse af faglitteratur og konferencer på nationalt niveau.



Peter Ege:

- 1966 uddannet læge
- 1969 lægekonsulent, bl.a. på Dagcenter for unge misbrugere, ledet af Tine Bryld, reservelæge på socialpædiatrisk ambulatorium
- 1979 lektor i socialmedicin på Den Sociale Højskole
- 1980 forskningssekretær i Alkohol- og Narkotikarådet (tidligere Kontaktudvalget for Ungdomsnarkomanien). Rådet udgav flere publikationer, bl.a. 'Metadon og hvad så?' i 1983 og behandlingsrapporten 'At møde mennesket, hvor det er' i 1984, som i dag er klassikere og bør læses af alle, der interesserer sig for misbrugsområdet.
- 1989 embedslæge-institutionen i København, Åben Rådgivning i Københavns Amt, M65 på Nordvang
- 1994 socialoverlæge i Københavns Kommune
- 1995-2002 medlem af Narkotikarådet
- 2011 pensioneret efter mere end 40 års uafbrudt virke på misbrugsområdet.

Læs også interviewet med Peter Ege i STOF nr. 4, dec. 2004. Det findes også på www.stofbladet.dk – og på sitet ligger desuden alle de artikler, som Peter Ege gennem årene har skrevet til STOF.

AF BIRGITTE JENSEN

Nu er I jo startet på lidt forskellige tidspunkter, men hvad husker I især om, hvordan misbrugsbehandlingen foregik, da I var nye på området?

Thomas: Da jeg startede på området, svor man jo virkelig til stoffrihed. Hvis klienterne eller patienterne bare tænkte på stoffer, blev de smidt ud, så de kunne komme på bedre tanker.

Helle: På lægestudiet havde vi fx intet lært om at ordinere metadon, så jeg anede ikke, hvordan man skulle behandle abstinenser med medicin. Man kunne ikke læse om det nogen steder, og det hele var meget tilfældigt. Jeg kan huske, da jeg startede på M65, det var et døgnbehandlingssted under psykiatrien, at jeg her kom ind i en verden, hvor det var - om ikke 'god tone' så i hvert fald nyt - som læge at beskæftige sig fuldtids med stofmisbrugsbehandling. Behandlingsstedet var fyldt med personer i behandling for stofmisbrug. Vi behandlede stoffrit/medicinfrit, vi vidste ikke en pind om hverken HIV eller det egentlig psykiatriske, og det var dybest set primært relationsterapi, vi gik og lavede. Det var meget med hjertet, vi behandlede, ikke så meget med faglig viden.

Peter: Metadon kom jo ind i de tidlige 1970'ere, hvor den blev brugt til afgiftning. Alle har nok hørt historier om afgiftningsture ud på landet, hvor metadonen stod i vindueskarmen til fri afbenyttelse, og det gik sådan set meget stille og roligt. I dag ville det ikke gå - der er jo ingen grund til at friste folk over evne, men det var meget afslappet, det må jeg sige.

Thomas: Dengang var det jo typisk 10 eller 14 dages nedtrapninger med 60 milligram dag 1, og så reducerede man med 5 milligram om dagen. Så på tolvte dagen var man stoffri, og så var der et par svære dage i badekåbe med uro i benene, hvor man skulle holde sig vågen, og vi måtte så sysselsætte folk med ludo, brusebade, og jeg ved ikke hvad.

I dag kommer vi ikke igennem med 60 milligram - i gennemsnit er det er nok nærmere det dobbelte.

Helle: Til gengæld var recidiv-frekvensen enorm høj dengang. Kun ganske få blev permanent stoffri, folk kom jo tilbage igen og igen.

Thomas: Men der i starten af 1970'erne, hvor jeg rejste land og rige rundt og lavede nedtrapninger og familieplejebringelser, da troede mange af os jo på, at misbrugsproblemet var noget forbigående, et ungdomsfænomen, som man kunne behandle sig ud



Thomas Fuglsang:

'I en alder af 32 begyndte jeg at læse medicin - jeg ville gerne have noget med mennesker at gøre, være med i et tværfagligt arbejdsfællesskab og have en anstændig løn. Jeg tænkte, at som praktiserende læge ville man få det hele på én gang. Men da jeg arbejdede på Forchammersvej, hvor udfordringerne og personalet var som på et mindre sygehus, dér oplevede jeg virkelig tværfaglighed, der ville noget.'

Helle Petersen:

'Forchammersvej har jo en lang historie om meget, meget syge HIV-smittede stofmisbrugere, som var indlagt dér for at dø. Jeg tror, at det var der, det lige så stille begyndte med helhedsorienteret og sundhedsfaglig indsats, samarbejde med sundhedsvæsenet og rummelighed - at borgere med de problemstillinger har ret til både at få en ordentlig behandling og til at dø på en ordentlig måde. Skadesreduktion var ikke rigtigt et ord endnu, men det var det, vi lavede. Det var virkelig udfordrende, men vi blev ret dygtige til at tage os af misbrugerens helbredsproblemer, de fejlede simpelthen så meget.'

Peter Ege:

'Da 'Alkohol- og Narkotikarådet' lavede rapporten 'Metadon og hvad så?' var det lidt af en øjenåbner at se, hvordan det gik hos de praktiserende læger, og hvad stofbrugerne selv tænkte om metadon. Rapporten viste også, hvor elendige de praktiserende læger var til at løse opgaven, selvom stofbrugerne var uendeligt taknemmelige over, at de fik deres metadon. Dengang var det jo virkelig et eftertragtet gode, må man sige. Sammen med Lone Scocozza lavede vi så i 1984 behandlingsrapporten 'At møde mennesket, hvor det er', som jo i virkeligheden var en ret fremragende rapport.'

af. Hele retorikken gik jo også på, at det var et ungdomsproblem, fx i betegnelsen Regeringens Kontaktudvalg vedrørende Ungdomsnarkomani – og det hed fx Amtsunngdomscenter til langt op i 1990'erne.

Opfattelsen af, at stofbrug udelukkende skulle være et ungdomsfænomen har jo ændret sig, men det er der også mange andre ting på området, der har?

Thomas: Ja, de gyldne år i dansk misbrugsbehandling i 1990'erne, hvor amterne fik opgaven, og hvor de blev 'boostet' med økonomi, så der kom volumen, faglig råstyrke og muligheder, de er jo for længst passé. Økonomisk oplever man ikke de store ændringer, men i og med, at pengene er fordelt på mange flere enheder, og der er kommet flere og mere forskellige brugere til, så er opgaven faktisk blevet større.

Helle: Der er også sket det, at mens lægerne pr. tradition har været bundet op på metadonbehandlingen, så er lægerne helt koblet fra i forhold til de mange nye brugergrupper – til trods for, at mange af dem i høj grad egentlig også kunne profitere af en lægelig involvering.

Thomas: Det er jo først og fremmest et problem på grund af, at rigtig mange af den ny tids misbrugere – af især hash og centralstimulerende midler – har masser af psykiatriske problemer. Og det ligger jo stadigvæk der i et eller andet limbo mellem kommunerne og regionerne: Hvem skal drive behandlingen?

Helle: Det er faktisk sådan, at lægerne aldrig er med, når der visiteres til behandling for stofmisbrug, og det kan i hvert fald være et stort problem, hvis folk ikke bliver set af en læge i forbindelse med substitutionsbehandling.

Thomas: Jamen, der skal jo være en læge ind over.

Helle: Ja, der skal være en læge, men i realiteten bestemmer visitationsudvalget det og kan sige: 'Ham her skal i stoffri behandling, vi behøver ikke snakke med en læge'. Hvis man er læge, så synes man jo, at der er nogle ting, der ikke bliver adresseret fagligt forsvarligt. Det er heller ikke rimeligt over for borgerne, at man ikke får en lægefaglig vurdering, når man henvender sig for at få en behandling. Hvis du tager på skadestuen eller går til din praktiserende læge, er der jo et lægeligt blik på, når du henvender dig, men det er der altså ikke her.

Peter: Det mindste man kunne forlange var, at der altid var en lægelig udredning i starten af forløbet.

Det mener jeg er helt afgørende nødvendigt. Så kan man altid diskutere, om man skal sidde med til de der visitationsmøder og spilde tiden engang i mellem.

Thomas: Der er altså lysår til forskel på den lægelige bemanding og de vilkår, man har at arbejde under, og det fokus man har, når man fx sammenligner forholdeneovre i Vestdanmark med forholdene i storbyer som Odense, til dels Aarhus - og København og omegn, for her har vi fastansatte læger. Vi har fået en ordning med sygesikringen, så vi kan tage blodprøver og så videre og få udredt folk, hvis der er behov for det. Altså, hvor vi går ind, og jeg havde nær sagt: substituerer de praktiserende læger, hvis de ikke er til stede, og det er de jo ikke altid med denne brugergruppe. Hvordan er det i København nu? Har I fx læger på i udredningen af hashmisbrug?

Helle: Nej, nej. Vi er slet ikke inde over hash og kokainmisbrug overhovedet.

Peter: Kun dem, der bliver behandlet i døgnregi. De bliver alle sammen set af en læge.

Helle: I de store byer er der jo en vis tyngde, der gør, at man kan levere noget af en vis kvalitet. Men det er langt fra optimalt. Det er stadig svært at sikre en fornøden faglighed og sikre det optimale i tværfagligheden.

Peter: Og lægemanglen gør det jo ikke bedre.

Thomas: Er der lægemangel? Der har jo aldrig været så mange læger som nu.

Peter: Jo, men på det her område er der lægemangel. Det har ikke den store status, og enhederne er så små, at der ikke er nogen at være overlæge for - nogle gange er der ikke en gang en sygeplejerske.

Helle: Nej, men eftersom ét fagområde ikke kan vide det hele, så skal flere fagområder spille sammen, og så kan det være svært at få øje på samhörigheden.

Skete der ikke noget i forhold til lægernes rolle i misbrugsbehandlingen, da kommunalreformen blev indført?

Thomas: Det grundlæggende problem er jo, at hverken rammerne, strukturen, lovgivningen eller kommunernes opgaver præciserer, at det er en lægelig opgave at udrede for stofmisbrug.

Inden kommunalreformen var problemet præcis det samme.

Peter: Og kommunerne advarede mod, at hvis der ikke var læger nok, når kommunerne skulle tage over, så ville man være nødt til at bruge dem, der i gamle

dage hed kommunallæger og skolelæger – altså administrative læger, der ikke laver klinisk arbejde.

Thomas: Man må bare sige, at da misbrugsområdet sammen med en lang række andre områder røg ud til kommunerne i 2007, så var det på et rigtig, rigtig dårligt tidspunkt, for dansk misbrugsbehandling var slet ikke konsolideret omkring faglige principper, omkring den sundhedsfaglige 'approach', og lovgivningen var slet ikke var indrettet på det. Lovgivningen er stadig meget begrænsende for lægers indsats på misbrugsområdet. Sundhedslovens § 142 er yderst summarisk og siger blot, at 'kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri, lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere'. Og – bare rolig – behandling med 'euforiserende stoffer' er blot et embedsmandsudtryk for ... metadonbehandling. Bundlinjen i det hele er desværre, at lovgivningen ikke giver belæg for lægelig udredning og behandling af andet end lige netop opioidafhængighed. En speciel og i international sammenhæng isoleret dansk opfattelse.

Helle: Jeg har oplevet en del eksempler på kommuner, der mener, at de kan klare behandlingen både bedre og billigere selv. Så spørger de om, hvad de skal gøre, for 'hvor svært kan det være?' er holdningen. Det har ikke meget med faglighed, behandlingsmål eller kvalitet at gøre, og jeg synes, at det er dybt foruroligende ved det kommunale selvstyre, at det er muligt.

Peter: Ja, det var jo også det, man hele tiden tænkte. Man var jo godt klar over, at på nogle områder er kommunerne simpelthen for små, så hvis de skal løse opgaven, så må de gå flere sammen. Så det der med, at kommune efter kommune går enegang, det er den helt forkerte vej.

Men så står regionerne og psykiaterne jo på spring, ser det ud til?

Thomas: Det ville dels forudsætte, at de midler, som i dag ligger i kommunerne, og som du er inde på, Peter, ikke er blevet færre, men stadigvæk er knap en milliard om året, at de blev overført til regionerne. Men det næste store problem er, om regionerne er i stand til at knytte kompetencer til sig eller udvikle kompetencer og fx efteruddanne psykiaterne internt?

Helle: Jeg tror, at al forandring skaber angst, og i min forståelse skal man jo ikke være imod forandring som udgangspunkt, hvis der er udsigt til noget, der kunne optimere behandlingen.

Jeg mener, at den sociale del af behandlingen er vældig

velplaceret i kommunerne, det er der ingen tvivl om. Men der er store dele af den sundhedsfaglige behandling, som ikke fungerer i kommunerne, det er det, der er opgaven. Som psykiatrien er skruet sammen nu, mener jeg ikke, at den på nogen måde er gearet til det her område. Det er jo ikke bare et spørgsmål om to diagnoser, dobbeltdiagnoser, det er jo mange tilstande, det handler om.

Så jeg tror, at når man bliver lidt mere spids på, hvad det egentlig er, der skal leveres i misbrugsbehandlingen, så kan det være på sin plads at gå organiseringen efter i sømmene. Lige nu er det store spørgsmål snarere: Hvad er det egentlig, vi skal?

Peter: Altså, i teorien kunne det måske være meget godt at placere det i regionerne, men man har sine betænkeligheder i forhold til psykiatrien og dens interesse i feltet. Udmeldingerne klinger altså lidt hult, for de kunne jo for længst have sørget for, at psykiaterne var ordentligt uddannede på stofområdet. De har jo haft stofproblemer inde over i massevis af år, men de har udvist meget, meget lidt interesse. Deres efteruddannelse er fx en uge, hvor man bliver undervist i stof- og alkoholproblemer, og det er så det. Og så har vi jo oplevet den der meget afvisende holdning fra psykiatrien, nærmest berøringsangst over for stofmisbrugere, som gør, at man ikke vil være særlig tryk ved at overlade opgaven til psykiatrien lige i øjeblikket.

Helle: Ikke som det er nu, men hvis man kigger på Norge, så har de jo lavet en ret interessant model, hvor de har lavet en 'Specialist Helsetjeneste' med kommunerne og sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien, og det ser der ud til at være perspektiver i.

Peter: Jeg tror faktisk, at de kommunale behandlingsinstitutioner hellere end gerne vil samarbejde med psykiatrien, men de har alle dage været meget modstræbende.

Helle: De har jo nogle vældig urealistiske krav til vores brugere. De vil sådan set gerne behandle noget, de kalder den 'psykiatriske tilstand'. Der må bare ikke være noget misbrug ind over. Opfattelsen er, at man ikke kan behandle folk, der fx er i substitutionsbehandling eller har en eller anden form for misbrug.

Thomas: Det er jo et bekvemmelighedssynspunkt og kernen i meget af det her med, hvorfor stofmisbrugere ikke er velkomne i psykiatrien. Det er de samme grunde, som hersker i det almindelige sundhedssystem og alle andre steder: Stofmisbrugere er ubekvemme på grund af deres adfærd. Længere er den sådan set ikke. De er besværlige patienter. Derfor kan man også se,

at socialsygeplejerskerne er blevet en stor succes – de har vist deres værdi, også på fx helt almindelige ortopædkirurgiske afdelinger, for målsætningen i sygehusvæsenet er jo, at folk bliver i sengen, til de er færdigbehandlede. Så der er man vældig glade for socialsygeplejerskerne, som kan sikre ro og holde styr på brugerne, så de ikke farer rundt på nabostuerne, og samtidig holde forbindelsen til kommunen og fx sikre, at der er et sted at bo, når de udskrives.

I psykiatrien har man ikke den samme erklærede målsætning om at holde folk i sengene. De skal mange steder helst udskrives i en ruf, og det er et af kerneproblemerne i psykiatrien i dag: Der er for lidt kapacitet til at tage hånd om patienterne, og de bliver udskrevet alt for hurtigt.

Helle: Det er kun de svært psykotiske patienter, der får lov til at være indlagt i længere forløb, ikke dem fra vores målgruppe.

Peter: Det samme gælder distriktspsykiatrien. De vil jo også kun tage de psykotiske patienter.

Helle: Så hvis psykiatrien skal gå ind her, så kræver det i hvert fald, at de laver et nyt behandlingskoncept, der indeholder misbrugsbehandling. Men det er jo ikke det, man lige har fornemmelsen af.

Thomas: Eller også skal de ud og lave noget frem-skudt ambulant virksomhed, som de fx er begyndt på i Sønderjylland.

Peter: Det var jo også hele idéen med den oprindelige distriktspsykiatri, at indsatsen skulle være meget mere udfarende og meget mere samarbejdende med lokale myndigheder, praktiserende læger o.l., men det er jo bare endt med at blive et ganske almindeligt ambulatorium for en stationær patientgruppe.

Thomas: Det perspektiv, jeg har kunnet se i det med misbrugsbehandlingen til regionerne, det var at få hele porteføljen overdraget til regionerne – lægelig, terapeutisk og psykosocial behandling. Ikke under psykiatrien, men som nogle selvstændige indgangsveje eller enheder, så man kunne få opbygget i det mindste bare 5 store specialiserede centre i Danmark, som så kunne have nogen subcentre.

Det store problem er, at vi ikke har noget ordentlig volumen i dansk misbrugsbehandling i dag.

Er det kun volumen, det drejer sig om? Kan man ikke sætte spørgsmålstejn ved, om der overhovedet er viden og grundlag nok til en sådan organisering?

Helle: Det er et problem, at vi mangler klinisk forskning. Sundhedsvæsenet har jo tradition for klinisk forskning, det er en del af praksis og simpelthen nødvendig, og hele den kultur omkring det, den kommer jo ikke vores brugergruppe til gavn overhovedet. Vi går dybest set rundt uden nogen form for klinisk forskning eller praksisforskning. Det er også en mangel i forhold til kommunerne og i forhold til at tiltrække fagfolk til institutionerne, at vi ikke har den systematik og kultur at byde ind med.

Thomas: Det, der kunne være et godt afsæt for arbejdet i kommunerne, er de sociale handleplaner, som jo dækker det hele, også de lægelige behandlingsplaner. De bliver bare ikke lavet, fordi det er et underprioriteret område. Når der så samtidig mangler ordentlig forskning, og man kan se, at den forskning, der nu engang er, ikke bliver omsat, så er det ikke så underligt, at mange af de beslutninger, der tages på dette område, bærer præg af uvidenhed.

Helle: At få sat viden i spil på en systematisk måde kræver nogle meget stærke ledere og et meget stærkt administrativt system omkring det. Egentlig mangler vi ikke viden, men vi mangler at få det omsat i praksis, så det kan bruges i behandlingen.

Desværre er der ikke nogen faglige uddannelser, der træner personalet i vigtigheden af at kunne det her, at kunne se hele landskabet, at kunne samarbejde med de rigtige, at sikre forløb og håndtere vanskelighederne. Det bør være en faglig disciplin i misbrugsbehandlingen.

I dannede jo et fagligt selskab for læger allerede i 1998, et par år efter psykologerne, og siden har de fleste faggrupper på feltet fået deres eget faglige forum. Hvilken rolle spiller de faglige selskaber for tværfaglighed og udveksling af erfaringer?

Thomas: Dansk Selskab for Addiktiv Medicin har som hovedformål at være et videnskabeligt forum for læger, der interesserer sig for misbrugsproblemer, men selskabet har gennem sin mødevirksomhed været i stand til at tiltrække en bred kreds af faggrupper og har dermed bidraget til at spænde en tværfaglig paraply ud over dansk misbrugsbehandling. Vi afholder 2 – 3 konferencer årligt, nogle med op mod 300 deltagere fra hele landet, heriblandt rigtig mange sociale misbrugsbehandlere, administratorer og forskere.

Helle: Vores selskab har måske karakter af sådan en

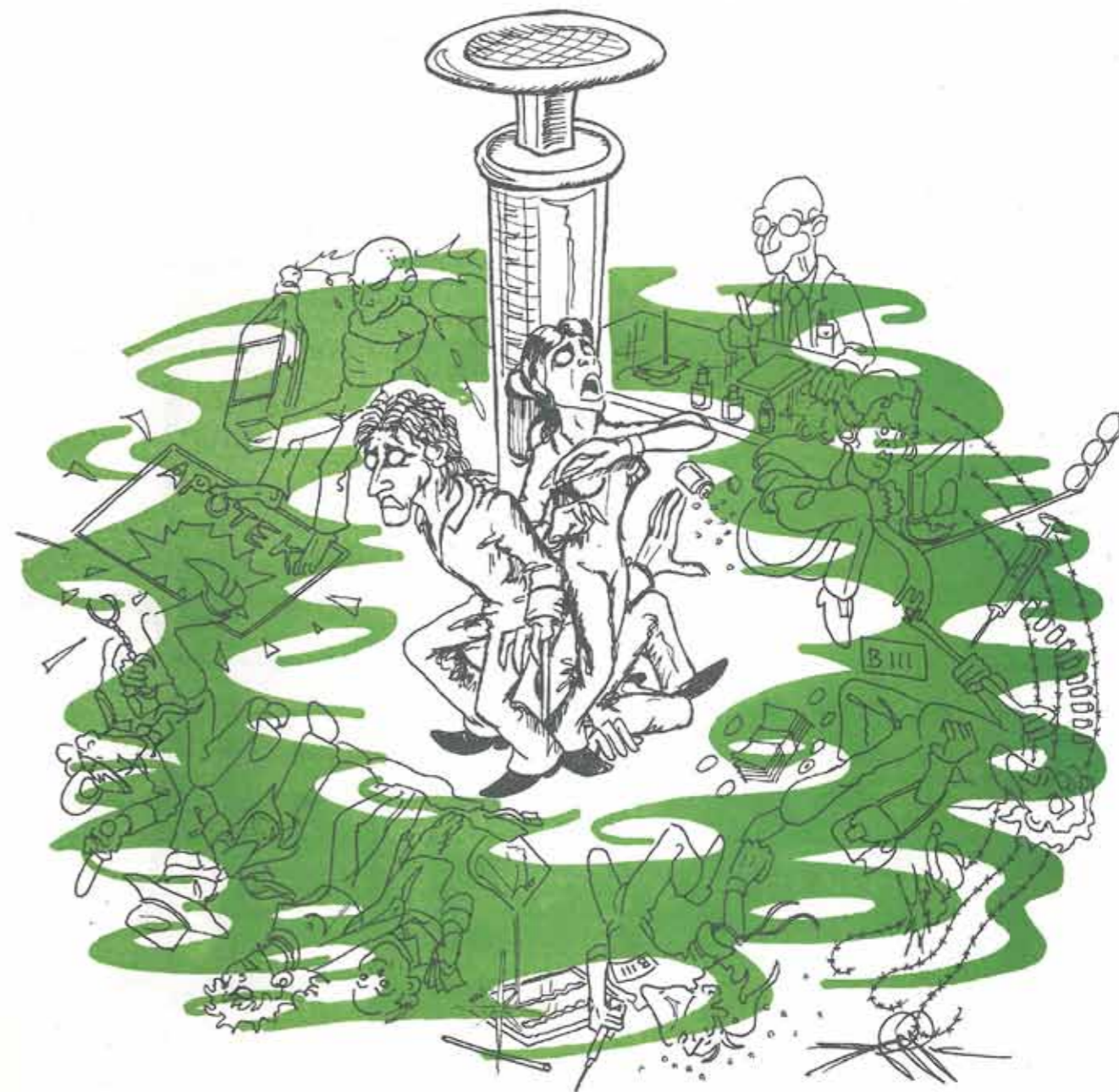
MISBRUG

Det aktuelle tidsskrift om stofmisbrug

Årgang 2

September 1984

Nummer 2



Tema:
Narko og kriminalitet

Pris kr. 20,-

foredragsforening, fordi det er, hvad vi har kunnet magte, men det har trods alt også haft en vis politisk betydning, altså at man i fagkredse hører på, hvad vi siger.

Peter: Selskabet er jo fast høringspart, hver gang der bliver kastet noget op i luften, og vi har lavet en del arrangementer sammen med nogle af de andre selskaber, fx sammen med psykologerne om behandlingsskader.

Thomas: Og fx nogle fælles uddannelseskurser for og læger og sygeplejersker.

Helle: Vi lavede også en stor konference sammen med Center for Rusmiddelforskning, der hed 'Perspektiver på Forskning i Stofmisbrug'. Det er over 10 år siden, men det var en supergod konference. Jeg tror sagtens, at man kan bringe folk sammen i sådan nogle faglige fora, altså, at man kan holde temadage og den slags. Det tror jeg ikke, der er de store problemer med. Problemerne med at få omsat viden er i hverdagen - hvor der skal ydes en fælles indsats.

Thomas: I KABS-regi holder vi hvert år en konference, hvor der kommer omkring 250 mennesker. Det er en herlig blandet forsamling af forskellige faggrupper, som det også skal være efter min mening. Så det er ikke, fordi der mangler platforme og møder. Vi har også KL's årlige misbrugskonference og Socialstyrelsen, som arrangerer et hav af konferencer og kurser.

Så efter jeres mening er vi godt dækket ind med tværfaglige arrangementer og diskussioner, men hvad er det så, der mangler?

Thomas: Det, der mangler, det er, hvad der skal være styrende for dagligdagen. Altså nogle rammer eller en vejledning, der kan sætte en standard for den psykosociale misbrugsbehandling. Hvad er det?

Peter: En fælles social- og sundhedsfaglig vejledning ville være meget ønskelig.

Helle: Det behov er KL klar over.

Thomas: Bedre sent end aldrig. Den vejledning, du lavede i Sundhedsstyrelsen, Helle, den kom jo også først i 2008, et år efter kommunalreformen.

Helle: Der skete faktisk det, at i forbindelse med, at jeg lavede vejledningen, så blev det gjort lovbestemt, at der i forbindelse med substitutionsbehandling skulle sikres en udredning af helbredsproblemer, der er relateret til misbrug. Der står simpelthen, at det skal gøres, det gjorde det ikke før. Men én ting er, at lovgivningen siger, at man skal gøre det, og at der er lavet

en kagebog for, hvordan man gør det, noget andet er forståelsen for, hvor vigtigt det er - og at gøre det.

Peter: I virkeligheden er vejledningen jo en generel vejledning, men på grund af den lovgivning, der lægges ned over, så måtte man kun skrive vejledningen i forhold til substitutionspatienter. I virkeligheden kunne man bruge vejledningen helt generelt.

Helle: Ja, det er en stor mangel, at det ikke er et krav, at læger skal medvirke ved udredning af enhver misbrugstilstand. Det handler om samsygelighed og helhedsforståelse. Læger er jo ikke kun somatikere, de kan jo også godt se på helheden.

Thomas: Præcis, for godt nok fejler unge hashbrugere ikke så meget, men hele den psykiatriske del er et kæmpe problem, for der har vi sådan set på forhånd skrevet lægerne ud.

Hvordan forsøger man så at løse problemet med, at der ikke altid sker en lægelig udredning ved behandlingsstart?

Helle: Fx bliver der i øjeblikket udviklet rigtig mange screeningsværktøjer, og jeg er ikke sikker på, at det løser problemerne som sådan. Det kan føre til noget overdiagnostik, som vi har set med ADHD i skolesystemet, for spørgsmålet er, hvad man egentlig får afdækket?

Peter: Måske også noget, der ikke er behandlingskrævende eller kritisk?

Thomas: Screening er jo ikke det samme som at stille en diagnose og heller ikke ensbetydende med at kunne give en behandling.

Peter: Center for Rusmiddelforskning er også involveret i alle mulige screenings-projekter for personlighedsforstyrrelse, som vi jo ikke rigtig ved, hvad vi skal stille op med.

Hvis man ikke føler, at resultaterne kan bruges til noget relevant, så bliver screeningsundersøgelserne jo også irrelevante. Men som vi altid har sagt: Hvis man skal være en god stofmisbruger, så er man nødt til at udvikle nogle psykopatiske karaktertræk for i hvert fald at overleve i en periode. Og når man så bliver et pænt menneske, så klinger det psykopatiske jo af af sig selv. Det hektiske liv på gaden kan i sig selv godt give noget, der ligner personlighedsforstyrrelser.

Thomas: Når der er så stor interesse ude i kommunerne for screeningsværktøjer, så er det jo blandt andet, fordi jobcentrene sander til i borgere med ADHD. Hvis man kan få nogle af dem hævet til et an-

det matchtrin, gjort dem arbejdsduelige eller forpligtede psykiatrien til at tage over, så er der økonomi i det. Så det vi ser lige nu, er jo ikke, at kommunerne vil opruste og ansætte læger og psykiatere. Det har de ikke penge til, og jeg tror heller ikke, at de kan eller vil rekruttere dem. Men det er sådan en stillingskrig over for psykiatrien.

Helle: Det er endnu et eksempel på behovet for en fælles vejledning for hele misbrugsområdet. Danmark adskiller sig fra de fleste andre lande ved at stofmisbrugsbehandlingen er forankret i socialt regi, mens alkoholbehandlingen er forankret i sundhedsfagligt regi - og opgaverne fra begge opdragsgivere løses af kommunerne. Det er noget af det, KL arbejder på at få de involverede ministerier til at samarbejde om at gøre noget ved.

Er det et nyt fænomen, at det giver problemer, at ansvaret for området er spredt ud på så mange instanser?

Peter: Nej, slet ikke. Jeg kan huske, at for mange, mange år siden efterlyste vi fx en fælles klagevejledning for Patientklagenævnet og Det Sociale Klagenævn, men der gik 10 år eller sådan noget, før man barslede med en lille pjece, hvor de to vejledninger så var stablet sammen med et par clips i ryggen.

Thomas: Så vi har grundlæggende to problemer, kan man sige. Det ene er, at vi har en splittet lovgivning, hvor tingene ikke er koblet sammen. Og så har vi nogle meget små administrative enheder under kommunalt selvstyre, som giver vide rammer for forskellige serviceniveauer.

Peter: Opgaven med at få det sundhedsfaglige integreret mere i misbrugsbehandlingen er jo langt fra lykkedes. Der er et stykke vej endnu.

Når nu tingene ikke er koordineret hverken oppe eller nede, hvilken indflydelse har det så haft på området, at en stor del af det udviklende arbejde, projekter og forsøg er finansieret via satspuljer?

Peter: Jeg har da fået noget igennem med satspuljer, som var nyttigt og nødvendigt, men det er klart, at satspuljer er en elendig måde at finansiere på, fordi det er tidsbegrænset.

Thomas: Det varmer kun kortvarigt.

Peter: Projekterne bliver heller aldrig tænkt ind i en

form for overordnet strategi. Det bliver enkeltstående delprojekter, og dem, der har de bedste forbindelser og er bedst til at svinge pennen, de får de midler, der er.

Helle: Men lige nu er der meget få satspuljemidler, og det er på den anden side også bekymrende, for hvordan kommer der så midler til udvikling på området? De ting, der er blevet lavet på satspuljer, er jo ikke kommet på finansloven, men er bare stoppet.

Peter: I virkeligheden er satspuljer noget, fanden har skabt, også fordi det har været politikernes og projekt-magernes legeplads.

Thomas: Og så har man brugt det som en ventil for den allerværste dårlige samvittighed, f.eks. her sidst med psykiatrien.

Peter: Psykiatrien er jo blevet fodret med satspuljepenget. Heroinbehandlingen er også finansieret af satspuljemidler, og det er meningsløst. Det er jo ikke et forsøg, men en behandling.

Thomas: Og nu vi er ved det, så er det fuldstændig meningsløst, at heroinbehandling har fået det store mediefokus og den store politiske interesse, som det har været tilfældet, i betragtning af, hvor få mennesker det handler om, og hvor rasende dyrt det har vist sig at være. Vi nærmer os en kostpris på mellem 400.000 og en halv million kroner pr. person pr. år.

Helle: Og det trækker fokus fra den store, brede behandling.

Thomas: Fra statslig side har der ikke været interesse for at koble en uafhængig og uvildig økonomisk vurdering på - altså, får vi 'value for money' her? Eller kunne vi bruge de her penge meget bedre til andre ting? Nu har det kørt siden 2010, og til næste år er vi oppe på at have brugt næsten en kvart milliard i Danmark på heroinbehandling. Hvad er der kommet ud af det?

Peter: Men det er jo sådan, at selvom man lavede nogle evalueringer af kosteffekten, så er det jo irreversibelt. I det øjeblik man har sat skibet i søen, så sejler det. Det er næsten umuligt at få det i dok igen og sige, at det her var nok alligevel ikke nogen god idé.

Helle: Men man laver jo heller ikke økonomiske beregninger på den brede misbrugsbehandling i øvrigt, og der er også mange forhold der, som ikke er belyst.

Thomas: Der er en vis uvilje mod at se på, hvad det egentlig er, vi går og gør

Det er vel også, fordi man ikke helt overordnet ved, hvor man skal hen? Det vil sige, at man

prøver alle mulige ting af?

Thomas: Ja, men hele målsætningen omkring misbrugsbehandlingen er jo inficeret med nogle forældede eller vanvittige synspunkter, som grundlæggende går på, at misbrugsbehandling skal sigte på stoffrihed. Så selvom 'harm reduction'-synspunktet har vundet indpas siden Narkotikarådets rapport fra 1984 og 'At møde mennesket, hvor det er' og så videre, så er det jo langt, langt fra slået igennem på landsplan - og slet ikke på Christiansborg. Og det gør jo, at der rundt om i Danmark i små kommuner er meget vekslende målsætninger og prioriteringer og opfattelser hos de folkevalgte om, hvad det hele går ud på. Når der så også er fravær af vejledninger og retningslinjer, og der er almindelig sådan lægeparanoia og trang til og spare og skære hårdt ind til benet, så er det op ad bakke.

Hvordan får man rykket på tingene? I har jo selv rykket jer en del undervejs? Jeg mener: Nogle af jer har jo skiftet holdning undervejs til fx både metadon og heroinbehandling?

Peter: Jeg har jo været med længst, så jeg har nok rykket mig mest; he, he.

Thomas: Vi kan skrive nok så mange artikler og holde konferencer og så videre og så videre. Så længe det ikke får gennemslag på nationalt niveau og i uddannelsessektoren, så kan vi blive ved med at snakke for døve ører.

Helle: Vi er også kun en lille forsamling af misbrugs-læger, og det er jo begrænset, hvor meget folk kan engagere sig i det.

Peter: Du kan godt begynde at tælle, hvor mange fastansatte læger der er, altså, når vi har talt Odense, København, det gamle Københavns Amt, og Aarhus med, så er vi på mellem 20 og 30, måske 40, hvis vi fintæller.

Hvordan ser det så ud med jeres planer for at oprette et lægefagligt speciale i addiktiv medicin?

Thomas: Det har vi opgivet.

Helle: Der er ikke ressourcer i vores gruppe til det. At man nu har en professor på feltet i Norge skyldes en stærk forankring i forskermiljøet og stor opbakning fra mange sider. Vi i Danmark er jo kun en lille kaffeklub, der skal arbejde med det i vores fritid.

Thomas: Sundhedsstyrelsen er jo også decideret imod at etablere flere specialer.

Helle: Det handler om at få defineret vores fagområde ligesom andre områder, fx smertebehandling, og det er en stor opgave. Men på sigt tror jeg, at det kommer, for når der kommer tilsynsordninger på hele misbrugsområdet, vil det blive åbenlyst, hvor store kvalitetsbrister, der er.

Thomas: I Norge har det også nærmest taget 10 år.

Helle: Det kom også først efter deres rusreform, hvor oprettelsen af specialist-helsetjenesterne gjorde det nødvendigt at definere lægefagligheden.

Thomas: Men det er da et problem, når man kan se, at det heller ikke er lykkedes sygeplejerskerne at få etableret en misbrugs-sygeplejerske specialisering, ligesom man har anæstesi-sygeplejersker og psykiatri-sygeplejersker.

Ville det lette tingene, hvis alkohol- og stofmisbrugsområdet hang bedre sammen?

Helle: Der er bestemt et problem, at alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen på mange måde er adskilt. Hvis man vil styrke området, kræver det bl.a. en kulturforandring for at skabe en stærk faglighed.

Thomas: Nu har vi jo lige fået rapporten om alkoholbehandlingens tilstand fra SIF, men hvis en tilsvarende rapport blev lavet om den lægelige misbrugsbehandling, så ville vi sikkert også se nogle tankevækkende forskelle i kvalitet og serviceniveau på områder, som burde være rimeligt reguleret som fx substitutionsbehandling.

Helle: Det er også problematisk, at det er kommunerne, der godkender behandlingsinstitutionerne, når man oplever, at de ikke har den faglige ballast til det. Medmindre man kan argumentere for, at de metoder, der anvendes på et behandlingssted, kan være direkte skadelige, så godkendes det rask væk, og det synes jeg er helt langt ude.

Thomas: Problemet ligger også i, at muligheden for at styre den sundhedsfaglige behandling på landsplan ikke sker i kommunerne, men af autoriserede læger, en Sundhedsstyrelse og et embedslægevæsen, som overhovedet ikke har nogen som helst kapacitet til at opsøge og undersøge, hvordan det står til. Det er kun, hvis det går galt, at der sker noget.

Helle: Men nu er der kommet en ny lovgivning om lovpligtigt tilsyn af det *private* misbrugsbehandlingsområde, fordi det private fylder mere og mere på

sundhedsområdet – bare tænk på alle sagerne om plastikkirurgi. Jeg har været med til at udvikle de kvalitetskriterier, man skal tilrettelægge tilsynet på, og det er meget basalt.

Thomas: Så jeg vil sige: Hvad med at tage det offentlige med, når I er i gang?

Helle: Ja, det ville værre oplagt, men det var ikke en mulighed i denne omgang.

Hvad skal der til for at gøre det bedre? Har I nogen konkrete løsningsforslag?

Helle: Jeg mener, at man skal arbejde for en fælles målsætning, en faglig standard for misbrugsbehandlingen, som er nedfældet i en fælles vejledning for den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats, så det bliver klart, hvad der er hvad. Der skal mere fokus på, hvad der skal komme ud af indsatsen. Vi ved jo ikke rigtigt, hvad det egentlig er, man går og laver i misbrugsbehandlingen, og følger heller ikke rigtigt op på, om det egentlig er den vej, vi skal gå? Vi har også brugt mange år på at sikre folk metadonbehandling, fordi det var livreddende. Det kan jo godt være, at tiden er inde til, at vi måske kan begynde at tænke en smule mere 'recovery'-orienteret?

Peter: Der skal nogle vejledninger og retningslinjer til, så den enkelte kommune kan se, om den lever op til kravene. I mange tilfælde vil den nok ikke kunne det, medmindre den slår sig sammen med en eller flere andre kommuner.

Helle: Og så kan man gå ind og kigge på, hvad acceptabel faglig kvalitet er i det, der skal leveres, og får man det leveret, og hvor er problemerne? Lige nu er det for diffust det hele.

Peter: Ja, man kan gøre alt fra 0 til ingenting.

Thomas: Alternativet til det med, at regionerne skulle overtage, kunne være det, nogle omtaler som forpligtende kommunale fællesskaber. Og hvad er det så? Er det, når Kerteminde Kommune lægger sin ene misbrugsbehandler i kurven sammen med Ryslinge Kommune, som lægger en også, og så har man to? Er det så det, eller hvad?

Helle: Det kræver, at der kommer nogle nationale tiltag at styre ud fra. Altså, det er jo rigtig godt at Center for Rusmiddelforskning har bedrevet forskning på området i rigtig mange år. Men set fra vores side, så mangler den sundhedsfaglige forskning til at understøtte området.

Der har vi et kæmpe hul i Danmark, som vores selskab

har prøvet at komme med nogle modeller til, og det strander lidt på både ressourcer og også på, hvordan man får skruet sådan et forskningsinstitut sammen. Hvis man sammenligner med Norge, så blev det politisk bestemt, at forskellige forskningsinstitutter skulle slås sammen, og det har medført et konstruktivt samarbejde på hele området. Og det er i hvert fald noget, som også er en mangelvare hos os.

Thomas: Så den danske model er, at vi har Center for Rusmiddelforskning, som overvejende baserer sig på den sociale misbrugsbehandling plus noget psykiatri. Men vi foretrækker fortsat at have bind for øjnene, fordi vi i Danmark opfatter stofmisbrug som et overvejende socialt problem. Det er endnu ikke gået op for danskerne, at det er et folkesundhedsproblem af store dimensioner. Misbrugere er syge og ofte omvandrede hospitaler, men hvis man ikke tager tøjet af folk, så kan man jo ikke se, hvor galt det står til. Mange steder har man slet ikke faciliteter til at undersøge folk

Helle: Behandlingsområdet har brug for tiltag, der virker på hele paletten. Fixerum er bestemt vigtigt, heroinbehandling har måske også sin berettigelse, og alle indsatserne på gadeplan er rigtig vigtige, men vi har altså stadig 14.000 mennesker i behandling og lige så mange uden behandling. Det er det ikke så sexet at snakke om. Her forsvinder nyhedens interesse, som primært har fokus på det meget dramatiske med blå blink som overdoser, død mv.

Peter: Den mest oplagte skadesreducerende foranstaltning, man kunne forestille sig, er at få den halvdel, der mangler kontakt til behandlingssystemet, ind i behandlingssystemet.

Hvad skal der til for at få den anden halvdel i behandling? Er der nogle barrierer, der skal fjernes, eller er det mere nytænkning, der skal til?

Thomas: Vi skulle have nogle mere indbydende og brugervenlige behandlingssystemer med kapacitet til, at man kan komme i behandling fra 'day one'. Vi mangler jo en behandlingsgaranti for de her 13. – 14.000, som er afhængige af opioider.

Helle: De kan komme i social behandling.

Thomas: De må pænt vente til det bliver deres tur. Der står intet om det i behandlingsgarantien, og det varierer på landsplan fra adskillige måneders ventetid til, at man kan komme i behandling inden for 24 timer.

Peter: Et tilbud om anonym behandling, i hvert fald i en periode, det ville nok også lokke mange til. Vi har

BIRGITTE JENSEN
SOCIOLOG, REDAKTØR PÅ STOF
Marianne Bækbøl deltog i interviewet



jo set både i København og Odense, at det blev et tilløbsstykke, da vi åbnede for anonym behandling for folk i arbejde eller under uddannelse, som samtidig er brugere af hash og centralstimulerende stoffer.

Helle: Men det er helt specielt for det at være i behandling for misbrug, at man så bliver registreret og bliver en social sag. Den kobling findes jo ikke i forhold til mange andre tilstande, som man kan søge behandling for.

Peter: Hvis man går i behandling, så ved jobcenteret det også, i hvert fald i København.

Thomas: Og hvis man går i behandling, så er det altså heller ikke sikkert, at man får behandling.

Helle: Men man bliver oprettet som en myndighedssag.

Thomas: Og det er muligt, at man får en rigtig skidt behandling. Det er også muligt, at man får en behandling, som man ikke kan eller vil acceptere.

Og så er det jo interessant, at det, som har været bærende for politikerne i forhold til at lave behandlingsgarantien, har været den sociale indsats - det omfatter ikke den medicinske behandling. Det anses ikke for vigtigt.

Helle: Det turde man ikke, fordi det ville være alt for krævende i forhold til at skaffe lægelige ressourcer ude i de små kommuner.

Thomas: Men behandlingsgarantien blev jo indført i amternes tid, i 2002, 5 år før kommunalreformen. Det kunne man jo sagtens have rullet ud, velvidende, at amterne måske ikke havde tilstrækkelig lægekapacitet, men det kunne vel skaffes?

Helle: Jeg tror, at man har været bange for, at hullerne ville blive for synlige.

Thomas: De er jo så enormt synlige i forvejen.

Helle: Men de ville blive endnu mere synlige.

Thomas: Politikerne tøver jo ikke med at lave cancergaranti på en måned eller 14 dage, men hvorfor lige det her område skal underprioriteres, det er tankevækkende, og det virker som en reminiscens fra det gamle paradigme om stoffrihed, ikke andet.

Nu har vi snakket en del om, hvor opdelt ansvarsfordelingen er på misbrugsområdet. Men hvordan kan man få det til at hænge bedre sammen?

Peter: I forbindelse med det alt for varierede kommunale landskab, det mangelfulde kommunale samarbejde og alle de der ministerier og styrelser, så aner man også et behov for en mere overordnet koordinering. - Fx så jeg gerne, at man genoplivede Alkohol- og Narkotikarådet, for de gange, den slags råd er blevet nedlagt, har det jo aldrig været sagligt begrundet.

Thomas: Det gør ingen skade. Hvad formåede det Narkotikaråd, der blev nedlagt i 2002, egentlig? Man formåede jo fx ikke engang at sætte skadesreduktion på dagsordenen som en tværgående tankegang.

Peter: Nej, det nåede man ikke, men der blev arbejdet på det, og der blev fx også lavet nogle gode udredninger omkring dobbeltdiagnoser. Og dem fra København mødte nogle af dem fra Vestjylland, politifolk mødte sagsbehandlere osv.

Helle: Ja, i arbejdsgrupperne kunne folk fra feltet mødes på tværs, og der blev da lavet nogle gode rapporter.

Thomas: Og så kom der jo i hvert fald STOF ud af det, kan man sige! ■

STOFMISBRUG 2020

KABSVIDEN holder traditionen tro en 2-dages misbrugskonference på Munkebjerg Hotel i Vejle 19.-20. marts 2013.

Som titlen antyder, er der tale om en fremtidskonference, der kortlægger udviklingstendenser og sætter fokus på udviklingen i de kommende år. Emnerne omfatter megatrends, de nye rusmidler, fremtidens behandlere, cyberpsykiatri, e-

therapy, frivillige og hattedamer, legalisering af stoffer, bundliniestyring o.m.m. Blandt oplægsholderne er lektor Nana Mik-Meyer, CBS, direktør Anne Skare-Nielsen, Future Navigator, overlæge Henrik Thiesen, Sundhedsteamet, Dr. Paul Dargan, Guys and St. Thomas Hospital, London. Program og elektronisk tilmelding fra 1. januar på www.kabs.dk

KABS VIDEN

Megatrends
Nye rusmidler
Multidiagnoser
Cyberpsykiatri
Hattedamer
Know-how
Legalisering
E-therapy
Forskning

STOFMISI

3029 ■ 2084009000 ■ 02

JENS EMIL NIELSEN

STOCKFLETHSVEJ 36
2000 KØBENHAVN F

Dette er Axel Sørensen

Han er byens mest populære pusher

Han er læge

Hos dr. Sørensen sidder receptblokken meget løs.

Hvis nogen af hans patienter beder om et sovemiddel, så kan de frit vælge mellem de røde, de blå eller de grønne.

Hvis nogen ønsker noget opkvikkende, så er der heller ingen problemer.

Er den gal med nerverne, ja, så kan dr. Sørensen tilbyde alt lige fra Mogadoner til de stærke Stesolid.

Har patienten brug for noget smertestillende er det oftest Abalgin og Ketoganer dr. Sørensen ordinerer - det er jo det patienterne helst vil have.

Dr. Sørensen har også mange narkomaner blandt sine patienter. Han mener nemlig, at narkomani er en sygdom, som kan helbredes med metadon.

Kan patienterne ikke rigtig nå at komme i konsultationstiden, så skal de bare ringe. Kort efter kan »medicinen« afhentes på apoteket. Ingen grund til stor ståhej for et par pillers skyld.

Så dr. Sørensen er både en populær og holden mand i byen. Og hvorfor skulle dr. Sørensen ikke også være det? Han gør jo arbejdet præcist, som han har lært det i sine 7 studieår på universitetet.

Men dr. Sørensen er dog ikke lige populær alle steder. Mange af hans læge-kolleger forbigår ham. De synes han betragter alting for medicinsk.



Han er heller ikke særlig populær på socialkontoret. Mange af hans patienter er på bistandshjælp, og de er altid så bedøvede af piller, at det er umuligt at få en fornuftig snak med dem om fremtiden.

Også apotekeren er noget betænkelig. Han kan jo følge med i de store doser dr. Sørensen udskriver til selv helt unge mennesker. Men mest upo-

pulær er dr. Sørensen blandt nogle af patienternes familie og venner. De har flere gange bedt ham om at indskrænke udskrivningen af pillerne, men dr. Sørensen har kun reageret arrogant og overlegent: Hans behandling skal de overhovedet ikke blande sig i. Og da hverken kolleger, sagsbehandlere eller apotekeren blander sig, så går alt stadig godt for dr. Sørensen.

Har du spurgt din læge om, hvad det er for piller du får? Om de er afhængighedsskabende, toleransforøgende, giver abstinenser osv.

Inden du snakker med din læge om det, så bør du måske sætte dig mere ind i sagerne, så du ved hvad I snakker om.

For at hjælpe dig har vi lavet en »familiepakke« om stoffer og stofmisbrug. Den handler også om meget mere end de legale stoffer, pillerne.

Vil du vide mere? Har du behov for hjælp eller behov for et godt råd, så skriv til FMHS, Studiestræde 16, 1455 Kbh. K.

Hvis du ikke kan få en ordentlig snak med din læge om pillerne - så er det på tide at skifte til en anden.

FMHS = Folkebevægelsen mod Hårde Stoffer.

Stat Landsindsamlingen 1984, Giro 5 60 70 00.

STOFSCENEN I GÅR I DAG OG I MORGEN

Indtrykket af den affolkede Maria Kirkeplads og hermed også den delvis deporterede stofscene, kan udarte sig i alle mulige, men også umulige tanker - en erfaren behandler skriver essay om udviklingen på stofscenen, om 'gadens' stofbrugere og vores forhold til dem som mennesker.

AF BIRTHE LARSEN

Noget velkendt - noget, der har eksisteret så længe, de fleste kan huske, kan blive ved at springe i øjnene, når man færdes i området bag Hovedbanen; det er stofhandlen, grønthandlen, pølsevognen og den kinesiske grill; det er porno og Tattoo, og det er kiosker og kvinder, der må byde sig til - og Statsbanernes sekskantede logo er stadig rødt og bøjet i neon. Men nu er der også helt andre og nye indtryk, der sætter sig.

Det er lige fra den magre mand, der bøjer sig frem og tripper utålmodigt på stedet, mens han prøver at komme frem i køen til den spritnye fixelance's trygge og skærmende rum. Han sender et skævt smil til den frivillige sygeplejerske på fortovet: 'Det er nu - det er nu - jeg må bare ind ...'. Og så til den unge romamor, der har søgt ly i den vanlige flok af stofbrugere bag Hovedbanen. Her sidder hun på fortovs-kanten ligesom de andre, men med sit lille barn, der drikker mælk af sutteflasken.

Videre på vej ned ad Istedgade toner synet af en tom Maria Kirkeplads frem. De tidligere 'matrikelejere' har vist nok fundet andre og måske mere velegnede steder til at udleve deres ikke altid lige velanskrevne form for sameksistens. Disse lidt skæve eksistenser, der praktiserede deres halsløse gerninger og hang til stoffer, er slet ikke så synlige som før; men et eller andet sted må de vel stadig være? Jeg gad nok vide, hvordan livet nu tager sig ud for dem, der indtil for nylig satte deres massive præg på dette byrum? Dem, der havde 'gaden' og pladsen som det primære op-

holdsted, og også dem, der pga deres sociale utilpassesthed ikke kunne være i det, der engang var det sidste nye, skadesreducerende skud på stammen, nemlig den lægeordnede heroin.

I embeds medfør

Men først et kort smut tilbage til kirkepladsen, hvor jeg samme dag var til møde med en gruppe lokale socialarbejdere i et af kirkens baglokaler. Her var der rådslagning om, hvordan man bedst kunne rumme og hjælpe en hjemløs palæstinenser, der med sine slemme fysiske og psykiske lidelser og stofferne tilmed havde en noget voldelig adfærd, der kom i spil, når han følte sig kaldet til at gå i front for at ordne gadens kontroverser. Skulle han i behandling og til psykolog, måske en tur i fængsel, eller skulle han bare sendes hjem?

For os, der var samlet i embeds medfør, blev der budt på frisksmurt smørrebrød - i rigelige mængder. Og da der efter mødets afslutning stadig var et helt fad til overs, foreslog jeg, lige lovligt uvidende om de nyeste forordninger, at resten af brødet gik til den gruppe crackrygende udlændinge, der åbenbart nu forsøgte at indtage kirkepladsen. Men beklageligt, nej - det var os ikke tilladt at give så meget som en krumme til disse personer. Tanken er vel sagtens, at disse fremmede ikke skal få for vane at tage fast ophold her. Gadebilledet i dag bærer præg af en verden med konflikter, hvorfor der også er kommet flere og flere med kombinationen flygtningebaggrund og stofbrug til området.

Selvfølgelig spejdede jeg også langt efter nogle af mine gamle kendinge, dem, der til tider brændte lidt



iske udvikling
ar Københavns stofs-
å flere bydele - blandt
ro og Christiania, hvor



s beredvillighed til at



navne som 'F
børsen' og 'D
hundrede met
rigtige, døgnå
I slutninge
prøvede komr
skur på Halmt
jøet, men det
skuret blev fje
af Mændenes
munen en lille
navnet 'Nålep
blev nedlagt ig
ning fra Køber

for mange broer til at være faste kunder i behandlingssystemet. De havnede eller strandede gerne her i 'gaden', hvor der var mere potente, men knap så legitime midler til at opnå den 'bufferzone til tilværelsen', som de hævdede at hige efter.

Den dag var de bare ikke at se. Forklaringen lå måske i de kolde kendsgerninger – eller i de 'faktuelle forhold inden for jernindustrien' - at vi stadig er et af de lande i Europa, der scorer højest i de triste statistikker over narkorelaterede dødsfald.... Et noget mere opmuntrende bud kunne også være, at flere i kraft af de nye tiltag som fx sundhedsrum, stofindtagelsesrum og fixelancer har fundet bedre tilholdssteder.

Men selv om stofscenen er skrumpet ind, er den livlige stofhandel - af logiske årsager - stadig i fuldt vigør, med myriader af folk bag Hovedbanen, der af en eller anden grund har brug for at købe eller sælge piller og stoffer på det sorte marked. Her var da også en af de gamle survivere, som oprørt fortalte, at han var blevet udsat for racisme i det sociale system, nu hvor han for tredje gang havde fået afslag på førtidspension, sikkert grundet sin italienske oprindelse – og det var efter 35 år på gaden uden nogen form for kriminalitet, hvordan det så end er muligt.

Og det siges i øvrigt, at døren til Mændenes Hjem i lille Istedgade stadig går op og i mere end 1000 gange om dagen.

Ud af gaden og ind i gården

Takket være vedvarende opråb om at begrænse ulykkerne og de mange fysiske, følelsesmæssige og mentale konsekvenser af det illegale stofbrug er der nu i kraft af de nye tiltag synlige tegn på en bredere politisk opbakning til den skadesreducerende indsats. Endelig er der også tegn på en slags anerkendelse af, at stofbrugere også har ret til at modtage sundhedsfaglige ydelser - uanset årsagen.

Opkomsten af disse tiltag er ikke sket uden sværdslag. Udfordringen har bl.a. været, og er stadig et moralsk opgør med en forståelse af afhængigheden og dens negative følgevirkninger som et relativt selvvalgt og selvforskyldt fænomen. Man har også måttet indlede et opgør med den hårdnakkede 0-tolerancepolitik: Kampen mod Narko, der indebærer en grotesk klapjagt på stofbrugere med forbudszoner og bødestraf for netop deres ophold i området.

Fælles for de nye skadesreducerende skud på stammen er et mål om at rumme de allerhårdest belastede og uregerlige brugere i 'gaden'. At de nu under

mere sikre former kan indtage alle typer af illegale stoffer.

De nye tiltag er placeret i skærmede omgivelser i gårde eller lignende, hvor en god del nu også udlever deres sociale liv. Mange er holdt op med at opholde sig i sidegaderne, hvilket givetvis opleves som en gevinst for de lokale beboere.

Den tidligere så åbne stofscene, hvor aktørerne har eksponeret deres særlige kultur og grænseoverskridende handlinger med frit udsyn til halvnøgne kroppe, blodfyldte sprøjter, indbyrdes konflikter og vold, har virket skræmmende og vakt afsky og vrede blandt områdets beboere og gæster.

Som forbipasserende var det tidligere stort set uundgåeligt ikke at blive konfronteret med dette inferno.

Et væsentligt motiv bag de nye tiltag har derfor også været, at man ville forsøge at reducere den åbne stofscenes gener ved at flytte en større del af stofbrugere væk fra det offentlige rum.

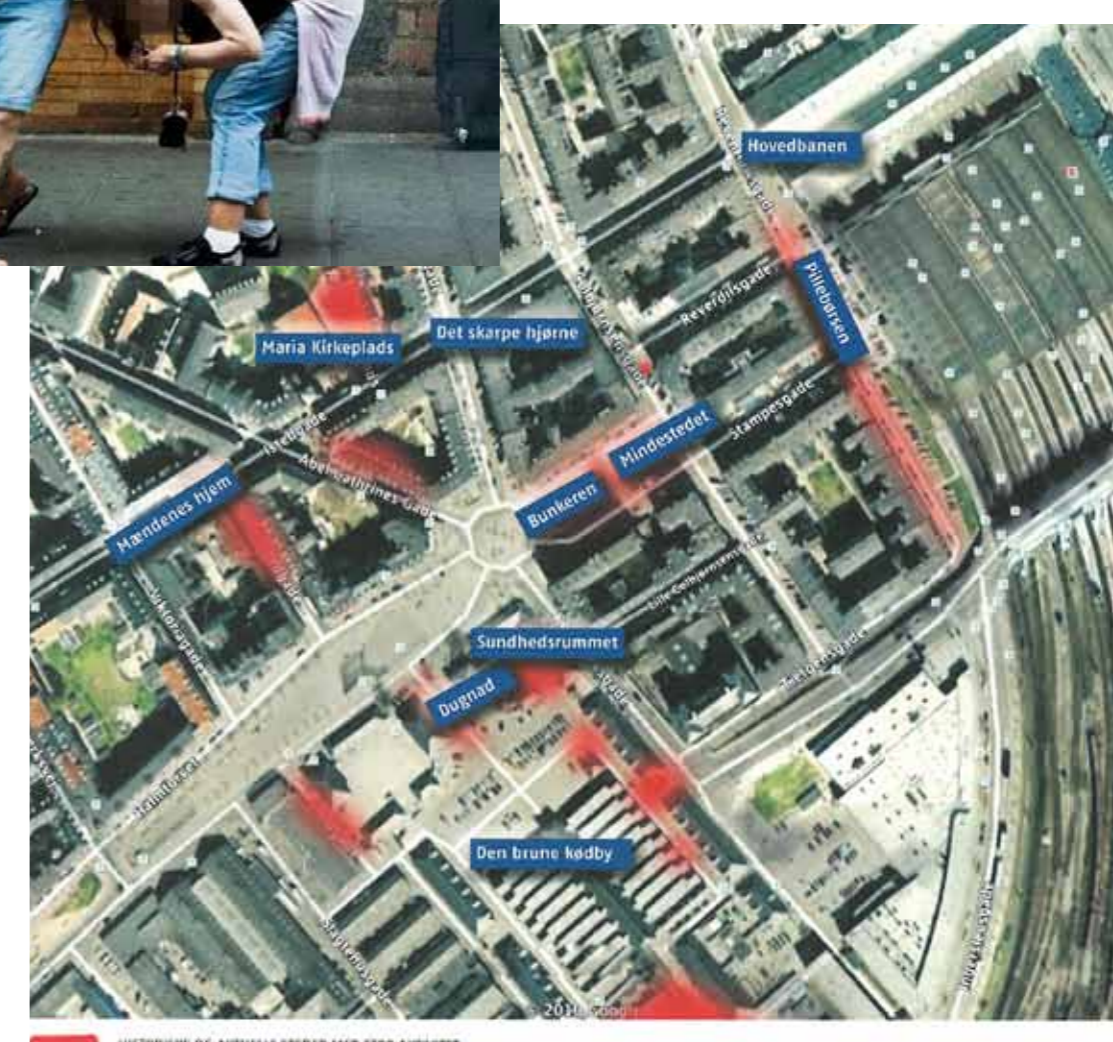
Men tiltagene i sig selv betyder selvsagt ikke, at det intravenøse stofindtag og marginaliseringen er forsvundet, men blot at fænomenet er flyttet, så det ikke fremstår så tydeligt i offentligheden.

Hvad var det lige, der foregik her?

Stofscenens mangeårige epicenter var som tidligere nævnt Maria Kirkeplads og de omkringliggende gader, stræder og pladser. Her har sprøjten i sig selv haft en symbolværdi og funktion, der indebærer en udvidelse af stofbrugers fysiske råderum i området. Det er måske lidt bizart sat op, men alligevel. Man kan godt sige, at områdets arkitektur og stemning nærmest lå indlejret i brugernes krop og sjæl, hvorfor 'gaden' som fænomen også var en del af deres daglige diskurs.

For omverdenen var 'gaden' også et udstillingsvindue for resultatet af alt det, der var blevet forsømt gennem disse menneskers opvækst – åbenlyst ubehandlede problemstillinger. I den forstand kunne den - og kan den vel til dels stadig - ikke undgå at medføre en følelse af ubehag.

Livet i 'gaden' og nu måske mestendels 'i gården' fungerer vel også i dag som en form for skæbnefællesskab og et interessefællesskab, hvor livet udleveres i opture med penge og nedture uden penge. Men der er vist ingen grund til at tro, at motivet for at befinde sig lige netop her skyldes en særlig smag for livets skyggesider, eller at det skulle være et bevidst valg. Gadescenens eksistens er vel tæt forbundet med social



HISTORISKE OG AKTUELLE STEDER MED STOR AKTIVITET



ANDRE STOF ARTIKLER:

STOF 3, 2004: Vikarierende motiver.

STOF 11, 2008: Fra streetwise til patient.

STOF 12, 2008: At gøre god brug af det onde.

udstødelse og kriminalisering, og livet med illegale stoffer kan også anskues som en mulig mestringsstrategi. Mennesker har som regel grunde til at gøre det, de gør, selv om det i andres øjne ikke virker særlig fornuftigt.

Et fællesskab, der er baseret på omgang med illegale stoffer, er også forbundet med ubehagelige sider som udadreagerende adfærd og vold. Men spørgsmålet er, om disse fænomener alene er forbundet til en særlig slet karakter, eller om det også kan ses som et udslag af systemets vold mod dem, der med Knud Vilbys ord havde 'begrænsede muligheder'. Historikeren i de mange journalakter, jeg har læst, peger lidt for ofte på det sidste. Men stofbrugere har trods alt, lige som alle andre, også brug for en slags anerkendelse, ikke alene fra samfundets side - men også fra det felt, de nu engang befinder sig i.

Gaden som kompetencecenter

Ud over, at stofscenen gennem tiderne har været et arnested for grænseoverskridende handlinger så som offentlige injektionsscener og andet, er den også et arnested for udvikling af den form for kompetencer, som de fleste af os vil anse som foruroligende og også moralsk angribelige. Ikke desto mindre er det en særlig og brugbar form, der tæller her, og som derfor også giver anerkendelse. Det er kompetencer, der understøtter magtrelationer og hierarkier ligesom i alle andre typer af kontekster og kulturer. Det er selv sagt også de stærke individer og måske også de mest kriminelle, der styrer her. At agere i rollen som 'bad boy' med evnen til at tilvejebringe alternative indtægtskilder sammen med en besiddelse af den bedste specialviden om at overleve i et hårdt liv i 'gaden' giver et godt plus på rangstigen.

I dette felt er kompetenceudvikling også nært forbundet med vidensdeling om de teknologier, der er forbundet med at være 'a skilled injector', og så den erfaringsbaserede, farmakologiske viden, der muliggør en rusoplevelse eller en form for selvmedicinering uden om systemets snærende kontrol.

De fleste af os vil sikkert mene, at det er degraderende og uværdigt at indtage stoffer i det offentlige rum, og de nye tiltag i skærmede omgivelser signalerer vel også en anerkendelse af stofbrugers værd og behov. Denne tilgang fik mig selvfølgelig til at studse over et udsagn fra en af gadens folk om at: 'Fixepro-

jekter er beregnet for folk, der har mistet deres værdighed'. Han ønskede ikke at have en sygeplejerske til at overvåge sit stofindtag - han kunne selv.

Sådan er der åbenbart flere perspektiver på, hvad værdighed egentlig er... Men hvis vi skal forsøge at følge den lidt friske og skråsikre udtalelse, er den måske udtryk for, at han så sig selv i positionen som 'streetwise'.

For at tage højde for sprøjtebrugerens oplevelse af kompetencetab i sammenhæng med den øgede patientliggørelse i de nye initiativer - for at tænke det hele menneske ind - vil der måske etisk set ligge nogle nye udfordringer her. Hvordan pokker kan man udvikle nye anerkendelsesformer, der kompenserer for stofkulturens egne? En helt anden mulighed er selvfølgelig også, at der fremover etableres helt nye logikker i stofbrugernes selvopfattelse.

Men nu tilbage til den delvist hedengangne stofscene, hvor der med fare for at romantisere jo også findes hygge, gensidig omsorg, fællesskab og forbrødring; og ikke mindst rummelighed over for andre afvigende eksistenser; det være sig den uviklingshæmmede og den sindslidende eller blot hende, der ikke har kunnet finde sig til rette, og som derfor søger ly her, hvor der er fysisk nærvær til andre. Nogle af disse mennesker har måske oven i købet her kunnet opleve, at også de havde en rolle at spille for andre, noget at give af eller blot et sted at være?

Om retten til gaderummet

Byens styre har sammen med de nye tiltag gjort meget for, at det skal være attraktivt for de resursestærke familier at være her. Men spørgsmålet er, hvordan de ændrede forhold indvirker på dem med de mere begrænsede muligheder?

De sidste års by- og beboerudvikling - mondænisering med toptrendy restauranter, internationale modeshows og design i Købbyen - har også betydet, at stofmiljøets geografiske rammer er blevet kraftigt begrænset. Der er langt fra Tove Ditlevsens univers og så frem til i dag. De attraktive gårdmiljøer og porte er aflåste verdener for stofbrugere, og en god bid af det gaderum, som de i årevis har været indlejret i, er ved at glide dem af hænde. Gad vide om eller hvordan sådanne ændringer kan påvirke de udsattes selvforståelse eller identitet? Måske er der allerede nu ved at blive etableret en ny form for sameksistens mellem

parterne i denne nu så multietniske smeltedigel? Det bærende princip må under alle omstændigheder være, at enhver har ret til at færdes i det offentlige rum, selv om han eller hun ser mærkelig ud og bruger illegale stoffer.

Indtrykket af den affolkede Maria Kirkeplads og hermed også den delvis deporterede stofscene kan udarte sig i alle mulige, men også umulige tanker, der med al sund fornuft og respekt for det sundhedsfaglige perspektiv slet ikke bør tænkes. Men hvis de nu som her kryber ind under pandebrasken, må man lige så stille hviske, om en nedlukning af de åbne stofscener også kan tænkes at få en negativ effekt på de socialt ekskluderede - hvis der altså findes et behov eller måske endda en legitim ret til at eksponere sit udtryk for marginalisering og utilpassethed i det offentlige rum?

Dem og os

For at gå lidt væk fra de spørgsmål, der gerne må pege på det lidt mere 'hele menneske' i de nye skadesreducerende strategier, og så videre frem til et mere almenmenneskeligt tema, der inkluderer både dem og os, kan man med Maffesoli (STOF nr. 12) spørge, om vi er i gang med at gennemsterilisere vort samfund? Ud fra et håb eller en ideologi om et trygt miljø, hvor alle i ly fra udefrakommende aggression kan nyde lykken? Maffesoli hævder, at alt for ihærdige anstrengelser med skyde fra sig, afvise og benægte i værste fald kan føre til det modsatte af, hvad man håbede på. Her selvfølgelig eksistensen af den sociale uretfærdighed. Maffesoli inddrager dog en yderligere dimension, nemlig den form for fornuft, der ligger i at integrere menneskehedens skyggeside, udyret, den onde og banditten og derved undgå den sociale uretfærdigheds mest skadelige aspekter.

I den sammenhæng kan stofscenen ses som en metafor, der gør op med et syn på det sundhedsdyrkende perfekte individ i en perfekt krop i det perfekte stoffri samfund. På den måde også med en forestilling om mennesket som en aktør, der udelukkende foretager rationelle valg. Stofscenen er således gjort af et materiale, der minder os om et foruroligende tema - om dem og os - eller om spejlbilledet af vores modstykke - der ikke bare skraber til sig for at bygge op eller sparer for at sikre dagen i morgen - men at den menneskelige eksistens også nogle gange handler om det uforudsigelige, det at give væk, formøble og destruere.

Måske kan vi også her finde en del af forklaringen på den ambivalens, den fascination og tiltrækningskraft og omvendt afsky og foruroligelse, som stofscenen og stofbrugere til stadighed har været genstand for?

Maffesoli er ikke bleg for at sætte alt på et bræt i og med at 'vejen til helvede er brolagt med gode intentioner'. Dette udsagn ville jeg dog nødtigt oversætte til, at de nye skadesreducerende tiltag er vejen til helvede, men derfor kan de mange forandringer godt sende tankerne ud på sideveje og vildveje, i hvert tilfælde når man ikke har sin daglige gang i 'gaden'.

Så nu tilbage til stofbrugernes virkelighed: i går - i dag - og helst ikke i morgen. Det er således stadig et faktum, at 285 narkotikarelaterede dødsfald årligt taler deres klare sprog for pragmatiske løsninger i et skadesreducerende perspektiv. At argumentere for det, der var engang - med en injektionsadfærd i et meget uhygiejnisk og utrygt miljø - ville være udtryk for en noget ignorant og negligerende indstilling til stofbrugers alt for mange og unødvendige legemlige og psykiske lidelser. ■



BIRTHE LARSEN
TIDLIGERE MISBRUGSBEHANDLER

I GÅR I DAG I MORGEN

BrugerForeningen værner om de aktive stofbrugeres interesser og arbejder på at bekæmpe og imødegå det stigma og de mange fordomme, som omgiver stofindtagelsesproblematikken.

AF JØRGEN KJÆR

STOF's 10-års jubilæum er en oplagt lejlighed til at se tilbage på, hvad der er sket de sidste ti år for nogle af de mange initiativer inden for stofbrugerområdet - herunder også at gøre en slags status for BrugerForeningen, Foreningen for aktive stofbrugere. Allerede da 'det nye STOF' så dagens lys efter Narkotikarådets nedlæggelse, var foreningen ret veletableret med 9 år på bagen. I 2002 havde vi boet et år på vores nuværende adresse i Korsgade 30, efter en 3-måneders hjemløshedperiode lige efter fraflytningen af de for snævre forhold på Nørrebrogade samt et forår i barakbygningen på Bogfinkevej, der bl.a. i substitutionsbehandlings morgengry forestod metadonudlevering til mange stofbrugere.

Mange af vore oprindelige tiltag og ideer er gennem årene blevet til faste rutiner, og en af de mest kendte er:

SprøjtePatruljen

Frivillige stofbrugere varetager en daglig opsamling af blodige kanyler på Vesterbro. Hver eneste dag året rundt ifører 2-3 m/k-aktivister sig de gule jakker og afpatruljerer de særlige lokaliteter på Vesterbro, hvor vi erfaringsmæssigt ved, at der ligger brugte kanyler.

Stofbrugere får naloxone – efter 9 år

I 2001 erfarede jeg via internettet, at en gruppe stofbrugere i Chicago var udstyret med naloxone og andet udstyr og så småt var begyndt på at redde andre stofbrugere fra overdoser. Det syntes alle, som jeg talte med det om, var en rigtig god ide, inklusive BF's mangeårige gode ven og støtte, socialoverlæge Peter Ege, der søgte midler til projektet – det tog 4-5 år. Derefter skulle vi så lige finde en egnet institution, hvorfra vi

kunne forankre og implementere projektet. Det gik der så yderligere 3-4 år med, lige indtil Københavns Kommunes Sundhedsrum kom på banen i 2009. I samarbejde med Sundhedsrummets engagerede ansatte, overlæge Henrik Thiesen og sygeplejerske Lone Hviid, udviklede vi over et halvt års tid Naloxoneprojektet. Efter gennemførelse af et førstehjælpekursus i januar 2010, altså hele 9 år efter, at vi startede med at drømme om det, blev 14 af foreningens aktivister udstyret med nogle små og handy aktivisttasker, indeholdende en mund-til-mund maske samt det nødvendige injektionsudstyr og tre naloxone-ampuller - præcis det samme stof, der findes i lægeambulancen, og som er fuldt tilstrækkeligt til at sikre, at vedkommende vågner igen i løbet af få minutter.

Bikarbonat - alternativ til salmiakspiritus

Siden 2010 har vi pakket små poser med bikarbonat som et gratis alternativ til salmiakspiritus, som nogle af kokainbrugerne anvender til at koge crack af kokain. Til dato er det blevet til mere end 50.000 poser, der distribueres via Mændenes Hjem, Sundhedsrummet og Gadejuristen. Vi har også efter canadisk inspiration udviklet et gratis ryge-kit til crack-rygere med mundstykker, glasrygerør og bikarbonat. Ligesom alle vore andre bestræbelser bunder fremstillingen af disse hjælpemidler i ønsket om skadesminimering (harm reduction). Den traditionelle tankegang på området var engang, at man skulle gøre det vanskeligt at skaffe redskaber til stofbrug. Den holdning blev dog ændret i 80'erne, og vores erfaring viser også, at lettere adgang til sterilt og praktisk anvendeligt værktøj nedsætter risikoen for smitte, stress og panik og dermed betydeligt færre skader.

Ønsket om skadesreducering er også afgørende, når vi erfarer, at der findes farlige stoffer eller forure-



BF's 19. ÅRS DAG: GÆSTERNE ER BEGEJSTREDE OVER RAPPERNE RASKE PENGE OG TOPGUNN.

nede substanser i omløb. Så udsender vi advarsler. Søndag den 2. juli i år døde et BF-medlem tragisk nok af miltbrandsinficeret brunt heroin, og her samarbejdede vi med Gadejuristen og foreningen Trinløse Tænkere om straks at hænge advarselsplakater op og uddele løbesedler til stofbrugere på flere sprog og på diverse relevante lokaliteter i København.

Årets 'BrugerVen' - BF's hæderspris

I det hele taget bestræber vi os på at værne om de aktive stofbrugeres interesser - også ved at bekæmpe og imødegå det stigma og de mange fordomme, som omgiver stofindtagelsesproblematikken. Hvert år på foreningens fødselsdag den 3. november overrækkes hædersprisen årets 'BrugerVen' til en person, som har gjort en - som vi siger det - ganske særlig uegennyttig indsats for stofbrugernes velfærd. Hædersprisdiplomet er efterhånden uddelt til 16 betydningsfulde brugervenner, og prisen får år for år mere vægt. I år blev det for første gang et projekt, der fik prisen - nemlig 'Fixelancen', det mobile fixerum - som det første projekt i Danmark, hvor hele 350 frivillige har været involveret i at yde sikkerhed, værdighed og menneskelig varme i respektfulde omgivelser til de mest udsatte stofbrugere på gadeplan. Projektet blev overtaget af Københavns Kommune den 1.7.2012.

Metadonflygtninge

BF opsøges regelmæssigt af stofbrugere, som behøver rådgivning og/ eller hjælp til at komme i behandling, eller som har brug for at fortælle om en dårlig behandling eller en vanskelig situation. Det sker ligeledes ret ofte, at både norske og svenske stofbrugere indfinder sig i BF for at spørge ind til, hvordan de kan komme i substitutionsbehandling i København. Det er ikke umiddelbart muligt uden fast adresse her, men nogle er virkelig så desperate, oftest når de har fået karantæne fra behandlingen hjemme, at de ligefrem flygter til Danmark for at blive omfattet af den langt bedre og mere menneskelige substitutionsbehandling her i landet. De bliver dermed vitterligt narkopolitiske flygtninge, fordi behandlingssystemet i hjemlandet er rigidt og umenneskeligt, med fast urinkontrol, karantæner og årelange ventetider.

BF som talerør

BF opsøges også som interesseorganisation af journalister, der gerne vil have en kommentar til en dagsaktuel debat eller et interview til en artikel, og på denne

vis bliver vores synspunkter regelmæssigt ventileret i medierne.

Vi underviser også en stadig stigende strøm af studerende i grupper og studerende, der skriver specialeopgaver og har valgt at beskæftige sig med narkopolitik, stofindtagelsesproblematikken eller narkobehandling. Der går en hel del tid med at hjælpe de unge, men vi medvirker dermed også til at udrydde fordomme og give dem en viden og indsigt, som de ellers ikke ville have fået.

BF internationalt

BF medvirker i flere internationale netværk og har en omfattende korrespondance med kontakter worldwide, hvor vi orienterer hinanden om nye forskningsresultater, nye tiltag og forholder os kontinuerligt til alt nyt på området vedrørende stofbrugernes liv og livsbetingelser. Det bliver til rigtig meget læsestof, og det er den slags, der er sværest at uddelegere til flere, selv om det ville være optimalt, hvis alle var med til at vurdere og tage stilling til høringer og lovforslag og alt det andet, der ellers hober sig op på formandens skrivebord.

Aktiviteter i BF

Et af BF's primære formål som interesseorganisation er at afhjælpe stofbrugeres ensomhed, sociale isolering og stigmatisering. BF's lokaler er derfor også indrettet til mange forskellige sociale og hobbymæssige aktiviteter og med kontorer med arbejdspladser, hvor vi rådgiver og vedligeholder kontakten til kollegaer, venner, myndigheder og pressen.

For de kreative er der male- og symaskinerum, hvor man både kan kreere og lappe. Der er et veludstyret musikrum til de musikalske, der enten gerne selv vil spille eller jamme sammen med andre. Der findes et cykelværksted, hvor man kan servicere sin egen og foreningens 13 tjenestecykler - eller man kan banke en fuglekasse eller en skammel sammen på hobbyværkstedet, hvor der findes alle de håndmaskiner og værktøjsfaciliteter, som man finder i et særdeles velassorteret parcelhus. Oven i hatten findes et stort veludstyret fitness-rum, hvor medlemmerne kan drive jern, cykle eller ro og i det hele taget holde sig i god fysisk form. Desuden findes et undervisningslokale, hvor diverse ungdoms- og skolegrupper samt studerende bliver undervist. Der kommer også mange grupper af fagfolk fra Norge, Sverige og landene i Baltikum, der især gerne vil se, hvordan stofbrugere klarer at drive



JULEAFTEN I BRUGERFORENINGEN.



JAM I MUSIKRUMMET.



- INITIATIVTAGER TIL 'FIXELANCEN', MICHAEL LODBERG OLSEN, TAKKER FOR BRUGERVEN PRISEN.



- JØRGEN KJÆR HYLDER 'FIXELANCENS' PRISMODTAGERE.

deres egen forening på frivillig basis. Ud over alle de specielle rum er der også et stort køkken-almrum, hvor der er værested og cafe i åbningstiden fra kl. 10-15, og hvor vi serverer middagsmad for medlemmerne hver aften. I den almindelige åbningstid kan man browse på computeren, tage en slapper i sofaen, snakke med hinanden eller hjælpe til med diverse problemer. Om aftenen, hvor de arbejdende medlemmer mødes, tilstræbes det, at der laves et sundt måltid, og samtidig holder man husmøde. Bestyrelsesmøder klares på samme uformelle vis, når bestyrelsen alligevel er samlet.

BF's opiatmuseum

BF har gennem de seneste 5 år opbygget verdens eneste eksisterende og oven i købet brugerdrevne museum med opiatrelaterede effekter. Museet består af tre dobbelte glasmontrer, hvor man kan se, med hvilke elegante redskaber fortidens opiatnydere røg eller injicerede, og betragte de mere jævne og nutidige plasticprodukter, som nutidens ditto må nøjes med. Desuden findes en interessant samling af flasker med varieret opiumsindhold fra 1890'erne, hvor enhver husholdning havde den slags stående til behandling af diverse smertetilstande og grædende kolikbørn, lige indtil 1916, hvor den slags miksturer med opiumsindhold blev receptbelagt. Der findes også metadonflasker fra de fleste europæiske lande, og en enkelt fra Wold Trade Centers apotek der er fra maj 2001, altså ganske få måneder før attentatet, der blev WTC's endeligt.

Nyhedsbreve og rapporter

BF vedligeholder en kolossal samling af nyhedsbreve og magasiner (54 hyldemeter), der omhandler hele stofindtagelsesproblematikken, og derudover findes samtlige opgaver, som diverse studerende har skrevet med udgangspunkt i BF. Hvis der skulle findes en studerende derude, der pønser på et ph.d.-projekt, så byder al dokumentationen fra BF's liv og levned sig til som en mulighed for at følge, hvordan kulturen i en støtteforening/interesseorganisation bygges op.

Traditioner og aktiviteter

Der er også en lang række aktiviteter ud af huset. Den 21. juli arrangeres den årlige internationale mindededag for afdøde stofbrugere med en traditionsrig mindeceremoni ved Mindestedet for Stofbrugere, der ligger i byhaven på Halmtorvet ved Eskildsgade på Vesterbro.

BF huser alle møderne for styregruppen fra

brugerorganisationerne på området, der deltager i Brugernes Bazar, som finansieres af Rådet for Socialt Udsatte og afholdes hver år i august i Kongens Have i Odense.

Vi arrangerer ture i skoven og andre grønne områder med BF's 8 mountainbikes, som transporteres i en varevogn, der er indkøbt for de midler, som BF har tjent på opsamling af brugte kanyler. Der arrangeres også udfugter til Amager Strand og badeanlægget ved Langebro, hvortil foreningens grill også ofte medbringes, samt til museer, koncerter og andre kultur- og sportsbegivenheder, ligesom en mindre gruppe tager i svømmehallen to gange ugentligt.

Internationalt samarbejde

BF er den danske afdeling af NAMA (National Alliance for Medication Assisted Recovery), hvor jeg som BF's formand har været 'international director' siden 1998.

Fra 1997 til 2010 var BF repræsenteret ved fem internationale Harm Reduction-konferencer, og i 2010 modtog jeg som foreningens formand The Carol & Travis Jenkins Award for 'Outstanding contribution to reducing drug related harm' på IHRA's konference i Liverpool.

I 2003 og igen i 2008 arrangerede BF to 3-dages konferencer for internationale brugeraktivister – under den seneste blev INPUD – (International Network of People Using Drugs) efter 11 års forarbejde endelig etableret. INPUD har sidenhen været succesfuld, og i 2012 kom flere bevillinger bl.a. fra WHO, så der nu er tilstrækkelige midler til at ansætte tre aktive stofbrugere, hver især med en kandidatgrad, til INPUD-sekretariatet i London.

Hverdagen i BF

BF bruges dagligt af 30 til 50 medlemmer. I værestedets åbningstid fra kl. 10-15 er det kun en mindre del af brugerne, der bidrager, men efter kl. 15 er det tanken, at alle skal bidrage efter bedste evne til renholdelse, vedligeholdelse og diverse aktiviteter. BF har i øvrigt netop besluttet forsøgsvis fra den 1. november 2012 og foreløbig for vinterhalvåret at udvide værestedets åbningstid til 12 timer dagligt - altså fra kl. 10 til 22 i forventning om, at endnu flere stofbrugere vil have glæde af foreningens mange tilbud.

Vi er ret gode til at dokumentere. BF har en gæstebog, hvor alle indskrives sig, og vi kan følge med i, hvem der bruger foreningen og hvornår. Vi fører også en dagrapport, hvor hverdagens hændelser og diverse

aktiviteter beskrives.

BrugerForeningen har en tosproget dansk/engelsk hjemmeside – www.brugerforeningen.dk - Her findes mere end 2.000 artikler, vedtægter, formålspargraffer, kontaktoplysninger, foreningens historie og en større linksamling samt en gæstebog. Statistikken viser, at mere end 100.000 besøger siden årligt - og det er fra hele 128 lande.

Milepæle

Hvis vi i BF skulle pege på det vigtigste, der er sket i de seneste 10-15 år, så er der en række sejre, der især falder i øjnene. Der blev endelig i marts 2010 efter mange års tilløb og efter utallige ørkesløse politiske diskussioner påbegyndt en lægeordineret heroinbehandling i Danmark, ligesom det første indendørs fixerum for nylig er åbnet i Sundhedsrummet i København. Det er nok de to sejre, der har gjort mest indtryk, selv om heroinbehandlingen mangler at blive justeret, så mange flere fra målgruppen kan tilbydes legalt lægeordineret heroin under mere humane betingelse uden den uciviliserede stavnsbinding med flere daglige besøg på den lokale heroinklinik.

Det er for eksempel også lykkedes at få mange, især fagfolk, til at tale om stofbrugere i stedet for at sige (stik)narkomaner. Vi mener, at terminologien er meget vigtig for at reducere stigmatiseringen af stofbrugere og ændre holdningen om, at alle, der tager stoffer, er stofmisbrugere. Mange tager faktisk nøjagtigt den samme dosis hver eneste dag, og så taler vi altså om stofbrugere.

Muligheden for overdosisredning med de små genoplivningstasker med naloxone har i praksis medført, at BF's 14 specialuddannede aktivister sammenlagt har reddet 20 mennesker, der havde taget en overdosis. Det gør naturligvis et kæmpestort indtryk på de implicerede, hver eneste gang en fra gruppen redder et menneskeliv.

Det må også nævnes, at BF har fået megen anerkendelse og i nogle år endda også en vis økonomisk kompensation for SprøjtePatruljens arbejde med indsamling af brugte kanyler.

BFs fremstilling af små hjælpesæt til crackbrugere, som reducerer bivirkningsrisikoen, da sættet indeholder bikarbonat i stedet for det langt farligere salmiakspiritus, hører også til på sejrslisten.

Ønsker: mere indflydelse!

Mens BF gennem årene har fået indflydelse på mangt

og meget, er der dog stadig problemer med at blive hørt som helt ligeværdige partnere. Siden 2010 har jeg som BF's formand haft plads i Københavns Kommunes Udsatteråd og pressen kontakter os jævnligt for kommentarer og synspunkter om mange forskellige forhold. Men i relation til lovforslag, der vedrører gruppen af stofbrugere, er BF ganske vist såkaldt høringsinstans, men det at høre foreningens mening betyder desværre ikke det samme som at der reageres på og handles efter de muligvis anderledes bud og opfattelser, som BF måtte have.

Forslag om tilbud til alle udsatte

Med hensyn til, hvilke nye tiltag der kunne være en støtte til stofbrugere, vil BF gerne gøre sig til talsmand for, at der udleveres et gratiskalds telefonkort eller et gratiskalds nummer til alle udsatte borgere. Ideen er, at disse kort skal gøre det muligt at foretage gratiskald til offentlige myndigheder, så de ikke som nu skal bruge uforholdsmæssigt mange penge. Udsatte borgere har sjældent kreditværdighed og kan derfor ikke opnå almindelige prisbillige mobilabonnementer. I stedet må de købe taletidskort for kontanter, og når de så forsøger at få kontakt til offentlige myndigheder, må de jævnligt vente 10-20-30 minutter på at komme igennem. Mens de så venter, sker det ofte, at taletidskortet udløber, og dermed får de ikke afgivet de nødvendige meldinger til myndighederne – det kan f.eks. være afbud til indkaldte møder, sygdommeldinger osv., og efterfølgende sanktioneres og straffes de så ofte i form af, at de mister deres ydelser. Så er der pludselig heller ikke engang midler til at købe taletidskort for, og de stilles hermed generelt dårligere på en lang række områder, hvilket et gratiskald vil kunne hindre eller rette op på.

Stofbrugernes generationskløft

Ser vi på BF i dag, så har foreningen fundet en vigtig plads og funktion for dem, der bruger den, og foreningen magter også at udbrede hjælp til andre sårbare grupper. Men med hensyn til ny rekruttering, som aktualiseres af uundgåelige dødsfald blandt BF's mange midaldrende og halvældre brugere, ligger det lidt mere vanskeligt. Den gamle stofbrugerkultur, der knyttede sig til brugen af heroin og andre opiater, reduceres år for år. De helt unge stofbrugere er mere til ecstasy, GHB, ketamin, amfetamin og lidt senere måske også kokain og crack. Og mens blandingsbrug stadig bliver mere udbredt, så er heroin og andre opiater nærmest



UNIVERSITETSSTUDERENDE TIL FORELÆSNING I BRUGERFORENINGEN.



- OPIATMUSEETS KUSTODE ALEX UDPEGER 'DEN LILLE OPIUMSRYGER' - EN KONGELIG PORCELÆNSFIGUR ANNO 1956 - FOR SIN THAI-KAT BROR RAMSES.



AKTIVISTER PAKKER 'CRACK-KITS'-POSER MED BIKARBONAT OG DIVERSE UDSTYR TIL CRACKRYGERE



OVERDOSIS-UDSTYR MED NALOXONE OG DIVERSE REDSKABER TIL LIVSREDDENDE INDSATS

ANDRE STOF-ARTIKLER:

NR. 16, 2010: VESTERBRO – HISTORISK OG NU.
 NR. 7, 2006: DUGNAD – DANMARKS PROBLEM PÅ VESTERBRO.
 NR. 3, 2004: HISTORIEN OM WAR ON DRUGS SOM TEGNESERIE.
 NR. 1, 2003: PÅ DEN BROGEDE VEJ TIL BRUGERRUM.

blevet umoderne. Derudover giver gennemsnitsalderen på BF's medlemmer, der nok ligger omkring 45 - 50 år, også en naturlig begrænsning for, hvor meget de yngre i tyverne og trediverne, der generelt lever et betydeligt mere hektisk liv, føler sig tiltrukket af det mere sindige tempo i BF's cafe og de øvrige tilbud.

Så spørgsmålet er, hvordan fremtiden tegner sig for BF? Der vil nok være en del kokainbrugere, som på et eller andet tidspunkt ender med at tage opiatier. Men det er usikkert hvor mange og hvornår, og om de så som os andre vil føle sig fristet af BF eller måske i stedet forsøger at lave et nyt samlingssted med tilbud, der svarer mere til deres generation?

Afkriminalisering

Ud over vores håb og anstrengelser for BF's fortsættelse på trods af de omtalte vanskeligheder, så håber vi også, at fremtiden snarest vil bringe den længe ønskede afkriminalisering af stofbrugere og de nuværende illegale stoffer, således at de følgeskader, som forbuddet og narkokrigenes kontrolforanstaltninger og straffe fører med sig, der langt overstiger de potentielle skader, som forbuddet blev iværksat for at undgå, forsvinder.

Vi noterer os, at der rundt om i verden stadig findes flere og flere, der har indset, at kampen mod de illegale stoffer – altså 'Narkokrigen' - virker som Don Quixotes kamp mod vindmøllerne og mest af alt tilfører narkokarteller og terrorbevægelser milliarder og dermed medvirker til at ødelægge stofbrugernes og mange andre menneskers tilværelse over hele kloden., (Se f.eks. www.leap.cc - der hovedsageligt består af erfarne politifolk, anklagere, dommere og senatorer).

Vi ønsker inderligt at slippe for at ende livet som 'krigsofre', og at den positive udvikling, man især oplever i Portugal, snarest breder sig som ringe i vandet til resten af verden. Her har man bl.a. afkriminaliseret besiddelse af op til 9 dagsdoser, ligesom man hjælper folk i behandling i stedet for at straffe dem. ■

Alle billeder i artiklen om BrugerForeningen er taget af aktivister i BF.

EKSEMPLER PÅ NOGLE AF BF'S MANGE AKTIVITETER:

- Foredragsaktiviteter og undervisning af børn og unge med projektopgaver*
- Social- og narkorådgivning*
- Pårørenderådgivning*
- Bisidderassistance*
- Madlavnings- og bagværksgruppe*
- Udbringning af varme måltider til syge medlemmer*
- Hjemme-, hospitals- og fængselsbesøg*
- Fysiske og sociale aktiviteter*
- Internationalt og nationalt samarbejde*
- Undervisningsaktiviteter*
- Bibliotek & medie-arkiveringsopgaver*
- Hobbyværksted*
- Opgaver med SprøjtePatruljen*
- Interesseorganisationsarbejde*
- Servicering og catering af møder*
- Rengørings- og vedligeholdelsesopgaver*
- Reparationer af inventar*
- Cykelservice af egne og foreningens tjenestecykler*
- Vagthavendetjeneste*
- Telefonrådgivning*
- Servicering af kæmpeakvariet*
- Computerundervisning*
- Oversættelsesopgaver dansk-engelsk-dansk*
- Pakning af poser med bikarbonat og crack kits*
- Syning og tøjreparation*
- Svømning et par gange om ugen*
- Hjemmesidearbejde*



5 SKARPE TIL FORMANDEN

1. Hvad er det vigtigste, der er sket på området de sidste 10-15 år?

Det er ubetinget, at heroin endeligt i 2009 blev registreret som lægeordineret medicin – om end stærkt begrænset af en hysterisk kontrol og kun på 5 særlige heroinklinikker i de største byer. Kampen om heroin som medicin tog over 15 år, men vi regner ikke med, at det vil tage lige så mange år, før vi, ligesom andre mennesker der er afhængige af medicin, kan afhente den helt udramatisk på det lokale apotek.

2. Hvad har gjort mest indtryk på dig personligt?

At BF trods alle odds netop har rundet 19 år (i november 2012), og at det er lykkedes for os at drive foreningen til at være verdens bedste brugerforening udelukkende på basis af aktive stofbrugere. Det var der vist ingen, som havde fantasi til at forestille sig, da BF startede tilbage i 1993. Det havde selvfølgelig heller ikke været muligt, hvis ikke vi boede i et så civiliseret land, hvor der findes reelle muligheder for at modtage en rimelig årlig støtte til drift og aktiviteter fra BF's hovedsponsorer, der er henholdsvis Socialministeriet og Københavns Kommune, og det er vi naturligvis både taknemmelige og glade for.

3. Hvad synes du (stadig) er det mest presserende problem, vi mangler at finde løsninger på?

At staten overtager kontrollen og afkriminaliserer og statsregulerer alle de nuværende illegale rusmidler – præcis ligesom vi kontrollerer og regulerer de legale

rusmidler som alkohol, tobak, kaffe og medicin med statsafgifter, lægeordineret og sundhedspædagogiske oplysningskampagner. Det er rent ud sagt komplet idiotisk, at staten fuldstændig overlader kontrollen og distributionen af ikke alene hash, men også alle de andre langt mere potente og livsfarlige rusmidler til profithungrende kriminelle grupperinger, narkokarteller og terrorbevægelser.

Se, hvordan den internationale 'Global Commission on Drug Policy' – med adskillige tidligere præsidenter, ministre og internationale topembedsfolk med en omfattende rapport anbefaler samtlige FN-lande at stoppe den ineffektive og kostbare narkokrige og starte på at statskontrollere og regulere sig ud af problemerne på samme måde som med legale rusmidler: www.globalcommissionondrugs.org

Den anerkendte amerikanske tænketank CATO Institut anbefaler nogenlunde den samme nytænkning, bl.a. med publikationen *Rethinking the International Drug War*: og i 'Handbook for policy-makers': www.cato.org

Desuden findes Drug Policy Alliance: www.drugpolicy.org/

Drug Policy Alliance er en narkoreformbevægelse, som på hjemmesiden netop nu forklarer, hvordan deres seneste legaliseringskampagne succesfuldt afstedkom, at vælgerne i de to amerikanske stater Colorado og Washington, samtidigt med at de gav Obama fire år mere, stemte for, at staterne skal legalisere og tillade statskontrolleret salg og distribution

af marihuana. Det er første gang nogensinde siden narkoforbuddets indførelse, at formelle stater vender om og nedlægger forbuddet til fordel for en mere civiliseret og økonomisk overkommelig løsning.

I forvejen er cannabis allerede legaliseret til medicinske formål i 18 stater, hvor man blot skal finde en læge, der vil udstede en personlig medicinsk recept eller licens, og det er ikke så vanskeligt, idet der p.t. findes ca. 80 diagnoser, hvor det menes, at cannabis har en helbredende eller lindrende virkning.

Så der findes virkelig noget at have optimismen i selv i USA. Men de har altså også verdensrekorden i ekstrem kostbar indespærring af hele 25 % af verdens samlede fangepopulation, mens befolkningen i USA blot udgør 5 %, og politikere er med deres gigantiske finansunderskud blevet tvunget til at indse, at de ikke længere har råd til at fængsle så mange borgere, blot fordi de tilfældigvis ryger med på et joint eller sniffer en bane kokain til en fest. Og når først USA for alvor viser vejen, bliver det helt sikkert lettere for andre regeringer at følge dem.

I juni 2011 trak præsident Evo Morales Bolivia ud af FN's 'Single Konvention' som det første land i verden. Konventionen fra 1961 forpligter landene til at følge op på forbud og forbyde stoffer. Aktuelt ville FN ikke dispensere og tillade Bolivias borgere at tygge koka-blade, som de ellers har haft tradition for i over 1.000 år.

Adskillige midt- og sydamerikanske lande diskuterer seriøst at følge efter Bolivia, mest for at slippe af med de katastrofale forhold, som narkoforbuddet medfører i deres respektive lande, men også fordi de slet ikke oplever nogen som helst form for gavnlig effekt af forbuddet.

4. Hvad er det vigtigste at gøre p.t. for at forbedre udsatte og brugeres levevilkår?

Hvis vi stofbrugere en skønne dag kunne henvende os til lægen og få recept på de stoffer (læs: den medicin – som det er i virkeligheden for os, der langt hen af vejen selvmedicinerer), som mange af os har været afhængige af i årtier, og derefter kunne købe dem i en ren, sikker og statskontrolleret form på det lokale apotek, så var vores liv pludselig ikke nær så uoverskueligt og utrygt.

Når smerterne eller trangen til lindring melder

sig, er vi tvunget af forbud og omstændighederne til at opsøge et profitdrevet illegalt og kostbart marked, hvor vi dog aldrig kan være sikre på, hvad det er, vi køber, mens vi kan være ganske sikre på, at det, vi får, altid er opblandet med alverdens forskellige fortynderstoffer, som vi aldrig kender styrken eller substansen af. Og vi må til stadighed betale flere hundrede procent mere, end de samme stoffer ville koste – selv som stærkere og farmaceutisk ren medicin på apoteket. I den nuværende situation kan vi også være ret sikre på, at politiet arbejder og gør deres bedste for at stoppe tilførslen, så vi aldrig oplever at have bare et minimum af forsyningssikkerhed.

Tænk, hvis det var et krav til vores politikere, at de skulle tilbringe bare en enkelt dag i vores besværlige sko med de samme smerter, den samme angst og usikkerhed. Så er jeg sikker på, at vores forhold meget hurtigt ville blive ændret til noget mere human.

Men vi skal altså stadig være taknemmelige for, at vi ikke bare fængsles eller tvangsbehandles, ligesom det er hverdagen for mange af vores udenlandske lidelsesfælder, der må døje med HIV/AIDS og uhumske fængsler, hvor der ikke tilbydes lindrende substitutionsbehandling eller bare den livsnødvendige HIV-medicin, der holder de værste symptomer og progressionen stangen. Men selv bevidstheden om, at vi formentlig er de stofbrugere i hele verden, der har de allerbedste forhold, fratager os ikke evnen til at drømme om en dag at vågne op til en hverdag, der ikke længere er præget af angst for, at politiet tager vores frihed – eller vores kostbare stoffer – og hvor vi kan købe den medicin, som er nødvendig for vores trivsel, på det lokale apotek.

5. Hvilke visioner har du for området?

Det er en kendsgerning, at de fleste stofbrugere af mange grunde ældes betydeligt hurtigere end gennemsnitsbefolkningen – samt at vores målgruppe ikke er specielt velkommen på almindelige pleje- og alderdomshjem. Så vi må nok se i øjnene, at vi snart bliver nødt til at oprette alternative oldekolle-kolleger med de nødvendige plejefaciliteter, og hvor der gives plads til stofbrug og de aktiviteter og interesser, som vi stofbrugere har særlige præferencer for. ■

MINDESTED
FOR STOFBRUGERE



Ligeforeningen

L. S. M.

STOFBRUG



ALL ACCES

AF ERIC ALLOUCHE

At opleve STOFs backstage er som at træde ind i et andet univers, måske en slags krydsning af at være i maskinrummet på et skib og få en "all acces pass" til en Rolling Stones koncert: Der er store kræfter på spil og store mennesker rundt omkring.

Man kommer forbi Købemagergade /Artillerivej, går op ad trappen, døren er låst så man skal kende de magiske ord...og så bliver man lukket ind i den fantastiske verden.

Op ad den lange gang kan man se Morten Hesse foran sin computer, i gang med at skrive en ny artikel, jeg hilser lige på ham og får et par tanker fra hans sidste forskning. Sébastien Tutenges kommer forbi, jeg glæder mig altid til at høre om Dionyseus og de vilde unge. Birgitte Thylstrup som har måske hørt vores stemmer kommer forbi og givet et knus...jeg kunne blive der for timer... men jeg skal skynde mig videre, jeg har en aftale med Birgitte og Michael. Vi skal lige kigge på en artikel, eller skal jeg hente en bog jeg skal anmelde, eller måske også har jeg bruge for lidt faglige hjælp...alle grunde er gode nok for at komme her, for lige pludseligt er vi i gang med at snakke om al mulige andre ting; det der rører sig i misbrugsverden, hvordan kan man gøre en artikel mere levende, relevant, bevægende, hvordan det næste STOF kommer til at se ud,

ikke mindst hvis Kim kommer forbi og viser os flotte billeder. Og så på et tidspunkt sprænger vi rammen og nogen siger: "skulle vi ikke lave en fest for at fejre det nye STOF?" Jeg tager min telefon for at booke et lokale, Michael rejser sig op og åbner en af hans skuffer, og så bliver det en blanding af Skatteøen og juleaften. Der er ingen grænser for hvad han gemmer der, og gang på gang overrasker han mig med ting jeg ikke anede eksistere: i dag er det to søde citroner og en pose urte te made in Columbia.

På et tidspunkt siger Birgitte "Eric, vil du skrive noget til STOF?"....omkring bordet kender vi alle svaret og vi ved godt at det eneste rigtige, vigtige, afgørende spørgsmål er: "hvornår er deadline...og hvor mange gange vil jeg få lov til at overskride den?"

Og så på et tidspunkt, to gange om året i nu 10 år, får man så STOF mellem fingrene og hvis I har ligesom mig tænkte : "hvordan kan de lave sådan et flot og klogt blad spækket med gavmildhed, kreativitet, relevans år efter år"... så ved I nu hvor det kommer fra. ■

ERIC ALLOUCHE ARBEJDER SOM PSYKOLOG PÅ SLAGELSE KOMMUNES MISBRUGSCENTER. I NARKOTIKARÅDETS TID VAR ERIC MED I STOF'S INSPIRATIONSGRUPPE. SAMMEN MED SÉBASTIEN TUTENGES HAR ERIC VÆRET GÆSTEREDAKTØR PÅ ET FRANSK TEMA I STOF NR. 11 OG 12 – VIVE LA FRANCE – HAN HAR VÆRET EN TROFAST SKRIBENT TIL BLADET OG SUPPORTER PÅ DE SIDSTE TO NUMRE AF BLADET. (RED.) TEKSTEN BRINGES EFTER AFTALE MED ERIC I UREDIGERET FORM OG UDEN AT VÆRE KORREKTURLÆST – EN RÅ TEKST..

STOF BLEV MIN SKÆBNE

AF BIRGITTE JENSEN

I foråret 1997 arbejdede jeg i administrationen hos Åben Rådgivning i Københavns Amt. Det var mit første job på misbrugsfeltet. Jeg havde tidligere bl.a. arbejdet på et sektorforskningsinstitut på sundhedsområdet, og misbrugsområdet var ukendt land for mig. Jeg kan tydeligt huske, hvad jeg tænkte, da jeg så det første nummer af 'Stof', som Narkotikarådet udsendte i april 1997: 'Kønt er det ikke – hessian på forsiden!! Men sådan et blad er der vel nok brug for. Dét kunne jeg godt tænke mig at arbejde med!' Skæbnen ville, at Narkotikarådets sekretariat kort efter slog en stilling op, som jeg søgte og fik. Jobbet var en blanding af administrative opgaver i forbindelse med rådets møder og arbejde, rapportskrivning for de arbejdsgrupper, rådet havde nedsat til at belyse forskellige problemer på feltet – og så produktion af bladet 'Stof'. Flere medarbejdere fra sekretariatet arbejdede med bladet, og vi brugte freelance-journalister til nogle af artiklerne. Det gav tit anledning til diskussioner, for det var meget få journalister, der interesserede sig for at gå i dybden med udfordringerne på misbrugsområdet – mange ville helst skrive i den velkendte genre med reportager om stofbrugeres ofte tragiske livshistorier.

Da Narkotikarådet blev nedlagt i 2002, kunne jeg ikke acceptere, at 'Stof' bare skulle forsvinde sammen med rådet, og jeg arbejdede derfor på alle måder for at holde bladet i live. Jeg mente, at der stadig var brug for et forum, hvor alle, der på en eller anden måde er optaget af rusmiddelbrug, kunne komme til orde og udveksle erfaringer. Det mener jeg stadig. De fleste faggrupper havde ganske vist efterhånden fået deres eget fagblad, men der var stadig brug for et tværfagligt tidsskrift.

Det endte med, at Center for Rusmiddelforskning fik en 4-årig bevilling fra Socialministeriet via satspulje-



midlerne, så bladet kunne fortsætte i dette regi med undertegnede som redaktør, og vi har siden fået to nye bevillinger til fortsat bladdrift. I de første år arbejdede Michael Jourdan som redaktør på deltid, og senere blev han også redaktør på fuld tid. Mads Uffe Pedersen var ansvarshavende redaktør, indtil han blev afløst af Vibeke Asmussen Frank i 2010. For ikke at blande ældre og nye udgivelser sammen ændrede vi bladet fra 'Stof' til STOF, der udkom med nr. 1 i 2003.

Den første – og største – beslutning, vi tog på vores første redaktionsmøde, var, at alle artikler skulle skrives af folk fra feltet - ikke af journalister. Vi vidste ikke, om det var muligt i praksis, men vi ville skabe et forum for kollegial vidensudveksling, og det mente vi bedst kunne lade sig gøre, hvis praktikere og forskere skrev selv. Som redaktører ville vores opgave bl.a. være at hjælpe folk, som ikke var fortrolige med skriveprocessen, med at komme i gang – og ved at give faglig sparring, komme med spørgsmål, kommentarer og idéer undervejs i forløbene. En anden stor opgave var at få forskere til at lade det akademiske artikelkoncept hvile og i stedet formidle på en måde, der bl.a. kan give noget tilbage til de mange praktikere på området, som samarbejder med forskere om at levere data til de mange projekter og undersøgelser, der er med til at drive udviklingen på området frem.

STOF bliver stadig produceret ud fra disse principper. Det kan kun lade sig gøre, fordi der stadig er så mange vidende, engagerede og diskussionslystne mennesker, der interesserer sig for misbrugsområdet og vælger at bruge tid og kræfter på formidling, hvilket dette overvældende jubilæumsnummer vidner om. Ikke to blade er ens. Mange temaer går ganske vist igen, men der er altid noget nyt at opdage og researche på, og det er en gave for redaktionen, der på den måde kan holde både sig selv og læserne opdateret på feltet.

Tak til alle, der har bidraget til bladet gennem de sidste 10 år! ■



Angående korrektoren

AF LEIF AIDT

Jeg har læst korrektur på Stof siden 2003 – utallige artikler fra alle dele af misbrugsområdet. Nu kunne man så tro, at jeg efterhånden har opnået en vældig stor indsigt og kompetence – nok til at få ansættelse på et behandlingshjem. Men sådan er det ikke. En korrekturlæser nærlæser de enkelte ord og kontrollerer syntaksen. Indholdslæsningen er det mere så som så med. Jeg skal jo ikke bruge det til noget, så det meste glemmer jeg ret hurtigt igen. Der er dog undtagelser, hvor en artikel har grebet mig, så den bare måtte læses fra ende til anden med det samme, simpelthen på grund af indholdet. Korrektoren blev glemt, udsat til senere. Sådan en artikel var f.eks. Michael Jourdans om Tove Ditlevsens stofmisbrug i nr. 17. Og der har været flere andre. Ikke, at jeg ikke er motiveret for at tilegne mig indholdet i STOF's mange spændende, oplysende, tankevækkende og inspirerende artikler både fra forskning og praksis. Jeg prøver skam at lære noget af dem i farten ... Det meste af mit arbejdsliv har drejet sig om Grønland, og jeg har på nærmeste hold set, hvad udbredt misbrug kan betyde i nogle af det store lands små, gennemsigtige samfund, hvor jeg har boet og arbejdet med undervisning og administration. Udviklingen i Grønland har været hæsblæsende. Der er så mange traumer i kølvandet og så få muligheder for behandling. Den slags fører nemt til misbrug af forskellige dulmende rusmidler som alkohol og hash. Det har

vidtrækkende konsekvenser. Værst synes jeg det har været at se lovende unge mennesker gå i opløsning i en hash-psykose. Men hvad er egentlig værst? Misbrug rammer altid bredt.

Som korrekturlæser på STOF har det bedste gennem alle årene været redaktionens tillid til min sproglige fornemmelse. Jeg har lige fra begyndelsen haft frie hænder til at stille forslag til redaktionen om sproglige småforbedringer af teksterne. Det kan være et lille ord her og der – eller det kan f.eks. være en lix, der ligger langt over normalen og derfor bør nedjusteres. I det hele taget har jeg fået lov til at komme med alle mulige forslag, som efter min mening ville kunne gøre sproget mere varieret, nuanceret og levende. Den slags er dejlige udfordringer. Det skal gøres så umærkeligt som muligt og naturligvis uden at berøre det indholdsmæssige, og jeg tror minsandten, at redaktionen ind imellem har kunnet bruge nogle af mine forslag. Jeg er glad for arbejdet som korrekturlæser. Det stiller nogle krav. Samarbejdet med redaktionen skal jo gerne resultere i, at der hver gang udkommer et så fejlfrit og læsbart STOF som muligt til glæde for bladets mange forskellige læsere. Jeg synes, at der er god grund til at ønske redaktionen tillykke med 20 flotte numre af STOF og håbe, at det lykkes den at fortsætte den gode linje i fremtiden til nytte og inspiration for alle, der er engageret i misbrugsområdet. ■

LEIF AIDT, PENS. SKOLEINSPEKTØR
KORREKTURLÆSER PÅ STOF



PER ASPERA AD ASTRA!*

AF KIM LYKKE

Jeg har arbejdet med STOF, siden første blad udkom under det gamle Narkotikaråd i 1997. STOF udkommer to gange om året, og jeg ser altid frem til at komme i gang på STOF-kontoret på Artillerivej. Arbejdet med bladet er spændende. Jeg har frie hænder i mit arbejde, og misbrugsområdet er vigtigt og interesserer mig. Hertil kommer, at STOF's redaktører er ildsjæle, der brænder for det, de laver. Det er altid spændende og lærerigt at arbejde sammen med dedikerede mennesker. En meget vigtig del af mit arbejde med bladet er billedresearch - at finde de rette illustrationer til hver enkel artikel. Det er en særlig udfordring i forbindelse med STOF. Lige fra den spæde start har det været en uskreven regel ikke at bruge rutinebilleder af stofmisbrugere med nåle i armen eller fixeskader. Det er derfor nødvendigt at tænke anderledes – mindre illustrerende og med mere fokus på refleksionsrum og indgange til teksten. Det gør vi ved at læse artiklerne grundigt igennem og brainstorme: Problemstillinger? Pointer? Hvilke begreber? Hvordan kan teksten understøttes billedmæssigt?

De typiske, glansbilledagtige temabilleder, som man normalt køber på bureauer som Colorbox eller Scanpix, er for det meste for 'glossy' og stilerede til at give mod- og medspil til artiklerne. Materialet henter jeg derfor andre steder fra. Ofte detaljer fra fotos, tv og webgrabs-fragmenter fra virkelighedens rum. Motiverne er det almindelige, udfoldede liv i det offentlige rum, i hjemmet og omkring den intime, kødelige krop. En krop har en lang række forskellige manifeste udtryk, som er aftryk af et levet liv. Jeg bruger derfor ofte kroppen med dens ar og tatoveringer som motiv. De billeder, vi udvælger til hver enkelt artikel, illustrerer ikke altid teksten, men kan være med til at skabe rum for teksten. Set i det lys indeholder en tekst et utal af nuancer, begrænsninger og muligheder for et grafisk modspil, som i det enkelte motiv kun ligger latent og skal tolkes frem. Det kan sammenlignes med en orkan, hvis øje er tekstens idé, mens alle idéens facetter og mulige udtryk hvirvler rundt om centrum. Hvordan dette er blevet gjort gennem årene forsøger vi at give smagsprøver på i dette jubilæumsnummer, hvor vi har genbrugt motiver fra de gamle blade. ■

KIM LYKKE, GRAFIKER, BA FILOSOFI
GRAFISK TILRETTELÆGGER PÅ STOF

* GENNEM VANSKELIGHEDER TIL STJERNERNE. SENECA

KOLOFON

Redaktion:

Vibeke Asmussen Frank
(ansvarshavende)
Birgitte Jensen
(redaktør)

Grafisk tilrettelæggelse:

Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Assistent: Ringo
Korrektur: Leif Aidt
Tryk: Zeuner Grafisk as
Oplag: 3.500
ISSN: 1397 – 338S

Redaktionen afsluttet:

12. december 2012
Deadline for næste nummer:
15. februar 2013
STOF nr. 21 udkommer juni 2013
www.stofbladet.dk

Abonnement:

Spørgsmål vedr. abonnement
og indlæg & artikler
sendes til bj@crf.au.dk

Postadresse:

STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2.
2300 København S

STOF udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning via en bevilling fra Social- og Integrationsministeriet. Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse og efter aftale med forfatteren. Indlæg i bladet er udtryk for forfatterens egne synspunkter og dækker ikke nødvendigvis redaktionens eller CRFs holdninger.

